



**RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES  
ET SA RÉPONSE**

**CENTRE HOSPITALIER DE VICHY  
CAHIERS THÉMATIQUES**

(Département de l'Allier)

Exercices 2016 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,  
a été délibéré par la chambre le 12 octobre 2023.

## **AVANT-PROPOS**

La chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes a procédé, dans le cadre de son programme de travail, au contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Vichy pour les exercices 2016 et suivants.

Les investigations engagées ont donné lieu à la rédaction d'un premier rapport traitant de la gouvernance, de l'activité, de la gestion des ressources humaines, de la gestion budgétaire et comptable et de la situation financière du centre hospitalier.

Elles ont également porté sur deux thématiques spécifiques : l'accueil et le traitement des urgences d'une part, et les systèmes d'information d'autre part. Ces deux thématiques sont regroupées au sein du présent rapport.

Le rapport d'observations provisoires, délibéré le 25 juillet 2023, a été adressé le 8 août 2023 à M. Jérôme TRAPEAUX, directeur du centre hospitalier de Vichy, ordonnateur actuellement en fonctions, ainsi qu'à Mme Cécile COURREGES, directrice générale de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. Des extraits du rapport ont par ailleurs été envoyés aux tiers concernés.

Après avoir examiné les réponses reçues, la chambre, lors de sa séance du 12 octobre 2023, a arrêté les observations définitives reproduites ci-après.

## TABLE DES MATIÈRES

|                      |    |
|----------------------|----|
| SYNTHÈSE.....        | 6  |
| RECOMMANDATIONS..... | 11 |

### Cahier : l'accueil et le traitement des urgences

|  |    |
|--|----|
| 1 CONTEXTE ET ENVIRONNEMENT DU SERVICE DES URGENCES<br>DU CENTRE HOSPITALIER DE VICHY .....  | 14 |
| 1.1 Les caractéristiques démographiques, socio-économiques et sanitaires du<br>territoire .....  | 14 |
| 1.2 L'offre de soins non programmés non urgents sur le territoire .....  | 15 |
| 1.3 L'offre de soins non programmés urgents du territoire.....   | 18 |
| 1.3.1 L'hôpital de Vichy est le seul établissement de santé du bassin à<br>exercer une activité de médecine d'urgence .....                  | 18 |
| 1.3.2 L'hôpital de Vichy dispose de deux structures distinctes en matière<br>de médecine d'urgence .....                                     | 19 |
| 1.3.3 Les urgences de l'hôpital de Vichy accueillent des profils de<br>patients variés .....   | 21 |
| 1.4 L'offre sociale et médico-sociale du bassin au bénéfice des personnes<br>âgées <sup>21</sup>   |    |
| 2 L'ACTIVITE DES URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE VICHY ....  | 23 |
| 2.1 L'accueil et la prise en charge des urgences (hors UHCD) .....   | 23 |
| 2.1.1 Un nombre de passages aux urgences affecté par la crise sanitaire .....  | 23 |
| 2.1.2 Une importante part de patients âgés, source de complexification<br>des prises en charge.....  | 25 |
| 2.1.3 Un degré de gravité des cas traités mal apprécié .....   | 26 |
| 2.1.4 Un niveau particulièrement élevé d'hospitalisation après passage<br>aux urgences .....   | 28 |
| 2.2 L'hospitalisation en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).....   | 29 |
| 2.2.1 Une proportion de patients âgés particulièrement élevée.....   | 29 |
| 2.2.2 Une part non négligeable de séjours excède 48 heures .....   | 30 |
| 2.2.3 Près de la moitié des patients qui sortent de l'UHCD poursuivent<br>leur hospitalisation dans une unité de soins de court séjour ..... | 31 |
| 2.3 Les interventions de la structure mobile d'urgence et de réanimation.....  | 31 |
| 3 LES MOYENS HUMAINS, MATERIELS ET FINANCIERS DES<br>STRUCTURES D'URGENCE .....  | 33 |
| 3.1 L'organisation et les ressources humaines du service.....  | 33 |

|  |    |
|--|----|
| 3.1.1 L'organisation et les procédures internes du service .....   | 33 |
| 3.1.2 Le personnel soignant : un taux d'absentéisme élevé et des effectifs récemment renforcés .....   | 34 |
| 3.1.3 Une équipe médicale fragilisée .....   | 35 |
| 3.2 Le budget et le financement du service .....   | 38 |
| 3.3 Les moyens bâtimentaires .....   | 40 |
| 4 LA REGULATION DE L'ACTIVITE DU SERVICE DES URGENCES .....  | 43 |
| 4.1 La régulation des flux patients non programmés, en amont de la prise en charge aux urgences .....  | 43 |
| 4.1.1 Des liens ville/hôpital insuffisamment développés pour réguler les flux de patients non programmés .....                               | 44 |
| 4.1.2 Des coopérations plus structurées et régulières avec la sphère sociale et médico-sociale.....  | 51 |
| 4.1.3 La nécessité de mettre en œuvre des solutions pour contenir les passages aux urgences des personnes âgées.....                         | 52 |
| 4.2 La prise en charge et l'orientation des patients aux urgences .....  | 55 |
| 4.2.1 Une saturation régulière des urgences source d'altération de la qualité des prises en charge .....                                     | 55 |
| 4.2.2 Le circuit patient aux urgences : l'organisation du tri, de l'évaluation et de l'orientation des malades.....                          | 61 |
| 4.2.3 Des fonctions et instances de régulation des flux qui se structurent.....  | 64 |
| 4.2.4 Un accès insuffisamment facilité et formalisé aux examens et consultations médicales spécialisées pour les patients des urgences ..... | 68 |
| 4.2.5 Des processus d'orientation des patients fragiles insuffisamment co-portés par les services d'hospitalisation.....                     | 70 |
| 4.2.6 Des procédures de prises en charges des patients en attente d'hospitalisation lacunaires et sources de risques .....                   | 72 |
| 4.2.7 La qualité et la sécurité des prises en charge aux urgences .....  | 73 |
| 4.3 La régulation du parcours patient en aval des urgences hospitalières.....  | 78 |
| 4.3.1 Une saturation régulière des lits d'aval imposant l'activation de procédures dégradées d'accueil.....                                  | 79 |
| 4.3.2 Des pistes de travail à conforter pour fluidifier l'aval des urgences et sécuriser le retour au domicile des patients fragiles.....    | 81 |

## Cahier : les systèmes d'information

|   |    |
|---|----|
| 1 CONTEXTE ET ENVIRONNEMENT DU SYSTEME D'INFORMATION DU CENTRE HOSPITALIER DE VICHY .....               | 87 |
| 2 LA GOUVERNANCE DU SYSTEME D'INFORMATION.....  | 88 |
| 2.1 Le pilotage général .....   | 88 |
| 2.1.1 Une direction des systèmes d'information en reconstruction dont le périmètre doit être revu ..... | 88 |
| 2.1.2 Un manque de soutien du groupement hospitalier de territoire .....                                | 89 |
| 2.2 La documentation stratégique .....  | 90 |

|   |            |
|---|------------|
| 2.2.1 Une absence de schéma directeur du système d'information<br>actualisé au niveau du groupement hospitalier .....     | 90         |
| 2.2.2 Une vision stratégique du numérique à consolider .....  | 90         |
| 2.3 Le déploiement du dossier patient informatisé, un projet inabouti<br>insuffisamment piloté .....                      | 91         |
| <b>3 LA RESILIENCE DU SYSTEME D'INFORMATION .....</b>   | <b>93</b>  |
| 3.1 Un parc et des infrastructures vieillissants .....  | 93         |
| 3.2 L'urbanisation du patrimoine applicatif .....   | 94         |
| 3.2.1 Une documentation incomplète.....   | 94         |
| 3.2.2 Des outils peu interconnectés .....   | 95         |
| 3.2.3 Une volonté de remédier au manque de formalisation de la<br>méthodologie projet.....                                | 95         |
| 3.3 La continuité de l'activité.....  | 96         |
| <b>4 LA SECURITE INFORMATIQUE .....</b>   | <b>97</b>  |
| 4.1 La gouvernance de sécurité .....  | 97         |
| 4.1.1 Une documentation stratégique en matière de sécurité à actualiser.....  | 98         |
| 4.1.2 Des instances de gouvernance formalisées sans réunions régulières .....   | 98         |
| 4.1.3 Des moyens humains identifiés sans collaboration réelle entre<br>l'établissement et le groupement hospitalier ..... | 99         |
| 4.2 La sécurité organisationnelle.....  | 99         |
| 4.3 La sécurisation du socle technique et des infrastructures.....  | 101        |
| 4.4 La conformité du règlement général sur la protection des données .....  | 102        |
| <b>ANNEXES.....</b>   | <b>104</b> |

## SYNTHÈSE

La chambre régionale des comptes Auvergne Rhône-Alpes a réalisé un contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Vichy sur la période 2016-2023. Un premier rapport a été publié traitant de la gouvernance, de l'activité, de la gestion des ressources humaines, de la gestion budgétaire et comptable et de la situation financière du centre hospitalier.

Le contrôle a également permis d'aborder deux sujets sensibles pour le centre hospitalier : l'accueil et le traitement des urgences d'une part, et la gestion des systèmes d'information d'autre part. C'est l'objet de ce présent rapport.

### **Premier cahier : l'accueil et le traitement des urgences**

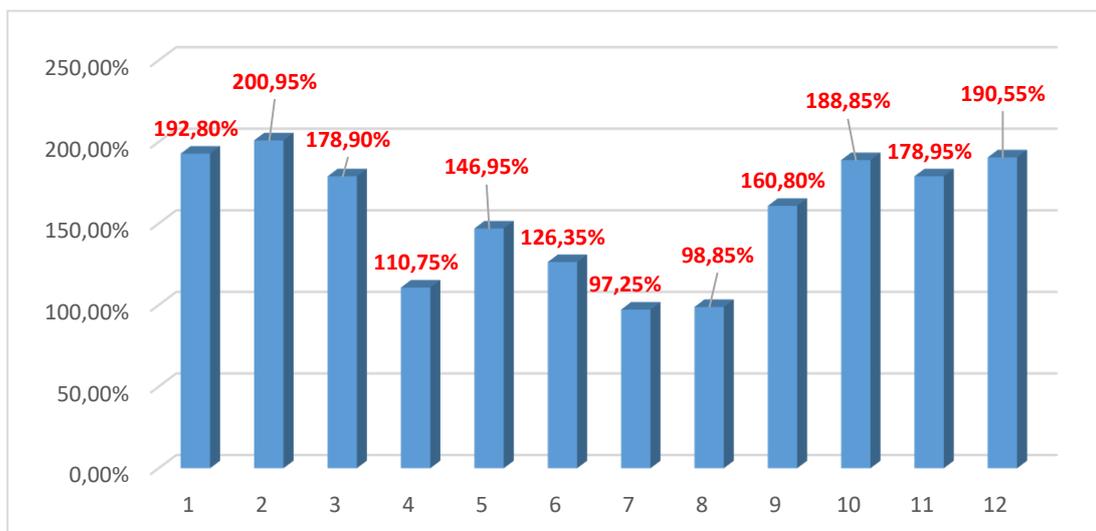
D'un point de vue démographique, le bassin de vie de Vichy est caractérisé par un vieillissement de la population prononcé, avec près de 15 % d'habitants âgés de 75 ans et plus en 2019, contre une proportion de moins de 10 % à l'échelle de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Ce territoire présente également une certaine fragilité d'un point de vue social (avec des taux chômage ou de bénéficiaires du revenu de solidarité active plus marqués qu'à l'échelle régionale) comme sanitaire, avec notamment une proportion de personnes reconnues en affection de longue durée nettement supérieure à celle constatée au niveau régional.

Ces différents facteurs influent de façon négative sur l'activité aux urgences. Notamment, un patient accueilli aux urgences sur quatre est âgé de 75 ans et plus, proportion qui implique une plus grande lourdeur des prises en charge pour les équipes et des temps d'attente nettement plus longs. Elle contribue à expliquer un taux d'hospitalisation très important après passage aux urgences : 32 % durant les quatre premiers mois de 2023 contre 21 % pour des établissements comparables.

#### **Des urgences connaissant une saturation chronique et des équipes fragilisées**

Malgré des flux de patients stables sur la période (hormis la période de crise sanitaire), le service des urgences de l'hôpital de Vichy est régulièrement saturé. Cette saturation se matérialise notamment par le taux d'occupation de son unité d'hospitalisation de courte durée (UUCD) qui peut atteindre près de 200 % en période hivernale.

### Taux d'occupation mensuels des lits UHCD du CH de Vichy sur l'année 2022



Faute d'unité de type post-urgences, le service est en effet amené jouer le rôle d'une unité-tampon pour les patients en attente d'hospitalisation. Cet encombrement chronique de l'activité du service des urgences pèse sur le plan de charge des équipes qui doivent continuer à s'occuper des patients hospitalisés dans le service, y compris ceux en attente d'un lit d'aval. Bien que des renforts temporaires puissent être mobilisés, les soins à prodiguer, notamment pour les patients âgés, sont d'autant plus lourds qu'ils s'effectuent dans et dans des locaux ne facilitant pas la surveillance visuelle et dans des conditions dégradées : brancards dans les couloirs, box sans fenêtre et sans sanitaires.

Pour faire face au surcroît d'activité, les équipes soignantes et médicales des urgences sont d'autant moins armées qu'elles sont elles-mêmes fragilisées. C'est particulièrement le cas des équipes médicales, dont l'effectif permanent n'excédait pas quatorze emplois équivalent temps plein (ETP) en 2022, en dessous de l'effectif cible.

### Évolution des effectifs permanents du personnel médical (2018-2022)

| En ETP moyen annuel  | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|----------------------|------|------|------|------|------|
| Effectifs permanents | 16,7 | 16,9 | 12,5 | 13,6 | 13,5 |
| Effectifs cibles     | 21,6 | 21,6 | 21,6 | 21,6 | 21,6 |

Pour faire face à l'insuffisance de ressources médicales permanentes, l'hôpital a recours à des contrats de gré à gré pour des missions courtes, des missions d'intérim, ou encore des médecins étrangers engagés dans un parcours de formation pour obtenir l'autorisation d'exercer en France. La fragmentation des équipes médicales, composée d'un important volet de médecins de passage au surplus diversement formés, n'est toutefois pas sans incidence sur le fonctionnement du service et la qualité du dialogue médical entretenu avec les médecins des étages, pourtant essentielle dans le processus d'orientation des patients.

***Une situation qui désorganise l'ensemble de l'hôpital et altère la qualité et la sécurité des prises en charge des patients***

Si le service des urgences se trouve en difficulté, il entraîne également une désorganisation de l'activité des services d'hospitalisation en aval.

L'établissement connaît, de fait, une saturation chronique de ses lits d'hospitalisation lui imposant d'activer en permanence depuis le mois de novembre 2021, des lits surnuméraires. Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 mai 2023 ce sont ainsi en moyenne 132 lits surnuméraires par mois qui ont été mobilisés par l'hôpital pour accueillir les patients en provenance des urgences. Ces procédures dégradées conduisent à accueillir les patients dans des chambres dédoublées voire triplées, quand ce n'est pas dans les couloirs, à l'instar du service des urgences (« lits-porte »).

L'encombrement chronique de l'unité d'hospitalisation de courte durée et des lits d'aval pourrait traduire un déficit en lits, notamment pour le service de soins de suite et de réadaptation et l'unité de soins de longue durée dont les capacités ont été récemment réduites de 25 lits.

La saturation chronique du service des urgences comme des services d'aval désorganise l'ensemble de l'hôpital et altère, au-delà de la qualité de leur prise en charge, la sécurité des patients. La sécurité des prises en charge est plus particulièrement mise à mal pour les patients hébergés en attente d'hospitalisation aux urgences, en raison notamment d'une dissociation entre le service des urgences qui héberge le patient et le service d'aval qui en a la responsabilité. Cette dissociation entraînant des failles dans le dispositif de surveillance médicale, de façon accusée les jours fériés et les week-ends.

De la même façon, les tensions existantes entre le service des urgences et les étages entraînent des défauts de coordination et des ruptures de dialogue préjudiciables pour le patient. Ces carences et défaut de coopération dans la prise en charge des patients, peuvent se traduire dans les événements indésirables graves associés aux soins signalés par l'hôpital attestant, de la fragilité des procédures et du suivi médical pour ces patients et qui étaient évitables.

***Une situation qui doit conduire, en interne, à sécuriser les procédures et à impliquer plus fortement l'ensemble de l'hôpital dans la régulation des flux de patients non programmés***

La sécurisation des procédures, plus spécifiquement pour les malades hébergés aux urgences en attente d'hospitalisation, est indispensable pour assurer la sécurité de la prise en charge des patients, qu'il s'agisse de l'organisation de la surveillance médicale les weekends et jours fériés par un dispositif d'astreinte adapté, ou de la qualité des articulations et du dialogue médical entre le service des urgences et les services d'aval. Par ailleurs, il convient d'impliquer plus fortement l'ensemble des services de l'hôpital dans la régulation des flux de patients non programmés. Cette implication doit notamment trouver une traduction dans l'engagement des services à réserver des créneaux pour des consultations spécialisées en urgence ou semi-urgence. Elle peut également se manifester par un accès facilité aux examens d'imagerie et de biologie, dont les modalités d'accès et les délais d'obtention des résultats peuvent se traduire par des temps d'attente considérablement allongés pour les patients des urgences, particulièrement préjudiciables pour les patients âgés. Cette mobilisation plus forte des services des étages doit aller de pair avec une plus grande structuration de l'organisation des équipes des urgences et notamment la réalisation de transmissions médicales systématiques entre le médecin coordonnateur de nuit et celui de jour.

***Et qui doit conduire, en externe, à mobiliser des leviers et renforcer des coopérations pour mieux répondre aux besoins du territoire et de sa patientèle âgée***

Alors que le territoire de Vichy présente des caractéristiques qui l'exposent plus que d'autres à des risques d'hospitalisation évitables, les coopérations qu'entretient l'hôpital avec la médecine de ville restent très insuffisantes pour réguler le flux des patients non programmés. La faiblesse des coopérations ville-hôpital se traduit tant par une permanence des soins peu articulée avec l'activité de l'hôpital que par des outils de régulation peu mobilisés pour prévenir les passages aux urgences (hotline gériatrique, annuaire des spécialistes à destination des professionnels de santé de ville). Dans ce contexte, l'hôpital gagnerait à renforcer ses coopérations et à développer des dispositifs spécifiques pour prévenir les passages aux urgences des publics âgés (hotline gériatrique à renforcer, équipe mobile de gériatrie intervenant sur l'extérieur, infirmiers de nuits mutualisés avec les EHPAD...).

Enfin au-delà de la restauration d'une partie de ses capacités en lit, l'hôpital de Vichy aurait intérêt à davantage investir les projets de dispositifs de coopération susceptibles d'offrir une alternative à l'hospitalisation complète, et à accompagner plus et mieux les retours à domicile des patients fragiles.

## Second cahier : les systèmes d'information

Le système d'information du centre hospitalier de Vichy, outil essentiel pour la délivrance des soins et pour le fonctionnement quotidien de l'établissement, est composé de plus de 140 applications dont 40 destinées au domaine médical et d'une infrastructure technique répartie entre deux salles d'hébergement située dans l'enceinte de l'hôpital. L'hôpital dispose d'une direction des systèmes d'information de 15 personnes.

### *Une gouvernance fragile*

L'hôpital de Vichy dispose de son propre schéma directeur du système d'information. Mais ce schéma est modeste, se cantonnant à reprendre les grandes lignes de celui porté par le groupement hospitalier de rattachement, les systèmes d'information étant au nombre des fonctions devant être mises en commun dans le cadre d'un groupement hospitalier de territoire. Le schéma du CH de Vichy ne comprend pas de construction stratégique déclinant les projets d'évolution des systèmes d'information lui étant spécifique. Il ne couvre pas l'ensemble des projets impliquant une dimension informatique, notamment les télécommunications et le biomédical. Le CH de Vichy doit donc d'élaborer un plan pluriannuel exhaustif d'évolution de son système d'information, incluant tant une déclinaison de la stratégie de convergence préconisée par le groupement hospitalier que les projets propres à son système d'information.

Par ailleurs, le dossier patient informatisé (DPI), qui ne figurait pas parmi les projets prioritaires du schéma directeur, a été lancé par le groupement hospitalier de territoire à la faveur de financements octroyés dans le cadre du programme « Hôpital numérique ouvert sur son environnement ». Confronté aux contraintes d'un grand nombre d'établissements fédérés utilisant des systèmes d'information hétérogènes, le groupement a réduit ses ambitions de convergence, au choix d'un logiciel de gestion du dossier patient identique pour chaque établissement, sans réelle synergie entre les différents DPI déployés. Rapidement développé à Vichy, le nouveau DPI engendre une surcharge de travail pour le personnel médical, contraint d'utiliser désormais plusieurs outils du fait de pertes de fonctionnalités au regard de l'ancien logiciel. Une consolidation du projet s'avère dès lors nécessaire.

### ***Une modernisation et meilleure maîtrise nécessaires du système d'information***

L'hôpital de Vichy manque de connaissances précises de son patrimoine informatique. L'absence de cartographies détaillées, décrivant tant le patrimoine applicatif que l'infrastructure technique, et le manque d'exhaustivité de l'inventaire matériel ne permet pas à l'établissement de disposer d'une vision complète des équipements informatiques déployés. L'amélioration de la connaissance de son système d'information doit lui permettre d'évaluer le niveau d'obsolescence des composants, en sorte d'en programmer le renouvellement.

Le système de redondance entre les deux salles hébergeant le système d'information et le stockage d'une sauvegarde dans chacune de ces deux salles permettent à l'hôpital de Vichy de disposer de la capacité à assurer la continuité et la reprise d'activité. Il conviendrait cependant de mettre en place une troisième copie sur un site distant, pour pallier un incident potentiel venant impacter les deux sauvegardes stockées sur le même site. Les récents incidents et exercices menés par l'hôpital ont démontré la nécessité d'établir un plan de réponse exhaustif en cas de crise.

### ***Une sécurité informatique à conforter***

Sur le plan de la gouvernance de la sécurité informatique, plusieurs instances ont été créées, tant auprès du groupement de territoire qu'à l'hôpital de Vichy, avec une identification des moyens humains mobilisés. Mais la fréquence des réunions en est encore faible et irrégulière au regard, notamment, des enjeux liés à la cybercriminalité. Une réelle synergie reste à créer entre le responsable de la sécurité des systèmes d'information, nommé auprès du groupement hospitalier et le référent sécurité désigné par l'hôpital de Vichy.

Le groupement hospitalier de territoire a élaboré une politique générale de la sécurité des systèmes d'information. Ce document est décorrélé de celui tenu par l'hôpital de Vichy, datant de 2014. Ce dernier doit donc procéder à l'actualisation de la politique de sécurité de ses systèmes d'information, en s'appuyant sur les principes retenus par la politique arrêtée au niveau du groupement hospitalier de territoire, ainsi que sur une cartographie des risques contextualisée à l'établissement vichyssois.

Applicable depuis 2018, le Règlement général sur la protection des données personnelles (RGPD) renforce les obligations des responsables de traitement, instaurant des sanctions significatives en cas de non-respect des obligations. Dans ce cadre, un délégué à la protection des données a été nommé auprès du groupement de territoire pour l'ensemble des établissements membres, tandis qu'un référent RGPD a été identifié au niveau de l'hôpital de Vichy. Néanmoins, depuis le départ de l'ancienne responsable du système d'information, ce relais n'est plus assuré, et les efforts de l'hôpital Jacques Lacarin consentis en vue d'une mise en conformité au RGPD s'avèrent encore très modestes : le registre des traitements est incomplet, et les analyses d'impact concernant le traitement de données sensibles ne sont pas réalisées. De telles carences présentent un double risque, de sécurité pour les patients et au plan juridique pour l'établissement, justifiant l'engagement au plus vite un plan d'actions pour y remédier.

## RECOMMANDATIONS

### Premier cahier : l'accueil et le traitement des urgences

**Recommandation n° 1.** : Fiabiliser les données d'activité recensées et transmises aux autorités sanitaires, notamment en matière de classification clinique des malades aux urgences (codification CCMU).

**Recommandation n° 2.** : Consigner les notes de service relatives à la prise en charge et la gestion des flux de patients non programmés, dans un guide de procédure dédié aisément accessible par les professionnels.

**Recommandation n° 3.** : Donner une priorité d'accès pour les patients des urgences aux examens d'imagerie (IRM, scanner) et de biologie.

**Recommandation n° 4.** : Réserver des plages de consultations spécialisées non programmées pour les patients des urgences.

**Recommandation n° 5.** : Assurer des relèves médicales systématiques entre les médecins coordonnateurs de nuit et de jour.

**Recommandation n° 6.** : Sécuriser les procédures relatives aux patients hébergés aux urgences, en attente d'une hospitalisation.

**Recommandation n° 7.** : S'assurer d'une tenue régulière des comités de retour d'expérience pour les urgences, structures mobiles d'urgence et de réanimation et unité d'hospitalisation de courte durée.

### Second cahier : les systèmes d'information

**Recommandation n° 1.** : Centraliser les compétences informatiques au sein de la direction des systèmes d'information.

**Recommandation n° 2.** : Formaliser et valider un schéma directeur exhaustif, comprenant une déclinaison opérationnelle.

**Recommandation n° 3.** : Consolider la formalisation des cartographies, de l'inventaire et des procédures relatives aux dotations informatiques afin de mieux maîtriser les infrastructures et le parc matériel du système d'information.

**Recommandation n° 4.** : Elaborer une stratégie pluriannuelle de renouvellement du matériel informatique, incluant tant le parc de périphériques que les composants techniques de l'infrastructure.

**Recommandation n° 5.** : Consolider la documentation concernant l'état et la gestion des applicatifs.

**Recommandation n° 6. :** Finaliser la stratégie de sauvegarde en y intégrant une externalisation des sauvegardes et formaliser des plans de continuité et de reprise d'activité adaptés.

**Recommandation n° 7. :** Actualiser la politique de sécurité des systèmes d'information de l'hôpital de Vichy.

**Recommandation n° 8. :** Construire un plan d'audit pluriannuel dans une optique d'amélioration continue de la sécurité du système d'information.

**Recommandation n° 9. :** Créer et réaliser un plan de mise en conformité au règlement général de protection des données.

CAHIER N°1 :

L'ACCUEIL ET LE  
TRAITEMENT DES  
URGENCES

# 1 CONTEXTE ET ENVIRONNEMENT DU SERVICE DES URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE VICHY

## 1.1 Les caractéristiques démographiques, socio-économiques et sanitaires du territoire

Le bassin de vie vichyssois<sup>1</sup>, qui s'étend sur la commune de Vichy et les 29 communes situées dans son environnement proche, couvre une population de près de 78 000 habitants.

Le territoire rencontre un certain déclin démographique. Le nombre de ses habitants tend en effet à diminuer, le rythme annuel moyen d'évolution de la population ayant été estimé à -0,2 % durant la période 2013 à 2019). Sa population est par ailleurs confrontée à un phénomène de vieillissement qui s'avère plus prononcé qu'au niveau régional. Les habitants âgés de 75 ans et plus représentaient ainsi 14,6 % de la population du bassin de vie en 2019 contre 9,4 % au niveau de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Quant aux habitants âgés de 85 ans et plus, ils représentaient 5,4 % de la population de ce territoire, la même année, contre seulement 3,3 % pour la région Auvergne-Rhône-Alpes.

La population du bassin de vie présente également une certaine fragilité sociale et économique. Le taux de chômage des 15 à 64 ans atteignait ainsi 14,6 % en 2019 contre 11,5 % dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Les personnes couvertes par le RSA représentaient 6,7 % de la population en 2021 contre seulement 4,1 % dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. La même année, le nombre de bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) s'élevait à 4,9 % de la population âgée de 20 à 64 ans contre un taux de 3 % à l'échelle régionale.

Sur le plan de la santé, la population se caractérise par plusieurs traits défavorables. À cet égard, la proportion de personnes reconnues en affection de longue durée (ALD) apparaît nettement supérieure à celle constatée au niveau régional. Elle était ainsi de 17 348 bénéficiaires d'une ALD pour 100 000 habitants sur le bassin de vie en 2021, contre environ 15 770 bénéficiaires d'une ALD pour 100 000 habitants sur l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes la même année. De même le nombre de décès prématurés - survenus avant l'âge de 65 ans – au sein de la population apparaît plus important que celui enregistré à l'échelle de la région : 212 personnes sont, en effet, décédées de manière prématurée pour 100 000 habitants sur le bassin de vie vichyssois, en moyenne annuelle, sur la période 2013 à 2017, contre une moyenne de 168 au niveau de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Enfin, 842 patients de 15 ans et plus, pour 100 000 habitants, ont été hospitalisés au moins une fois dans l'année en soins spécialisés en psychiatrie en 2021 contre 727 patients pour la région Auvergne-Rhône-Alpes la même année.

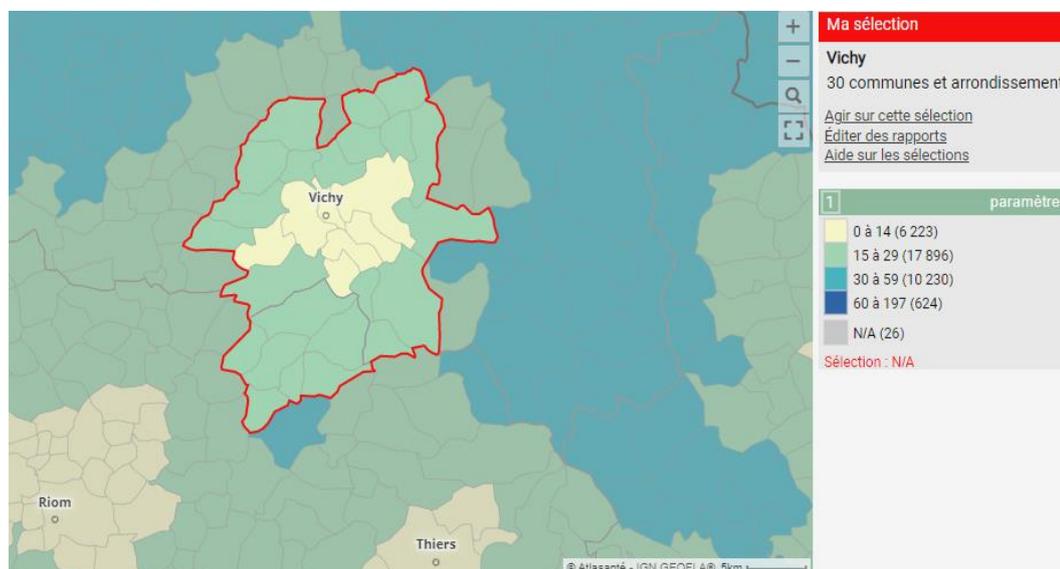
Les personnes habitant au cœur du bassin de vie, dans les communes limitrophes de Vichy, sont en capacité d'accéder à une structure d'urgence dans un temps relativement limité (moins de 15 minutes). Si les personnes localisées à la périphérie de ce même territoire

---

<sup>1</sup> Au sens de l'INSEE, un bassin de vie correspond au plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants.

rencontrent des temps d'accès à un service des urgences plus importants, ceux-ci demeurent toutefois inférieurs à 30 minutes.

**Carte n° 1 : Temps d'accès de la population du bassin de vie de Vichy au service des urgences le plus proche (en minutes)**



Source : AtlaSanté. Données 2022

## 1.2 L'offre de soins non programmés non urgents sur le territoire

En dehors de toute structure hospitalière, l'offre de soins non programmés est assurée par les médecins de ville, exerçant à titre libéral ou, éventuellement, salarié.

Le bassin vichyssois est marqué par une baisse importante des effectifs médicaux de près de 15 % depuis 2018. Ainsi, 63 médecins généralistes libéraux étaient installés sur le bassin de vie au 31 décembre 2022 contre 75 au 31 décembre 2018.

Si la densité de médecins généralistes libéraux n'est pas particulièrement préoccupante au regard du niveau régional et national (le territoire vichyssois comptabilise au 31 décembre 2022 8,1 médecins généralistes libéraux pour 10 000 habitants contre un taux de 8,8 médecins pour la région et de 8,4 médecins en France<sup>2</sup>), il n'en va pas de même s'agissant de leur âge. En effet, la part de médecins âgés de 60 ans et plus atteignait près de 43 % au 31 décembre 2022, soit une proportion nettement supérieure à celle constatée à l'échelle de la région Auvergne-Rhône-Alpes (25,4 % des médecins généralistes) comme de la France (32 % des médecins généralistes).

L'offre libérale en matière pédiatrique apparaît également comme particulièrement faible sur ce même territoire. Avec 1 seul pédiatre libéral au 1<sup>er</sup> janvier 2022, le bassin affichait une densité de professionnels de santé deux fois plus basse que celle relevée au niveau régional

<sup>2</sup> Source : site Atlasanté, cartosanté.

(8,8 pédiatres pour 100 000 jeunes de moins de 15 ans sur le bassin, au 1<sup>er</sup> janvier 2022, contre une densité d'un peu plus de 20 pédiatres pour 100 000 jeunes de moins de 15 ans à l'échelle de la région). Cet unique pédiatre appartient de surcroît à la catégorie des 55 ans et plus.

En outre, l'exercice de l'activité des professionnels de ville reste principalement isolé en cabinet médical. Seuls quelques médecins généralistes interviennent dans le cadre d'une maison de santé<sup>3</sup>.

À cet égard, la stratégie « ma santé 2022 », lancée en septembre 2018, visait à favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé, notamment par la promotion d'un exercice moins isolé et pluridisciplinaire de la délivrance de soins aux patients. Elle prévoyait à cet effet, le développement des communautés professionnelles de santé, des maisons de santé pluriprofessionnelles et des centres de santé, avec l'enjeu de faire de l'exercice isolé de la médecine libérale une exception. Or, force est de constater que le territoire de Vichy reste encore très éloigné de cette ambition.

Pourtant, il existe un véritable enjeu au développement regroupé de la médecine. L'exercice regroupé constitue, en effet, un enjeu d'attractivité pour l'installation des professionnels tant en termes d'organisation de la permanence des soins que de confort de travail pour les praticiens eux-mêmes. En outre, des obligations en termes de service public sont attachées aux maisons de santé dans le cadre des financements accordés par les ARS comme des plages d'ouverture au public obligatoires, l'accès à des soins non programmés ou encore la réservation de créneaux de consultations en journée.

Le bassin dispose également d'un centre de santé<sup>4</sup> dédié à la médecine du sport, au sein duquel exercent des médecins spécialisés dans cette discipline<sup>5</sup>. Cette structure, située sur la commune de Bellerive-sur-Allier, prend notamment en charge les blessures liées à l'activité physique, au moyen de diagnostics, d'échographies, de soins ou bien encore de rééducation.

Enfin, une maison médicale de garde, gérée par l'Association des Médecins Libéraux de l'Allier pour la Permanence des Soins (AMLAPS), est implantée sur la commune de Vichy. Antérieurement située dans les locaux de la clinique la Pergola, celle-ci a pris place en juillet 2022 dans un bâtiment plus adapté, localisé en centre-ville, à proximité immédiate de la mairie. Cette structure entend répondre aux besoins de soins non programmés de la population, durant la période de permanence des soins. Elle est ainsi ouverte aux heures de fermeture habituelle des cabinets médicaux et des centres de santé (soit tous les soirs, de 20h à minuit, le samedi de 12h à 20h et le dimanche et les jours fériés de 8h à 20h). Elle constitue le lieu unique de garde

---

<sup>3</sup> Selon les termes de l'article L. 6323-3 du CSP : « La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé [...] ».

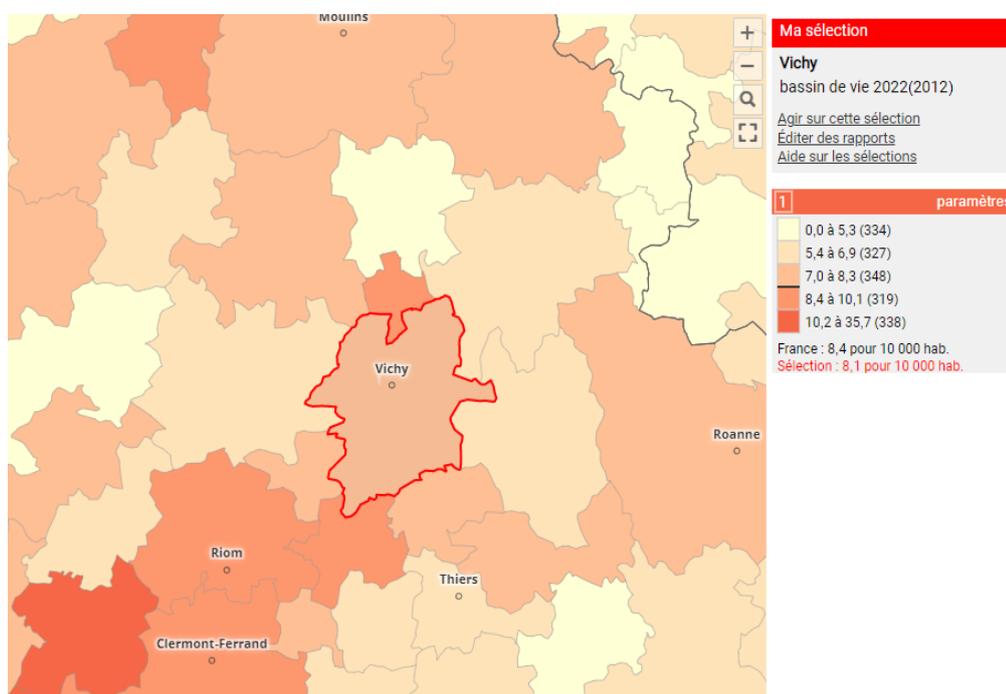
<sup>4</sup> Selon les termes de l'article L. 6323-1 du CSP : « Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux [...] ». L'article L. 6323-1-5 du CSP ajoutant que : « Les professionnels qui exercent au sein des centres de santé sont salariés [...] ».

<sup>5</sup> Les trois autres centres de santé du bassin de vie sont spécialisés dans les soins infirmiers (structures localisées sur les communes de Vichy et de Cusset) et les soins dentaires (structure implantée sur la commune de Vichy).

des 52 médecins généralistes libéraux des secteurs de Cusset, de Vichy, de Lapalisse et de Varennes-sur-Allier. En 2022, près de 6 400 patients ont été vus en consultation au sein de la maison médicale de garde.

Le bassin comptait 141 infirmiers libéraux en activité – dont 14 infirmiers âgés de 60 ans et plus - au 31 décembre 2022. La densité d’infirmiers libéraux atteignait dans ces conditions 18,1 professionnels pour 10 000 habitants, soit une proportion bien supérieure à celle enregistrée au niveau régional (16 infirmiers pour 10 000 habitants) comme national (15,4 infirmiers pour 10 000 habitants).

**Carte n° 2 : Densité de médecins généralistes libéraux sur le bassin de vie de Vichy (pour 10 000 habitants)**



Source : AtlaSanté. Données au 31 décembre 2022

Enfin, une offre de soins non programmés hospitalière est proposée par la clinique de la Pergola. Située sur la commune de Vichy, la clinique dispose d’une unité de premiers soins qui accueille les patients - adultes comme enfants - sans rendez-vous, pour des consultations et des actes de médecine générale. Ce service, fonctionne uniquement en semaine, du lundi au vendredi, et en journée, de 9h à 19h.

### 1.3 L'offre de soins non programmés urgents du territoire

#### 1.3.1 L'hôpital de Vichy est le seul établissement de santé du bassin à exercer une activité de médecine d'urgence

Le centre hospitalier de Vichy (CHV), qui est implanté au cœur même de la commune éponyme, se présente comme un hôpital à vocation généraliste. Doté de 801 lits et places, celui-ci emploie près de 1 940 agents en équivalent temps plein (ETP) dont 210 ETP de personnel médical (données 2021). Le montant de ses produits, toutes activités confondues, atteignait 180 M€ en 2021 dont 170 M€ au titre sa seule activité principale.

Le portefeuille d'activités de l'hôpital est large avec une offre de soins couvrant la plupart des spécialités médicales (rhumatologie, rééducation, réanimation, pneumologie, neurologie, oncologie, dermatologie...) et chirurgicales (chirurgies vasculaire, urologique, orthopédique, ophtalmologique, digestive...). Le centre hospitalier intervient également dans le domaine obstétrical (1 050 naissances en 2021) et délivre des soins médicaux et paramédicaux dans le cadre d'une hospitalisation à domicile (HAD). 421 patients ont ainsi pu bénéficier de cette modalité de prise en charge en 2021.

Son offre de soins est notamment orientée vers la prise en charge des personnes âgées. L'établissement dispose à ce titre :

- de 25 lits de court séjour gériatrique (CSG), permettant une prise en charge médicale, sociale et psychologique dans le cadre d'une hospitalisation de court séjour ;
- de 26 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatrique, permettant l'accompagnement des personnes âgées vers un niveau d'autonomie propice à un retour à domicile ou une orientation en structure d'hébergement (en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes...) ;
- d'une unité cognitivo-comportementale (UCC) de 10 lits permettant l'accueil, dans le cadre d'une hospitalisation, de patients atteints de la maladie d'Alzheimer, ou de maladies apparentées, en situation de crise ;
- de 3 unités de soins de longue durée (USLD), totalisant 105 lits, offrant un hébergement médicalisé aux personnes âgées.

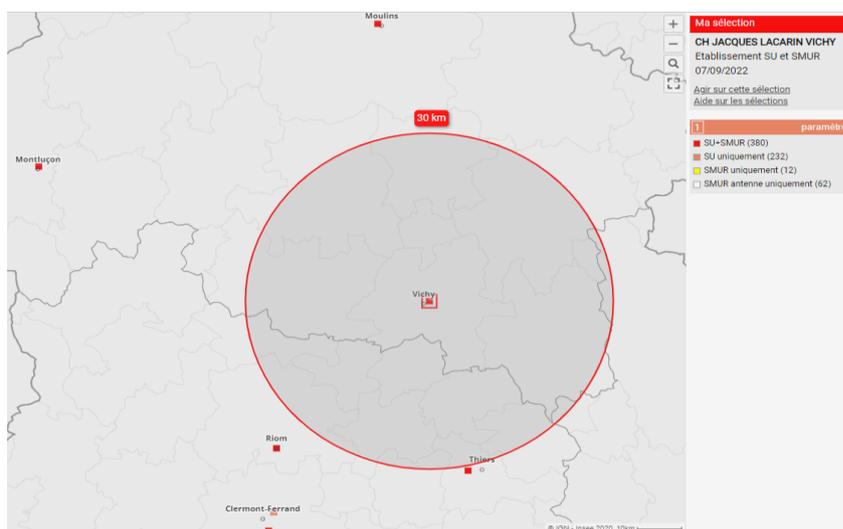
Une équipe mobile de gériatrie a par ailleurs été constituée afin de participer à la prise en charge des patients âgés dans les murs du centre hospitalier (et notamment des personnes âgées admises aux urgences).

Le CHV est le seul établissement de santé du bassin à intervenir en matière de médecine d'urgence. L'offre de soins la plus proche, dans cette discipline, est assurée par les centres hospitaliers de Thiers et de Riom, situés respectivement à 35 km et à 40 km de route du CHV. A l'image de l'établissement vichyssois, ces deux centres hospitaliers disposent d'une structure des urgences et d'une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

L'établissement appartient au groupement hospitalier de territoire (GHT) « Territoires d'Auvergne » qui regroupe, autour du centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand, l'ensemble des centres hospitaliers publics des départements du Puy-de-Dôme et de l'Allier. Selon les termes du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2020-2024, l'établissement s'engage à contribuer à l'amélioration de la coordination entre les structures de médecine d'urgence du GHT par le biais de la fédération médicale inter-hospitalière (FMIH)

de médecine d'urgence ainsi qu'à contribuer à une meilleure gestion des ressources médicales existantes dans le cadre de fédérations médicales inter-hospitalières (FMIH), au sein du GHT, notamment pour la filière urgences.

**Carte n° 3 : Localisation et typologie des structures d'urgence situées à proximité du centre hospitalier de Vichy**



Source : AtlaSanté

**1.3.2 L'hôpital de Vichy dispose de deux structures distinctes en matière de médecine d'urgence**

Sur le fondement des autorisations délivrées par l'Agence régionale de santé, valables indépendamment de tout critère de saisonnalité<sup>6</sup>, l'établissement dispose d'une structure des urgences, fonctionnant 24h/24h, 7j/7, et d'une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR). Ces deux structures distinctes, mais contiguës, sont localisées à proximité de l'entrée principale du site, en pied de bâtiment.

■ *La structure des urgences*

La structure des urgences comporte, notamment, un hall d'accueil, au niveau duquel les patients sont enregistrés d'un point de vue médico-administratif, une zone d'attente, constituée d'une salle pour les patients adultes et d'une salle pour les enfants et dix box d'examen et de soins, dont un box dédié à la prise en charge pédiatrique.

Le service dispose également d'une salle permettant l'accueil des personnes sans domicile fixe et d'une salle dédiée à la prise en charge des personnes gardées à vue, toutes deux situées à proximité immédiate du hall d'accueil, et d'une salle d'accueil des urgences vitales, équipée de 2 postes de déchocage.

<sup>6</sup> L'article R. 6123-8 du CSP prévoit en effet que le fonctionnement d'une structure des urgences peut n'être autorisée qu'au titre d'une partie de l'année seulement, « compte tenu d'une situation particulière ».

Il comprend également dix chambres permettant d'isoler certains patients (patients atteints du Covid ...) ou de placer dans un lit des patients pris en charge par le service. Une salle située au niveau du hall d'accueil, d'une capacité de 4 brancards, est destinée, de façon spécifique, à l'accueil des personnes dans une situation d'afflux massif de patients (en cas, par exemple, de déclenchement d'un plan blanc).

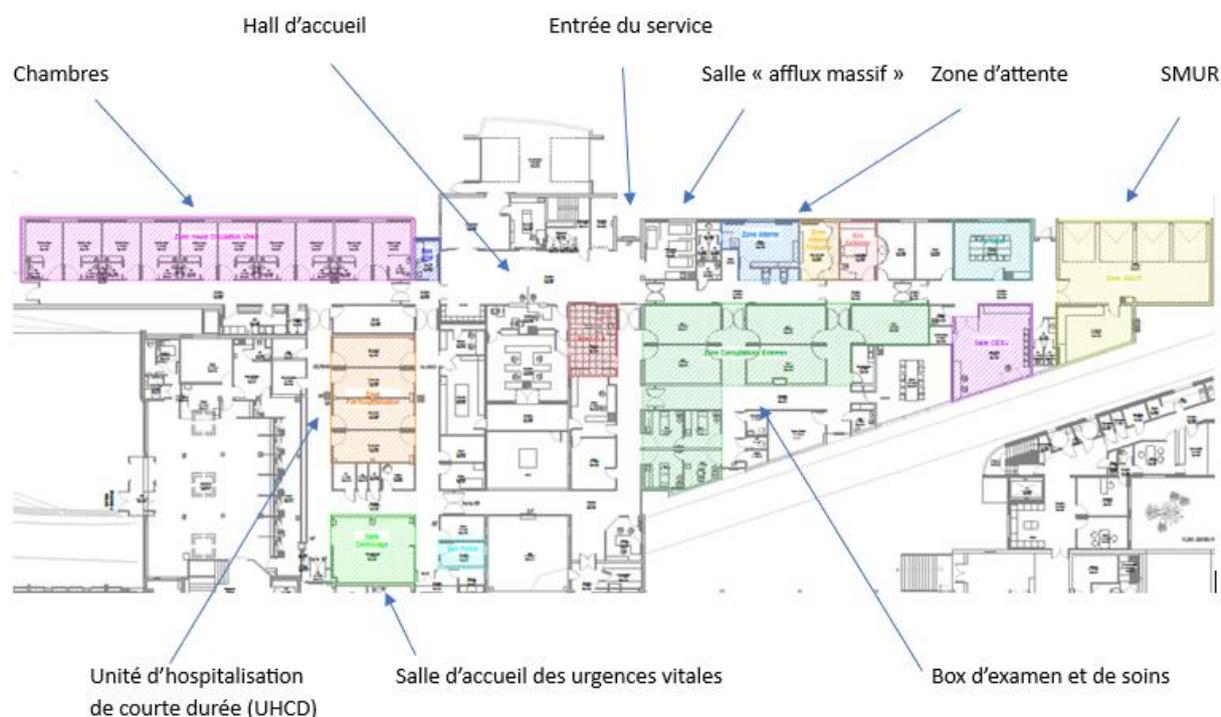
Enfin, il intègre une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de 10 lits. La charte de fonctionnement de la structure d'urgences, qui date de 2016, précise que cette dernière « est une unité d'hospitalisation de durée inférieure à 36 heures. Les entrées émanent principalement de l'accueil des urgences et exceptionnellement, d'autres unités de l'établissement ». Ce même document ajoute qu'elle « permet à la fois une surveillance rapprochée de quelques heures, une observation à visée diagnostique, un traitement de courte durée de pathologies psychomédicochirurgicales avant retour à domicile ou éventuellement une attente de lit dans une unité adaptée au patient dans les services médico-chirurgicaux ».

#### ■ La structure mobile d'urgence et de réanimation

La structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) permet, d'une part, la prise en charge des patients en situation d'urgence médicale en dehors de l'hôpital (sorties qualifiées de « primaires ») et, d'autre part, le transfert de patients de l'hôpital vichyssois à un autre établissement (sorties qualifiées de « secondaires »).

L'unité est composée de 2 lignes d'intervention, à raison d'une équipe permanente et d'une équipe mobilisable en tant que de besoin. Elle est dotée de deux ambulances et de deux véhicules légers.

Schéma n° 1 : Plan du service des urgences du CHV



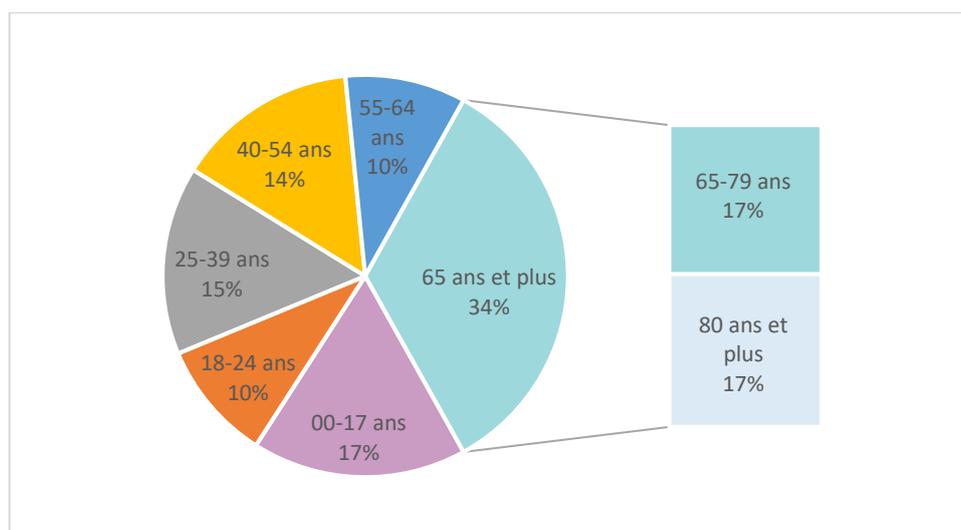
Source : CRC à partir du plan transmis par l'établissement

### 1.3.3 Les urgences de l'hôpital de Vichy accueillent des profils de patients variés

Les patients accueillis au sein de la structure des urgences sont domiciliés, pour l'essentiel, à moins d'une heure de route du CHV. Un peu plus de 5 % des patients provenaient néanmoins de territoires situés à plus d'une heure de route de l'établissement, en 2022.

Du fait de leur vocation généraliste, les urgences du CHV accueillent des personnes appartenant à toutes les tranches d'âge.

**Graphique n° 1 : Répartition des patients passés par le service des urgences (hors UHCD) par tranches d'âge**



Source : CRC à partir des données de l'ORU fournies par le CHV ; activité du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2022

## 1.4 L'offre sociale et médico-sociale du bassin au bénéfice des personnes âgées

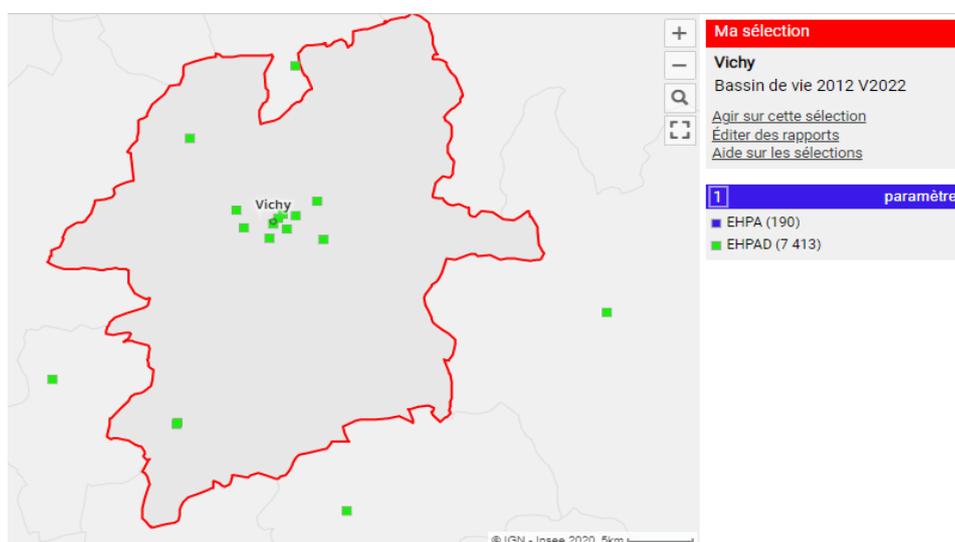
Le département de l'Allier présente un niveau d'équipement en matière d'hébergement des personnes âgées plus important que celui relevé à l'échelle nationale. A cet égard, la capacité d'accueil à temps complet dans le cadre d'un hébergement permanent, en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), représentait 106,3 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus en 2022, contre un taux de 94,1 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus pour l'ensemble de la France.

Le bassin de vie vichyssois comptabilisait 13 EHPAD en 2022, principalement implantés sur la commune de Vichy et les communes lui étant limitrophes. Ces structures étaient alors en capacité d'accueillir 1 139 personnes âgées, dans le cadre d'un hébergement permanent à temps complet. Ce niveau d'équipement représentait alors près de 100 places d'accueil pour 1 000 habitants de 75 ans et plus et s'avérait ainsi inférieur à celui relevé à l'échelle départementale tout en demeurant supérieur à celui constaté au niveau national. Ces

mêmes EHPAD proposaient par ailleurs 32 places d’hébergement temporaire à temps complet<sup>7</sup> et 26 places d’hébergement en accueil de jour. L’un des EHPAD – situé sur la commune de Cusset - dispose en outre de 4 places d’hébergement dédiées à l’accueil de nuit. Le CH de Vichy ne dispose plus depuis 2019, d’un EHPAD hospitalier, ce dernier ayant transféré ses 45 lits à un établissement privé de l’Allier, le privant ainsi d’un levier utile pour contrôler les admissions.

Deux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)<sup>8</sup> étaient par ailleurs implantés sur le territoire du bassin, en 2022 (l’un à Vichy, à statut associatif, l’autre sur Cusset, géré par un EHPAD public). Le CH de Vichy ne prend pas en charge ce type d’activité.

#### Carte n° 4 : Localisation des structures d’hébergement pour personnes âgées sur le bassin de vie de Vichy



Source : AtlaSanté. Données 2022

<sup>7</sup> L’hébergement temporaire correspond à une solution d’hébergement de courte durée ouverte aux personnes âgées qui vivent à domicile.

<sup>8</sup> Régis par les articles D. 312-1 et suivants du code de l’action sociale et des familles, les SSIAD appartiennent à la catégorie des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Ces structures assurent des prestations de soins infirmiers (pose de pansements, distribution de médicaments, injections...), sur prescription médicale. Elles permettent notamment d’éviter une hospitalisation ou de faciliter le retour à domicile après une hospitalisation. Les SSIAD interviennent auprès de personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes, ainsi qu’auprès de personnes adultes de moins de soixante ans qui présentent un handicap ou sont atteintes de pathologies chroniques ou de certaines affections particulières.

## **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

*Le bassin de vie de Vichy rencontre un phénomène de vieillissement de la population bien plus prononcé qu'au niveau régional. Ce territoire présente également une certaine fragilité d'un point de vue social caractérisée notamment par des taux de personnes au chômage ou bien encore au RSA plus marqués qu'à l'échelle régionale, comme d'un point de vue sanitaire, avec notamment une proportion de personnes reconnues en affection de longue durée nettement supérieure à celle constatée au niveau régional.*

*A l'échelle de ce bassin, le besoin de soins non programmés non urgents est principalement assuré par les médecins de ville, exerçant à titre libéral ou, éventuellement, salarié. Le territoire est cependant marqué est par une baisse démographique importante de ces médecins libéraux, de plus de 15 % depuis 2018.*

*La clinique la Pergola, qui est située sur la commune de Vichy, répond également à ce besoin de prise en charge au moyen d'une unité de premiers soins qui accueille les patients - adultes comme enfants - sans rendez-vous, pour des consultations et des actes de médecine générale.*

*Au niveau du bassin, l'offre de soins non programmés urgents est exclusivement dispensée par le centre hospitalier de Vichy. Les établissements hospitaliers les plus proches autorisés à exercer une activité de médecine d'urgence se situent à 35 km (centre hospitalier de Thiers) et à 40 km (centre hospitalier de Riom) de route du CHV. L'établissement vichyssois dispose à cet égard d'une structure des urgences, fonctionnant 24h/24h et 7j/7. Si, du fait de sa vocation généraliste, celle-ci accueille des personnes appartenant à toutes les tranches d'âge, les patients se situant aux extrémités de la vie représentent une part importante des personnes prises en charge. L'établissement vichyssois dispose au demeurant d'une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), située à proximité immédiate de la structure des urgences.*

---

## **2 L'ACTIVITÉ DES URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE VICHY**

### **2.1 L'accueil et la prise en charge des urgences (hors UHCD)**

#### **2.1.1 Un nombre de passages aux urgences affecté par la crise sanitaire**

Le nombre de passages aux urgences s'avérait relativement stable en début de période, avec environ 33 000 résumés de passages aux urgences (RPU) produits en 2018 et en 2019.

### **Le résumé de passage aux urgences (RPU)**

En application de l'arrêté du ministre des affaires sociales et de la santé, daté du 24 juillet 2013, les établissements de santé publics et privés ayant une activité autorisée en médecine d'urgence sont tenus de collecter et de traiter des données d'activité médicale se rapportant à cette activité, dans l'objectif de permettre l'analyse médico-économique de cette activité et d'assurer la veille et la sécurité sanitaires.

Dans ce cadre, chaque passage au sein de la structure des urgences doit donner lieu à la production d'un résumé de passage aux urgences (RPU) fournissant un certain nombre d'informations se rapportant à la prise en charge du patient concerné (la date de naissance du patient, la date et l'heure d'entrée, le motif de recours aux urgences, le diagnostic principal et les diagnostics associés, les actes réalisés aux urgences, la date et l'heure de sortie, le mode de sortie...).

Les informations ainsi générées doivent être transmises par la structure des urgences à l'agence régionale de santé de rattachement. Cette dernière est chargée de communiquer ces données à l'institut de veille sanitaire et, après retraitements, à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

Le nombre de RPU a nettement chuté en 2020 dans le contexte de la crise sanitaire, avec un peu moins de 29 000 RPU produits. En effet, conformément à la tendance observée à l'échelle régionale, le nombre de venues dans la structure d'urgences Vichyssoise a notablement diminué sous l'effet de la mise en œuvre des mesures de confinement de la population, édictées durant cette année<sup>9</sup>.

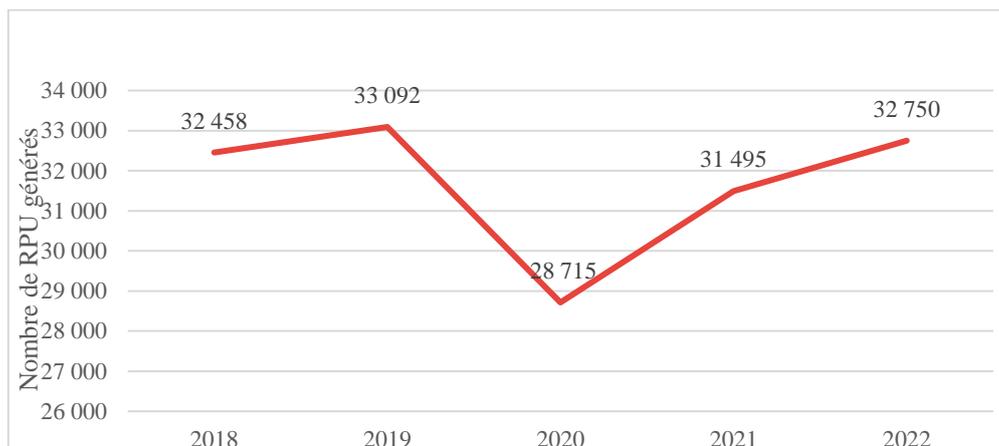
Postérieurement à 2020, le nombre de passages aux urgences est progressivement revenu à son niveau d'avant crise sanitaire. 32 750 RPU ont ainsi été comptabilisés au titre de l'année 2022.

Une même tendance semble se dessiner pour l'année 2023. Environ 10 500 RPU ont en effet été transmis par l'établissement durant le premier quadrimestre 2023 (source : données de l'ORU fournies par le CHV).

En définitive, en excluant l'activité de l'année 2020, perturbée par le contexte de la crise sanitaire, le nombre de passages aux urgences vichyssoises est relativement stable sur l'ensemble de la période sous revue.

---

<sup>9</sup> Ainsi, durant le seul mois d'avril 2020 (soit la première période de confinement), près de 1000 passages de moins ont été comptabilisés par rapport au mois d'avril 2019. Au mois de novembre 2020 (soit durant la deuxième période de confinement), près de 700 passages étaient enregistrés par rapport au mois de novembre 2019.

**Graphique n° 2 : Évolution du nombre de passages aux urgences**

Source : CRC à partir des données de l'ORU fournies par le CHV

### 2.1.2 Une importante part de patients âgés, source de complexification des prises en charge

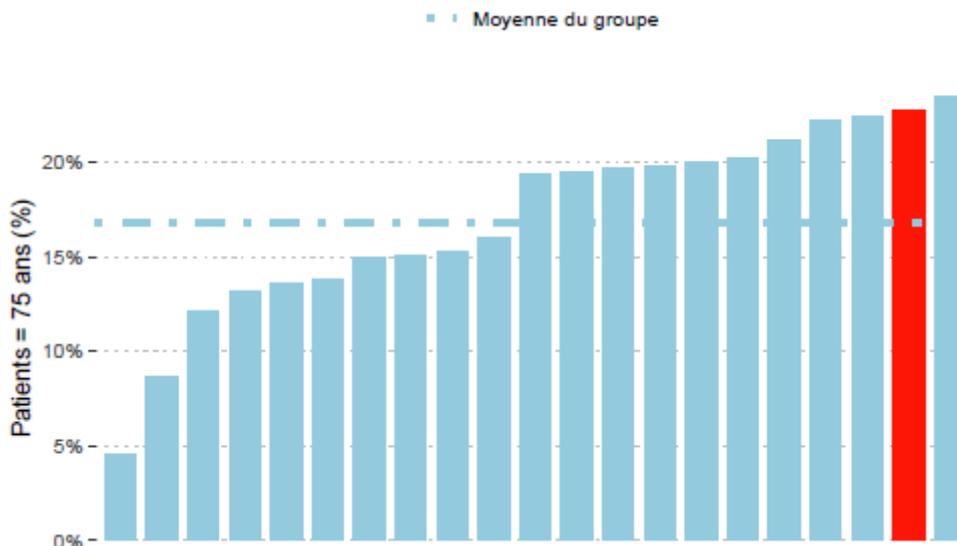
La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) relevait dans une étude de mars 2017, que « Parmi les personnes accueillies aux urgences, les patients âgés constituent un groupe spécifique mobilisant les équipes d'urgence de façon particulière. Leurs conditions de vie et les affections liées à l'âge entraînent une fragilité supplémentaire chez ces patients. Leur prise en charge comporte un nombre d'actes plus élevé, une hospitalisation plus fréquente en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), et se caractérise par une durée de passage plus longue que celle des patients plus jeunes »<sup>10</sup>. Une forte proportion de personnes âgées parmi les patients fréquentant un service des urgences induit ainsi une plus grande complexité des prises en charge pour cette structure.

Au sein de la structure vichyssoise, la part de patients âgés de 75 ans et plus excède 20 % depuis plusieurs années.

Cette proportion de personnes âgées apparaît comme bien plus importante que celle rencontrée par les structures d'urgence disposant d'un volume d'activité comparable (six points de plus que l'ensemble des 21 établissements de santé de la région Auvergne-Rhône-Alpes – publics comme privés - enregistrant entre 30 000 et 50 000 passages aux urgences par an).

<sup>10</sup> DREES, Etudes et Résultats n°1007, mars 2017, « Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier ».

**Graphique n° 3 : Proportion comparée de passages aux urgences qui ont concerné des patients âgés d'au moins 75 ans – données 2022, en rouge CHV -**



Source : Données de l'ORU fournies par le CHV. Chaque barre bleu correspond à la proportion de passages aux urgences concernant des patients âgés d'au moins 75 ans observée dans chacune des structures hospitalières de la région Auvergne-Rhône-Alpes, publiques et privées, enregistrant entre 30 000 et 50 000 passages par an. La barre rouge correspond à la proportion relevée au CHV.

### 2.1.3 Un degré de gravité des cas traités mal apprécié

#### La classification clinique des malades aux urgences (CCMU)

La classification clinique des malades aux urgences (CCMU) permet d'évaluer la gravité de l'état de santé du patient pris en charge par une structure d'urgence.

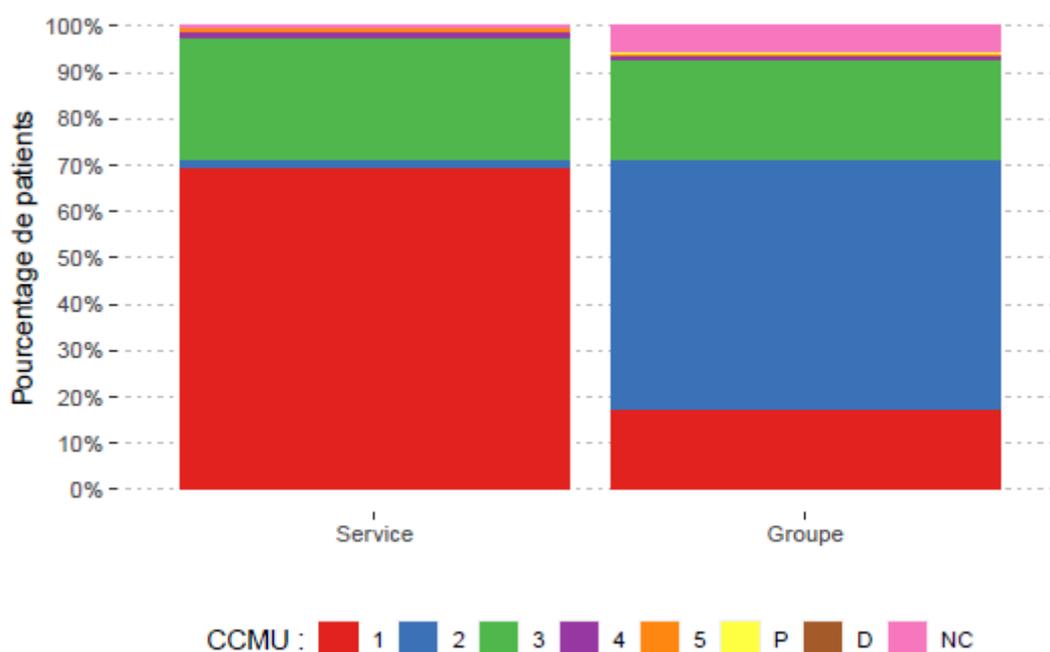
Ce référentiel distingue 5 degrés de gravité, qui vont d'une situation d'état clinique stable (CCMU 1 et 2) à une situation engageant le pronostic vital du patient (CCMU 4 et 5). Des catégories se rapportant aux patients déjà décédés lors de l'arrivée aux urgences (CCMU D) et aux patients présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant (CCMU P) complètent cette classification.

Le médecin urgentiste est chargé de classer le patient dans l'une des catégories de la CCMU, à l'issue de l'examen clinique initial. Cette information doit figurer dans le résumé de passage aux urgences (RPU).

Le premier niveau de gravité concerne les patients dont l'état est stable et ne nécessite pas d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique (CCMU 1). Les patients relevant de cette première catégorie auraient, en ces termes, pu être pris en charge en médecine de ville. Le deuxième niveau de gravité se rapporte aux patients dont l'état est jugé stable mais qui ont besoin d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques (CCMU 2). Ainsi que le notait la Cour des comptes dans son rapport public annuel 2019, les patients relevant de cette catégorie « ne pourraient être pris en charge en dehors de l'hôpital qu'à condition d'avoir accès à des plages de consultation et d'examen complémentaires non programmés ou à des structures pratiquant la petite traumatologie ».

Les données renseignées par les médecins de la structure font apparaître une très forte proportion de patients dont l'état de santé s'avère peu affecté, par référence à la classification clinique des malades aux urgences (CCMU)<sup>11</sup>. De telle sorte que la situation de l'établissement ressorte comme étant tout à fait atypique par rapport à celle rencontrée par les structures sanitaires de même catégorie.

**Graphique n° 4 : Comparaison des passages au CHV (service) par rapport aux établissements équivalents (groupe) selon la classification clinique des malades aux urgences (CCMU) – données 2022**



*Source : Données de l'ORU fournies par le CHV ; la colonne « service » correspond au CHV ; la colonne « groupe » correspond à l'ensemble des établissements de santé de la région Auvergne-Rhône-Alpes – publics et privés – enregistrant entre 30 000 et 50 000 passages aux urgences par an ; NC : donnée non renseignée ou non conforme*

La chambre constate une forte distorsion entre la classification clinique des patients des urgences du CHV par rapport à celle des autres établissements. Cette distorsion peut s'expliquer par un mauvais renseignement de la cotation par les praticiens.

La chambre rappelle à l'établissement que de telles données, recensées dans les résumés de passage aux urgences générés, sont communiquées aux autorités sanitaires. Les éléments de classification clinique des malades qui sont ainsi transmis ne peuvent qu'induire en erreur ces autorités sur le degré de gravité de l'état de santé des patients pris en charge par la structure d'urgence vichyssoise. Plus globalement, cette pratique conduit à corrompre les données sur la base desquelles ces dernières exercent leurs missions et engagent leurs actions.

<sup>11</sup> En effet, selon les données produites par l'établissement, près de 70 % des cas pris en charge en 2022 relevaient du plus faible niveau de gravité (CCMU 1). Et environ 2 % des patients étaient classés dans la catégorie immédiatement supérieure (CCMU 2).

Au surplus, en l'absence d'informations fiables en ce domaine, le CHV se prive d'éléments de connaissance propres à guider ses choix en matière d'organisation et de fonctionnement de sa structure d'urgence.

La chambre recommande en conséquence à l'établissement de s'assurer de la fiabilité des données enregistrées en matière de classification clinique des malades aux urgences.

**Recommandation n° 1.** : Fiabiliser les données d'activité recensées et transmises aux autorités sanitaires, notamment en matière de classification clinique des malades aux urgences (codification CCMU).

#### **2.1.4 Un niveau particulièrement élevé d'hospitalisation après passage aux urgences**

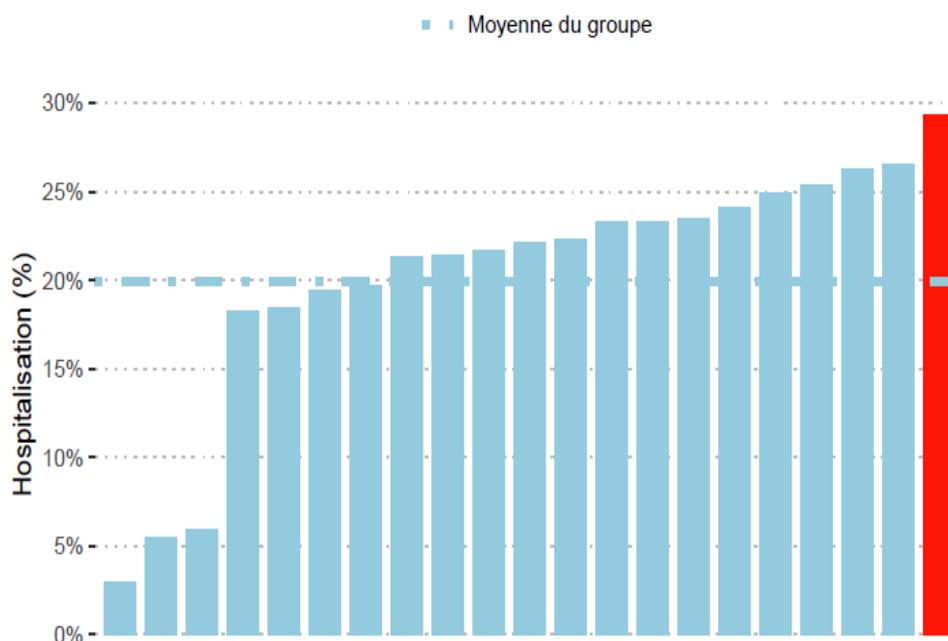
Le niveau des hospitalisations après passage aux urgences – en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ou dans toute autre unité d'hospitalisation - s'avère particulièrement élevé au sein de l'établissement. Cette situation trouve notamment son origine dans la forte proportion de patients âgés passant aux urgences.

En 2022, le taux d'hospitalisation atteignait un peu plus de 29 % (contre un ratio d'un patient sur cinq à l'échelle des 21 établissements de santé de la région Auvergne-Rhône-Alpes - publics comme privés - enregistrant entre 30 000 et 50 000 passages aux urgences par an).

Cette proportion conduisait alors le CHV à enregistrer le plus fort taux d'hospitalisation après passage aux urgences. La chambre note que ce taux élevé d'hospitalisation n'est pas cohérent avec la faible gravité des cas telle qu'elle résulte de la cotation CCMU.

En 2022, 34 patients – soit 0,1 % des passages – sont décédés à l'occasion de leur passage dans la structure des urgences du CH de Vichy.

**Graphique n° 5 : Taux d'hospitalisation comparés après passage aux urgences données 2022, CHV en rouge -**



Source : Données de l'ORU fournies par le CHV. Les barres bleues correspondent aux taux d'hospitalisation après passage aux urgences relevés dans chacun des autres établissements de santé de la région Auvergne-Rhône-Alpes, publics et privés, enregistrant entre 30 000 et 50 000 passages aux urgences par an. La barre rouge correspond au taux relevé au CHV.

## 2.2 L'hospitalisation en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)

### 2.2.1 Une proportion de patients âgés particulièrement élevée

Environ 15 % des passages aux urgences donne lieu à une hospitalisation en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)<sup>12</sup>. Cela représente la moitié des patients hospitalisés à l'issue d'un passage aux urgences.

La quasi-totalité des patients de l'UHCD proviennent des urgences (de l'ordre de 99 %). De façon exceptionnelle et marginale, certains patients sont admis dans l'unité après un séjour dans une unité de soins de courte durée (notamment en court séjour gériatrique)<sup>13</sup>.

Les personnes hospitalisées en UHCD relèvent principalement d'une prise en charge médicale (pour près de 89 % des situations en 2022). Si des patients de l'unité sont pris en

<sup>12</sup> En effet, l'établissement a enregistré 4958 passages en UHCD en 2019 et 4715 passages en UHCD en 2022.

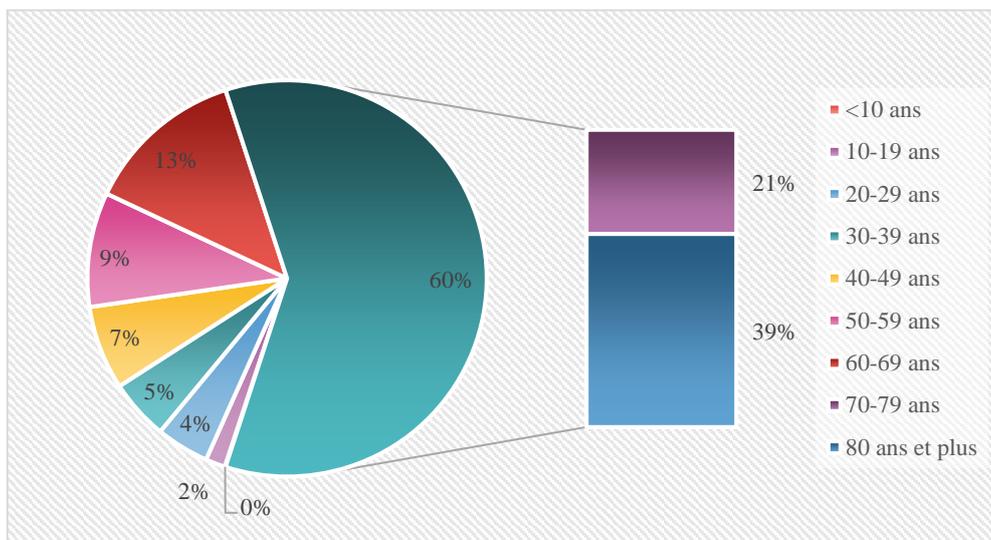
<sup>13</sup> 33 patients en 2019 et 41 patients en 2022 étaient hospitalisés dans une unité de soins de courte durée préalablement à leur admission en UHCD.

charge d'un point de vue chirurgical, leur part demeure relativement faible (de l'ordre de 11 % des cas traités en 2022).

L'unité accueille une forte proportion de personnes âgées. 60 % des séjours concernaient ainsi des patients âgés de 70 ans et plus en 2022.

De façon plus significative encore, près de 40 % des séjours en UHCD concernaient des patients âgés de 80 ans et plus, la même année.

**Graphique n° 6 : Répartition des patients hospitalisés en UHCD en 2022, par tranches d'âge**



Source : CRC à partir des données de l'établissement

### 2.2.2 Une part non négligeable de séjours excède 48 heures

L'essentiel des passages en UHCD n'excède pas 48 heures (de l'ordre de 88 % des passages en 2022).

Toutefois, de nombreux patients, dans une proportion non négligeable, ont séjourné 2 à 3 jours au sein de l'unité (de l'ordre de 500 passages – soit 11 % du total des passages - en 2022), alors que l'établissement annonce une durée d'hospitalisation maximale de 36 heures dans cette unité dans la charte de fonctionnement de la structure d'urgence datant de 2016.

Dans l'ensemble, la durée moyenne de séjour dans l'unité s'est établie à environ 1,25 jour sur l'ensemble de la période sous revue. Les taux d'occupation moyens des lits de l'unité ont excédé 130 % durant l'intégralité de la période sous revue<sup>14</sup>. Ce taux élevé s'explique par une suroccupation permanente des lits (cf. infra).

<sup>14</sup> Ce taux d'occupation des lits d'UHCD a atteint un pic en 2018, avec un taux de 176 %.

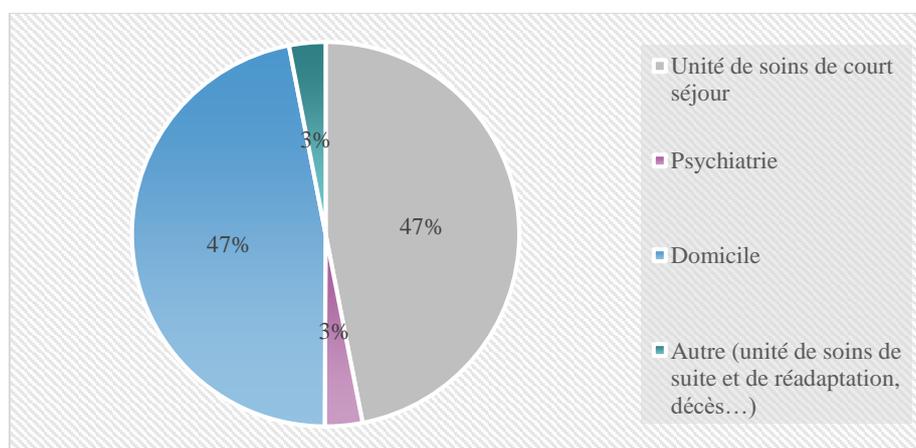
### 2.2.3 Près de la moitié des patients qui sortent de l'UHCD poursuivent leur hospitalisation dans une unité de soins de court séjour

Dans près d'un cas sur deux, le séjour en l'UHCD se prolonge par une hospitalisation dans une unité de soins de court séjour.

Ces unités de destination sont principalement celles du CHV (les transferts vers un autre établissement hospitalier n'ont concerné qu'une centaine de patients de l'UHCD, soit 2 % des personnes sortant de l'unité, en 2022<sup>15</sup>). Ces transferts internes se réalisent en particulier en direction des unités d'hospitalisation de court séjour gériatrique (16 % des cas en 2022), de rhumatologie (14 % des cas en 2022), de cardiologie (11 % des cas en 2022), de gastroentérologie (10 % des cas en 2022) et de pneumologie (9 % des cas en 2022).

Pour l'autre moitié des patients, la sortie de l'UHCD se traduit par un retour au domicile, dont pour quelques-uns par un retour dans leur EHPAD.

**Graphique n° 7 : Destination des patients à la sortie de l'UHCD, en 2022**



Source : CRC à partir des données de l'établissement

## 2.3 Les interventions de la structure mobile d'urgence et de réanimation

Le nombre de sorties de la structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) pour prendre en charge des patients en situation d'urgence médicale, en dehors de l'hôpital (sorties qualifiées de « primaires »), a fortement chuté en 2020, dans le contexte de la crise sanitaire (23 % de sorties de moins en 2020 par rapport à 2019). Ce nombre est progressivement remonté par la suite sans toutefois retrouver son niveau d'avant crise sanitaire. L'établissement a en effet éprouvé des difficultés à mobiliser sa seconde ligne de SMUR en fin de période du fait de l'insuffisance de personnel médical disponible.

Les sorties SMUR correspondant au transfert d'un patient de l'hôpital à un autre établissement (sorties qualifiées de « secondaires ») n'ont pas représenté plus de 15 % des

<sup>15</sup> En 2019, les transferts dans unité de soins de court séjour d'un autre établissement hospitalier avaient concerné une quarantaine de patients, soit moins de 1% des personnes ayant séjourné en UHCD.

sorties. Leur nombre a suivi la tendance d'évolution que celle observée pour les sorties primaires.

**Tableau n° 1 : Nombre de sorties SMUR**

|                                       | 2018         | 2019         | 2020         | 2021         | 2022         |
|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <i>Nombre de sorties primaires</i>    | 1 410        | 1 476        | 1 135        | 1 197        | 1 230        |
| <i>Nombre de sorties secondaires</i>  | 229          | 198          | 113          | 101          | 159          |
| <b><i>Nombre total de sorties</i></b> | <b>1 639</b> | <b>1 674</b> | <b>1 248</b> | <b>1 298</b> | <b>1 389</b> |

Source : site de l'ATIH, plateforme e-PMSI, section Ovalide MCO DGF, tableau 8 D.SMUR

### **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

*Durant la période sous revue et abstraction faite de l'année 2020, qui a été affectée par la crise sanitaire, le nombre de passages aux urgences est restée relativement stable. La proportion de personnes âgées concernée par ces passages est également demeurée élevée (plus de 20 % des patient ont 75 ans et plus).*

*Cette caractéristique de la population accueillie au niveau des urgences n'est pas sans incidence pour le service. Elle implique une plus grande lourdeur des prises en charge pour les équipes. Elle peut également justifier, pour partie, l'importante proportion d'hospitalisations après passage aux urgences relevée sur le CHV. Près d'un patient accueilli aux urgences vichyssoise sur trois faisait en effet, l'objet d'une hospitalisation à sa sortie des urgences, en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ou dans toute autre unité d'hospitalisation, en 2022.*

*Dans ce contexte, en accueillant près de la moitié des patients hospitalisés à l'issue d'un passage aux urgences, l'UHCD est confronté à une situation de sur-sollicitation de ses 10 lits, qui s'est traduite par un taux d'occupation moyen de plus de 130 % durant toute la période sous revue.*

### **3 LES MOYENS HUMAINS, MATÉRIELS ET FINANCIERS DES STRUCTURES D'URGENCE**

#### **3.1 L'organisation et les ressources humaines du service**

##### **3.1.1 L'organisation et les procédures internes du service**

Le service des urgences, intégré au sein du pôle médical 1, est placé sous la responsabilité d'un chef de pôle, assisté d'un cadre supérieur de santé et d'un référent administratif. Les personnels médicaux sont placés sous la responsabilité d'un chef de service, médecin, pour le personnel médical et les personnels paramédicaux sont sous l'autorité de deux cadres infirmiers fonctionnant en binôme.

Le service des urgences s'est doté en 2016 d'une charte de fonctionnement des urgences assez complète à la suite des conclusions des experts-visiteurs de la Haute Autorité de Santé formulées dans le cadre de la certification intervenue<sup>16</sup> en 2015. La prise en charge des urgences vitales intra-hospitalières fait également l'objet d'une procédure spécifique, et l'UHCD est dotée d'une charte de fonctionnement datant de 2013.

Toutefois, au-delà de ces documents cadres, l'organisation interne du service ainsi que les procédures essentielles afférentes à la prise en charge des patients mériteraient d'être rendus plus lisibles et accessibles.

Il est, en effet, à noter que le service n'est pas doté d'un organigramme ce qui est regrettable au regard du volant important de médecins en contrats courts et à temps partiel qui intègrent ponctuellement le service sans le connaître.

Par ailleurs, il existe différentes procédures adoptées au fil de l'eau par les instances décisionnaires de l'hôpital, relatives à la prise en charge et au processus d'orientation des patients non programmés. Ces notes, qui intéressent divers aspects des articulations indispensables entre le service des urgences et les services d'aval, ne sont pas recensées dans un guide de procédures, tant et si bien qu'il a été difficile à l'équipe de contrôle d'en connaître l'existence et de parvenir à toutes les obtenir. Au-delà de ces notes de service, l'analyse des événements indésirables graves associés aux soins (cf. infra) révèle, notamment, une méconnaissance de certains protocoles de prises en charge des patients par les médecins de passage dans les urgences. Il apparaît dès lors nécessaire de faciliter l'accès papier à ces différents documents au sein du service sans qu'il soit nécessaire d'effectuer une recherche informatique chronophage au sein du logiciel dédié de l'établissement.

---

<sup>16</sup> En place depuis 20 ans, la certification est une procédure indépendante d'évaluation obligatoire du niveau de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé, publics et privés. Elle est réalisée tous les 4 ans par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS, les experts-visiteurs. En 2020, la procédure de certification s'est transformée pour répondre aux enjeux de qualité et de sécurité des soins. La certification des établissements de santé pour la qualité des soins est désormais simplifiée, ancrée dans les pratiques des soignants et centrée sur les résultats de la prise en charge pour le patient (source : site internet de la haute autorité de santé (HAS)).

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a indiqué que les procédures et règles communes étaient en cours d'élaboration, certaines ayant été adoptées par la commission médicale d'avril 2023 et d'autres ayant vocation à être adoptées à l'automne 2023.

**Recommandation n° 2.** : Consigner les notes de service relatives à la prise en charge et la gestion des flux de patients non programmés dans un guide de procédure dédié, aisément accessible par les professionnels.

### 3.1.2 Le personnel soignant : un taux d'absentéisme élevé et des effectifs récemment renforcés

Le personnel non médical sur poste permanent<sup>17</sup> affecté aux structures d'urgence (UHCD et SMUR comprises) représentait 84 emplois équivalents temps plein en 2022 (ETP). Il comprend des personnels soignants constitués d'infirmiers en soins généraux (34,5 ETP moyens en 2022) et d'aides-soignants /ambulanciers (28,7 ETP moyens en 2022).

Leur effectif a diminué de près de 5 % sur l'ensemble de la période 2018 à 2022, dans un contexte de mise en place de cycles de travail en 12h00 au sein du service. En 2022, le nombre d'ETP s'avérait au niveau de l'effectif cible attendu pour le service fixé à 84,53 ETP moyens pour une année.

**Tableau n° 2 : Évolution des effectifs non médicaux sur poste permanent**

| <i>En ETP moyen annuel</i> | 2018  | 2019  | 2020  | 2021  | 2022  |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <i>Effectifs réels</i>     | 88,65 | 85,83 | 87,04 | 84,92 | 84,03 |
| <i>Effectifs prévus</i>    | 84,53 | 84,53 | 84,53 | 84,53 | 84,53 |

*Source : établissement*

Si le taux d'absentéisme de ces personnels sur poste permanent a été inférieur à 2 % en 2020 et 2021, le contexte de la crise sanitaire (contre un taux d'absentéisme de l'ordre de 5 à 6 % en 2018 et en 2019), ce taux est très largement reparti à la hausse en 2022 pour atteindre 8,5 % (dont 8,1 % au titre d'un motif médical).

Sur l'ensemble de la période sous revue, l'établissement a recruté des agents en contrat à durée déterminée. Ces recrutements provisoires ont légèrement progressé depuis 2018 pour atteindre 2,14 ETP moyens en 2022 (contre environ 0,6 ETP moyen en 2018).

Le CHV a également procédé à des renforts temporaires d'effectifs dans le cadre de la crise sanitaire (pour deux ETP moyens en 2020 et près de cinq ETP moyens en 2021), tout particulièrement sur les fonctions d'aides-soignants (à raison de 0,7 ETP moyen en 2020 et de 1,4 ETP moyen en 2021) et d'infirmiers en soins généraux (à hauteur de 0,9 ETP moyen en 2020 et de 2,6 ETP moyens en 2021).

<sup>17</sup> Autrement dit, hors les cas de recrutements temporaires, dans le cadre d'un remplacement ponctuel.

Ces recrutements temporaires n'ont pas empêché l'apparition de tensions au sein du service, de nature à générer des mouvements sociaux. Les services de l'ordonnateur ont ainsi précisé que des grèves spécifiques aux urgences avaient été déclenchées à raison d'une journée en mars 2018<sup>18</sup>, d'une période continue courant du 1<sup>er</sup> février au 17 avril 2020<sup>19</sup> et d'une journée en juin 2022<sup>20</sup>. Il est à noter que peu d'agents ont été absents du service pour cause de grève, la plupart des agents grévistes ayant été assignés.

Plus récemment, l'établissement a décidé de renforcer, de manière non pérenne, les équipes de nuit du service, afin de réduire la charge de travail des personnels non médicaux confrontés depuis plusieurs mois à une saturation chronique de l'unité d'hospitalisation de courte durée. Un poste supplémentaire d'infirmier et un poste supplémentaire d'aide-soignant ont ainsi été déployés, représentant un coût de six ETP. Cette organisation, mise en place depuis janvier 2023, doit perdurer jusqu'en milieu d'année 2024, échéance à laquelle 10 lits de court séjour gériatrique devraient être réouverts selon l'ordonnateur.

### 3.1.3 Une équipe médicale fragilisée

Les obligations de service des médecins urgentistes se répartissent, depuis 2015<sup>21</sup>, entre un temps de travail clinique posté - consacré à la prise en charge médicale des patients -, qui est fixé à 39 heures hebdomadaires en moyenne par quadrimestre (pour un praticien à temps plein), et des activités non postées qui doivent notamment permettre d'assurer la coordination des soins, de suivre et d'analyser l'activité à partir des données codées ou bien encore de contribuer à l'organisation et à la gestion du service et à la vie institutionnelle. Ces obligations de service postées et non postées ne peuvent excéder 48 heures hebdomadaires en moyenne par quadrimestre.

Le niveau des effectifs cibles retenus par le CH de Vichy pour le personnel médical des structures d'urgence (UHCD et SMUR comprises) a été réhaussé au 1<sup>er</sup> janvier 2018, à hauteur de 21,6 ETP, pour tenir compte du passage à un temps de travail de 39 heures hebdomadaires pour les médecins urgentistes. La maquette organisationnelle médicale retenant une présence de 5 médecins en journée<sup>22</sup> et de 3 médecins la nuit<sup>23</sup>.

L'effectif des personnels médicaux permanents (constitués des praticiens hospitaliers, des praticiens contractuels, des praticiens attachés et des praticiens cliniciens) a fortement diminué en milieu de période, l'établissement ayant été confronté à une importante vague de

---

<sup>18</sup> À cette occasion, 20 agents ont été assignés dans le cadre du service minimum et 8 agents ont été grévistes.

<sup>19</sup> Tous les agents déclarés en grève - soit entre 29 et 31 agents - ont alors été assignés, chaque jour, dans le cadre du service minimum.

<sup>20</sup> 34 agents ont alors été assignés dans le cadre du service minimum et 4 agents ont été grévistes.

<sup>21</sup> Instruction DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.

<sup>22</sup> À raison de 2 médecins pour l'accueil et le traitement des urgences, 1 médecin pour l'UHCD et 2 médecins pour la SMUR.

<sup>23</sup> À hauteur d'1 médecin pour l'accueil et le traitement des urgences et de 2 médecins pour la SMUR.

départs de médecins en 2019 (7 départs de praticiens pour 2 arrivées)<sup>24</sup>. Si l'effectif permanent s'établissait ainsi à près de 17 ETP moyens en 2018 et en 2019, celui-ci ne représentait plus qu'environ 13 ETP moyens sur la période 2020 à 2022.

Dans ces conditions, le niveau des effectifs permanents se situait nettement en deçà des effectifs cibles (avec plus de 8 ETP moyens de moins que l'effectif cible durant la période 2020 à 2022).

**Tableau n° 3 : Évolution des effectifs médicaux permanents**

| <i>En ETP moyen annuel</i>  | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|-----------------------------|------|------|------|------|------|
| <i>Effectifs permanents</i> | 16,7 | 16,9 | 12,5 | 13,6 | 13,5 |
| <i>Effectifs cibles</i>     | 21,6 | 21,6 | 21,6 | 21,6 | 21,6 |

Source : établissement

Dans les faits, l'écart entre les effectifs projetés et les effectifs effectivement en poste s'avère plus important encore, dans la mesure où certains médecins permanents, nommés ou recrutés au CHV, exercent au sein d'autres établissements hospitaliers dans le cadre d'une mise à disposition. Neuf praticiens des urgences – dont le médecin chef de service - ont ainsi été mis à disposition du CHU de Clermont- Ferrand ou des centres hospitaliers de Riom, de Thiers ou de Montluçon durant l'année 2022, pour des quotités de travail représentant entre 0,2 ETP et 0,5 ETP en fonction des praticiens. Ces mises à disposition au profit d'un autre établissement hospitalier s'exercent dans le cadre des obligations de service des praticiens concernés. Elles permettent ainsi à ces derniers de bénéficier du versement d'une prime d'exercice territorial (PET)<sup>25</sup>.

L'établissement a bénéficié, pour sa part, de la mise à disposition d'un seul praticien, la même année (un médecin provenant du CHU de Clermont-Ferrand et exerçant au CHV à hauteur de 0,5 ETP).

<sup>24</sup> Selon le directeur de l'établissement, l'origine de cette importante vague de départs de médecins urgentistes en 2019 résiderait dans l'embauche de ces praticiens dans le cadre de contrats de cliniciens (nettement plus rémunérateurs) au sein d'autres établissements limitrophes du CH de Vichy. Ces nombreux départs ont notamment conduit l'hôpital de Vichy à décider d'ouvrir la possibilité de recrutement en contrats de cliniciens (cf contrôle des comptes de la gestion CH de Vichy 2016-2021).

<sup>25</sup> Créée par le décret n°2017-327 du 14 mars 2017 dans un objectif de mise en réseau des établissements de santé, la prime d'exercice territorial (PET) est versée aux praticiens qui exercent - au titre de leurs obligations de service - dans plusieurs établissements ou dans plusieurs sites d'un même établissement, dans le cadre des groupements hospitaliers de territoires. Un arrêté du 14 mars 2017 précise que son attribution est soumise à la signature d'une convention par les directeurs des établissements concernés et par le praticien indiquant, notamment, le nombre de demi-journées d'activité passées en dehors de l'établissement de nomination ou de recrutement. L'arrêté ajoute que la prime est versée mensuellement au praticien par l'établissement où il est nommé ou recruté et que son montant est fonction du nombre moyen hebdomadaire de demi-journées passées en dehors du site principal d'exercice ainsi que du nombre de sites d'exercice différents (250€ brut pour une moyenne hebdomadaire d'une demi-journée d'exercice territorial [...], 1000€ brut pour une moyenne hebdomadaire de plus de quatre demi-journées d'exercice territorial).

De plus, l'effectif médical est uniquement constitué de praticiens titulaires ou contractuels exerçant à temps non complet, parfois pour de très faibles volumes de temps de travail (entre 10% et 90% des obligations de service). En effet, même si trois médecins du service ont été théoriquement embauchés à temps plein en mai 2023, ils n'accomplissent pas l'intégralité de leur temps de travail auprès de l'hôpital vichyssois car ils sont mis à disposition d'autres établissements limitrophes (CH de Montluçon, CH de Thiers, et CHU de Clermont-Ferrand) dans le cadre de temps de travail partagé. L'équipe médicale s'avère ainsi fragmentée en une multiplicité de temps médicaux incomplets.

Face à ce manque d'effectifs, le centre hospitalier de Vichy a engagé plusieurs démarches.

Outre l'accueil d'internes et d'étudiants en médecine dans le service chaque année (entre cinq et huit ETP en moyenne), l'hôpital a en premier lieu assigné systématiquement les médecins qui se sont déclarés grévistes durant la période de contrôle<sup>26</sup>.

Il a en second lieu, autorisé les praticiens du service à réaliser du temps de travail additionnel (TTA) au-delà de leurs obligations de service, pour un volume qui a fortement augmenté en 2020 (avec 1036 demi-plages de TTA, contre 473 demi-plages l'année précédente) et en 2022 (avec 1294 demi-plages de TTA, contre 864 demi-plages l'année précédente). Le coût associé à cette mesure, charges sociales comprises, s'est élevé à environ 1,1 M€ sur la période 2018 à 2022.

En troisième lieu, il a recruté des praticiens contractuels dans le cadre de contrats de remplacement, qualifiés de « contrats de gré à gré » pour un coût ayant atteint plus de 400 000 en 2022 alors que ce dernier était resté stable entre 2019 et 2021 autour 200 000 € par an. Le coût de ces recrutements pour une durée déterminée - comprenant le montant des rémunérations et les charges sociales afférentes - s'est élevé à un peu plus d'1 M€ sur l'ensemble de la période 2019 à 2022.

En cinquième lieu, le CHV a recouru à des prestations d'intérim médical, pour des montants qui ont pu atteindre 1,8 M€ en 2020 et qui se sont élevés à environ 4,3 M€ sur la période 2018 à 2022. L'établissement a indiqué lors du contrôle que la mise en œuvre de la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification (loi « Rist ») s'était accompagnée d'un recrutement, durant le mois d'avril 2023 et en tant que praticiens contractuels, de la plupart des médecins intérimaires qui intervenaient de façon régulière au sein du centre hospitalier. Et ce, sur le fondement du 2<sup>ème</sup> motif de recrutement prévu par l'article R. 6152-338 du code de la santé publique<sup>27</sup> et pour des quotités de travail réduites (de 10 à 30 % des obligations de service).

Enfin l'hôpital a accueilli des médecins qui ont obtenu un diplôme en dehors de l'Union européenne et qui sont engagés dans un parcours d'obtention d'une autorisation d'exercice

---

<sup>26</sup> Dans ces conditions, 10 médecins ont été assignés le 16 mars 2018, 5 ou 6 médecins ont été assignés chaque jour durant la période du 17 juin 2019 au 3 mai 2020, 5 médecins ont été assignés le 11 janvier et le 15 janvier 2021 et 4 médecins ont été assignés le 18 janvier et le 28 juin 2021. Aucun médecin n'a été assigné durant l'année 2022.

<sup>27</sup> Lequel prévoit que : « Le praticien contractuel ne peut être recruté que dans les cas et conditions suivants : [...] 2° En cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soin sur le territoire ; le contrat est conclu pour une durée initiale de trois ans maximum, sans que la période totale d'exercice de ces fonctions au sein d'un même établissement ne puisse excéder six ans ; [...] ».

médical en France. Six praticiens à diplôme étranger sont ainsi venus renforcer l'équipe médicale des urgences de Vichy au cours de l'année 2022.

Dans le même but de soutenir l'équipe médicale du service, trois infirmières sont actuellement formées afin de pouvoir exercer en pratique avancée aux urgences<sup>28</sup>.

Au final, et même si dans le cadre de la contradiction l'ordonnateur a indiqué qu'il parvenait à atteindre l'objectif cible grâce au temps de travail additionnel, il demeure que l'équipe médicale d service repose sur une multiplicité de praticiens qui interviennent, pour plusieurs d'entre eux, dans le cadre d'un temps de travail incomplet ou au titre d'une mission à durée déterminée. Cette fragmentation des effectifs tend à fragiliser l'équipe médicale. Au surplus, elle ne permet pas de déterminer si l'établissement atteint, dans les faits, le niveau des effectifs cibles retenu dans la maquette organisationnelle du service.

### 3.2 Le budget et le financement du service

Dans le prolongement du « Pacte de refondation des urgences », présenté par la ministre des Solidarités et de la Santé en septembre 2019, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020<sup>29</sup> a engagé une réforme des modalités de financement des structures de médecine d'urgence. Le nouveau modèle de financement vise à atténuer le lien entre le niveau d'activité et le montant des recettes perçues par les structures d'urgence. Il a été déployé de façon progressive à compter de l'année 2021.

Les recettes rattachées au service des urgences sont retracées dans les rapports annuels d'activité. Pour autant, ces données n'ont pu être exploitées directement par la chambre dans la mesure où elles se sont révélées incomplètes et erronées. Dans le cadre de l'instruction, l'établissement a communiqué des données corrigées qui s'écartent nettement des informations qui apparaissent dans les rapports annuels d'activité. Sur la base de ces données corrigées, le niveau de recettes rattachées au service des urgences n'excédait pas 5 % du montant total des produits du budget principal.

Leur montant est demeuré relativement stable en 2018 et en 2019, autour de 8,6 M€.

En 2020, le montant de la dotation au titre des Missions d'Intérêt Général (MIG) SMUR a significativement baissé (à hauteur de – 280 000 € par rapport à son niveau de 2019)<sup>30</sup> et le nombre de passages aux urgences a chuté dans le contexte de la crise sanitaire. Pour autant, le

---

<sup>28</sup> L'exercice infirmier en pratique avancée, qui est régi par le code de la santé publique, permet aux infirmiers de disposer de compétences élargies, par rapport à celles d'un infirmier diplômé d'Etat. Et ce, dans un certain nombre de domaines, limitativement énumérés, tels que les pathologies chroniques stabilisées, les polyopathologies courantes en soins primaires, l'oncologie ou bien encore les urgences prises en charges en établissement de santé. Dans ce dernier domaine d'intervention, l'infirmier exerçant en pratique avancée peut notamment prendre en charge le patient et établir des conclusions cliniques pour les motifs de recours et les situations cliniques les moins graves ou complexes, dès lors qu'un médecin de la structure des urgences intervient au cours de la prise en charge (art. R. 4301-3-1 CSP).

<sup>29</sup> Art. 36 de la loi n°2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

<sup>30</sup> Sans lien toutefois avec le contexte de crise sanitaire, cette dotation étant basée sur les chiffres de la SAE 2018.

montant des recettes ne s'est replié que de manière contenue, pour atteindre 8,1 M€ (correspondant à une diminution de l'ordre de 5 % par rapport au montant des recettes de l'année précédente). La mise en œuvre du mécanisme<sup>31</sup> de garantie de financement<sup>32</sup> et le maintien du niveau du forfait annuel des urgences ont en effet permis de limiter l'impact financier de la baisse significative du nombre de passages enregistrés durant cette année.

Le niveau des recettes générées par l'activité des urgences a fortement augmenté en 2021, pour atteindre près de 9,2 M€. Et ce, alors même que le nombre de passages n'avait pas retrouvé son niveau d'avant crise sanitaire. Cette évolution de fin de période, qui s'inscrit dans le contexte de réforme du financement des structures d'urgence, se justifie pour partie par l'application du mécanisme de garantie de financement. La mise en œuvre de ce dispositif en 2021 s'est en effet traduite par une progression du montant minimal de recettes garanti au titre de l'activité des urgences<sup>33</sup>. Elle s'explique également par l'octroi de crédits supplémentaires destinés à compenser les augmentations de charges de personnel induites par les revalorisations salariales liées au Ségur de la santé (à hauteur d'environ 365 000 €). Ces crédits, reconductibles d'une année sur l'autre, ont été intégrés dans les dotations annuelles finançant les urgences.

L'établissement a également bénéficié de la garantie de financement durant l'année 2022. A cet égard, il a profité d'une nouvelle revalorisation du montant minimal de recettes garanti au titre de l'activité des urgences, dans une proportion toutefois bien moins importante que celle enregistrée l'année précédente<sup>34</sup>. Des crédits supplémentaires destinés à compenser les augmentations de charges de personnel induites par les revalorisations salariales liées au Ségur de la santé ont par ailleurs été attribués au CHV durant cette année (à hauteur d'environ 66 000 €). Malgré ces mesures, le montant des recettes rattachées au service des urgences a chuté de l'ordre de 7 % par rapport à son niveau de 2021 pour atteindre 8,5 M€, soit un montant comparable à celui enregistré avant la crise sanitaire.

Au final, le centre hospitalier s'est vu appliquer le mécanisme de la garantie de financement jusqu'en fin d'année 2022. Au demeurant, si l'établissement a perçu une dotation populationnelle en 2021 et en 2022 – dans le cadre du déploiement des nouvelles modalités de

---

<sup>31</sup> L'ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 a mis en place un mécanisme exceptionnel de financement des établissements de santé, dans le contexte de l'épidémie de covid-19, garantissant à ces derniers un montant minimal de recettes au titre des activités de soins. Pour les établissements publics de santé, ce mécanisme s'étendait notamment aux recettes perçues au titre des groupes homogènes de séjour (GHS), des forfaits « accueil et traitement des urgences » (ATU) et des actes et consultations externes réalisés aux urgences. Les forfaits annuels, notamment pour l'activité des urgences, étaient exclus du champ de ce dispositif.

<sup>32</sup> A titre d'illustration, l'application du mécanisme de garantie de financement a permis à l'établissement de percevoir au titre des forfaits « accueil et traitement des urgences » (ATU) un montant de 414 841€ pour les mois de mars à décembre 2020, alors que la valorisation effective des passages s'établissait à 333 628€ durant la même période.

<sup>33</sup> En 2021, le montant de la garantie de financement relative aux groupes homogènes de séjours (GHS) – dont ceux qui participent au financement des urgences – correspondait au montant des recettes perçues en 2020 augmenté de 6,37%. De la même manière, le montant de la garantie de financement se rapportant aux forfaits ATU correspondait au montant des recettes perçues sur l'ensemble de l'exercice 2020 augmenté de 5,55%.

<sup>34</sup> En 2022, le montant de la garantie de financement relative aux groupes homogènes de séjours (GHS) – dont ceux qui participent au financement des urgences – correspondait au montant des recettes perçues en 2021 augmenté de 1,53%. Le montant de la garantie de financement se rapportant aux nouveaux forfaits des urgences correspondait, pour sa part, au montant des forfaits « accueil et traitement des urgences » (ATU) non gynécologiques et des actes et consultations externes réalisés aux urgences durant l'année 2021, sans qu'un coefficient d'augmentation ne soit appliqué.

financement des urgences –, son montant a été calculé par référence au montant des dotations qui lui étaient auparavant octroyées. Dans ces conditions, l'établissement n'avait pas pleinement bénéficié des effets de la réforme du financement des structures d'urgences au terme de la période sous revue.

De leur côté, les dépenses des urgences, telles qu'elles ressortent des bilans annuels d'activité, ont augmenté de manière continue pour passer de 8 M€ en 2018 à 10 M€ en 2021 et en 2022. Et ce, sous l'effet, notamment, de la progression de la masse salariale, laquelle concentre environ 70 à 85 % des charges du service.

**Tableau n° 4 : Recettes et dépenses rattachées aux urgences (accueil des urgences, SMUR, UHCD)**

|   | 2018        | 2019        | 2020        | 2021        | 2022        |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <i>Recettes selon les rapports annuels d'activité</i>     | 5 841 365   | 5 962 270   | 5 612 510   | 8 356 832   | 10 005 684  |
| <i>Recettes corrigées, transmises par l'établissement</i> | 8 632 314   | 8 536 501   | 8 084 622   | 9 166 448   | 8 539 104   |
| <i>Total des produits du budget principal</i>             | 148 568 394 | 151 342 877 | 160 849 282 | 170 801 379 | 178 119 326 |
| <i>Dépenses selon les rapports annuels d'activité</i>     | 8 061 722   | 8 682 312   | 9 931 017   | 10 004 297  | 10 009 352  |
| <i>Dont masse salariale</i>                               | 6 539 530   | 6 411 809   | 6 962 228   | 7 913 085   | 8 462 763   |

Source : CRC à partir des rapports annuels d'activité et des données fournies par l'établissement

### 3.3 Les moyens bâtimentaires

Le rapport d'inspection de la structure des urgences, produit par l'Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes au mois de mai 2016, relevait que : « une fois l'accueil passé, l'architecture globale repose sur un long couloir de forme carrée avec de nombreux recoins qui peuvent s'avérer dangereux car les patients ne sont pas facilement visibles. Il n'y a pas de point stratégique pour la surveillance des malades ». Les inspecteurs notaient également que « 9 boxes sont présents dans le service, dont un box pédiatrique. A l'exception de ce dernier, ils ne comportent pas de fenêtre. Le recours au couloir ou à la salle de stockage des brancards est fréquent [...], générant une attente couchée importante. L'espace n'est pas climatisé, ce qui génère des difficultés pendant l'été ». Ces derniers ajoutaient que « les chambres de l'UHCD ne comportent pas de douche, ni de toilettes. Seul un évier est disponible ». Ces différents constats avaient alors conduit l'ARS à conclure que « l'état global de ces locaux datant de 1996 est vétuste et austère. Hormis l'infirmerie qui a été refaite récemment, il ne semble pas y avoir eu d'évolution majeure depuis. L'ensemble apparaît inadapté : il est sous-dimensionné vu le nombre de passages recensés dans le service, avec un déficit de box [...] ».

Le CH de Vichy reconnaissait lui-même, dans son projet d'établissement 2019-2023 et à propos de la prise en charge des patients âgés, que les locaux des urgences n'étaient pas adaptés « avec multiples déplacements pour le personnel et les patients, locaux qui ne

permettent pas le repérage et aggravent les troubles cognitifs ». Ce dernier mettait également en évidence un « temps d'attente important notamment sur des brancards, avec difficultés de mobilisation qui peuvent être à l'origine de l'apparition d'escarres pour certains patients » ainsi que des « hospitalisations fréquentes en hébergement (1 à 2 nuits), aux urgences sur des brancards dans des locaux inadaptés, sans sanitaire, ni salle d'eau, ni fenêtre, augmentant la désorientation et la perte d'autonomie ».

Durant la période sous revue, l'hôpital a engagé plusieurs opérations de travaux au sein des urgences. Il a ainsi procédé, selon les informations communiquées par l'ordonnateur :

- à une réfection des box existants, à un dédoublement de certains box – permettant de créer deux salles d'examen et de soins supplémentaires – et à la création d'un box dédié à l'infirmier d'orientation et d'accueil, en 2019 (pour un coût de l'ordre de 122 000€) ;
- à une reprise de la totalité de la climatisation durant les années 2020 et 2021 (pour un coût d'environ 482 000€).

D'autres travaux, de moindre envergure, ont été engagés dans le but, notamment, d'aménager les espaces intérieurs (pour un coût de 6400€ en 2019), de sécuriser la zone de circulation virale (pour un coût de 7500€ en 2021) ou bien encore de sécuriser la toiture (pour un coût de 6500€ en 2022).

Ces travaux ont contribué, fort logiquement, à améliorer les conditions de prise en charge des patients et les modalités d'exercice des professionnels de santé. Pour autant, et de l'avis de la chambre, les moyens bâtimentaires demeurent insatisfaisants.

En effet, le nombre de box d'examen et de soins semble, à ce jour encore, insuffisant. Les investigations réalisées durant le contrôle ont permis de constater que la salle prévue pour les situations d'afflux massifs de patients – qui ne devrait être utilisée que de manière exceptionnelle – accueille de manière usuelle des personnes prises en charge au sein du service. De plus, et de l'aveu même des services de l'ordonnateur, des patients relevant de la structure sont « quotidiennement » amenés à séjourner dans les couloirs, sur des brancards, en l'absence de box disponibles.

Plus globalement, la fragilité du dispositif de surveillance des patients, mis en évidence par l'ARS, reste d'actualité en l'absence de reconfiguration d'ensemble des différents espaces.

Au surplus, si le niveau de vétusté global des constructions affectées à cette activité a globalement baissé depuis 2018, sous l'effet des travaux engagés, le taux de vétusté des bâtiments et des installations générales est demeuré particulièrement élevé, en s'établissant à 90% au 31 décembre 2022<sup>35</sup> (en l'état des données figurant dans l'inventaire comptable de l'ordonnateur).

Le projet de construction d'un nouveau bâtiment principal, programme de grande envergure chiffré, pour l'heure, à quelque 150 M€, devrait conduire à la démolition de la majeure partie des locaux actuellement dévolus aux urgences et à la réinstallation de cette activité dans le futur bâtiment. Le directeur est ainsi appelé à se saisir de cette opération majeure, qui représente une opportunité de reconfigurer d'un point de vue spatial les urgences de l'établissement, pour, notamment, améliorer le degré de surveillance des patients.

---

<sup>35</sup> Taux de vétusté des constructions calculé de la sorte : montant des amortissements cumulés au titre des constructions / montant de l'actif au compte 213.

## CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

*L'organisation et le fonctionnement internes du service des urgences s'avèrent peu lisibles pour les professionnels de santé de l'établissement, en général, et des structures d'urgence, en particulier. En ces termes, la constitution et la mise à disposition des professionnels d'un guide de procédure, rassemblant l'ensemble des notes de service relatives à la gestion des flux de patients non programmés, s'impose à l'établissement.*

*Les ressources humaines paraissent fragilisées. Les personnels non médicaux sur poste permanent ont diminué de près de 5 % sur l'ensemble de la période 2018 à 2022, de telle sorte que le nombre d'ETP moyen se situait, en toute fin de période, légèrement en deçà de l'effectif cible fixé pour le service. Cette évolution s'est accompagnée d'une rigidification des ressources humaines non médicales, conduisant l'hôpital de Vichy à recruter des agents contractuels de remplacement pour parer notamment à l'absentéisme des personnels. Pour faire face à l'encombrement chronique des lits d'hospitalisation de courte durée des urgences, dans le contexte cependant d'une activité stable sur la période, l'établissement a décidé de renforcer les équipes de nuit du service à compter du mois de janvier 2023, en faisant appel à des mesures non pérennes.*

*Les effectifs des personnels médicaux permanents, en diminution sur l'ensemble de la période, se situaient systématiquement et dans proportion marquée en deçà de la cible d'effectif retenue pour le service. Cette situation de sous-effectifs se trouvait amplifiée par les nombreuses mises à disposition de médecins mises en œuvre, au bénéfice d'autres établissements de santé. De nombreux praticiens permanents exercent par ailleurs à temps partiel. Cette situation conduit à une fragmentation de l'équipe médicale. Pour assurer la continuité du fonctionnement des urgences, le centre hospitalier a ainsi dû faire appel à des médecins extérieurs au moyen de recrutements de praticiens contractuels de remplacement ou de sollicitation de prestataires d'intérim médical.*

*Les recettes dégagées par l'activité des urgences ont été globalement préservées des incidences de la crise sanitaire, tout particulièrement en 2020. La fin de la période a été marquée par la mise en œuvre de nouvelles modalités de financement des structures d'urgence. Les effets de cette réforme ne sont pour autant pas encore pleinement évaluables, dans la mesure où l'établissement bénéficiait du mécanisme de garantie de financement en 2021 et en 2022. Pour leur part, les dépenses des urgences ont progressé sous l'effet de la dynamique d'évolution des charges de personnel.*

*Des travaux engagés durant la période ont contribué à améliorer les conditions de prise en charge des patients et les modalités d'exercice des professionnels de santé. Pour autant, les locaux paraissent, à ce jour encore, inadaptés. En particulier, ces derniers ne paraissent guère satisfaisants en termes de surveillance des patients. Le projet de construction d'un nouveau bâtiment principal constitue à cet égard une opportunité de repenser complètement les moyens bâtimentaires mis à disposition de l'activité des urgences.*

---

## **4 LA RÉGULATION DE L'ACTIVITÉ DU SERVICE DES URGENCES**

Parce qu'elle intéresse la gestion d'un flux de patients non programmés, la régulation de l'activité des structures d'urgence doit être appréhendée à trois niveaux pour mesurer les leviers à la disposition de l'hôpital.

Elle doit, en premier lieu, s'apprécier en amont de la prise en charge aux urgences, dans le cadre des articulations et des coopérations nouées par l'hôpital avec les professionnels de santé de ville et le secteur social et médico-social (4.1) ; elle doit, bien entendu, s'apprécier au niveau même du service des urgences à travers la prise en charge du patient (4.2) ; elle s'analyse enfin à l'aune de la régulation aval du flux de patients non programmés, au sein de la structure hospitalière d'une part, mais également à l'extérieur, au moment de la préparation de la sortie du patient, d'autre part (4.3).

C'est de la qualité des articulations entre ces différentes interfaces que va dépendre la fluidité du parcours des patients, permettant in fine un recentrage de l'activité des urgences sur leur cœur de métier, la gestion des urgences vitales.

Il est enfin à noter que le centre hospitalier de Vichy a fait l'objet d'un accompagnement spécifique par l'agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP) en 2019 sur la gestion de l'aval des urgences. Cet appui qui a intéressé une dizaine d'établissements de la France métropolitaine a donné lieu à un plan d'actions, partiellement mis en œuvre au moment du contrôle. Ce dernier sera régulièrement évoqué tout au long des développements.

### **4.1 La régulation des flux patients non programmés, en amont de la prise en charge aux urgences**

Différents facteurs peuvent concourir à l'afflux de patients aux urgences comme la facilité d'accès à ces services qui disposent d'un plateau technique directement mobilisable mais également des ruptures de prises en charge entre l'hôpital et son environnement (médecine libérale, structures sanitaires et médico-social...). Dans ce contexte, la régulation des flux de patients non programmés, en amont de la prise en charge aux urgences, constitue un enjeu majeur pour éviter l'embolisation de ces services.

### 4.1.1 Des liens ville/hôpital insuffisamment développés pour réguler les flux de patients non programmés

#### 4.1.1.1 Des liens institutionnels peu nourris entre l'hôpital et les acteurs de la régulation en ville

Plusieurs acteurs sur le territoire de Vichy sont susceptibles de concourir à la régulation des soins de premier recours et aux flux de patients non programmés. Parmi ces acteurs, il faut compter :

- l'association des médecins libéraux de l'Allier pour la permanence des soins (AMLAPS) qui assure pour le compte du conseil départemental de l'ordre des médecins, l'organisation de la permanence des soins (PDS : voir encadré infra) dans le département de l'Allier ;
- plus récemment la communauté professionnelle de santé (CPTS) de Vichy Val d'Allier<sup>36</sup>, créée le 3 juillet 2020, qui a pour fonction d'assurer une meilleure coordination des professionnels de santé sur le territoire et concourir à la structuration des parcours des patients (cf. annexe) ;
- le dispositif d'appui à la coordination (DAC), constitué dans l'Allier le 27 juillet 2022 et qui plusieurs dispositifs existants (cf. annexe) pour la prise en charge des situations complexes se situant à la croisée de différentes prises en charge médicale, soignante, sociale.

Si ces acteurs sont actifs sur le territoire, leurs relations avec l'hôpital sont très limitées.

Alors même que les coopérations de l'hôpital avec ces différentes structures, de création certes très récente notamment s'agissant du dispositif d'appui à la coordination, sont nécessaires à une régulation des parcours des patients non programmés sur le territoire, les liens institutionnels actuellement entretenus restent ténus quand ils ne sont pas inexistant de l'aveu des partenaires eux-mêmes et de l'ordonnateur.

Ainsi, aucune instance partenariale, notamment avec la communauté professionnelle de santé de Vichy Val d'Allier, n'est organisée sur le territoire à échéance régulière pour évoquer des sujets d'intérêt commun. Les coopérations se limitent à quelques initiatives sectorielles, comme l'élaboration de protocoles d'accès à l'hôpital avec certains pôles médicaux de l'établissement (mise en place notamment d'un protocole d'accès à l'orthopédie, travail avec le service de néphrologie...). Le mode d'exercice qui reste classique et isolé de la médecine libérale sur le bassin de vie vichyssois, comparativement à d'autres territoires, rend vraisemblablement plus compliqué l'inscription des professionnels de ville dans une démarche partenariale et le portage de projets partagés et pluridisciplinaires.

De la même façon, si certaines structures de l'hôpital entrent régulièrement en relation avec le dispositif d'appui à la coordination (DAC) dans le cadre de leur activité<sup>37</sup>, les liens

---

<sup>36</sup> Quatre CPTS ont été constituées dans l'allier. C'est celle de Vichy Val d'Allier qui est l'interlocuteur du CHV.

<sup>37</sup> C'est notamment le cas de la cellule de coordination des parcours patients non programmés ou encore du service social de l'hôpital pour le suivi des situations complexes notamment les bloqueurs de lits.

institutionnels restent là encore, peu développés et se limitent à la participation de l'hôpital au conseil d'administration de la structure.

Or des liens institutionnels plus réguliers pourraient utilement être développés afin d'aborder des sujets d'intérêt commun concernant la régulation des patients non programmés avec l'enjeu de mieux adapter les réponses au territoire et à ses contraintes de ressources médicales et paramédicales. Il pourrait ainsi s'agir de réfléchir à l'amélioration des dispositifs existants (fonctionnement de la maison médicale de garde, enjeu de l'accès à des créneaux de disponibilité prioritaires en journée pour les hôpitaux dans le cadre du SAS (cf. infra) ou encore facilitation des hospitalisations directes par les lignes rouges et la hotline gériatrique) mais également d'élaborer d'autres projets concrets pour mieux répondre aux besoins des patients et du territoire.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a rappelé que le directeur de l'établissement de Vichy représentait le groupement hospitalier de territoire (GHT) au sein du bureau du dispositif d'appui à la coordination depuis sa création. Il a également indiqué qu'une convention était en cours de signature avec la communauté professionnelle territoriale de Bords d'Allier située dans le département du Puy-de-Dôme, d'autres étant en discussion avec la communauté professionnelle territoriale de santé de Vichy et de celle de Saint-Pourçain-sur-Sioule pour définir, notamment, la coordination des parcours patients.

#### 4.1.1.2 Un fonctionnement de la permanence des soins ambulatoires peu articulé avec l'hôpital

Sur le bassin vichyssois, la permanence des soins ambulatoire est organisée, sur délégation de l'ordre départemental des médecins de l'Allier, par l'association des médecins libéraux de l'Allier pour la permanence des soins (AMLAPS). Cette association créée en 1989 par les syndicats professionnels organise la régulation médicale de ville sur les horaires de la permanence des soins la nuit et les weekends et dispose pour ce faire d'un numéro spécifique à 10 chiffres. Pour organiser la permanence des soins, l'association travaille en lien avec les communautés professionnelles territoriales de l'Allier, chargées de recueillir les disponibilités des médecins effecteurs<sup>38</sup> dans leur territoire, pour élaborer les plannings de garde des médecins qui donnent lieu à transmission à l'agence régionale de santé ainsi qu'à l'ordre des médecins.

Selon l'ordre départemental des médecins de l'Allier, à quelques exceptions limitées, l'ensemble des médecins libéraux du département participent à la permanence des soins. En effet, si cette participation n'est pas une obligation de par la loi et s'exerce sur la base du volontariat<sup>39</sup>, l'ordre départemental des médecins de l'Allier joue un rôle assez coercitif auprès des médecins réfractaires, selon les dires de son président, ces derniers étant réquisitionnés, en cas de refus, pour assurer la permanence des soins au sein de la maison médicale de garde.

Pour les trois secteurs de Vichy, Lapalisse et Varennes-sur-Allier, récemment regroupés, la permanence des soins s'effectue au sein de la maison médicale de garde (MMG), implantée depuis le mois de juillet 2022 dans des locaux situés en centre-ville.

---

<sup>38</sup> Dans le cadre de la permanence des soins, le médecin effecteur désigne le médecin qui consulte les patients sur l'astreinte, contrairement au médecin régulateur qui assure l'orientation du patient.

<sup>39</sup> Art. R4127-77 et R. 6315-14 du code de la santé publique.

Le fonctionnement de la permanence des soins au sein de cette maison médicale de garde présente un certain nombre d'atouts : en premier lieu, le regroupement de 3 secteurs a permis de réduire la fréquence des gardes pour les médecins concernés ; en outre, elle leur permet d'exercer leur garde dans des locaux sécurisés (présence d'un vigile) et équipés.

Elle présente toutefois deux limites essentielles dans son articulation avec l'hôpital de Vichy et notamment son service d'urgence.

Tout d'abord, l'implantation de la maison médicale de garde, en centre-ville et non dans l'enceinte de l'hôpital, peut constituer un frein à une organisation optimum des flux patients entre le service des urgences et la maison de garde.

Ensuite, l'accès à la maison médicale de garde est régulé, c'est-à-dire qu'il suppose un appel préalable du patient au numéro de régulation à 10 chiffres de la permanence des soins afin d'y être orienté par le médecin régulateur de ville. Or, si cette régulation à l'entrée, conforme aux préconisations de la circulaire n°2007-137 du 23 mars 2007<sup>40</sup>, peut présenter certains avantages en termes de traçabilité et d'optimisation de la gestion des flux de patients pour la maison médicale de garde, elle n'est toutefois pas organisée en coopération avec le service des urgences dont l'accès n'est, à l'inverse, pas obligatoirement régulé. En pratique, ces défauts de coordination peuvent générer un risque de report de ces flux de malades non programmés n'ayant pu bénéficier d'un accès à la maison médicale de garde vers l'hôpital.

Dans le cadre de la contradiction, l'ordonnateur a souligné que l'installation d'une maison médicale de garde avait toujours été une revendication de la gouvernance de l'hôpital, observant cependant que cette proximité géographique n'avait été rendue obligatoire par le plan Buzyn pour les urgences de 2019 que pour les services d'urgences enregistrant plus de 50 000 passages par an.

---

<sup>40</sup> Relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.

### **La permanence des soins ambulatoire**

La permanence des soins ambulatoire (appelée également PDSA) désigne la prise en charge des demandes de soins non programmés par les médecins généralistes aux horaires de fermeture des cabinets libéraux (le soir, la nuit, les week-ends et les jours fériés).

L'article R 6315-1 du code de la santé publique précise que « *la permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6314-1 est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres ainsi que par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins [...]* ».

La permanence des soins est organisée par les agences régionales de santé avec l'aide des comités départementaux de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et de transports sanitaires (CODAMUPS-TS). Un cahier des charges régional de la permanence des soins, arrêté par le directeur général de l'ARS, porte les principes d'organisation et de rémunération de cette permanence sur le territoire régional.

Un tableau nominatif de garde médicale est élaboré pour chaque secteur de la permanence des soins. La régulation libérale est le plus souvent intégrée au centre de réception et de régulation des appels du SAMU-centre 15 mais un numéro spécifique pour joindre la permanence des soins (au domicile interconnecté avec le centre 15) peut être mis en place.

La permanence des soins est assurée par les médecins libéraux ou salariés exerçant dans les cabinets médicaux, maisons de santé et centres de santé.

Si l'article R 4127-77 du code de la santé publique précise qu'il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et règlements qui l'organisent, ce devoir ne l'engage pas juridiquement, l'article R 6315-4 du même code précisant dans le même temps que les médecins libéraux participent à la permanence des soins sur la base du volontariat.

#### **4.1.1.3 Des outils de régulation pour prévenir les passages aux urgences peu mobilisés**

Afin d'éviter les passages aux urgences et faciliter les hospitalisations directes<sup>41</sup> des patients, le centre hospitalier de Vichy a développé un certain nombre d'outils de régulation, au rang desquels figurent l'envoi d'un annuaire des spécialistes de l'hôpital aux professionnels de santé de ville et aux communautés professionnelles territoriales de santé, et la mise en place d'une hotline gériatrique.

---

<sup>41</sup> Selon la DGOS, les admissions directes peuvent recouvrir plusieurs cas de figure : les admissions en service d'hospitalisation à partir du domicile de la personne (dont domicile de substitution) sans passage par le service des urgences ; une admission qui fait suite à la demande d'un médecin de ville, du SAMU/services d'accès aux soins (SAS) ou d'un EHPAD; une admission inopinée non prévue 48H (deux jours) avant sa réalisation effective ; Une admission pour des soins à visée diagnostique et thérapeutique ou palliative requérant un environnement hospitalier. (Instruction n°DGOS/R4/2021/252 du 14 décembre 2021).

S’agissant de l’annuaire, il est rappelé que dans le cadre de son rapport sur « l’évaluation des mesures dérogatoires portant sur les soins non urgents et non programmés pour l’été 2022 »<sup>42</sup>, l’Inspection générale des affaires sociales recommandait à chaque établissement de mettre en place « [...] une organisation permettant aux professionnels libéraux de joindre directement un spécialiste de l’établissement ». Toutefois, selon l’ordonnateur, ces lignes sont utilisées de manière disparate par les professionnels de ville. Cependant d’une part, cette appréciation ne peut être objectivée par des données chiffrées, les appels vers ces lignes n’étant pas recensés ; d’autre part, aucune analyse complémentaire n’a été dressée par l’hôpital pour améliorer, le cas échéant, l’utilisation de ces lignes afin de comprendre l’origine de cette sous-utilisation.

S’agissant de la hotline gériatrique développée par l’hôpital en 2018, elle a été mise en place à destination des professionnels de ville, en particulier les médecins traitants, et les EHPAD. Elle a pour fonction principale d’apporter une expertise téléphonique médicale gériatrique, de gérer des situations de crise ou encore d’orienter le patient dans la filière gériatrique (hospitalisation directe, consultation et hôpital de jour gérontologique et mémoire...). Elle a in fine pour but de limiter le passage aux urgences des personnes âgées en facilitant les entrées directes. Elle est, toutefois, actuellement très peu utilisée (64 appels en 2021 et 74 en 2022 d’après les chiffres communiqués par l’hôpital de Vichy). Quant aux hospitalisations directes organisées à partir de la hotline gériatrique, elles sont en pratique très peu fréquentes (ces entrées directes ne sont d’ailleurs pas retracées par l’établissement), le court séjour gériatrique étant régulièrement en situation de surcapacité (cf. infra), en raison notamment du flux de patients âgés en provenance des urgences en attente d’hospitalisation.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l’ordonnateur a indiqué que par l’effet de la mise en place du nouveau système de téléphonie, la mesure du recours aux lignes du « téléphone rouge » en interne comme en externe pourra être réalisée.

#### 4.1.1.4 La préfiguration du service d’accès aux soins : une opportunité pour accroître les liens ville/hôpital

- ***Présentation du service d’accès aux soins (SAS)***

Introduit dans le cadre du Pacte de refondation des urgences de 2019 puis réaffirmé à l’occasion du Ségur de la santé en 2020, le service d’accès aux soins (SAS) se définit comme un service universel accessible à tous les territoires devant permettre à chacun d’accéder à des soins urgents et à des soins non programmés nécessitant une prise en charge sous 48 heures. Il participe, en ce sens, à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

D’après l’article L. 6311-3 du code de la santé publique « *Le service d'accès aux soins a pour objet d'évaluer le besoin en santé de toute personne qui le sollicite, de délivrer à celle-ci les conseils adaptés et de faire assurer les soins appropriés à son état. Il assure une régulation médicale commune pour l'accès aux soins, qui associe le service d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6311-2, et une régulation de médecine ambulatoire. Il est organisé et géré par les professionnels de santé du territoire exerçant en secteur ambulatoire et en établissement de santé. Il est accessible gratuitement sur l'ensemble du territoire [...] ».*

---

<sup>42</sup> Rapport 2022-064R déposé en septembre 2022.

Le service d'accès aux soins se traduit notamment par une régulation téléphonique médicale qui permet d'obtenir une réponse adaptée pour des soins urgents et non programmés. Le patient peut se voir proposer un éventail large de solutions pour répondre à son besoin : orientation ou conseil médical, prise de rendez-vous pour une consultation avec un médecin généraliste dans les 48 heures à son cabinet ou au domicile du patient, accès à une téléconsultation ou encore orientation vers un établissement de santé, un service d'urgence ou l'engagement d'une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR). A noter que le service doit également pouvoir envoyer un transport sanitaire ou un véhicule de secours et d'assistance médicale aux victimes (VSAV).

Le service d'accès aux soins repose sur deux volets clés :

- une réponse aux demandes de soins urgents et aux demandes de soins non programmés lorsque l'accès au médecin traitant ou à un autre médecin de proximité n'est pas possible en première intention ;
- une plateforme numérique destinée aux professionnels de santé permettant de recenser l'ensemble de l'offre de soins non programmée disponible sur un territoire donné et d'orienter un patient vers l'un des professionnels répertoriés.

Ce nouveau service n'a, toutefois, pas vocation à se substituer au lien direct qui existe entre le patient et son médecin traitant ou à une organisation collective des médecins de ville pour l'accès aux soins non programmés. Il s'agit d'une offre de régulation complémentaire en journée par rapport au dispositif de permanence des soins ambulatoires (PDSA). Il a cependant besoin pour fonctionner d'une implication pleine et entière des médecins de ville.

22 sites pilotes pour une expérimentation ont été désignés dans le prolongement d'une annonce du ministre de la santé le 23 novembre 2020. A l'issue de cette phase expérimentale, une instruction spécifique de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du 23 décembre 2022 (cf. annexe) a été adoptée pour accompagner la généralisation du dispositif à l'ensemble du territoire national<sup>43</sup>.

La mise en place des services d'accès aux soins suppose une gouvernance équilibrée entre la ville et l'hôpital. Afin de garantir le co-portage du service par la ville et l'hôpital, l'instruction de la DGOS susmentionnée prévoit la formalisation de l'organisation du service dans un document socle (convention ou groupement de coopération sanitaire) qui précise les instances de gouvernance et le projet organisationnel.

- ***La préfiguration du SAS dans l'Allier :***

Sans avoir formalisé à ce stade un service d'accès aux soins en présentant toutes les caractéristiques requises, les quatre communautés professionnelles de santé de l'Allier se sont associées depuis plus de deux ans pour structurer une régulation en journée, notamment pour répondre aux difficultés rencontrées pour assurer la continuité de l'activité en période estivale.

Pour organiser cette régulation en journée, les communautés de l'Allier se sont appuyées sur l'organisation d'ores et déjà existante pour la permanence des soins. Ainsi, sur la cinquantaine de médecins participant à la permanence des soins sur Vichy, 35 d'entre-deux ont

---

<sup>43</sup> Instruction DGOS/R2/PF5/2022/270 du 23 décembre 2022 relative aux attendus pour la mise en place du service d'accès aux soins (SAS) dans les territoires dans le cadre de la généralisation progressive du dispositif.

accepté de participer au fonctionnement de la régulation en journée. Une liste de médecins effecteurs<sup>44</sup> susceptibles de prendre des patients en complément de consultations a ainsi été dressée. Ces médecins sont ainsi tenus de faire connaître leurs créneaux de disponibilité en journée pour des consultations non programmées réservées à l'astreinte.

Pour accéder à ces créneaux de consultations non programmés, le patient peut soit appeler le 15 soit passer par le numéro spécifique dédié à la permanence des soins.

Ce système de régulation en journée est actuellement piloté par l'ordre départemental des médecins. Sur le plan opérationnel, deux opérateurs interviennent : les communautés professionnelles de santé, d'une part, qui assurent le lien avec les médecins effecteurs et recueillent leurs disponibilités ; l'association des médecins libéraux de l'Allier (AMLAPS), d'autre part, qui assure la collecte des plannings des médecins et prépare les tableaux de garde pour l'astreinte de journée.

La plus-value des services d'accès aux soins est de permettre de réduire la pression sur les gardes des médecins généralistes participant à la permanence des soins et sur les services d'urgences en permettant aux patients d'accéder, en dehors des horaires de la permanence des soins, à une offre de soins non programmés en urgence.

Le dispositif de régulation médicale, en cours de déploiement, présente encore plusieurs limites dans le département de l'Allier, de l'avis de l'ordre départemental des médecins de l'Allier, porteur du projet, et des différents opérateurs (CPTS, AMLAPS).

Les difficultés relevées sont de plusieurs ordres. Elles résident, tout d'abord, dans la difficulté à mobiliser suffisamment de médecins régulateurs et effecteurs pour pourvoir l'ensemble des créneaux de la permanence en journée. Elles résident également dans un portage stratégique et opérationnel du projet éclaté, entre l'ordre départemental des médecins pour le pilotage stratégique d'une part, et les quatre communautés professionnelles de santé de l'Allier et l'association des médecins libéraux pour le portage opérationnel d'autre part, ce qui n'en facilite pas la gouvernance.

Enfin, et alors même que le futur projet de service d'accès aux soins départemental doit donner lieu à un conventionnement avec chaque hôpital du territoire, l'association de l'hôpital de Vichy à ce projet important pour la régulation de l'activité de son service des urgences a été, à ce stade, très limitée. Pourtant, la participation de l'établissement au stade de la préfiguration du service est des plus utiles pour organiser et anticiper l'architecture pratique de la régulation ainsi que les coordinations (indispensables) entre les hôpitaux du territoire.<sup>45</sup> Une association précoce de l'hôpital permettrait, en effet, de mieux appréhender les contraintes respectives et les coopérations à organiser pour une régulation optimum des flux de patients non programmés par bassin (articulation avec le service des urgences, la hotline gériatrique etc.).

---

<sup>44</sup> Dans le cadre de la permanence des soins, le médecin effecteur désigne le médecin qui consulte les patients sur l'astreinte, contrairement au médecin régulateur qui assure l'orientation du patient.

<sup>45</sup> En ce sens et interrogé sur ce point, le service des urgences relevait une difficulté à accéder à la régulation en journée organisée par les CPTS et l'AMLAPS pour des patients se présentant aux urgences et nécessitant une réorientation vers la médecine de ville. En ce sens, le service des urgences faisait état de temps d'attente téléphonique parfois très importants (jusqu'à  $\frac{3}{4}$  d'heures). Or l'organisation de files d'attentes différenciées en fonction de la provenance des appels pourrait être une piste intéressante à étudier dès à présent.

#### 4.1.2 Des coopérations plus structurées et régulières avec la sphère sociale et médico-sociale

Différentes coopérations ont été engagées par le centre hospitalier de Vichy avec les acteurs du champ médico-social, implantés sur le bassin de vie vichyssois comme en dehors de ce territoire.

Ces actions de coopération ont pour but d'organiser les filières de soins à destination des patients pris en charge par ces structures mais également de prévenir les passages aux urgences. Elles se traduisent par la conclusion de différentes conventions avec les établissements d'hébergement pour personne âgée dépendante (EHPAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ainsi que des rencontres partenariales régulières pour coordonner leurs interventions respectives.

L'hôpital de Vichy a tout d'abord conclu des conventions avec les 22 EHPAD du territoire qu'il a recensé, dans le but de prévenir les hospitalisations des résidents et d'accompagner les transferts en milieu hospitalier de ces derniers. La convention « type » précise que la démarche « vise à faciliter la coopération entre le CHV et l'EHPAD, pour permettre aux résidents de bénéficier des meilleures conditions d'accès à une compétence gériatrique, gérontopsychiatrique et à la filière de soins la plus adaptée à leur situation ».

Ces conventions répondent aux principales préconisations de la circulaire n° DHOS/02/2007/117 du 21 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Elles prévoient, à cet égard, la mise en œuvre de plusieurs actions telles que la rédaction en commun de procédures d'admission des résidents ou l'organisation d'une rencontre annuelle associant les médecins de l'hôpital, le médecin coordonnateur et les médecins traitants de l'EHPAD ainsi que les équipes pluridisciplinaires des deux structures. Selon l'ordonnateur, ces rencontres annuelles réunissent chaque année une soixante de participants pour structurer des réponses partenariales concrètes pour améliorer le parcours des patients âgés<sup>46</sup>. Ces conventions prévoient également le développement des admissions directes ou programmées des résidents dans les services de soins de l'établissement (notamment l'unité de court séjour gériatrique), dans les cas d'indications médicales d'hospitalisation, en dehors d'une situation d'urgence.

Le centre hospitalier a également conclu des conventions avec de nombreux EHPAD du territoire pour permettre l'intervention du service d'hospitalisation à domicile (HAD) de l'hôpital au sein des structures médico-sociales<sup>47</sup>. Il a aussi passé des conventions avec 11 structures de soins infirmiers à domicile (SSIAD) – selon le recensement communiqué par l'établissement – dans l'objectif de coordonner les prises en charge de patients en HAD et en SSIAD, et maintenir la prise en charge des patients à leur domicile<sup>48</sup>.

---

<sup>46</sup> A titre d'illustration, pendant la crise sanitaire, cette instance a permis de faire émerger un important travail sur la mise en place d'une équipe mobile d'hygiène hospitalière.

<sup>47</sup> Ainsi que l'indique la convention « type » rédigée dans ce cadre, un tel partenariat entend éviter une hospitalisation complète de ces résidents, dans les murs de l'établissement hospitalier.

<sup>48</sup> La convention « type » précise que ce partenariat vise à assurer la continuité, la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients à leur domicile, que celle-ci repose sur une intervention successive de ces structures ou bien qu'elle suppose une intervention conjointe de ces dernières.

Dernièrement, une convention a été conclue le 15 décembre 2022 entre le centre hospitalier et 8 EHPAD (et un autre établissement public médico-social) du territoire pour organiser une activité de télémédecine, dispensée par les médecins hospitaliers.

Au-delà de ces partenariats indispensables avec les EHPAD et les SSIAD, l'hôpital de Vichy, conduit plusieurs actions dans le champ social. C'est le cas, notamment à travers l'action de sa permanence d'accès aux soins de santé<sup>49</sup> (PASS) ou encore de l'action de son service social, qui structure des partenariats avec les acteurs du champ social du territoire (centre communal d'action sociale, associations d'aides aux sans-abri, service d'addictologie...), pour répondre notamment aux problématiques spécifiques des patients en grande précarité sociale. L'hôpital participe, à cet égard, à un groupe de travail « précarité » animé par le centre communal d'action sociale (CCAS) de Vichy. Ce groupe qui se réunit une fois par mois, associe le service social de l'hôpital mais également plusieurs associations locales en charge des sans-abris et des problématiques d'addictologie<sup>50</sup>. Ces rencontres régulières permettent de fluidifier le parcours de ces patients et d'éviter au maximum un passage par les urgences, en apportant une réponse sanitaire et sociale structurée localement. Dans le même esprit, le CCAS de Vichy a mis en place une équipe mobile santé précarité qui se déplace en bus auprès des personnes âgées pour éviter les hospitalisations.

#### **4.1.3 La nécessité de mettre en œuvre des solutions pour contenir les passages aux urgences des personnes âgées**

Alors que les caractéristiques de la population du bassin de vie Vichyssois l'exposent particulièrement à ce risque d'hospitalisation évitable, l'hôpital de Vichy s'est peu outillé pour prévenir les passages aux urgences des sujets âgés. À l'instar d'initiatives intéressantes développées par d'autres établissements de la région en matière gériatrique, l'ordonnateur gagnerait à mobiliser des leviers plus diversifiés et à accroître l'efficacité des dispositifs existants.

Il pourrait s'agir, en premier lieu, de conforter le fonctionnement de la hotline gériatrique existant à l'hôpital de Vichy, en lui permettant de disposer de réelles capacités d'actions pour proposer une hospitalisation directe aux patients ou encore des créneaux pour des consultations urgentes ou semi-urgentes.

Dans cette perspective, le fonctionnement de la hotline gériatrique mise en place par le CHU de Clermont-Ferrand, déployée en 2012, présente des particularités intéressantes dont l'établissement de Vichy pourrait utilement s'inspirer. En effet, cette hotline qui fonctionne tous les jours de la semaine (8h30 à 19h) y compris le weekend (depuis mars 2020 : de 9h à 19h), dispose de leviers importants pour éviter les passages par les urgences et programmer des entrées directes. Elle peut ainsi non seulement proposer des plages de consultations urgentes ou semi-urgentes, mais également programmer des entrées directes dans le service, qui ont d'autant plus de chance de prospérer qu'elle assure la gestion de l'ensemble des lits du court séjour

---

<sup>49</sup> Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), service spécialisé au sein des établissements de santé, ont été créées en 1998 pour faciliter l'accès des personnes les plus démunies au système hospitalier mais également aux réseaux institutionnels et associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

<sup>50</sup> Comme l'association pour le logement et l'insertion par l'économie (ANEF) ou le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

gériatrique. Elle dispose ainsi d'une vision d'ensemble sur les entrées dans ce service et, partant, d'une réelle capacité de priorisation des hospitalisations. Compte tenu de ses différentes capacités d'action, cette hotline gériatrique, identifiée comme un outil efficace de régulation, notamment par les professionnels de ville, est très utilisée : d'après le rapport d'activité 2022 de cette hotline, cette dernière a reçu 2224 appels sur l'année (dont plus de 60 % en provenance d'autres hôpitaux dont celui de Riom) et a permis d'éviter près de 770 passages aux urgences en programmant près de 620 hospitalisations directes et en prodiguant des avis et des consultations sur les 1900 séjours annuels<sup>51</sup>. En miroir, la hotline gériatrique du centre hospitalier de Vichy, certes de création plus récente, reçoit moins de 100 appels par an. Si les capacités d'accueil de l'établissement de Vichy en court séjour gériatrique (27 lits et environ 650 séjours par an d'après les données communiquées par l'établissement) sont effectivement moindres par rapport au géronto-pôle du CHU de Clermont-Ferrand (75 lits et 1900 séjours par an), les écarts de mobilisation de la hotline ne devraient pas être aussi conséquents (à activité comparable la hotline vichyssoise devra recevoir 1000 appels par an) de même que les possibilités d'accueil en hospitalisation directe, actuellement non retracées à Vichy.

En deuxième lieu, l'équipe mobile de gériatrie pourrait être renforcée pour lui donner vocation à intervenir sur l'extérieur, au domicile des patients et en EHPAD en amont d'une prise en charge à l'hôpital. En effet, si l'hôpital de Vichy dispose actuellement d'une équipe mobile de gériatrie utile dans la régulation des flux internes à l'hôpital (cf. développement infra), cette dernière n'intervient pas sur l'extérieur. Toutefois, en 2019, dans le cadre du pacte de refondation des urgences, l'établissement de Vichy a déposé un projet pour la constitution d'une équipe mobile gériatrique extra-hospitalière. Dans son projet, le centre hospitalier indiquait que cette équipe mobile, constituée d'experts, avait vocation à apporter un avis et des conseils gérontologiques pour optimiser la prise en charge médico-psycho-sociale de la personne âgée fragile. Elle devait, pour ce faire, se déplacer au domicile du patient, sur appel du médecin traitant, du médecin coordonnateur de l'EHPAD ou à la demande du réseau DAC pour les situations complexes (dispositif d'appui à la coordination des parcours complexes), avec l'objectif d'optimiser les prises en charge médicale et de limiter les hospitalisations non programmées. Toutefois, ce projet n'a pas été retenu par l'ARS. L'hôpital de Vichy pourrait néanmoins réinvestir cette initiative utile pour une meilleure régulation du parcours des patients âgés.

En troisième lieu, le déploiement de postes infirmiers de nuit aux urgences mutualisés avec les EHPAD pourrait être une piste de travail à explorer pour l'hôpital de Vichy. Ce type de mesure a notamment été développé dans le cadre de l'expérimentation « personne âgée en risque de perte d'autonomie » par le centre hospitalier de Roanne<sup>52</sup>. Ces infirmiers sont missionnés par le centre 15 sur appels des personnels des EHPAD. Ils sont disponibles toutes les nuits pour les EHPAD du territoire et en poste de 19h à 7h du matin tous les jours de l'année.

---

<sup>51</sup> D'après les chiffres communiqués par le géronto-pôle du CHU de Clermont-Ferrand.

<sup>52</sup> Les parcours de santé pilotes pour les personnes âgées (PAERPA), ont été déployés en 2014 par le ministre en charge de la santé sur la base d'un cahier des charges national. L'objectif premier de ces parcours est de prévenir et de limiter la perte d'autonomie des personnes âgées et d'agir sur les facteurs d'hospitalisation évitable. Dans le cadre des PAPERPA, 5 actions peuvent être déployées : un maintien à domicile renforcé ; une coordination améliorée (par l'instauration d'une plateforme d'appui aux professionnels : PTA) ; une sortie d'hospitalisation sécurisée ; des passages aux urgences évitées ; des médicaments mieux utilisés.

La mission de cet infirmier de nuit est de limiter la venue d'un résident aux urgences si des soins peuvent être prodigués sur place, compte tenu des effets délétères d'une station prolongée trop importante sur les brancards des personnes âgées. Au sein des services d'urgences, ces infirmiers s'occupent prioritairement des résidents des EHPAD et des autres patients âgés de plus de 75 ans. L'infirmier assure également la continuité des informations entre l'hôpital et l'EHPAD et peut, en outre, se déplacer en EHPAD dès que l'agent de nuit est en difficulté par rapport à la prise en charge d'un résident, notamment dans les hypothèses de fin de vie. À cet égard, des prescriptions anticipées des médecins traitant peuvent permettre l'administration d'antalgiques à visée palliative pour ces résidents. Cette dernière possibilité pourrait répondre à une des problématiques importantes rencontrées par l'établissement de Vichy, qui selon l'ordonnateur, est régulièrement confronté à la délicate gestion des fins de vie de personnes âgées au sein des urgences.

Enfin, l'établissement aurait intérêt à développer une démarche partenariale plus ambitieuse avec l'ensemble des acteurs de la filière gérontologique. Certains établissements, comme le centre hospitalier de Roanne ont ainsi structuré une charte portant sur la filière gérontologique et associant les principaux acteurs de la filière. Des initiatives et projets très concrets ont pu naître de ces rencontres régulières<sup>53</sup>.

Dans sa réponse, l'ordonnateur a indiqué que l'ouverture de 10 lits supplémentaires avait été validée par l'ARS, sans précision cependant d'une date d'effet. En outre, la capacité offerte par le nouveau bâtiment principal s'établira à 45 lits. Enfin, sans nier l'intérêt d'une équipe mobile de gériatrie intervenant à l'extérieur ou encore des infirmiers mutualisés de nuit en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, l'ordonnateur a indiqué qu'il ne s'engagerait pas dans la mise en place de tels dispositifs sans l'obtention de financements dédiés de la part de l'agence régionale de santé.

### **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

*La régulation de flux de patients non programmés en amont d'un passage aux urgences, suppose des articulations et coopérations nombreuses entre l'hôpital, les professionnels de ville d'une part, les acteurs du champ social et médico-social, d'autre part.*

*Si les coopérations avec le secteur social et médico-social sont régulières et structurées, les liens de l'hôpital avec les professionnels de santé de ville, et notamment les communautés professionnelles de santé, restent trop ténus. Cette carence des coopérations ville-hôpital se traduit tant par une permanence des soins peu articulée avec l'activité de l'hôpital, mais également par des outils de régulation pour prévenir les passages aux urgences (hotline gériatrique, annuaire des spécialistes à destination des professionnels de santé de ville) peu mobilisés.*

---

<sup>53</sup> A titre d'illustration, une enquête flash sur l'accès aux SSIAD a été réalisée en 2022 dans le prolongement de ces échanges partenariaux pour mieux appréhender les freins des infirmiers libéraux à réaliser des soins de nursing.

*Au regard des caractéristiques de la population vichyssois marquée par un vieillissement prononcé, l'exposant tout particulièrement au risque d'hospitalisation évitable, l'hôpital gagnerait à renforcer ses coopérations et à développer des dispositifs spécifiques pour prévenir les passages aux urgences des publics âgés. Il pourrait s'agir d'améliorer le fonctionnement de la hotline gériatrique, de renforcer l'équipe mobile de gériatrie de l'hôpital de Vichy en la dotant d'une capacité à intervenir à l'extérieur ou encore de mettre en place des infirmiers de nuits mutualisés avec les EHPAD.*

---

## **4.2 La prise en charge et l'orientation des patients aux urgences**

### **4.2.1 Une saturation régulière des urgences source d'altération de la qualité des prises en charge**

#### **4.2.1.1 Une saturation des services d'urgences plus importante que celle constatée dans des structures de taille comparable de la région**

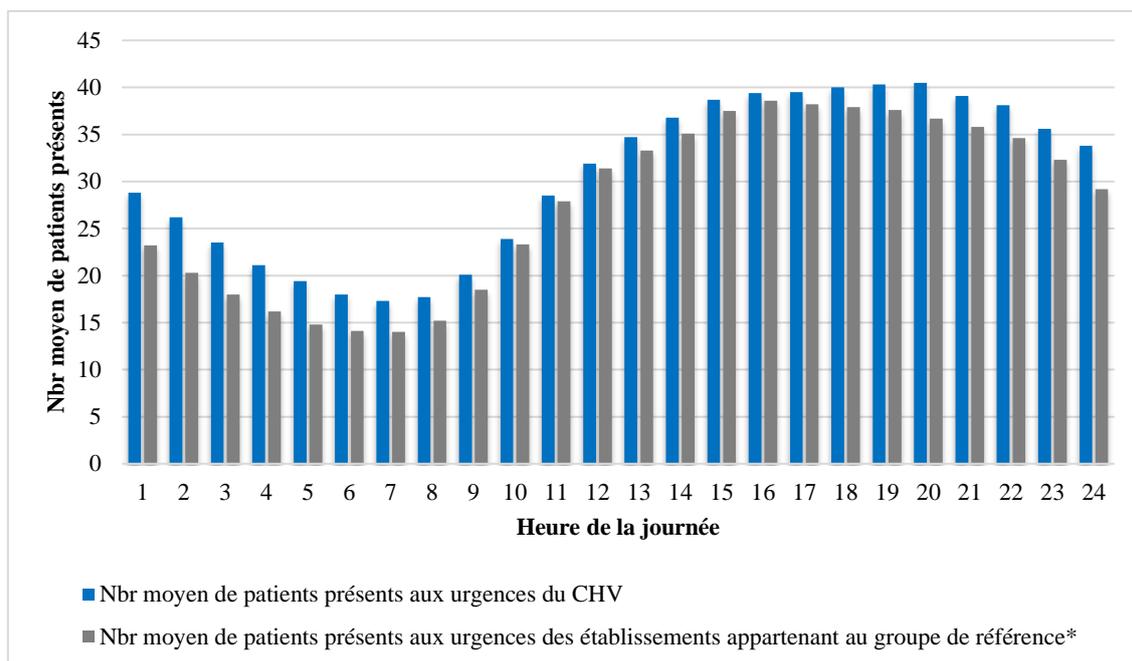
Le nombre de patients présents aux urgences de Vichy en 2022 s'est avéré supérieur au nombre moyen de patients présents dans les structures d'urgence de la région Auvergne-Rhône-Alpes – publiques comme privées - enregistrant entre 30 000 et 50 000 passages par an.

Si la différence demeure minime sur certains créneaux horaires<sup>54</sup>, une différence plus nette peut être relevée sur les toutes premières heures de la journée (avec environ 5 à 6 patients de plus aux urgences de l'hôpital de Vichy par rapport à la moyenne des établissements appartenant au même groupe, de 1 heure à 4 heures du matin).

Ce constat d'une plus forte densité de patients sur le centre hospitalier de Vichy, par rapport à celle constatée - en moyenne - dans les structures comparables de la région, témoigne d'un certain encombrement du service des urgences vichyssois.

---

<sup>54</sup> Particulièrement en fin de matinée, durant la tranche horaire de 10 heures à 12 heures.

**Graphique n° 8 : Nombre moyen de patients présents aux urgences du CHV par heure, au cours de l'année 2022**

*Source : CRC à partir des données de l'ORU fournies par le CHV ; \*le groupe de référence correspond à l'ensemble des établissements de santé de la région Auvergne-Rhône-Alpes – publics et privés – enregistrant entre 30 000 et 50 000 passages aux urgences par an.*

### **Evolution du nombre de patients aux urgences au fil de la journée**

Le nombre de patients physiquement présents au sein de la structure d'urgence varie fortement durant la journée.

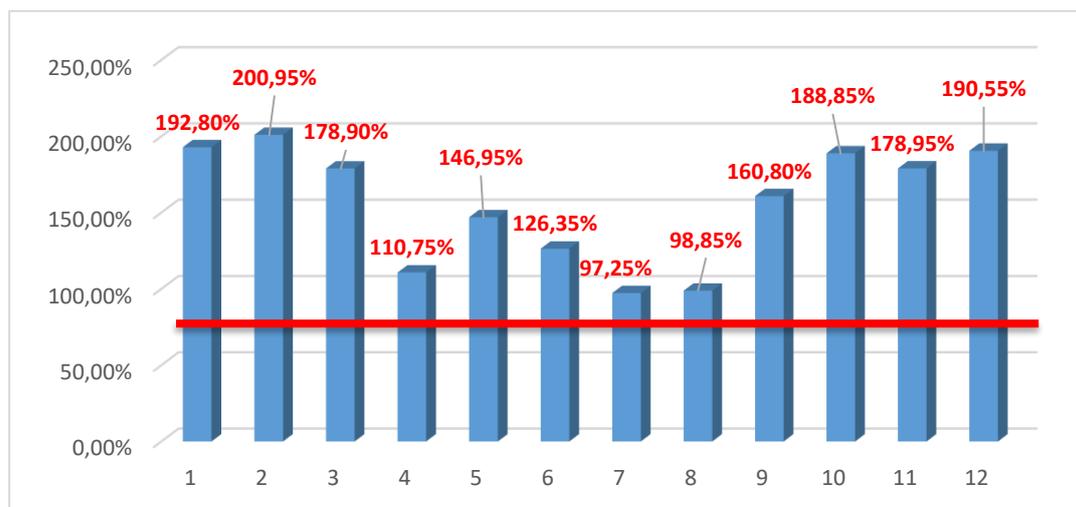
Ainsi, si au cours de l'année 2022 près de 17 patients étaient présents dans le service, en moyenne, à 7 heures du matin, ce nombre atteignait 40 à 20 heures.

De manière schématique, le nombre d'entrées dans le service excède le nombre de sorties, du début de la matinée (en moyenne, à partir de 8 heures du matin durant l'année 2022) jusqu'au début de la soirée (en moyenne, jusqu'à 20 heures durant l'année 2022). La densité de patients présents dans la structure tend, dans ces conditions, à s'accroître de façon continue, tout au long de la journée.

Une tendance inverse s'observe du début de la soirée (en moyenne, à 21 heures durant l'année 2022) au début de la matinée suivante (en moyenne, à 7 heures durant l'année 2022).

Cet encombrement du service des urgences se matérialise dans les taux d'occupation des 10 lits de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de l'hôpital. Ainsi, en 2022, le taux d'occupation moyen des lits sur l'année était de 156 % avec des pics hivernaux atteignant près de 200 %.

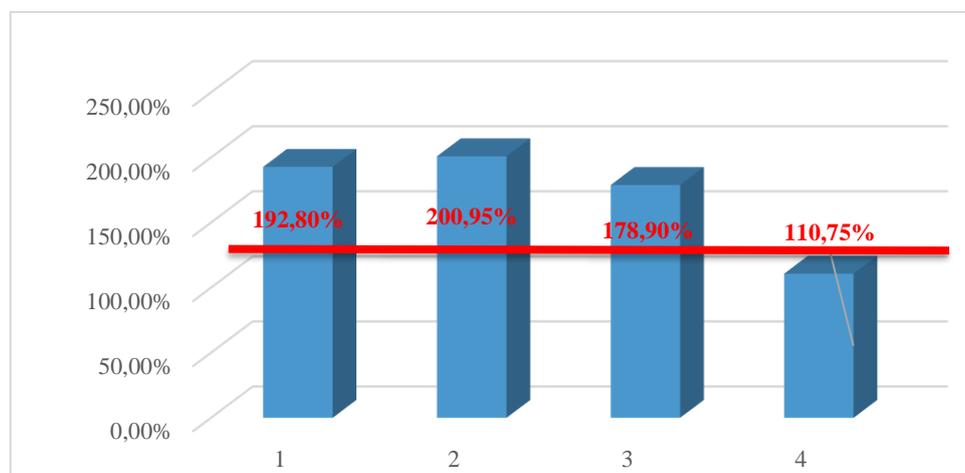
**Graphique n° 9 : Taux d'occupation des lits UHCD année 2022**



Source : cellule de coordination des parcours non standardisés

Pour le seul premier quadrimestre 2023, le taux d'occupation moyen était de près de 170 %.

**Graphique n° 10 : Taux d'occupation lits UHCD premier quadrimestre 2023 (intégrant les malades en attente d'une hospitalisation urgente - MAHU)**



Source : cellule de coordination des parcours non standardisés

Il convient, en effet, de noter que le service des urgences accueille en hospitalisation des patients relevant de l'UHCD (c'est-à-dire des hospitalisations inférieures à 24h) mais également des « malades en attente d'hospitalisation urgente », dénommés « MAHU » dans la terminologie adoptée par l'établissement.

Il s'agit des malades qui nécessitent une hospitalisation pour une prise en charge rapide de spécialité mais qui, faute de lit disponible, restent hébergés aux urgences tout en étant placés sous la responsabilité médicale du service d'aval dans lequel ils doivent être hospitalisés

(dissociation de l'hébergement et de la responsabilité médicale). Sur le plan administratif, ces patients sont affectés sur l'unité fonctionnelle (UF) de responsabilité du service de spécialité et sur l'unité fonctionnelle (UF) d'hébergement de l'UHCD.

Ces patients font l'objet depuis le début de l'année 2023 d'un suivi statistique spécifique par la cellule de coordination des parcours non standardisés. S'il est nécessaire d'interpréter ces données avec prudence puisqu'elles ne concernent que le premier trimestre 2023, il convient de noter que les patients « en attente d'hospitalisation urgente » représentent au CHV, sur le premier trimestre 2023, en moyenne 165 passages et sont orientés, à hauteur de 35 % à 40 % d'entre eux, vers le service de court séjour gériatrique et le service de neurologie. Le service de pneumologie assure également près de 15 % des orientations sur mars et avril 2023.

Cette pratique de dissociation de l'unité d'hébergement et de l'unité de responsabilité médicale est source de risques dans la prise en charge des patients. Elle nécessite en conséquence d'être rigoureusement protocolisée pour contenir ces risques, ce qui n'est actuellement pas le cas (cf. infra 4.2.6).

**Tableau n° 5 : Répartition des malades en attente d'hospitalisation aux urgences par spécialité**

| REPARTITION DES MAHU / MOIS     |                |     |                |     |                |     |                |     |
|---------------------------------|----------------|-----|----------------|-----|----------------|-----|----------------|-----|
| 2023                            | JANVIER        |     | FEVRIER        |     | MARS           |     | AVRIL          |     |
| PATIENTS MAHU                   | Total patients | %   |
| <b>Gastroentérologie</b>        | <b>16</b>      | 9%  | <b>23</b>      | 12% | <b>12</b>      | 12% | <b>14</b>      | 8%  |
| <b>Cardiologie</b>              | <b>9</b>       | 5%  | <b>28</b>      | 14% | <b>11</b>      | 11% | <b>13</b>      | 7%  |
| <b>Neurologie</b>               | <b>35</b>      | 20% | <b>30</b>      | 15% | <b>15</b>      | 15% | <b>30</b>      | 17% |
| <b>Unité neuro-vasculaire</b>   | <b>1</b>       | 1%  | <b>0</b>       | 0%  | <b>2</b>       | 2%  | <b>3</b>       | 2%  |
| <b>Rhumatologie</b>             | <b>29</b>      | 16% | <b>20</b>      | 10% | <b>11</b>      | 11% | <b>20</b>      | 11% |
| <b>Infectiologie</b>            | <b>12</b>      | 7%  | <b>16</b>      | 8%  | <b>4</b>       | 4%  | <b>18</b>      | 10% |
| <b>Pneumologie</b>              | <b>27</b>      | 15% | <b>28</b>      | 14% | <b>13</b>      | 13% | <b>22</b>      | 12% |
| <b>Pôle métabolique</b>         | <b>17</b>      | 9%  | <b>18</b>      | 9%  | <b>7</b>       | 7%  | <b>21</b>      | 12% |
| <b>Court séjour gériatrique</b> | <b>33</b>      | 18% | <b>33</b>      | 17% | <b>26</b>      | 26% | <b>36</b>      | 20% |

Source : d'après les données du CH de Vichy

#### 4.2.1.2 Des durées de prises en charge bien supérieures aux structures de taille comparable de la région

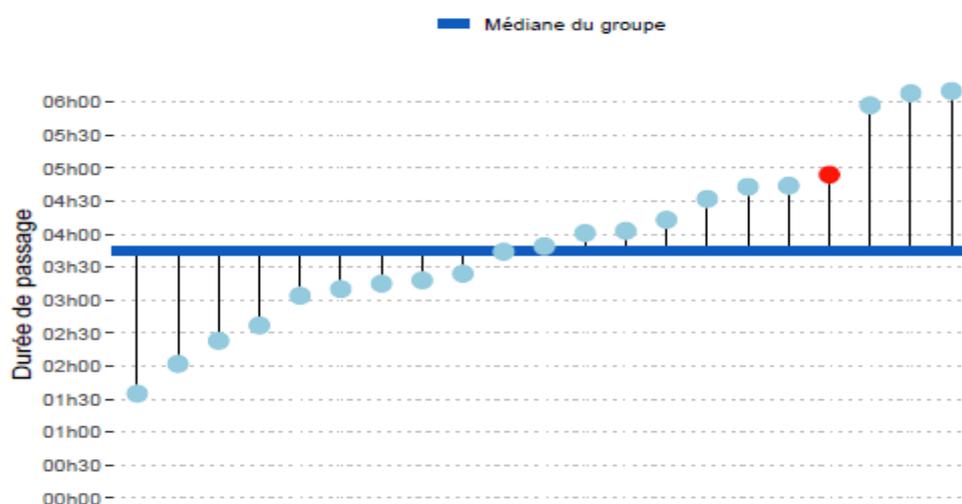
Les durées de prise en charge des patients à l'hôpital de Vichy – de l'admission à la sortie de l'unité (dans le cadre d'un retour au domicile ou d'une hospitalisation en UHCD ou de toute autre unité d'hospitalisation) - apparaissent, dans l'ensemble, relativement longues.

La durée de passage médiane globale de l'établissement atteignait 4h54 en 2022 soit 30 % de plus que les établissements à activité comparable. A titre de comparaison, la durée de passage médiane relevée à l'échelle des structures de la région enregistrant entre 30 000 et 50 000 passages par an, s'établissait à 3h45 la même année (soit 1h09 de moins qu'à Vichy).

Un tel niveau conduisait alors le centre hospitalier à figurer à la 18<sup>ème</sup> place – sur 21 – au sein des établissements relevant de cette catégorie.

De même, 25 % des passages avaient une durée inférieure ou égale à 2h37 et 75 % des passages avaient une durée inférieure à 8h17. A l'échelle des structures de la région enregistrant entre 30 000 et 50 000 passages par an, les durées associées à ces tranches de passages s'avéraient bien inférieures, en s'établissant, respectivement, à moins de 1h57 (soit 40 minutes de moins qu'à Vichy) et à moins de 6h28 (soit 1h49 de moins qu'à Vichy).

**Graphique n° 11 : Durée de passage médiane aux urgences du CHV (en rouge) - données 2022**



Source : Données de l'ORU fournies par le CHV. Les points bleus correspondent à la durée de passage médiane des autres structures d'urgence de la région Auvergne-Rhône-Alpes, publiques et privées, enregistrant entre 30 000 et 50 000 passages par an.

Même si elle n'en est pas l'unique cause, la situation d'attente prolongée des patients, pourrait se justifier en partie par la forte proportion de personnes âgées transitant par le service. Le temps de passage aux urgences est en effet bien plus important pour cette catégorie de patients. Ainsi que le notait la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) dans une étude de mars 2017 : « Le nombre d'examen complémentaires, plus important pour les patients âgés, et les délais nécessaires à leur réalisation contribuent à augmenter la durée de passage aux urgences. À cela s'ajoutent les modalités d'hospitalisation éventuelle en aval des urgences : le délai pour obtenir un lit est plus important pour les personnes âgées »<sup>55</sup>. Par ailleurs, cette même étude indique que « la probabilité d'hospitalisation à la sortie des urgences est 2,6 fois plus élevée que celle des 15/74 ans, toutes choses égales par ailleurs ». Elle précise en outre que « les patients âgés de 85 ans et plus et ceux vivant seuls à domicile ont aussi une probabilité plus élevée d'être hospitalisé ».

La corrélation entre l'âge des patients est la durée d'attente dans le service des urgences est d'ailleurs attestée par les données de l'établissement. Ainsi, en 2022, la durée moyenne de passage avoisinait ou excédait 10 heures pour les 65 ans et plus - voire 13 heures pour les 80 ans

<sup>55</sup> DREES, Etudes et Résultats n° 1008, mars 2017, « Les personnes âgées aux urgences : une santé plus fragile nécessitant une prise en charge plus longue ».

et plus - contre un temps de passage globalement situé entre 3 heures et 7 heures pour la tranche d'âge des 0 à 50 ans.

**Graphique n° 12 : Temps de passage\* moyen en minutes en fonction de l'âge du patient, en 2022**



Source : données fournies par le CHV. \* hors séjour en UHCD. Le temps de passage moyen des patients âgés de plus de 91 ans n'est pas précisé compte tenu du faible nombre de patients concernés et des variations erratiques constatées pour cette tranche d'âge.

#### 4.2.1.3 Une altération de la qualité des prises en charge

Ce débordement régulier des lits d'hospitalisation des urgences, se traduit par une altération de la qualité des prises en charge, les patients en surnombre étant hébergés sur des brancards, au mieux dans des salles de consultation parfois sans fenêtre et sans sanitaires, et pour les hypothèses moins favorables, dans les couloirs.

En outre, la surveillance médicale et les soins délivrés aux patients hébergés dans le service mais relevant de la responsabilité médicale d'un autre service (les MAHU) sont rendus plus complexes pour le personnel et sources de risques pour le patient (cf. infra).

Enfin, bien que les services puissent activer des procédures de renforts en personnels<sup>56</sup>, notamment si le nombre de patients hospitalisés aux urgences est supérieur à 18<sup>57</sup>, l'ensemble des patients hébergés dans le service relèvent le jour et la nuit des équipes paramédicales des urgences. Ainsi les soins, notamment d'hygiène aux personnes âgées<sup>58</sup>, reposent sur les personnels paramédicaux des urgences ce qui entraînent inévitablement une surcharge de travail et un moindre temps consacré aux soins des patients. Par ailleurs, ces soins nécessitent des

<sup>57</sup> Deux procédures peuvent être activées pour renforcer les équipes : une procédure datant du 22/04/2016 prévoyant le renfort des équipes paramédicales en cas de crises aux urgences et une procédure de renfort de l'IOA.

<sup>58</sup> Ces soins d'hygiène et de confort également appelés nursing s'adressent à tout patient ne parvenant plus à assurer de manière autonome les actes d'hygiène quotidiens. Ils peuvent être délivrés par des aides-soignants sous la responsabilité d'un infirmier, ou par des infirmiers.

compétences spécifiques pour lesquels les équipes des urgences ne sont pas particulièrement formés<sup>59</sup>.

À noter que pour faire face à ces difficultés de personnel, en janvier 2023, l'établissement a également pris la décision de renforcer pour 18 mois les équipes de nuit des urgences par la mise en place d'un poste infirmier et d'un poste d'aide-soignant supplémentaires (cf. supra). Ces postes sont actuellement pourvus par du recours à de l'intérim dans l'attente des recrutements.

#### **4.2.2 Le circuit patient aux urgences : l'organisation du tri, de l'évaluation et de l'orientation des malades**

##### 4.2.2.1 L'accueil administratif du patient

Dans le cadre d'une arrivée aux urgences non médicalisée, le patient est en premier intention, accueilli par un agent administratif qui l'informe et recueille plusieurs éléments (identité, motifs de la venue, assurance maladie et mutuelle...), essentiels à la constitution de son dossier des urgences.

##### 4.2.2.2 Le rôle de l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA)

Selon la charte de fonctionnement des urgences de l'hôpital, l'infirmier organisateur de l'accueil et l'aide-soignant d'accueil sont les premiers soignants à accueillir le patient pour assurer après évaluation initiale, sa surveillance jusqu'au passage au box d'examen.

Au sein du box d'examen, l'infirmier d'orientation et d'accueil assure plusieurs fonctions essentielles :

- il analyse et recueille le motif de recours du patient, de son entourage ou des professionnels de santé qui l'adressent ;
- il évalue la gravité de l'état de santé selon une échelle allant de 1 (état mineur) à 5 (état gravissime) dite cotation infirmier organisateur de l'accueil (CIOA). Cette cotation est un élément essentiel dans l'orientation du patient entre les différentes filières de prise en charge ;
- il oriente, avec l'aide du médecin coordonnateur le cas échéant, vers les filières de soins intra ou extra urgences, en fonction des priorisations établies au décours du tri initial et de la surveillance ultérieure.

---

<sup>59</sup> Ainsi entre 2016 et 2019 seuls 3 personnels des urgences ont reçu une formation spécifique : deux aides-soignants en 2016 (durée : 2 x 14h) sur le thème de la « Bienveillance de la personne âgée » ; une assistante sociale en 2019 (durée : 21h) : sur le thème « se recentrer sur le patient ou la personne âgée dans le cadre d'une prise en charge quotidienne ».

Le rôle de l’infirmier organisateur de l’accueil est essentiel dans la fluidité du parcours patient. Il peut être assisté par le médecin coordonnateur, en fonction de la disponibilité de celui-ci.

Le pacte de refondation des urgences dans sa recommandation n°17 énonçait à cet égard l’objectif de « créer des infirmiers en pratique avancée (IPA) aux urgences et à termes dans l’ensemble de l’activité de la médecine d’urgence ». La mission d’appui conduite par l’ANAP auprès de l’établissement en 2019, avait d’ailleurs envisagé des actions de renforcement du rôle de l’infirmier organisateur de l’accueil afin notamment de permettre à ce professionnel de prescrire des examens complémentaires, lorsque les patients relevaient de soins ou de consultations pouvant être différés et ainsi dégager du temps médical.

Conscient des enjeux de développement des infirmiers en pratique avancée, dans un contexte de forte pénurie médicale, l’hôpital de Vichy forme actuellement des infirmiers, à hauteur de 3 emplois équivalent temps plein, en pratique avancée qui seront prochainement dédiés au service des urgences. Ces professionnels, plus aguerris, devraient permettre d’optimiser le temps médical tout en fiabilisant le tri et l’orientation des patients.

#### 4.2.2.3 La fonction pivot du médecin coordonnateur et d’orientation du patient

Le médecin coordonnateur des urgences assure une fonction pivot dans le processus de prise en charge et d’orientation du patient aux urgences. Cette mission d’orientation et d’accueil a été déployée en 2018 au sein de l’hôpital pour aider à la fluidification urgences.

En parallèle de l’activité clinique qu’il peut être amené à exercer dans les box, le médecin coordonnateur assure, en effet, trois missions principales, selon la fiche de poste qui lui est affectée.

Il assiste, en premier lieu, l’infirmier organisateur de l’accueil dans sa mission de tri des patients qui se présente aux urgences, en définissant les priorités et les filières adaptées de prise en charge (filières vitales ou fonctionnelles, filière courte, filière pédiatrique). Il peut également, en fonction de l’afflux des patients, les réorienter vers la permanence des soins libérale et la coordination avec le centre 15 et la médecine générale.

Dans le cadre de la bonne organisation de la prise en charge dans le service, il s’assure, en deuxième lieu, d’une bonne affectation des personnels médicaux et paramédicaux, en lien avec les cadres de proximité, en fonction des sorties des structures mobiles d’urgences et de réanimation (SMUR) et des lits porte surnuméraire<sup>60</sup>. Toujours dans ce même cadre, il est aussi amené à gérer les mouvements de patients en cours d’évaluation des box vers les zones d’attentes (couloirs).

En troisième lieu, il assure une mission d’orientation et d’interlocuteur médical aux urgences pour les services. Il organise, à ce titre, les demandes d’hospitalisation depuis les urgences vers les services en lien avec les urgentistes intervenant auprès du patient et les

---

<sup>60</sup> Les lits portes sur-numéraire désignent les hospitalisations des patients aux urgences sur les brancards stationnés dans les couloirs ou dans des box d’examen, faute de lit disponible au sein de l’unité d’hospitalisation de courte durée (UHCD) ou au sein du service dans lequel le patient a été orienté.

services d'hospitalisation. Cette interface s'organise dans le cadre du téléphone rouge dans les horaires hors permanence des soins (cf. infra).

#### 4.2.2.4 Les différentes filières de prise en charge des patients aux urgences

▪ ***Les filières de prise en charge hors urgences vitales :***

Hors urgences vitales, le patient se présentant aux urgences est susceptible d'intégrer deux filières principales :

- la filière courte, si sa prise en charge est présumée simple par l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) : consultations médicales, petite traumatologie (avec ou sans radiologie standard) et tous les enfants (selon une limite d'âge définie avec la pédiatrie) ;
- la filière longue, pour les patients qui nécessitent des examens ou des soins, présumés plus complexes et plus longs par l'IOA.

Toutefois, en dehors de ces deux principales filières de prise en charge, l'hôpital a mis en place certaines filières spécifiques en fonction des pathologies et des spécialités. Pour ces dernières, une prise en charge directe des patients arrivant aux urgences est organisée sur demande du coordonnateur ou de l'urgentiste en charge du patient.

Sont ici notamment concernés les spécialités et les pathologies suivantes :

- la filière pédiatrique, avec l'organisation d'un accès direct au service pour les enfants de moins de 16 ans après discussion avec le pédiatre hors pathologies traumatiques et urgences vitales dès lors qu'un avis spécialisé ou un bilan biologique est nécessaire ;
- la filière maladies métaboliques/dialyse avec au minimum un avis en urgence pour les patients présentant un dysfonctionnement de pompe à insuline, les greffés rénaux et les patients dialysés connus du service de maladies métaboliques ;
- la filière psychiatrique concernant les modalités de prise en charge et de surveillance des patients, notamment en cas d'hospitalisation sous contrainte ;
- la filière gynécologique-obstétrique en cas de suspicion de pathologie gynécologique ou obstétricale, hors urgences vitales. La patiente est orientée par le médecin coordonnateur vers la salle d'accouchement après avoir averti les sages-femmes ;
- la filière cardio-vasculaire ;
- la filière neurologique/AVC ;
- les sepsis sévères.

Il est toutefois à noter qu'en dépit de l'importance des sujets âgés se présentant aux urgences hospitalières, aucune filière spécifique de prise en charge n'a été organisée pour ces patients fragiles, dont l'état de santé peut se détériorer rapidement du fait d'une attente prolongée.

▪ ***La prise en charge des urgences vitales***

La Haute autorité de santé (HAS) définit l'urgence vitale<sup>61</sup> comme un état de détresse pouvant conduire à un arrêt cardio-respiratoire. Il s'agit de la « situation où la vie du patient est en danger imminent et où il risque de décéder faute de soins rapides et adaptés ».

Ces urgences vitales correspondent aux cotations de niveau de gravité 4 et 5. D'après les données de l'observatoire régional des urgences, les urgences vitales représentaient 2,1 % des cas traités en 2022 au sein du centre hospitalier de Vichy contre 1,4 % pour la moyenne du groupe des établissements connaissant de 30 000 à 50 000 passages par an.

L'hôpital de Vichy a défini deux voies de prises en charge des urgences vitales selon le mode d'adressage du patient (SAMU, ambulances, médecins, arrivée individuelle services hospitaliers...) :

- la voie A qui transite par les structures mobiles d'urgences (SMUR) qui permet soit une entrée directe hors urgences ou dans un hôpital de recours, soit une intégration directe dans la filière urgences vitales et fonctionnelles sans tri préalable par l'IOA et le médecin coordonnateur ;
- la voie B qui transite par le tri de l'IOA et du médecin coordonnateur avant d'intégrer la filière urgences vitales et fonctionnelles.

### **4.2.3 Des fonctions et instances de régulation des flux qui se structurent**

#### **4.2.3.1 Le téléphone rouge : l'interface pour le dialogue médical et les décisions d'hospitalisation**

Par note de service 2017-15, l'établissement de Vichy a mis en place une ligne de téléphone rouge à compter du 3 juillet 2017 dans les services. Cette ligne spécifique permet de mettre à disposition, notamment des médecins urgentistes et du médecin coordonnateur, un avis de spécialiste pour décider de l'orientation des patients hospitalisés aux urgences. A noter cependant que si cette ligne fonctionne 24/24H pour les services disposant d'une astreinte spécifique (cas des services de cardiologie, court séjour gériatrique notamment) elle n'est joignable que du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 pour les autres services.

Le dialogue médical est toutefois souvent long et chronophage, tout autant qu'une source de tension importante entre les services d'hospitalisation et les urgences. Ce dialogue n'est, par ailleurs, pas systématique certaines décisions d'orientation des patients dans les services pouvant être prises après 18h30 lorsque les lignes de téléphone rouge ne sont plus actives, ce qui constitue là encore une source de tension avec les services.

Par ailleurs, si le service des urgences peut accéder directement à des avis de spécialistes, urgents mais sans mise en jeu du pronostic vital, par le biais du téléphone rouge, ces avis sont essentiellement recueillis par téléphone. Ainsi, les médecins des étages ne se

---

<sup>61</sup> Définition issue de la fiche pédagogique mise à jour en décembre 2022 « urgences vitales » pour la certification des établissements de santé.

déplacent pas auprès des patients pour procéder, au besoin, à des consultations à la demande du médecin urgentiste.

#### 4.2.3.2 La cellule de coordination des parcours non standardisés

Afin de fluidifier le parcours des patients non programmés, une fonction dite de « bed manager » (gestionnaire des lits) a été instituée dès 2018 au sein de l'hôpital. Cette fonction, initialement portée par un unique agent disposait d'une assise, cependant, trop étroite pour disposer d'une légitimité suffisante auprès des différents services d'aval.

Cette fonction a donc été progressivement renforcée dans ses effectifs et ses missions. Elle est ainsi composée depuis août 2022 de quatre professionnels (un cadre de santé et 3 coordonnateurs) et a pris le nom officiel de « cellule de coordination des parcours non standardisés (CCPNS) ».

Elle remplit plusieurs fonctions de régulation de parcours du patient non programmé, depuis sa prise en charge dans le service des urgences jusqu'à sa sortie, en aval de ce service.

Cette cellule exerce, en premier lieu, une fonction importante dans la gestion des lits disponibles. Elle tient, à cet effet, un tableau des lits disponibles à partir des informations qu'elle recueille sur un logiciel dédié qui doit être renseigné par chaque service (Hplanner). Elle complète ces données par une visite bi-journalière des services afin de s'assurer de la fiabilité des informations collectées informatiquement, ces dernières n'étant pas toujours actualisées en temps réel.

Elle exerce également une fonction de régulation du parcours du patient en aval des urgences, fonction qui tend aujourd'hui à se renforcer. Cette fonction, qui sera plus longuement développée en infra du rapport, repose sur différentes activités de la cellule dont certaines ont été très récemment instituées :

- un travail de sécurisation des retours à domicile des patients en lien avec les familles et le service social de l'hôpital pour s'assurer de la mobilisation des différentes aides nécessaires (mise en place d'une aide à domicile notamment) ;
- depuis le mois de janvier 2023, un travail de suivi des patients dits « bloqueurs de lits » (bed blockers).

En outre, cette cellule présente deux particularités intéressantes lui permettant d'avoir une approche globale de la prise en charge du patient à la fois sanitaire et sociale, mais également intra et extrahospitalière. En effet, la cellule de coordination des parcours regroupe depuis le mois de juillet 2022 d'anciens professionnels du réseau Cap Santé<sup>62</sup>, ce qui devrait faciliter les liens avec les professionnels de la médecine de ville, du champ social et médico-social au service du maintien et de l'accompagnement des retours au domicile de patients fragiles. Dans la même perspective de prise en charge globale de la situation des patients tant sur le plan sanitaire que social, la cadre responsable de la cellule de coordination des parcours

---

<sup>62</sup> Ce réseau de l'Allier, dissous avec la mise en place des dispositifs d'appui à la coordination (DAC), avait en charge une mission de coordination et d'appui aux professionnels de santé en libéral et était sollicité, à ce titre, pour les situations de maintien à domicile compliqué.

non standardisés encadre également, depuis le mois d'avril 2023, les personnels du service social.

Le fonctionnement actuel de la cellule de coordination des parcours patients non standardisés, bien qu'étoffée présente toutefois deux limites essentielles.

À la différence du service des urgences qui fonctionne en continue, une présence de la cellule de bed manager n'est pas assurée le weekend. Or les mises à jour de la disponibilité des lits sur les tableaux de suivi ne sont pas systématiquement réalisées par les cadres des services. Cette absence d'appui de la cellule de régulation des lits le weekend rend difficile le fonctionnement de l'astreinte sur les weekends.

Par ailleurs, faute de légitimité médicale, la cellule peine à asseoir pleinement sa place dans le dialogue avec les services. Toutefois afin de renforcer cette légitimité, l'hôpital a créé trois postes de médecins polyvalents qui ont vocation à être rattachés à la cellule de coordination. Ces médecins chargés d'assurer l'interface entre le médecin coordonnateur et les services d'hospitalisation seront à terme en charge de seconder le médecin coordonnateur dans la priorisation de la prise en charge des patients et les décisions d'hospitalisation.

Dans le cadre de la contradiction, l'ordonnateur a précisé que l'arrivée d'un des médecins rattachés à la cellule de coordination était prévue pour novembre 2023. Il a également indiqué que le profil de poste de ces praticiens était en cours de formalisation, pour être validé par la commission médicale d'établissement en octobre 2023.

Le rôle de ces praticiens sera de faciliter la coordination des soins et l'organisation des parcours sur la base du constat des défauts de coordination existant entre les urgences et les services de médecine, mentionnés dans le rapport.

#### 4.2.3.3 Une instance de régulation quotidienne dédiée : le staff de concertation et d'orientation (SCO) aux urgences

Un staff de concertation et d'orientation (SCO) a été mis en place à Vichy depuis 2011 dans le cadre d'une mission réalisée par l'agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP).

Ce staff qui était tombé en désuétude a ensuite été réhabilité avec l'objectif, d'une part, de fluidifier le parcours des patients aux urgences, et, d'autre part, de tendre vers un objectif de zéro patient sur un brancard la nuit. Le règlement de fonctionnement de cette instance a été défini à l'occasion de l'enquête ANAP de 2019 dans le cadre d'une note de service de l'établissement en 2018.

Cette note de service prévoit que le dit staff de concertation et d'orientation, animé par le médecin coordonnateur, doit être étoffé en y intégrant les équipes du service des urgences (médecin coordonnateur, médecin ou interne de l'UHCD devant mettre en œuvre le plan de sortie des patients de cette unité, les cadres des services des urgences) ainsi que les représentants médicaux de chaque service de médecine. Le règlement intérieur prévoit également la présence de l'administrateur de garde et du bed manager.

En pratique, la composition du staff est très éloignée de celle prévue par la note de service. En effet, cette réunion ne rassemble, le plus souvent que le médecin coordonnateur, des membres de la cellule de bed manager, l'administrateur d'astreinte et des cadres des services

des urgences. Le médecin urgentiste coordonnateur de nuit n'est pas présent, pas plus que les représentants médicaux de chaque service de médecine. Ce point était d'ailleurs déjà déploré dans le rapport d'inspection de l'ARS du 17 mai 2016<sup>63</sup>.

Cette instance, qui se tient deux fois par jour, passe en revue la liste des patients en attente d'une solution d'hospitalisation aux urgences. Elle doit permettre une gestion efficace des lits disponibles en lien avec les services des urgences et les services de soins. Elle se déroule en deux étapes :

- une première étape doit permettre de faire le tour de la disponibilité des lits, ce bilan étant réalisé par la cellule de coordination des parcours non standardisés à l'aide de logiciels de gestion des lits et de la visite physique des services ;
- la deuxième étape de la réunion consiste à proposer une orientation des patients à partir notamment des éléments de synthèse sur la pathologie du patient consignés par les médecins urgentistes de garde en charge des patients, dans un tableur Excel, en optimisant l'orientation souhaitée.

Dans le prolongement des réunions, le coordonnateur de la cellule de coordination des parcours non standardisés appelle les différents services pour les informer d'une éventuelle hospitalisation à venir. Elle utilise à cette fin des outils partagés (tableaux de suivi des patients, outil de gestion des lits H Planer) et se rend régulièrement dans les services pour faire le point sur les places disponibles et les mouvements de la nuit (entrées-sorties-décès).

#### 4.2.3.4 Une instance de réflexion stratégique : la commission de gestion des flux et des parcours patients (CGFPP)

Plusieurs instances de réflexion stratégiques ont été instituées sur la période de contrôle par l'hôpital sur la thématique de la régulation des patients non programmés.

Le principe de la constitution de la commission des admissions et des consultations non programmées (CACNP) a ainsi été arrêté lors d'une séance du directoire du 6 mars 2017. Cette instance composée des membres du directoire de l'établissement et des différents chefs de pôle s'est réunie à quatre reprises entre le mois de novembre 2018 et le mois de novembre 2019, dans le cadre notamment des réflexions engagées par la mission d'accompagnement de l'ANAP sur l'aval de urgences. Elle a toutefois cessé de se réunir, notamment dans le contexte de la crise sanitaire puis, est tombée en désuétude.

Une nouvelle instance - « la commission de gestion des flux et parcours patient » (CGFPP) - a cependant, été constituée au dernier trimestre 2022 à l'effet de réguler les flux de patients non programmés. Cette commission, qui se réunit à un rythme trimestriel, rassemble autour d'une présidente et d'une vice-présidente, toutes issues du corps médical, des représentants des chefs de pôle, du chef de service des urgences, des représentants des usagers, de la cadre de la cellule de coordination mais également de différents services administratifs

---

<sup>63</sup> Le rapport relevait ainsi : « le SCO a pour objectif de valider la répartition des patients et l'heure d'admission dans les services de médecine. Si cet objectif est essentiel, il peut toutefois être regretté que tous les potentiels services de recours ou d'aval ne participent pas toujours à cette réunion journalière et notamment les services de psychiatrie [...]. La présence de ce service au SCO pourrait être un atout sur le plan organisationnel. De même la présence de services comme celui de cardiologie est inconstante alors même que le plateau technique offert par le centre hospitalier de Vichy est assez complet ».

intéressés (direction des affaires médicales, les systèmes d'information, le département d'information médicale, le service qualité et la cellule analyse et gestion).

Cette commission, de création récente, a notamment pour missions de nourrir la réflexion stratégique sur la régulation des flux non programmés mais également de proposer des adaptations concrètes à travers l'élaboration de procédures d'organisation des parcours. Elle assure également un suivi et une évaluation de son action. Elle a également pour fonction d'examiner les situations complexes de patients qui restent bloquées à l'hôpital. Malgré sa constitution récente, cette instance est active et s'est engagée dans plusieurs chantiers importants, comme la protocolisation en cours des procédures de prises en charge des patients MAHU (en attente d'hospitalisation) et l'analyse des fiches d'évènements indésirables intervenues sur l'année 2022.

#### **4.2.4 Un accès insuffisamment facilité et formalisé aux examens et consultations médicales spécialisées pour les patients des urgences**

##### 4.2.4.1 L'accès aux examens d'imagerie et de biologie

Un accès facilité aux examens d'imagerie et de biologie pour les patients des urgences suppose de définir des protocoles spécifiques permettant de réduire les délais d'attente ou encore d'effectuer un travail sur la pertinence des prescriptions.

A cet égard, l'article D 6124-24 du code de la santé publique prévoit un accès en permanence et « [...] *sans délai des patients accueillis dans la structure des urgences : aux équipements d'imagerie ainsi qu'aux professionnels compétents de l'imagerie ; aux analyses de biologie médicale ainsi qu'aux professionnels compétents de la biologie médicale [...]* ».

Or si l'organisation de l'accès aux différents examens d'imagerie et de biologie pour les urgences vitales ou fonctionnelles ne posent pas de difficultés à l'hôpital de Vichy, en revanche aucune procédure particulière n'a été formalisée pour réduire les délais d'attente pour les autres patients des urgences.

Par ailleurs, ce même article énonce que les différents examens d'imagerie et de biologie et leur interprétation doivent être transmis « [...] *dans les meilleurs délais, et en tout état de cause, dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient.* ». Pourtant, en dehors du suivi des délais assuré pour certains examens de biologie, aucune traçabilité n'est assurée s'agissant des délais d'attente pour les scanner et les IRM. Or, selon la cheffe de service des urgences, les délais d'attente pour certains examens d'imagerie, et notamment les scanners, peuvent être très longs (jusqu'à 6h d'attente).

En outre, la prégnance de l'activité libérale à l'hôpital de Vichy peut constituer un frein dans l'accès aux différents équipements d'imagerie. A cet égard, l'exemple des IRM est assez illustrant. En effet, s'agissant des plages d'utilisation des IRM, il a pu être relevé par l'équipe de contrôle un déséquilibre important entre celles réservées à l'activité publique (33 %) et celles réservées à l'activité libérale cumulée des médecins libéraux et des praticiens hospitaliers (près de 67 %). Par ailleurs, l'un des deux équipements est presque exclusivement consacré à l'activité des médecins libéraux (80 % des plages). Il en résulte pour ces derniers un indéniable confort d'utilisation, au contraire de l'activité publique qui se voit contrainte de jongler entre plusieurs

utilisateurs, ce qui est porteur d'iniquité dans l'accès aux soins et de perturbation de l'activité hospitalière.

Par ailleurs, la mission d'inspection de l'ARS conduite en mai 2016 sur le service des urgences relevait également un problème d'accès à l'IRM sur les horaires de la permanence des soins : « [...] il est apparu qu'en dehors des horaires d'ouverture du service d'imagerie médicale, seul le scanner participe à la permanence des soins, de 21h à 8h, via un dispositif associant une garde des manipulateurs en radiologie et une interprétation médicale des images par une société de téléradiologie basée à Lyon. Les deux appareils d'IRM pour lesquels l'établissement est autorisé ne sont pas accessibles en période de permanence des soins. [...] ce point est générateur de potentielles pertes de chances pour les patients ne pouvant accéder à toute heure et sans délai à ce type d'appareil et alors même qu'il est pourtant présent et donc potentiellement accessible sur le bassin de santé. »

Interrogé sur ce point, l'ordonnateur a indiqué que l'accès aux IRM, 24 h/24 et 7 jours/7, était désormais effectif. Il a été réalisé en deux temps. D'abord en journée 7/7, avec un accès étendu le week-end à compter de janvier 2020 pour les bilans AVC et de compression médullaire. En revanche, ce n'est que depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2021 qu'une astreinte d'IRM de nuit a été mise en place pour permettre un accès aux patients des urgences pour les bilans AVC et de compression médullaire.

S'agissant des prescriptions d'examens d'imagerie, la mission conduite par l'ANAP en 2019 relevait la nécessité d'une vérification systématique par le chef d'imagerie de la pertinence de ces dernières, dans un contexte de difficulté d'accès au scanner. La rédaction de protocoles pour faciliter les prescriptions pour les médecins des urgences étaient également préconisée. Il était enfin relevé l'intérêt de la présence d'un radiologue référent pour les urgences.

Or, aucune démarche particulière de travail n'a été engagée avec les radiologues de l'hôpital sur cette thématique importante pour la régulation des flux de patients aux urgences. De la même façon, il n'existe actuellement toujours pas de radiologue référent pour le service des urgences.

En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a indiqué que l'informatisation des prescriptions d'examen d'imagerie, validée au printemps 2023 par la commission médicale d'établissement dans le cadre du nouveau dossier patient informatisé Easily, doit permettre la mesure des délais, alors que le système actuel de bons sur support papier ne le permet pas. Il a également souligné que le déploiement du second scanner en janvier 2020 avait permis d'augmenter de 18 000 à 26 000 le nombre de forfaits techniques annuels, dans un contexte d'activité globale stable de l'établissement entre 2019 et 2023 du fait de la crise sanitaire.

**Recommandation n° 3.** : Donner une priorité d'accès pour les patients des urgences aux examens d'imagerie (IRM, scanner) et de biologie, conformément aux dispositions légales.

**Recommandation n° 4.** : Réserver des plages de consultations spécialisées non programmées pour les patients des urgences.

#### 4.2.4.2 Un accès non organisé à des créneaux de consultations spécialisées urgentes ou semi-urgentes

L'organisation de l'accès des patients des urgences à des créneaux de consultations urgents et semi-urgents est un autre facteur concourant à la régulation des flux de patients non programmés aux urgences.

A cet égard, la mission d'accompagnement de l'ANAP, conduite auprès de l'établissement en 2019, relevait la nécessité d'une réflexion sur la mise en place d'un circuit de consultations non programmées en alternative à une prise en charge urgente. Si l'établissement a organisé les possibilités d'avis urgents dans le cadre de lignes téléphoniques dédiées en interne (cf. développements en infra sur le téléphone rouge), ces avis restent essentiellement téléphoniques sans consultation auprès des patients. Par ailleurs, si certaines consultations (ORL, dermatologie, médecine vasculaire...) sont accessibles via un appel aux heures ouvrables, aucune procédure particulière, engageant les services d'aval n'a été formalisée.

Ainsi, l'hôpital de Vichy ne dispose toujours pas de plages de consultations non programmées susceptibles d'être proposées à des patients venant aux urgences sans mise en jeu de leur pronostic vital.

A l'instar de l'accès aux équipements d'imagerie, il est à noter une importante part d'activité libérale exercée par les praticiens hospitaliers<sup>64</sup>, facteur qui peut accroître les difficultés d'accès des patients en provenance des urgences à des créneaux de consultations non programmées.

Il est donc nécessaire que la régulation de la part de la patientèle non programmée de l'hôpital soit mieux prise en compte par les services d'aval, avec des plages libérées pour des consultations en urgence ou semi-urgences.

#### **4.2.5 Des processus d'orientation des patients fragiles insuffisamment co-portés par les services d'hospitalisation**

Le processus d'orientation des patients depuis les urgences vers les services d'aval mériterait d'être consolidé et d'être d'avantage co-porté par les services d'hospitalisation.

Il est, en effet, à relever plusieurs points de fragilité relatifs aux transmissions médicales et au dialogue médical avec les services d'aval, dans le processus décisionnel d'orientation du patient.

En premier lieu, les relèves médicales entre le médecin coordonnateur de la nuit et le médecin coordonnateur de jour ne sont pas systématiques. Il résulte de cette situation que la plupart des décisions d'orientation du médecin coordonnateur se prennent, dans le cadre du staff de coordination, sur la base des synthèses sur la situation médicale du patient, renseignées

---

<sup>64</sup> En 2021 la proportion des praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale à l'hôpital atteignait plus de 21 % en 2022 pour 33 praticiens soit une proportion près de trois fois supérieure au CHU de Clermont-Ferrand.

par chaque médecin urgentiste dans un tableur Excel. Ce tableur comprend plusieurs informations sur le patient (nom, prénom, date de naissance, date d'entrée dans le service...) ainsi qu'un résumé de sa pathologie. En revanche, il ne comprend pas la mention des niveaux de priorisation définis par l'infirmier organisateur de l'accueil en appui avec le médecin coordonnateur, donnée pourtant utile pour mieux apprécier la priorisation des prises en charge. Au surplus, les informations renseignées dans ce tableur sont de qualité inégale (informations parfois succinctes ou incomplètes, données parfois non renseignées...) pour permettre une décision d'orientation éclairée. Le morcellement de l'équipe des urgences, dont l'ensemble des médecins travaillent à temps partiel avec un volant non négligeable de praticiens intérimaires, d'internes et d'étrangers en formation, contribuant sans doute à cet état de fait.

Le médecin coordonnateur qui doit prendre les différentes décisions d'orientation des patients sur la base des informations contenues dans ce tableur ne dispose pas du temps matériel pour consulter les dossiers patients et ainsi s'assurer de la complétude des informations renseignées ; or la relève médicale avec le médecin coordonnateur de la nuit, souvent non effective, ne peut venir compenser efficacement ces informations parcellaires. En outre, et comme il a été observé supra, les services d'aval ne sont pas présents au sein de la réunion du staff de coordination pour venir étayer, le cas échéant, les décisions d'orientation.

Ces informations, parfois succinctes sur l'état de santé du patient, fragilisent le service des urgences dans le dialogue médical avec les médecins des étages et les décisions d'orientation du patient. Cette fragilité est également renforcée par l'absence de médecin chevronné affecté à l'UHCD du fait des vacances de poste, cette fonction pivot dans la régulation des flux patients étant souvent confiée à un praticien intérimaire.

Dans ce contexte, il apparaît nécessaire que l'appui des médecins des étages dans les décisions d'orientation des patients non programmés soit renforcé. Cet appui pourrait se traduire par des consultations en urgence au-delà de l'avis uniquement téléphonique délivré, pour conforter au besoin les diagnostics posés et mieux partager les décisions d'orientation des patients.

Dans le même sens, la présence des services d'hospitalisation, au sein de la réunion quotidienne du SCO apparaît nécessaire pour que chaque service puisse mieux se saisir de la régulation des flux de patients non programmés qui ne peut rester la charge unique des urgences hospitalières.

Parmi les actions envisagées par l'établissement, figure le recrutement de trois médecins polyvalents, rattachés à la cellule de coordination des parcours non standardisés, notamment pour venir appuyer la prise en charge des patients hospitalisés aux urgences dans la tâche d'orientation des patients. Le recrutement de ces médecins polyvalents ne doit toutefois pas se substituer à l'engagement des médecins spécialistes dans la prise en charge de la patientèle non programmée de l'hôpital.

**Recommandation n° 5.** : Assurer des relèves médicales systématiques entre le médecin coordonnateur de la nuit et le médecin coordonnateur de jour.

#### 4.2.6 Des procédures de prises en charges des patients en attente d'hospitalisation lacunaires et sources de risques

Comme cela a été précédemment évoqué, le service d'hospitalisation de courte durée peut servir d'unité tampon (les « lits-portes ») pour des patients en attente d'une place disponible dans un service d'hospitalisation. Ces patients hébergés aux urgences, mais orientés par décision du staff de coordination dans une unité d'hospitalisation (les MAHU), sont placés sous la responsabilité médicale du service d'aval.

Toutefois, le processus de prise en charge de ces patients dont l'hébergement est décorrélé de la responsabilité médicale, présente plusieurs lacunes et points de fragilité source de risques dans la prise en charge des patients.

Comme évoqué supra, les décisions de mise sous responsabilité médicale d'un autre service se prennent dans le cadre des réunions du staff de coordination auxquels les services des étages ne participent pas. Si un dialogue médical a lieu au préalable avec le service d'accueil dans le cadre du téléphone rouge, certains patients sont parfois placés sous la responsabilité d'un autre service par les urgences sans ce dialogue, notamment quand cette mise sous responsabilité intervient après 18h30. En outre, le délai de mise en œuvre de cette mise sous responsabilité n'est actuellement pas protocolisé. Or, il arrive que les mises sous responsabilités soient réalisées après 18h30 alors que le patient était présent depuis plusieurs heures au sein des services d'urgence. Ainsi, ces décisions prises sans avis médical spécialisé et contact préalable du service d'accueil ne permettent pas de préparer au mieux l'arrivée du patient dans le service et de conforter au besoin l'orientation.

Au surplus, les procédures actuelles ne disent rien du niveau d'exigence attendu en termes de surveillance médicale des patients en attente d'hospitalisation par les médecins des services d'hospitalisation. De l'aveu des médecins urgentistes, la fréquence des visites est ainsi très variable d'un service à l'autre et il peut s'écouler plusieurs heures sans qu'un patient ne soit visité par un médecin des services d'aval.

Surtout, cette dissociation entre l'unité d'hébergement et le service ayant la responsabilité médicale du patient, pose des difficultés sérieuses en termes d'astreinte médicale les weekends et jours fériés<sup>65</sup>.

S'agissant des équipes paramédicales des urgences, ces dernières assurent la continuité des soins auprès des patients hébergés aux urgences et placés sous la responsabilité médicale d'autres services, moyennant des renforts en personnel le cas échéant. La situation des astreintes médicales est, cependant, plus complexe. En effet, si la surveillance médicale ne pose pas de difficulté particulière les week-ends et jours fériés pour les services disposant de lignes d'astreintes spécifiques (pôle gériatrie, cardiologie notamment), il n'en va pas de même pour les autres services pour lesquels l'astreinte de médecine générale est mobilisée mais ne se déplace que rarement pour consulter les patients. Il en résulte qu'un malade en attente

---

<sup>65</sup> Les nuits de semaine, les patients hébergés aux urgences en attente d'hospitalisation restent sous la responsabilité médicale des médecins urgentistes. La période nocturne de l'astreinte s'étend de 18h30 à 8h30.

d'hospitalisation aux urgences (MAHU) peut parfois rester de nombreuses heures le week-end sans voir un médecin.

Conscient de cette fragilité majeure dans son dispositif de surveillance médicale des patients dits MAHU, l'ordonnateur a très récemment validé un dispositif d'astreinte généralisée pour l'ensemble des médecins de l'hôpital dans le cadre de réunion de la commission médicale d'établissement (CME) du 25 avril 2023.

Ce dispositif prévoit désormais la mise en place d'une astreinte dans chaque service ainsi que du temps de travail additionnel les dimanches et les jours fériés pour assurer les visites sur place quotidienne des patients. La mise en place de ce dispositif d'astreinte ne peut qu'être vivement encouragée par la chambre pour sécuriser le suivi médical des patients.

Enfin aucune orientation précise n'a été définie en cas de refus de mise sous responsabilité d'un patient par un service des étages. Actuellement et faute de procédure claire en la matière, les services des urgences ont recours à l'arbitrage du président de la CME.

**Recommandation n° 6.** : Sécuriser les procédures relatives aux patients hébergés aux urgences en attente d'une hospitalisation.

## 4.2.7 La qualité et la sécurité des prises en charge aux urgences

### 4.2.7.1 Rappel des notions d'évènements indésirables simples ou graves associés aux soins (EIAS et EIGS)

Selon l'article R. 1413-66-1 du code de la santé publique tel qu'issu du décret n°2019-1306 du 6 décembre 2019, « *Un événement indésirable associé aux soins réalisés lors d'investigations, de traitements, d'actes médicaux à visée esthétique ou d'actions de prévention est un événement inattendu au regard de l'état de santé et de la pathologie de la personne et ayant des conséquences potentiellement préjudiciables* ».

Dans son guide de bonnes pratiques, la Haute autorité de santé (HAS) définit un évènement indésirable associé aux soins (EIAS) comme répondant aux critères<sup>66</sup> suivants :

- un évènement défavorable survenant chez un patient ;
- associé aux actes de soins et d'accompagnement ;
- qui a ou aurait pu avoir des conséquences sur le patient ;
- qui s'écarte des résultats escomptés ou des attentes du soin ;
- qui n'est pas lié à l'évolution naturelle de la maladie ou à l'état de dépendance du patient, c'est un acte inattendu.

En outre, en fonction du niveau de gravité de l'évènement indésirable, il est possible de distinguer :

---

<sup>66</sup> Guide de bonnes pratiques « l'analyse des évènements indésirables associés aux soins (EIAS) » du 23 septembre 2021.

- un évènement porteur de risque (EPR) lorsque l'évènement indésirable n'a pas eu de conséquence ou lorsque les conséquences ont pu être évitées ou limitées (EIAS dit récupéré) ;
- un évènement indésirable grave associé aux soins (EIGS) selon l'article R. 1413-67 du code de la santé publique<sup>67</sup>, lorsque les conséquences sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital, la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent y compris une anomalie ou une malformation congénitale (depuis le décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016, les EIGS doivent faire l'objet d'une déclaration obligatoire au directeur de l'agence régionale de santé).

#### 4.2.7.2 Le rôle d'appui et de suivi de l'ARS

L'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes a créé, en juin 2022, une direction dédiée au suivi et au traitement des évènements indésirables graves, directement rattachée au directeur général des services, avec l'enjeu de sécuriser les procédures et d'accroître la réactivité et la fluidité des réponses apportées aux établissements.

Cette direction dédiée remplit trois fonctions principales :

- l'harmonisation des pratiques au sein des douze départements de la région tout en tenant compte des spécificités territoriales ;
- le développement d'une action pédagogique auprès des personnels de l'agence et des déclarants. L'objectif est d'appuyer les professionnels, de donner des conseils et de mettre à disposition des outils à travers notamment des flash infos diffusés plusieurs fois par an ;
- la promotion du signalement d'un point de vue quantitatif et qualitatif.

#### 4.2.7.3 Les outils et méthodes de suivi développés par l'établissement

La démarche de suivi des évènements indésirables est relativement récente au sein de l'hôpital de Vichy. Une charte d'incitation au signalement des évènements indésirables, instituée en 2015, a fait l'objet d'une dernière mise à jour en novembre 2021 pour introduire la notion de culture positive de l'erreur. Elle énonce quatre principes : l'objectivité dans le signalement des faits ; l'anonymat et la confidentialité ; l'exhaustivité ; le principe de la non sanction.

En parallèle de cette charte, des comités de retour d'expériences suite à des évènements indésirables (CREX) ont été déployés en 2016 au sein de chaque service de l'hôpital. Ces comités, recommandés par la Haute autorité de santé visent à favoriser l'analyse en équipe des évènements indésirables et le développement de la culture de sécurité au sein des établissements de santé. Ils réunissent un groupe de professionnels pour analyser à échéance régulière les évènements indésirables (EI) liés à la prise en charge des patients intervenus dans le service en vue de proposer des actions correctrices et/ou préventives. L'établissement de Vichy a retenu

---

<sup>67</sup> Issus du décret n°2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des évènements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

la méthodologie ORION<sup>68</sup> pour cette démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Dans ce cadre, chaque service a pu bénéficier d'un accompagnement de la direction qualité, risques et usagers.

Le CREX des urgences/SMUR/UHCD est composé de 10 membres<sup>69</sup> et s'est réuni en moyenne 5 fois par an sur 2020 et 2021. A noter qu'en 2022, aucune réunion du CREX n'a eu lieu, aux dires de l'ordonnateur, en raison du départ de cadres de santé des urgences, directement impliqués dans le comité.

Au vu des enjeux qui s'attachent à la tenue des comités de retours d'expérience pour l'analyse de la pratique et le développement de la culture de sécurité, la chambre ne peut que vivement recommander à l'ordonnateur de les réinstaurer pour les urgences.

Quant aux EIGS ils ne font l'objet d'un suivi et d'une déclaration à l'ARS que depuis 2020 au sein du centre hospitalier de Vichy alors même que cette obligation a été instituée en 2016. La méthodologie utilisée en interne pour l'analyse des EIGS est ALARM<sup>70</sup>. Cette analyse est désormais effectuée dans le cadre d'une cellule dédiée qui s'est réunie une première fois le 6 janvier 2023. Cette dernière est composée de neuf membres dont quatre représentants du corps médical, deux représentants des personnels soignants et trois représentants de l'unité de gestion des risques. Sa mission est de caractériser l'existence d'un EIGS, d'en déterminer les facteurs contributifs et d'identifier un plan d'actions avant transmission à l'ARS.

A la date du 25 avril 2023, cette cellule s'était réunie huit fois et avait validé dix EIGS avec le lancement de huit analyses à effectuer en binôme médecin/cadre paramédical.

---

<sup>68</sup> Cette méthode développée dans le domaine de l'aviation permet, à partir d'une analyse de la chronologie des faits d'identifier les écarts (non conformités par rapport aux procédures). Les facteurs contributifs et influents de ces écarts sont ensuite recherchés à travers une analyse dite systémique (par famille : facteurs liés au processus, facteur humain, facteurs liés à l'environnement ou au contexte, facteurs techniques). Les facteurs contributifs font alors l'objet, si cela est pertinent, d'actions d'amélioration.

<sup>69</sup> Un représentant du service qualité, le directeur des soins, le responsable du bureau des entrées, un médecin, un cadre de santé, un infirmier, un assistant social, un CCA, une secrétaire, un agent de service hospitalier qualifié (ASHQ), un chef de clinique assistant (CCA).

<sup>70</sup> Lors d'une démarche de gestion des risques, l'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) ne doit pas se centrer uniquement sur le traitement des causes humaines (immédiates), mais rechercher et traiter les causes profondes ou latentes. Dans ce but, une méthode d'analyse a été développée en 1999 par un groupe coopératif de recherche composé du « *Clinical Safety Research Unit* » (*Imperial College London*) et de l'« *Association of Litigation And Risk Management* » (ALARM), dont l'objectif est, à partir de l'identification de la ou des causes immédiates d'un événement, de rechercher les facteurs contributifs à la survenue de ces erreurs pour les corriger en installant des barrières. La grille ALARM, adaptée aux établissements de santé, classe l'ensemble des causes racines des EIAS en 7 catégories permettant une exploration systématique du contexte de l'évènement, d'une sphère proche de l'acte de soin (patient, tâches à accomplir, soignant), vers des couches organisationnelles de plus en plus éloignées (équipe, environnement de travail, organisation et management, contexte institutionnel). Dans la version française, développée initialement pour l'accréditation des médecins, 37 facteurs contributifs sont déclinés au sein des catégories.

**Recommandation n° 7.** : S’assurer d’une tenue régulière des comités de retour d’expérience pour les urgences, le SMUR et l’UHCD.

#### 4.2.7.4 Les principaux enseignements du suivi des évènements indésirables simples associés aux soins

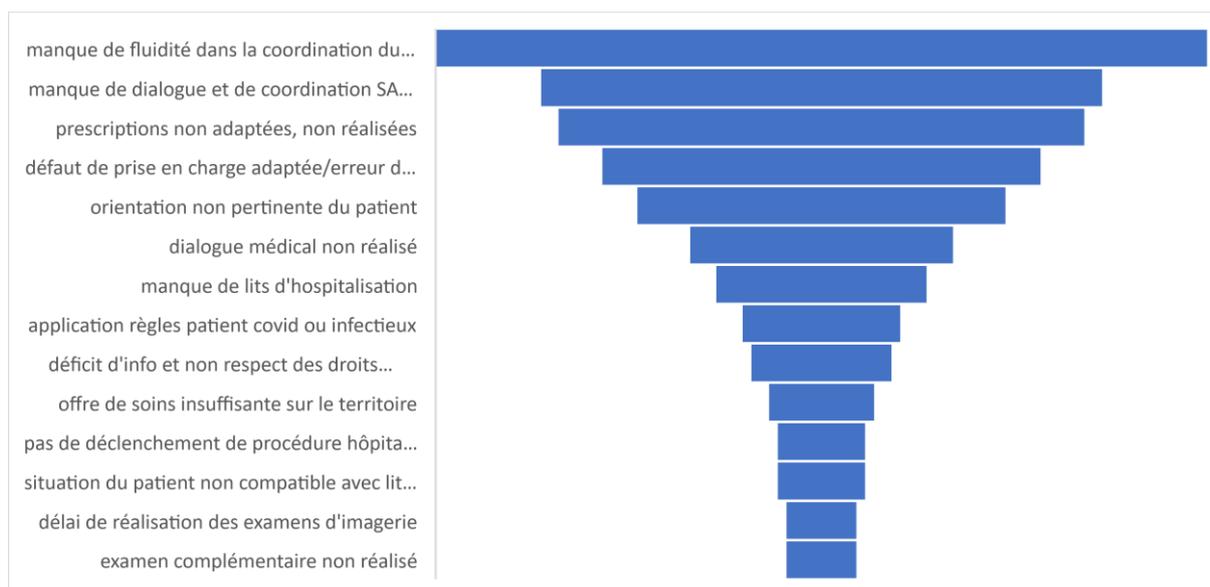
La commission de gestion des flux et parcours patients (CGFPP) récemment instituée au sein de l’hôpital de Vichy a procédé à une analyse des fiches d’évènements indésirables (FEI) intervenues sur l’année 2022, dont 15 % concernent le parcours non programmé du patient.

Si ces fiches doivent être interprétées avec prudence dans la mesure où elles n’expriment que le point de vue de leur rédacteur, elles permettent néanmoins de dégager quelques tendances sur les motifs principalement invoqués.

Ainsi, parmi les cinq motifs les plus fréquemment invoqués pour les 140 fiches ayant concerné les parcours patients non programmés en 2022, il est recensé :

- le manque de fluidité dans la coordination du parcours en général (20 % des motifs invoqués) ;
- le manque de fluidité, de dialogue et de coordination entre le service d’accueil des urgences et les services d’hospitalisation (14,5 % des motifs invoqués) ;
- les prescriptions non adaptées, non réalisées (13,6 % des motifs invoqués) ;
- le défaut de prise en charge adaptée/ erreur de diagnostic (11,3 % des motifs invoqués) ;
- l’orientation non pertinente du patient (9,5 % des motifs invoqués).

**Graphique n° 13 : Parcours non programmés : récurrence des motifs dans les 140 FEI en 2022**



Source : centre hospitalier de Vichy

#### 4.2.7.5 Les principaux enseignements de l'analyse des EIGS

L'ARS a été destinataire de 10 EIGS concernant le service des urgences entre le 01/01/2021 et le 30/04/2023 (2 déclarés en 2021, 3 déclarés en 2022 et 5 déclarés en 2023). A noter cependant qu'aucune déclaration n'a été formulée par l'établissement avant 2020.

Parmi ces EIGS, un évènement a concerné le SMUR et a fait l'objet d'une déclaration par le CHU de Clermont-Ferrand ayant donné lieu à une analyse inter-établissement.

Selon l'ARS, l'hôpital de Vichy déclare les évènements indésirables graves, ce que d'autres établissements ne font pas toujours.

Aux termes du décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016<sup>71</sup>, l'établissement est soumis en effet à une obligation de signalement « sans délai » des déclarations des évènements indésirables graves. A cet égard, l'ARS considère que la pratique d'une déclaration dans un délai inférieur à sept jours est raisonnable.

Au regard des données transmises par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, les délais des déclarations des EIGS par l'établissement de Vichy, compris entre 14 et 18 jours, sont dans l'ensemble satisfaisants. En revanche sur l'année 2022, certaines déclarations ont été réalisées très tardivement (plus de 120 jours après les faits).

La déclaration est réalisée en utilisant un formulaire prédéfini qui comporte deux parties : la première partie qui doit être transmise sans délai à l'ARS et qui concerne les premiers éléments de compréhension de l'EIGS, sa gestion immédiate et les mesures conservatoires prises ; le second volet, à traiter dans un délai de 3 mois à compter de l'évènement, qui doit comprendre l'analyse approfondie de l'évènement, la compréhension des causes et la mise en place d'un plan d'actions.

Sur les 10 EIGS déclarés, cinq ont été clôturés. Pour l'ensemble des EIGS dont l'instruction a été clôturée, tous ont été qualifiés de probablement évitables.

Les thématiques sensibles ressortant de l'analyse des EIGS entrent en résonance avec les difficultés rencontrées par le service des urgences en son sein même du fait de la fragilité de ses équipes et de l'encombrement chronique des lits de l'UHCD, mais également du fait des carences dans la communication et transmissions médicales avec les services d'aval, notamment pour les patients hébergés en attente d'hospitalisation.

La qualité des transmissions médicales et les lacunes du dossier patient (notamment la complétude du dossier patient informatisé) en raison notamment de difficultés d'appropriation des outils informatiques par les médecins intérimaires sont ainsi soulignées. Les carences dans le suivi médical et la prise en charge des patients sont également pointées. Elles résultent de différents facteurs tels que l'encombrement du service des urgences et la pression pour la recherche d'une place au détriment de l'orientation du patient, la multitude de médecins intervenants auprès d'un même patient du fait de l'absence de médecins fixes<sup>72</sup>, ou encore la méconnaissance de protocoles internes au service des urgences par les médecins intérimaires<sup>73</sup>.

---

<sup>71</sup> Relatif à la déclaration des évènements indésirables graves associés aux soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients.

<sup>72</sup> Cf signalement du 10/12/2022 n° 20220627181315266.

<sup>73</sup> Cf signalement du 14/09/2021 n°0914192508446.

Les problématiques de surveillance médicale, en particulier les weekends pour les patients hébergés aux urgences ou en chirurgie en attente de leur hospitalisation ressortent également comme des causes de survenance des EIGS.

### **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

*Malgré des flux stables sur la période et la structuration par l'hôpital de plusieurs fonctions et instances de régulation des flux de patients non programmés, le service des urgences de l'hôpital de Vichy est régulièrement saturé. Cette saturation se matérialise notamment par le taux d'occupation de son unité d'hospitalisation de courte durée qui peut atteindre près de 200 % en période hivernale. Faute d'unité de type post-urgences, ce service est en effet, amené à servir d'unité tampon pour les patients en attente d'hospitalisation.*

*Le service des urgences de l'établissement de Vichy se caractérise par des temps d'attente supérieurs de 30 % aux hôpitaux présentant une activité similaire. L'importance des publics âgés fréquentant les urgences de Vichy constitue un facteur indéniable de complexification des prises en charge et d'allongement des temps d'attente. Par ailleurs, le centre hospitalier gagnerait à faciliter l'accès des patients des urgences aux examens d'imagerie et de radiologie et à des consultations spécialisées non programmées. En effet, à ce jour aucun suivi des délais de délivrance de ces examens n'est organisé au sein de l'hôpital malgré les obligations légales qui s'y attachent. Par ailleurs, aucune procédure n'a été élaborée pour réserver des créneaux de consultations spécialisées pour le service des urgences.*

*La contribution plus importante des services d'aval à la prise en charge de l'activité non programmée de l'hôpital, apparaît indispensable pour ne pas faire reposer la charge de ces flux sur le seul service des urgences dont les équipes sont, au surplus, carencées par les difficultés de recrutement, le turn-over, les missions temporaires et l'exercice à temps partiel prépondérant chez les médecins urgentistes.*

*Cette implication plus forte des services d'aval doit aller de pair avec une plus grande structuration des procédures pour le service des urgences et notamment la réalisation de transmissions médicales systématiques entre le médecin coordonnateur de nuit et de jour et un accès facilité aux différents protocoles de prises en charge des patients.*

*La saturation régulière du service des urgences se traduit par une altération de la qualité des prises en charge et des difficultés à assurer une surveillance médicale pour les patients hébergés aux urgences en attente d'hospitalisation, en raison notamment d'une dissociation entre l'unité d'hébergement et l'unité de responsabilité médicale. Ces carences dans la prise en charge des patients se traduisent par des évènements indésirables graves associés aux soins signalés par l'hôpital. Ces derniers attestent, en effet, de la fragilité des procédures et du suivi médical pour ces patients, pouvant parfois conduire à des décès évitables.*

## **4.3 La régulation du parcours patient en aval des urgences hospitalières**

L'aval des urgences a d'ores et déjà été identifié dans plusieurs rapports publics comme constituant l'un « [...] des problèmes majeurs de l'organisation des services d'urgence [...] ». »

Il « [...] doit être considéré dans une cinétique : il s'agit de construire des parcours de soins fluides allant de l'amont jusqu'aux soins de suite et à la réhabilitation. Il nécessite une implication de tout l'établissement »<sup>74</sup>.

### **4.3.1 Une saturation régulière des lits d'aval imposant l'activation de procédures dégradées d'accueil**

#### **4.3.1.1 Un besoin moyen journalier en lit rarement atteint**

Le besoin journalier minimal en lit est un outil d'aides au dimensionnement des lits pour les services et de prévention des épisodes de tension dans les urgences. Il correspond au nombre de lits nécessaires au quotidien pour répondre au mieux à la demande d'hospitalisation en provenance des urgences et éviter les situations de tension en aval. L'estimation de ce besoin journalier minimal est réalisée à partir des résumés de passages aux urgences de chaque établissement. Sa valeur correspond au 25<sup>ème</sup> percentile des jours d'hospitalisation, ce qui signifie que pour 25 % des jours, le besoin en lit sera inférieur au besoin journalier minimal et pour 75 % des jours le besoin en lit sera supérieur, ce qui permet de prémunir l'établissement d'un risque de sur-réservation ou de lits inutilement bloqués dans les services. Cet indicateur évalue le besoin en lit à attribuer pour des patients qui sont hospitalisés en provenance du service d'urgence.

En 2019, à l'occasion de la mission d'appui de l'ANAP, un besoin journalier minimal en lit (BJML) a été défini et évalué à 13 lits par jour par le centre hospitalier de Vichy, sans qu'une répartition par spécialité n'ait été réalisée. Cependant, la cellule de régulation des lits effectue, depuis le début de l'année 2023, un suivi précis des orientations des patients MAHU par spécialité, ce qui devrait permettre à terme de mieux déterminer ce besoin par service.

Ce besoin moyen journalier en lit n'est en pratique jamais atteint, l'établissement activant désormais en permanence des lits surnuméraires au sein des services de l'établissement.

#### **4.3.1.2 L'activation de lits surnuméraires**

Afin de répondre à la problématique d'engorgement chronique des lits d'hospitalisation aux urgences, l'hôpital de Vichy a structuré, au fil de l'eau et par l'intermédiaire de notes de service successives, des procédures spécifiques pour gérer les tensions sur les lits.

Sur la période de contrôle, une première note de service intitulée « admissions non programmées » a été adoptée le 13 octobre 2017, suite à la commission médicale d'établissement du 10 octobre 2017. Cette note, préfiguratrice de l'organisation de la régulation des lits d'aval au niveau de l'hôpital, prévoit la mise à disposition des urgences, par chaque

---

<sup>74</sup> Extrait page 60 du rapport de décembre 2019 « Pour un Pacte de Refondation des Urgences » de Thomas Mesnier, député de Charente et du professeur Pierre Carli, président du conseil national de l'urgence hospitalière.

service d’aval, le matin avant 11h et l’après-midi après 18h, du nombre de lits pour les patients en attente d’hospitalisation. Elle énonce que le nombre de lits quotidien attendu par service est défini et pondéré selon les niveaux de charge de chaque service.

Une note de service n°2019-19 du 3 juin 2019 définit 3 niveaux de prise en charge hospitalière :

- Niveau 1 : ce niveau correspond à la procédure en routine du placement des patients non programmés en attente d’un lit aux urgences et en unité d’hospitalisation de courte durée (UHCD). Il correspond à un seuil inférieur à 18 patients en UHCD pendant 3 jours de suite.
- Niveau 2 : ce niveau est atteint lorsque le nombre de patients présents à l’UHCD excède le nombre de 18 pendant 3 jours de suite. Dans cette hypothèse, des lits ou brancards surnuméraires sont mis à disposition dans les services selon les configurations physiques des chambres (doublement des chambres ou passage d’une chambre double à une chambre triple).
- Niveau 3 : ce niveau correspond au déclenchement du plan hôpital en tension. Il est atteint lorsque, malgré la mise en place de lits surnuméraires dans les services, le nombre de patients excède 18 à l’UHCD. Dans ces hypothèses des déprogrammations de consultations médicales, d’actes techniques puis des déprogrammations des patients programmés en médecine et en chirurgie peuvent être enclenchées.

Toutefois face à un engorgement chronique des lits d’aval, malgré une activité stable du service des urgences<sup>75</sup>, la commission médicale d’établissement du 19 novembre 2021 a validé le principe d’activation permanente de la procédure des lits dits surnuméraires sans accord préalable de l’administrateur d’astreinte. Dès lors, cette procédure, initialement conçue comme un dispositif d’exception, s’est mué en dispositif de droit commun.

Ainsi, du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mai 2023 ce sont en moyenne 132 lits surnuméraires par mois qui ont été mobilisés au sein de l’établissement.

**Tableau n° 6 : Nombre de lits surnuméraires occupés sur les 5 premiers mois de l’année 2023**

| Total Mois | JANV  |      | FEV   |      | MARS  |      | AVRIL |      | MAI   |      |
|------------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|-------|------|
|            | Chir. | Méd. |
|            | 29    | 108  | 18    | 119  | 26    | 108  | 24    | 110  | 18    | 103  |

Source : d’après les données de suivi de la cellule de coordination des parcours patients non standardisés

<sup>75</sup> Situation qui atteste d’une problématique de régulation du flux de patients, indépendamment d’un accroissement du volume d’activité.

### **4.3.2 Des pistes de travail à conforter pour fluidifier l'aval des urgences et sécuriser le retour au domicile des patients fragiles**

#### 4.3.2.1 Restaurer des capacités d'accueil en lit d'aval

Entre 2016 et 2021, l'hôpital de Vichy a supprimé une trentaine de lits, correspondant à une réduction de 9 % de ses capacités d'hospitalisation. Toutes les disciplines ont été concernées avec 15 lits supprimés en chirurgie, 10 lits en médecine et 6 lits en obstétrique.

Par ailleurs, 18 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) ont été supprimés en novembre 2021 pour permettre l'ouverture d'une unité de 10 lits en soins palliatifs ; plus récemment, en mars 2023, l'opération de transfert de l'unité de soins de longue durée (USLD) dans un autre bâtiment le temps de travaux de rénovation du bâtiment Hélios qui l'accueillait, s'est traduit par la suppression de sept lits pour l'USLD.

Ces suppressions de lits, plus particulièrement en SSR et en USLD, ont vraisemblablement accru les difficultés de l'hôpital pour réguler les sorties d'hospitalisation, notamment de la patientèle âgée. Au vu de l'actualisation en juin 2023 du plan global de financement pluriannuel par l'ARS, les travaux de rénovation du bâtiment Hélios devraient s'achever à l'été 2025. A cet horizon seulement, l'hôpital devrait retrouver une capacité de 33 lits dont 7 places en USLD, 16 places en SSR et 10 nouvelles places de court séjour gériatrique d'après les données communiquées par l'hôpital.

Au surplus, il est à noter que l'établissement de Vichy a procédé en 2019 au transfert de ses 45 lits d'EHPAD à un établissement privé de l'Allier. Les capacités d'accueil n'en ont pas été diminuées globalement sur le secteur de Vichy mais le transfert de lits a limité la maîtrise, par l'hôpital de Vichy, des admissions dans les EHPAD. Il en résulte désormais des négociations longues et chronophages avec les différents établissements du territoire pour la recherche de places.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a indiqué avoir formulé en 2019 une proposition, non retenue à ce jour, auprès de l'ARS et du département de l'Allier, en vue de la mise en place d'une direction commune associant les EHPAD voisins.

#### 4.3.2.2 Etudier la mise en place d'une unité de type post-urgences

Pour faire face à l'encombrement chronique des lits d'UHCD, plusieurs hôpitaux ont développé des services de type post-urgences<sup>76</sup> pour éviter une stagnation prolongée des patients aux urgences. Ces unités de médecine polyvalente ont vocation à accueillir des patients nécessitant une hospitalisation de courte durée, en attente de résultats d'examen ou d'une prise en charge par un autre service pour des pathologies simples n'entraînant pas une stagnation de la rotation. L'enjeu est ici de pouvoir optimiser la gestion des flux en libérant des lits d'urgence et ainsi améliorer la qualité de l'accueil en évitant des phases d'attente trop longues.

---

<sup>76</sup> Cas du CH de Tourcoing, CH de Bourg-en-Bresse, CH de Douardenez ou encore l'hôpital Edouard Herriot.

La mise en œuvre d'une unité de ce type avait été envisagée à Vichy dans le projet d'établissement 2019-2023. Si cette unité a été activée de façon saisonnière, en hiver notamment (2018-2019 et 2019-2020), elle a présenté quelques difficultés de mise en place, notamment quant à la disponibilité des locaux et la constitution de l'équipe médicale et paramédicale. Ce projet est actuellement abandonné mais une piste en ce sens pourrait être relancée.

Plus largement il conviendrait de développer d'avantage la médecine polyvalente au sein des services spécialisés pour faciliter la prise en charge des patients polyopathologiques.

Il faut toutefois noter que, dans un contexte de difficultés de recrutement des effectifs médicaux et de locaux particulièrement contraints au CH de Vichy, le déploiement de ce type d'unité à court terme apparaît difficile.

Dans le cadre de la contradiction, l'ordonnateur a précisé que l'hypothèse de création d'une unité de type post-urgence avait été écartée, dans la perspective de la construction du nouveau bâtiment principal, en faveur d'une augmentation des capacités de lits en courts séjours gériatriques et à raison d'une prévision d'augmentation de 30 places en ambulatoire.

#### 4.3.2.3 Développer les alternatives à l'hospitalisation complète

Comme évoqué supra, le centre hospitalier de Vichy enregistre un taux d'hospitalisation des patients en provenance des urgences notablement plus élevé (près de 30 % en 2022) que les établissements de la région (20 %). Si cette situation peut résulter de facteurs divers, l'absence de solutions alternatives à l'hospitalisation complète peut-être déterminante notamment pour un public âgé et fragile qui n'est pas en mesure de rentrer sans un accompagnement adapté et sans soins à son domicile.

Entre 2016 et 2021, l'activité d'hospitalisation à domicile du centre hospitalier a connu une augmentation de 30 % des patients pris en charge. L'activité s'est particulièrement accélérée à la faveur de la crise sanitaire où cette modalité de prise en charge a pu constituer une alternative à l'hospitalisation dans les murs.

Plus récemment, et dans le cadre d'un conventionnement avec l'EHPAD de Cusset, l'hôpital de Vichy a développé des solutions d'hébergement temporaire post-urgences pour faciliter la sortie des patients des urgences en alternative à une hospitalisation complète. Ce sont ainsi 10 places qui ont été contractualisées à un tarif de 20 € par jour pour 30 jours non renouvelables. Un travail similaire est en cours avec les établissements privés pour ce type d'hébergement.

En complément de ces initiatives dont le développement ne peut être qu'encouragé, l'hôpital pourrait également étudier le déploiement d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) internalisé pour éviter ou écourter une hospitalisation ou faciliter le retour à domicile des patients âgés. De tels services constituent, au sens de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, des services sociaux et médico-sociaux, soumis à autorisation. Ils contribuent à accompagner à domicile, sur prescription médicale, les personnes âgées de 60 ans et plus malades ou en perte d'autonomie ; ils accompagnent également les personnes de moins de 60 ans en situation de handicap ou atteintes d'une maladie chronique. Composés majoritairement d'aides-soignants et d'infirmiers, les SSIAD adossés à une structure hospitalière ont notamment pour objectif de faciliter le retour à domicile après une

hospitalisation. Ils délivrent des soins d'hygiène et de confort et des soins infirmiers (pansements, injections ou encore distribution de médicaments).

#### 4.3.2.4 Mieux préparer les sorties

L'hôpital a récemment engagé, avec l'appui de la cellule de régulation des lits, un travail de coordination des parcours complexes appelés « bed blockers ». Ce travail est effectué, depuis le mois de janvier 2023, à partir d'un suivi spécifique des patients dont les séjours d'hospitalisation excèdent 7 et 21 jours.

Afin d'étudier la situation de ces patients bloqués à l'hôpital faute de solution de sortie, une réunion hebdomadaire se tient entre les cadres des différents services, l'assistante sociale référente et le coordinateur parcours patient. A cette occasion, les demandes de places en service de soins de suites et de réadaptation (SSR) et les demandes de places en EHPAD sont passées en revue. La cellule de coordination des parcours non standardisés peut également provoquer la mise en place d'une cellule médicale spécifique pluridisciplinaire (psychiatre, neurologue, gériatre, pédiatre, urgentiste...) pour trouver l'orientation la plus adaptée pour le patient.

Une fois ce travail d'identification des patients complexes effectué, les leviers à la disposition de l'hôpital pour préparer les retours au domicile, notamment des patients âgés, sont cependant encore trop peu nombreux.

Parmi les pistes à étudier pour diversifier la palette de solutions à la disposition de l'hôpital, le renforcement des capacités d'intervention à domicile de l'actuelle équipe mobile de gériatrie, outre son action en amont pour prévenir les hospitalisations (cf. supra), pourrait constituer un levier efficace pour la sécurisation des retours à domicile des patients âgés.

Comme précédemment évoqué, l'unité mobile de gériatrie de l'hôpital a pour fonction d'accompagner des personnes qui ont des troubles cognitifs avancés (personnes à qui l'on décèle des maladies dégénératives qui ont plus de 75 ans). Elle intervient aux urgences et dans les services de l'hôpital pour aider à la prise en charge des personnes âgées, par l'évaluation gériatologique mais elle n'est pas calibrée pour répondre à des situations complexes à domicile. D'ores et déjà existante, elle pourrait être renforcée pour intervenir au domicile des patients, en sécurisation des sorties et ainsi éviter les phénomènes de ré-hospitalisations.

L'exemple de l'équipe mobile de sécurisation de la sortie (EMSS) du centre hospitalier de Roanne est à cet égard intéressant. Cette équipe composée d'un cadre de santé, de deux assistants sociaux, d'un infirmier et d'un ergothérapeute, intervient au domicile des patients de plus de 75 ans, avec leur accord, pour préparer leur retour et les accompagner dans leurs différentes démarches : courses alimentaires, achats de médicaments en pharmacie et accompagnement dans la posologie ou encore mobilisation des différentes aides à domicile.

Le pôle de gériatologie du CHU de Clermont-Ferrand s'appuie quant à lui sur une infirmière de parcours pour sécuriser les retours à domicile. Cette infirmière appelle les patients pour prendre des nouvelles les deux premiers jours et se rend ensuite au domicile des patients la première semaine de la sortie, puis intervient une nouvelle fois dans le mois puis dans deux mois suivant la sortie.

Pour sa part, l'établissement de Vichy gagnerait à développer en parallèle des coopérations plus nourries avec les acteurs du champ social, et notamment les différents départements de son aire d'influence. Ces coopérations pourraient porter en particulier sur

l'accélération de l'instruction des demandes d'aides, utiles à la prise en charge de la dépendance et des frais d'hébergement des patients hospitalisés. La difficulté des patients à mobiliser certaines aides peut en effet constituer un frein sérieux à la rotation des lits d'aval. Des contractualisations pourraient ainsi être développées avec le département de l'Allier pour fluidifier l'instruction de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)<sup>77</sup>, aide importante qui concourt au financement de la dépendance pour les résidents ou encore de l'aide sociale à l'hébergement (ASH). Cette dernière aide permet de prendre en charge tout ou partie des frais liés à l'hébergement d'une personne âgée en établissement ou chez un accueillant familial. Ces aides sont donc essentielles pour préparer la sortie des patients vulnérables.

Ces dispositifs sont autant de leviers dont pourrait s'emparer l'hôpital pour sécuriser les sorties, prévenir la ré-hospitalisation des patients âgés et in fine concourir à la fluidification de l'aval des urgences.

### **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

*Si le flux de patients non programmés perturbe l'activité des services d'urgence, il entraîne également une désorganisation de l'activité des services de prise en charge en aval.*

*Le centre hospitalier de Vichy connaît, en effet, une saturation chronique de ses lits d'hospitalisation lui imposant d'activer désormais en permanence des lits surnuméraires. Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 mai 2023, ce sont ainsi en moyenne 132 lits surnuméraires par mois qui ont été mobilisés par l'hôpital pour accueillir les patients en provenance des urgences. Ces procédures dégradées conduisent à accueillir les patients dans des chambres aux capacités doublées voire triplées, quand ce n'est pas dans les couloirs, à l'instar du service des urgences (« lits-porte »).*

*A cet égard, si les capacités en lits de l'hôpital ne peuvent constituer un prisme unique de lecture des problématiques de régulation des flux de patients non programmés, l'encombrement chronique de l'unité d'hospitalisation de courte durée comme des lits d'aval pourrait traduire un déficit de capacités d'accueil, notamment en soins de suite et réadaptation (SSR) et en unité de soins de longue durée (USLD). Les capacités de ces deux services d'aval ont, en effet, été notablement réduites depuis novembre 2021 à la faveur de la création de l'unité de soins palliatifs (-18 lits pour le SSR) et des travaux engagés sur le bâtiment de l'USLD (sept lits en moins depuis mars 2023).*

*Au-delà de la restauration d'une partie de ses capacités en lit, le CH de Vichy gagnerait à davantage investir des projets et des coopérations pour offrir une alternative à l'hospitalisation complète et mieux accompagner les retours à domicile des patients fragiles. En ce sens, le développement de l'hospitalisation à domicile ou les solutions d'hébergement temporaire en EHPAD, en alternative à une hospitalisation, sont des pistes de travail intéressantes à conforter.*

*S'agissant de la sécurisation des sorties, le développement d'une capacité d'intervention de l'équipe mobile de gériatrie pour mieux accompagner les retours à domicile*

---

<sup>77</sup> L'allocation personnalisée d'autonomie participe au financement du tarif dépendance pour les résidents présentant une certaine perte d'autonomie.

*ou encore l'étude de la mise en place d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) hospitalier pourraient diversifier la palette de solutions à la disposition de l'hôpital. Sur le volet social, l'engagement de coopérations avec les départements, notamment pour accélérer l'instruction des demandes d'aides de prise en charge des frais liés à la dépendance et à l'hébergement des patients hospitalisés, pourrait également favoriser des parcours d'aval plus fluides.*

---

CAHIER N°2 :

LES SYSTÈMES  
D'INFORMATION

## **1 CONTEXTE ET ENVIRONNEMENT DU SYSTÈME D'INFORMATION DU CENTRE HOSPITALIER DE VICHY**

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016, le centre hospitalier de Vichy fait partie du groupement hospitalier « Territoires d'Auvergne ». Celui-ci regroupe, autour du centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand, l'ensemble des établissements hospitaliers publics des départements du Puy-de-Dôme et de l'Allier ; il est l'un des plus importants de France.

Créé dans le cadre de la loi du 26 janvier 2016, le groupement hospitalier de territoire doit organiser la coopération entre les établissements membres afin de garantir aux patients un meilleur accès aux soins et a notamment pour mission la mise en place de la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information convergent<sup>78</sup>, doté d'applications identiques pour chaque domaine fonctionnel et utilisant un identifiant unique par patient.

En 2018, afin de préparer la convergence, le comité stratégique du groupement hospitalier a établi, avec l'aide d'un prestataire, un diagnostic de l'existant en matière de systèmes d'information dans les différents établissements membres. Ce diagnostic a permis de définir cinq axes prioritaires<sup>79</sup> pour le développement du système d'information du groupement. L'estimation budgétaire pour la période 2018-2020 s'élevait à 20 millions d'euros en investissement et à 24 millions d'euros en fonctionnement. Cette projection représente la somme des budgets des établissements parties.

Un portefeuille de projets déclinant les axes stratégiques a été également défini et priorisé. Cependant, faute de moyens suffisants affectés spécifiquement au groupement hospitalier, cette volonté ne s'est pas traduite par des mesures concrètes visant à la convergence effective des systèmes.

---

<sup>78</sup> Conformément à l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, le décret n°2016-524 imposant une convergence effective du système d'information au 1<sup>er</sup> janvier 2021.

<sup>79</sup> Organiser la gouvernance du système d'information partagé ; partager des données et communiquer facilement en interne et avec les autres acteurs de la région ; favoriser la mobilité et l'identification des différents acteurs ; mieux accompagner les parcours patients inter établissements ; permettre aux acteurs de travailler ensemble selon leurs spécificités métiers.

## 2 LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME D'INFORMATION

### 2.1 Le pilotage général

#### 2.1.1 Une direction des systèmes d'information en reconstruction dont le périmètre doit être revu

Rattachée à la direction des affaires médicales, générales et du système d'information, la direction des systèmes d'information est l'entité responsable du système d'information de l'hôpital de Vichy. Elle a pour mission de mettre à disposition les outils informatiques et de gérer le socle technologique afin de garantir la continuité de service de l'hôpital. La direction est composée d'un responsable et de quatorze personnes réparties en deux pôles : le pôle « technique » qui compte trois techniciens de maintenance et trois administrateurs système et réseau et le pôle « médical et applicatifs » qui est constitué de six responsables applications et de deux experts soignants en charge du dossier patient.

L'activité de la direction a été largement entravée par l'absence de responsable depuis 2021<sup>80</sup>. Cette situation a en effet généré une difficulté dans l'accompagnement de l'établissement dans sa numérisation, en particulier dans la mise en place du dossier patient informatisé (cf. *infra*). Le service a géré les impératifs au fil de l'eau, sans réelle planification de la charge ou implication pour les choix techniques des projets métiers en lien avec le système d'information. De nouveaux responsable et chef de projet ont été recrutés fin 2022.

Par ailleurs, la direction des systèmes d'information n'a pas dans son champ de compétences les télécommunications et le biomédical, ces deux thématiques relevant du pôle « travaux, achats et logistiques ».

Les télécommunications, toujours en technologie analogique en 2022, sont gérées par 1,5 équivalent temps plein travaillé du pôle « travaux, achats et logistiques ». Face à l'obsolescence technologique, une tentative de changement du système de téléphonie a échoué, les prérequis en matière d'équipement réseau n'étant pas réunis. L'hôpital de Vichy a alors diligencé un audit<sup>81</sup> pour étudier la montée en puissance du réseau et le passage à la téléphonie numérique. La mise en place de la solution retenue est planifiée pour 2023. Il convient de noter que la direction des systèmes d'information n'est pas le pilote de ce projet. La gouvernance projet de cette transition mérite d'être clarifiée et un transfert de compétences et de ressources vers cette dernière est à envisager, dans un souci de cohérence dans la gestion de la vie de cette solution, intégrée dans le système d'information.

Le matériel biomédical dispose d'un réseau informatique propre : il est géré par une équipe de cinq personnes, rattachée au pôle « travaux, achats et logistiques ». La direction des systèmes d'information intervient de manière croissante dans la gestion du domaine biomédical

---

<sup>80</sup> Le centre hospitalier de Vichy a été condamné pour harcèlement moral envers la directrice des systèmes d'information en 2018, avant que cette décision ne soit annulée par le tribunal administratif de Clermont-Ferrand en 2022.

<sup>81</sup> Celui-ci a été commandé via la centrale d'achats RESAH.

pour en assurer la sécurité, notamment pour inclure les clauses de sécurité nécessaires dans les marchés, et pour veiller à sa bonne intégration au sein du système d'information de l'hôpital.

De par les évolutions technologiques<sup>82</sup>, ces deux domaines sont de plus en plus informatisés. Il s'avère alors primordial de revoir le périmètre de la direction des systèmes d'information afin de centraliser les compétences techniques informatiques. Les responsabilités fonctionnelles pourront rester à la charge du pôle « travaux, achats et logistiques ».

**Recommandation n° 1.** : Centraliser les compétences informatiques au sein de la direction des systèmes d'information.

### 2.1.2 Un manque de soutien du groupement hospitalier de territoire

Le système d'information hospitalier est un ensemble complexe et spécifique à chaque établissement. Un tel système d'information peut comporter de 40 à 350 applications basées sur des progiciels qui communiquent difficilement entre eux<sup>83</sup>. Pour pallier ces difficultés, l'article L. 6132-3-I du code de la santé publique prévoit que « *l'établissement support désigné par la convention constitutive assure pour le compte des établissements parties au groupement [...] la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement* ».

Cependant, la taille du groupement Territoires d'Auvergne et l'hétérogénéité en termes de dématérialisation au sein de chaque établissement membre compliquent la mise en place de la convergence du système d'information, tout comme la gouvernance choisie pour mener cette dernière. En effet, l'absence d'une direction des systèmes d'information au niveau du groupement<sup>84</sup> et le maintien d'équipes informatiques dans chaque établissement n'a pas permis de réelle mutualisation des ressources.

Bien que des projets aient été lancés dans le cadre du groupement hospitalier, notamment le dossier patient informatisé (cf. infra), le système d'information du laboratoire et la mise en place d'une solution de programme de médicalisation des systèmes d'information<sup>85</sup>, la volonté de convergence se heurte à deux difficultés structurelles : le manque de moyens affectés au groupement en termes de pilotage de projet, et l'absence d'un socle technique unique.

Si le choix stratégique d'un groupement « fédérateur », au lieu d'un groupement « intégrateur », présentait l'avantage de ne pas imposer un changement rapide et risqué dans un contexte d'hétérogénéité des systèmes existants, le besoin d'une intégration plus volontariste

---

<sup>82</sup> Présence croissante de logiciel d'exploitation, utilisation du même réseau de données que les autres.

<sup>83</sup> DGOS, *Guide méthodologique, stratégie, optimisation et gestion commune d'un système d'information*, 2016.

<sup>84</sup> En mars 2023, la direction des systèmes d'information du groupement n'est pas formellement créée.

<sup>85</sup> Le programme de médicalisation des systèmes d'information est un dispositif faisant partie de la réforme du système de santé français ayant pour objectif la réduction des inégalités de ressources entre les établissements. Il repose sur l'enregistrement de données médico-administratives normalisées dans un recueil standard d'information et permet ainsi de mesurer l'activité et les ressources des établissements.

se fait désormais sentir. La prise en charge sans discontinuité des patients repose sur des systèmes interopérables.

La chambre invite l'établissement à davantage d'implication, auprès du groupement hospitalier, dans la construction d'un système d'information convergent.

## **2.2 La documentation stratégique**

### **2.2.1 Une absence de schéma directeur du système d'information actualisé au niveau du groupement hospitalier**

Le groupement hospitalier s'est doté en juin 2018 d'un schéma directeur de son système d'information, conformément à la loi du 26 janvier 2016. Le document identifie globalement des projets à engager en vue de la convergence des systèmes d'information mais n'a pas de stratégie claire dotée d'une planification pluriannuelle opérationnelle et budgétaire. Malgré le fait que ce schéma directeur détaillait les projets à mener d'ici à 2021, des projets comme la généralisation des services de gestion des identités des utilisateurs ou la gestion unifiée des prises de rendez-vous en ligne pour les patients sont encore à lancer. L'élaboration d'un nouveau schéma directeur a récemment été lancée, près de deux ans après la fin du précédent ; il est important que ce travail procède à l'état des lieux de la convergence et produise un bilan du précédent. Il semble également approprié de prévoir un mécanisme d'actualisation annuelle, et une temporalité comparable à celle des projets d'établissements<sup>86</sup> afin d'en faciliter la déclinaison.

### **2.2.2 Une vision stratégique du numérique à consolider**

L'hôpital de Vichy dispose de son propre schéma directeur. Intégré au projet d'établissement 2019-2023, ce dernier est modeste et se cantonne à reprendre les grandes lignes de celui porté par le groupement hospitalier. Il présente les orientations stratégiques communes aux différents établissements membres du groupement mais ne détaille pas de construction stratégique reposant sur une éventuelle déclinaison du projet du groupement au sein du centre hospitalier, dotée d'un portefeuille de projets alimenté de moyens humains et financiers, et d'éléments de planification. Alors que certains projets ont été initiés<sup>87</sup>, d'autres n'ont pas été lancés. Le schéma directeur souligne également que l'établissement garde la responsabilité de son système d'information jusqu'à la mise en place effective du système d'information commun de territoire sans toutefois en aborder la gestion ou les éventuels projets. Les chantiers propres à l'hôpital de Vichy ne sont pas traités dans ce document : à titre d'exemple, aucune planification des investissements en termes d'infrastructure ou d'environnement de travail (postes et applications) des agents n'est évoquée.

---

<sup>86</sup> Par exemple, le projet d'établissement de l'hôpital de Vichy est construit pour une durée de quatre ans.

<sup>87</sup> Par exemple, la gestion des habilitations communes.

Par ailleurs, il mentionne la construction de la politique générale de sécurité des systèmes d'information du groupement hospitalier, sans détailler l'intégration de la sécurité des systèmes d'information au sein de l'établissement, avec la déclinaison de cette politique en une politique d'établissement, les relations entre le responsable de la sécurité du système d'information du groupement et le référent sécurité de l'établissement ou encore les éventuels budgets alloués aux enjeux de sécurité.

La chambre invite l'hôpital de Vichy à élaborer, en prenant en compte le schéma directeur du groupement hospitalier, un schéma directeur exhaustif pour l'établissement, détaillant l'évolution de la répartition des compétences avec le groupement et embarquant un portefeuille de projets pluriannuel (avec les projets menés dans le cadre du groupement mais également ceux spécifiques à l'établissement) adapté à la capacité à réaliser et au budget de la direction des systèmes d'information.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur affirme qu'une feuille de route pluriannuelle a été élaborée en complément d'un schéma directeur du groupement hospitalier à venir. Le document en question décrivant les projets envisagés sur l'année à venir et ne présentant pas les caractéristiques d'une feuille de route pluriannuelle, la chambre réitère sa recommandation portant sur l'élaboration d'un schéma directeur exhaustif.

**Recommandation n° 2. :** Formaliser et valider un schéma directeur exhaustif, comprenant une déclinaison opérationnelle.

### **2.3 Le déploiement du dossier patient informatisé, un projet inabouti insuffisamment piloté**

Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé « ma santé 2022 » et plus particulièrement son volet numérique, le programme HOP'EN<sup>88</sup> vise à soutenir les efforts des établissements de santé en matière de numérisation. Les financements alloués sont conditionnés par l'atteinte d'objectifs à la fois en matière de prérequis techniques du système d'information<sup>89</sup> et de cibles d'usages dans sept domaines prioritaires<sup>90</sup>. Le groupement hospitalier a opté pour le domaine prioritaire « D2 : développer le dossier patient informatisé et interopérable et le dossier médical partagé<sup>91</sup> ».

Lors de la constitution du groupement hospitalier, l'hôpital de Vichy disposait déjà d'un dossier patient informatisé, avec plusieurs années d'utilisation. Le diagnostic de l'existant, réalisé au sein des établissements membres du groupement, a montré une grande diversité de

---

<sup>88</sup> Hôpital numérique ouvert sur son environnement, programme de financement de la transformation numérique des établissements de santé mis en œuvre en 2019.

<sup>89</sup> Gestion des identités, sécurité, confidentialité, échange et partage.

<sup>90</sup> D1 : partager les résultats d'imagerie, de biologie et d'anatomo-pathologie, D2 : Développer le dossier patient informatisé et interopérable et le dossier médical partagé, D3 : Informatiser la prescription alimentant le plan de soins, D4 : Programmer les ressources et partager l'agenda du patient, D5 : Piloter ses activités médico-économiques, D6 : Communiquer et échanger avec les partenaires, D7 : Mettre à disposition des services en ligne aux usagers et aux patients.

<sup>91</sup> Le dossier médical partagé est un carnet de santé numérique pour les assurés de l'assurance maladie.

dispositifs déployés et a conduit à un abandon de la perspective d'un dossier patient informatisé unique. L'option choisie a été d'équiper l'ensemble des établissements par le même logiciel de dossier patient, chaque établissement gardant sa propre base de données mais avec une harmonisation des paramètres et un partage de documents entre établissements. Un module devait être développé pour permettre l'échange d'un document reprenant le dossier du patient. En mars 2023, ce module n'est toujours pas opérationnel. Si le projet a souffert d'engagement minimal de la part du groupement hospitalier concernant la convergence des systèmes d'information, il a également été confronté à des difficultés au sein de l'hôpital de Vichy, en dépit des moyens humains investis. L'établissement a créé une équipe ad hoc dédiée au déploiement, avec des personnes venant de services variés spécialement détachées pour contribuer au projet. Les responsabilités sont cependant restées floues, notamment après les désistements de la part des chefs de projet informatique et du département d'information médicale. La gestion a donc été concrètement réalisée par une cadre de santé et la directrice générale adjointe en charge du système d'information, avec le concours du président de la commission médicale d'établissement. Par ailleurs, le corps médical était peu impliqué dans le paramétrage de l'outil et sa prise en main. Enfin, le déploiement s'est déroulé avec un calendrier serré et une formation éditeur jugée trop rapide et peu pédagogique. Malgré ces difficultés et grâce à une équipe opérationnelle soudée, le centre hospitalier vichyssois a toutefois pu réaliser la mise en place initiale du logiciel entre octobre 2021 et juin 2022.

Sur le plan de l'utilisation, le changement d'outil a généré une surcharge de travail pour les médecins, qui utilisent maintenant plusieurs logiciels en parallèle pour des actions auparavant toutes regroupées dans l'ancien logiciel, Orbis. Ce dernier était jugé relativement mature, qui avait de nombreuses fonctionnalités développées en interne pour que l'outil soit le plus adapté au contexte de l'hôpital de Vichy. Le changement a engendré la disparition des fonctionnalités préexistantes dans le logiciel Orbis, expliquée notamment par l'absence d'une étude d'impact. Suite à son déploiement, le nouveau logiciel Easily<sup>92</sup> souffre de manque d'interopérabilité avec certaines briques et de difficultés de paramètres. Une consolidation du dossier patient informatisé reste à mener alors que le centre hospitalier n'a plus d'équipe projet dédiée spécifiquement. Au total, l'établissement a certes changé d'outil pour mettre en place le même logiciel pour la gestion du dossier patient que les autres établissements du groupement hospitalier mais a dégradé les conditions de travail de son personnel sans bénéficier du potentiel de la convergence escomptée. Les incitations financières à travers le programme HOP'EN ont permis de lancer une dynamique au sein du groupement sans toutefois aboutir à la mise en commun des dossiers patients, objectif ultime du législateur, pour une meilleure prise en charge. Le passage hypothétique à une véritable convergence avec une base unique à l'échelle du groupement pourrait nécessiter une remise en question des paramètres spécifiques du centre hospitalier de Vichy.

---

<sup>92</sup> Easily est un logiciel de Dossier Patient Informatisé développé par les équipes des Hospices Civils de Lyon et diffusé par le groupement d'intérêt économique Hopsis.

### 3 LA RESILIENCE DU SYSTEME D'INFORMATION

#### 3.1 Un parc et des infrastructures vieillissants

L'hôpital de Vichy n'a pas de cartographie des infrastructures informatiques et la liste des serveurs par application est incomplète. Cette absence de formalisation illustre une connaissance incomplète de l'état de l'infrastructure qui fragilise la maîtrise du système d'information. C'est également le cas pour le matériel informatique. L'outil utilisé pour répertorier la majorité des achats informatiques n'est pas renseigné de manière détaillée permettant d'avoir une vision complète et actualisée du parc matériel. Ce projet de recensement a été récemment confié à l'équipe de maintenance. En plus de ce travail de consolidation de l'inventaire, la formalisation de procédures concernant les dotations informatiques lors de mouvements de personnel, aujourd'hui effectuées par courrier électronique, renforcera la maîtrise du parc informatique.

L'établissement a également accumulé une dette technique importante. Concernant les serveurs, la quasi-totalité des systèmes d'exploitation sont anciens et ne bénéficient plus de supports éditeurs depuis au moins un an ; seulement deux serveurs renseignés ne sont pas obsolètes. Le parc d'ordinateurs est aussi vieillissant : les plus anciens ont été acquis en 2012 et l'acquisition d'environ la moitié du parc est antérieure à 2017. Le réseau est également sujet à une certaine vétusté, notamment sur les équipements de commutation « switchs », qui sont inadaptés par rapport aux capacités demandées, non-équipés de double alimentation électrique et ne sont pas techniquement pilotés à distance. La chambre encourage le centre hospitalier à changer les composants obsolètes dans les plus brefs délais, ces derniers faisant porter sur le système un risque important en matière de sécurité.

Dans un contexte de convergence des systèmes d'information au niveau du groupement hospitalier, la chambre estime nécessaire d'engager les réflexions pour construire un socle technique commun. Il est également recommandé à l'hôpital de formaliser une stratégie pluriannuelle de renouvellement du matériel informatique, qui intègre les durées d'amortissement et prenne en compte les feuilles de route des éditeurs et constructeurs, ainsi que les évolutions techniques à venir du centre hospitalier. Elle permettra de préparer le dimensionnement de l'infrastructure technique pour les nouvelles applications de plus en plus exigeantes en ressources et décliner de manière opérationnelle la vision stratégique du socle technique, qui serait détaillée dans le schéma directeur.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur déclare avoir débuté le renouvellement du parc de serveurs.

**Recommandation n° 3.** : Consolider la formalisation des cartographies, de l’inventaire et des procédures relatives aux dotations informatiques afin de mieux maîtriser les infrastructures et le parc matériel du système d’information.

**Recommandation n° 4.** : Elaborer une stratégie pluriannuelle de renouvellement du matériel informatique, incluant tant le parc de périphériques que les composants techniques de l’infrastructure.

## 3.2 L’urbanisation du patrimoine applicatif

### 3.2.1 Une documentation incomplète

L’hôpital de Vichy dispose de deux cartographies de son système d’information : une applicative et une relative aux flux. La cartographie applicative synthétise les différents modules applicatifs pour chaque processus métier, rassemblés en domaines, ainsi que les modules applicatifs qui assurent des échanges extérieurs. Celle des flux est, quant à elle, plutôt une liste des applications liées à la base des identités des patients de l’établissement de Vichy. Ces cartographies ne permettent pas de visualiser les interactions uni ou bidirectionnelles entre différentes briques applicatives du système. L’inventaire des licences est réalisé dans l’outil de gestion d’inventaire mais reste incomplet<sup>93</sup>.

En matière de gestion des comptes utilisateurs, des procédures ont été formalisées en septembre 2022 pour les comptes utilisateurs de l’*Active Directory*<sup>94</sup>. Cependant, aucune procédure n’est formalisée pour les comptes administrateurs. L’*Active Directory* utilisé par l’hôpital pour centraliser la gestion des accès est en cours de refonte, avec notamment une restructuration des groupes et une revue des droits accordés afin de mieux respecter le principe de moindre privilège. Par ailleurs, les habilitations dans chaque applicatif non-couplé avec l’*Active Directory* sont gérées par le pôle médical applicatif. Le processus de revue des comptes n’est pas non plus formalisé. Bien que le contexte de mobilité interne, forte au sein de l’organisme, complexifie cette revue, il reste impératif de la conduire régulièrement et de manière systémique et exhaustive dans un souci de préservation de la confidentialité des données traitées dans le système d’information.

---

<sup>93</sup> Certains logiciels, comme ceux sans lien Microsoft, n’y sont pas recensés.

<sup>94</sup> Un *Active Directory* est un service annuaire qui facilite la gestion d’un réseau informatique en centralisant les identités des utilisateurs, celles des ordinateurs et autres équipements informatiques et les informations d’authentications.

**Recommandation n° 5. :** Consolider la documentation concernant l'état et la gestion des applicatifs.

### 3.2.2 Des outils peu interconnectés

L'hôpital de Vichy est confronté à une problématique de multiplication des logiciels<sup>95</sup> combinée à une absence d'interopérabilité<sup>96</sup>. Par exemple, l'établissement a trois outils de gestion des tickets différents, pour l'informatique, le biomédical et les services techniques. Certaines interconnexions mériteraient d'être activées, notamment entre Chorus, la solution de facturation de la sphère publique, et l'application de gestion économique et financière de l'établissement. Par ailleurs, des applicatifs sont jugés vétustes, d'autres appuyés par des outils informatiques parallèles et les plus opérationnels mériteraient des évolutions afin de traiter au mieux les nombreux besoins métiers. La chambre estime important d'intégrer dans le portefeuille de projets, annexe du schéma directeur des systèmes d'information de l'établissement, l'enjeu de l'urbanisation<sup>97</sup> du système d'information prenant en compte la capacité de réalisation de la direction des systèmes d'information.

### 3.2.3 Une volonté de remédier au manque de formalisation de la méthodologie projet

En matière de gestion de projet informatique, il n'y a pas de méthodologie formalisée pour la conduite de projet. Une méthode ad hoc est construite en fonction de l'échelle du projet (groupement hospitalier de territoire, centre hospitalier, service/pôle). Il y a *a minima* un groupe projet avec un ou plusieurs comités de pilotage selon l'envergure du projet. L'hôpital de Vichy n'a pas non plus de documentation ou de procédures formalisées concernant la gestion des changements au sein du système d'information. Le pilotage et l'organisation des projets d'évolution, tout comme le maintien en condition opérationnelle, nécessitent un travail important de planification, de coordination et de répartition des tâches. L'absence de méthodologie projet n'a pas permis l'inclusion de la direction des systèmes d'information dans la conduite de projets intéressant pourtant son domaine d'intervention ; par exemple, le projet de modernisation de la téléphonie vers une solution numérique était mené par le pôle « travaux, achats et logistiques ». Sans structure méthodologique, le manque de consultation du service informatique le contraint à gérer une multitude de technologies sans qu'une cohérence puisse être trouvée.

Afin de répondre à cette problématique, le centre hospitalier a créé un nouveau poste au sein de la direction, dédié à la chefferie de projet. Cette personne aura pour mission, en étroite collaboration avec le nouveau responsable du système d'information, de mettre en place une méthodologie projet qui permettra de structurer tant la conduite de projets informatiques que la gestion des changements. Cette méthodologie sera ensuite propagée dans le reste de

---

<sup>95</sup> Chaque métier a un logiciel applicatif propre :

<sup>96</sup> Le directoire élargi évoque cet enjeu lors de ses réunions, en soulignant le manque de communication interne sur les logiciels choisis pour les mettre en cohérence.

<sup>97</sup> Le processus d'urbanisation informatique consiste à faire évoluer le système d'information afin de garantir sa cohérence vis-à-vis des objectifs de l'organisme et des besoins métier.

l'établissement afin d'aboutir à des pratiques communes. L'objectif est de mieux gérer la charge au sein du service, de mieux préparer l'intégration de nouveaux projets informatiques au sein du système d'information existant et de renforcer le dialogue entre la direction des systèmes d'information et les autres directions. La mise en place de cette nouvelle méthodologie sera réalisée en parallèle de la relance de certaines instances de gouvernance, comme le comité dossier patient.

La chambre insiste sur l'importance de concrétiser rapidement ce projet dans un contexte de rattrapage des autres projets informatiques mis en attente pendant le déploiement du dossier patient informatisé. L'hôpital de Vichy se doit de profiter de l'occasion de la restructuration en cours de la direction des systèmes d'information pour affirmer la place de cette dernière au sein de l'établissement.

### 3.3 La continuité de l'activité

Les sauvegardes du centre hospitalier sont assurées par l'outil VEEAM et des tests de restauration sont paramétrés afin d'éprouver le processus. La stratégie de sauvegarde à Vichy est par ailleurs partiellement définie. En effet, les éléments mériteraient d'être complétés par des informations telles que les machines assujetties à la sauvegarde, les types de supports utilisés, les types de sauvegardes effectuées, les mesures de sécurité implémentées sur le support de stockage des sauvegardes, les notifications de l'état des sauvegardes<sup>98</sup>, ou encore les durées de rétention des sauvegardes. L'établissement assure la redondance de ses données<sup>99</sup> grâce à la configuration symétrique de deux salles informatiques actives distinctes<sup>100</sup>. Il a également une salle passive hébergeant le quorum destiné à éviter la corruption des données en cas de coupure de la liaison entre les deux salles actives. Toutefois, le centre hospitalier ne s'est pas doté d'une capacité d'externalisation de ses sauvegardes sur un site distant, alors que cela lui donnerait la capacité de remonter son système d'information en cas d'incident impactant les deux salles localisées, proches l'une de l'autre. De plus, une des deux salles actives a été touchée par une inondation, puis fragilisée par une averse de grêle et l'établissement a dû fonctionner pendant plusieurs mois sur une seule salle informatique dans l'attente du remplacement de la partie endommagée de l'infrastructure.

Malgré la formalisation d'un plan de reprise d'activité et une mise à jour en 2021 suite à une double panne électrique et informatique, cette inondation souligne le besoin urgent d'effectuer des actions de sécurisation vis-à-vis des risques environnementaux et d'actualiser la documentation en ce sens. Par ailleurs, ce plan mentionne l'existence de procédures dégradées pour chacune des applications critiques, mais ces dernières restent indépendantes les unes des autres. Le manque de vision d'ensemble et de cohérence entre ces différentes

---

<sup>98</sup> La sauvegarde est sous la responsabilité de l'administrateur système, mais chaque informaticien surveille et contrôle régulièrement les sauvegardes des applications dont il a la charge. Formaliser une procédure de contrôle interne permettrait de renforcer la maîtrise des sauvegardes du SI, et ainsi la continuité de l'activité du centre hospitalier de Vichy.

<sup>99</sup> Processus de stockage des données dans plusieurs emplacements afin d'éviter des points de défaillance unique dans le système.

<sup>100</sup> Ces deux salles sont néanmoins localisées dans l'enceinte de l'hôpital.

procédures font courir un risque important à l'établissement, qui ne teste pas régulièrement sa continuité d'activité<sup>101</sup>.

Aujourd'hui, l'hôpital manque d'un plan de réponse en cas de crise. Le passage en continuité d'activité hors informatique le 8 février dernier a permis d'identifier les points à renforcer. La formalisation d'un plan de continuité d'activité cohérent permettrait de détailler les risques auxquels l'établissement fait face, la priorisation des activités à maintenir en cas de crise, la stratégie de continuité (avec les ressources allouées, l'organisation à mettre en place, la répartition des responsabilités et des procédures documentées) et des indicateurs tels que la quantité maximale de données perdues acceptable ou la durée maximale d'interruption acceptable.

La chambre recommande de consolider la stratégie de sauvegarde, ainsi que de préparer et formaliser des plans de continuité et de reprise d'activité adaptés.

**Recommandation n° 6. :** Finaliser la stratégie de sauvegarde en y intégrant une externalisation des sauvegardes et formaliser des plans de continuité et de reprise d'activité adaptés.

## 4 LA SÉCURITE INFORMATIQUE

Un hôpital détient dans son système d'information un patrimoine de données particulièrement sensibles et se doit donc d'en assurer la sécurité, notamment par le biais de moyens techniques et organisationnels mais également par une gouvernance structurée qui systématiserait la prise en compte des enjeux de sécurité des systèmes d'information.

### 4.1 La gouvernance de sécurité

Une organisation mature en matière de sécurité informatique s'appuie sur un responsable de sécurité des systèmes d'information et sur une politique de sécurité des systèmes d'information. Le responsable assure la sécurité des données numériques au sein de l'organisation. Il élabore et met en œuvre la politique de sécurité, veille au développement des actions de sécurisation du système et diffuse une culture de la sécurité numérique. La politique de sécurité reflète la vision stratégique en matière de sécurité du système d'information et informe l'ensemble des acteurs des enjeux et objectifs de sécurité, constituant ainsi une pierre angulaire de la sécurité du système d'information.

---

<sup>101</sup> Le centre hospitalier ne réalise pas de mises en situation de sinistre, ce qui permettrait de tester l'organisation envisagée et actualiser la documentation afférente.

#### 4.1.1 Une documentation stratégique en matière de sécurité à actualiser

L'hôpital de Vichy s'est doté d'une politique de sécurité des systèmes d'information, qui détaille les rôles de différents acteurs et les instances de gouvernance en la matière, les risques informatiques identifiés pour l'établissement et les directives concernant la sécurité physique et logique, l'exploitation du système d'information, l'intégration de la sécurité dans les projets, la gestion des incidents et le maintien en condition opérationnelle et de sécurité. Ce document permet ainsi théoriquement d'assurer la bonne connaissance des utilisateurs de la sécurité en ce domaine. Cependant, formalisé en 2014 et validé par la direction de l'établissement, la direction des systèmes d'information et le comité de sécurité des systèmes d'information, le document n'a depuis pas été revu. Une mise à jour a été initiée en 2022 et en janvier 2023 sans faire l'objet d'une validation par les instances de direction, ni que les éléments présentés ne soient réellement actualisés<sup>102</sup>. Afin de construire une politique de sécurité adaptée, et contextualisée selon les enjeux auxquels l'établissement de Vichy est confronté, une étude et cartographie des risques est à réaliser.

Le groupement hospitalier de territoire a lui aussi formalisé une politique générale de sécurité des systèmes d'information, mais l'hôpital de Vichy n'en a pas la dernière version<sup>103</sup>. Ce document cadre, qui contient des dispositions relativement générales, invite à une déclinaison de ses principes au niveau des établissements membres, dans des politiques de sécurité des systèmes d'information d'établissement. Or, celle de l'hôpital de Vichy ne s'inscrit pas dans cette démarche.

Il est recommandé d'actualiser la politique de sécurité des systèmes d'information du centre hospitalier, en l'inscrivant comme une déclinaison du cadre défini à l'échelle du groupement hospitalier, contextualisée aux enjeux de l'établissement. Une cartographie des risques informatiques devra également être formalisée afin de faciliter cette contextualisation.

L'ordonnateur fait état, dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, d'une actualisation du document formalisant la politique de sécurité des systèmes d'information. La chambre, estime cette mise à jour superficielle, et renouvelle sa recommandation de réaliser l'actualisation de ce document en l'inscrivant comme une déclinaison locale de la politique générale de sécurité des systèmes d'information définie à l'échelle du groupement hospitalier.

**Recommandation n° 7.** : Actualiser la politique de sécurité des systèmes d'information de l'établissement.

#### 4.1.2 Des instances de gouvernance formalisées sans réunions régulières

L'hôpital de Vichy a mis en place un comité de sécurité du système d'information, une instance de gouvernance spécifique pour traiter cette thématique. Ce comité est censé se réunir une fois par semestre, mais il a décidé de ne le réunir qu'une seule fois par an à compter de

<sup>102</sup> Par exemple, il n'y a aucune mention des éventuelles règles relatives au règlement général sur la protection des données.

<sup>103</sup> L'hôpital de Vichy détient la version de décembre 2020 mais pas celle de février 2021.

décembre 2020, en raison du contexte de crise sanitaire selon l'ordonnateur. A noter que ce comité ne s'est, toutefois, plus réuni à compter de cette date.

Par ailleurs, en dehors de l'instance principale de gouvernance du groupement hospitalier qui inclut un focus sécurité informatique, la politique générale de sécurité des systèmes d'information identifie une instance spécifique aux enjeux de sécurité au niveau du groupement : le comité de pilotage sécurité des systèmes d'information. Cette instance, qui a pour but de disposer d'une vue d'ensemble des sujets liés à la sécurité, sur la totalité du groupement, n'a toutefois pas été réunie récemment.

Dans le contexte actuel de croissance du nombre et de l'ampleur des cyberattaques, il est impératif de réunir plus régulièrement le comité de sécurité du système d'information.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur signale avoir réactivé ce comité en avril 2023.

#### **4.1.3 Des moyens humains identifiés sans collaboration réelle entre l'établissement et le groupement hospitalier**

L'hôpital de Vichy a nommé un référent sécurité informatique, qui est également administrateur réseau et assure ainsi les fonctions en plus de celles d'administration du réseau. Les responsabilités et la quotité de travail ce référent sécurité ne sont pas formalisées, et un budget dédié à la sécurité n'est pas défini. Le centre hospitalier est également en principe appuyé par le responsable de la sécurité des systèmes d'information du Néanmoins, ce dernier cumule actuellement ce poste avec celui de d'un autre établissement et est peu impliqué dans les travaux de sécurisation du CHV. Un poste à temps plein est ouvert depuis plus d'un an, mais est confronté à des difficultés de recrutement.

La chambre invite l'établissement à renforcer la régularité des réunions de gouvernance en matière de sécurité des systèmes d'information ainsi que la collaboration avec le responsable du groupement en ce domaine.

En réponse, l'ordonnateur indique à la chambre que sans avoir de budget dédié à la sécurité informatique, l'établissement réalise différentes dépenses dans ce domaine. Il cite, à cet égard, le recrutement d'un technicien dépenses relatives à la mise à jour des logiciels. Or, la fiche de poste du technicien transmise par l'ordonnateur mentionne des missions orientées vers l'exploitation de l'infrastructure et non des missions spécifiques de sécurité. Quant à la mise à jour de logiciels existants, elle ne peut constituer à elle seule une stratégie de sécurité.

## **4.2 La sécurité organisationnelle**

Une charte informatique est diffusée à chaque utilisateur du système d'information lors de sa première connexion. Actualisé en 2018, le document n'a pas été formellement validé par la direction de l'établissement et mériterait une mise à jour. Cette dernière permettrait notamment d'identifier les référents en matière de règlement général sur la protection des données et de sécurité au sein de l'hôpital, d'inclure les enjeux de protection des données personnelles et de revoir la matrice d'habilitation du dossier patient. Le document en vigueur ne distingue par ailleurs pas de responsabilités ou de mesures de sécurité spécifiques en fonction

des types de comptes utilisés et des droits accordés. Il est de bonne pratique d'implémenter des mesures de sécurité renforcées pour les comptes génériques<sup>104</sup> ou les comptes à privilèges<sup>105</sup>. La chambre invite le centre hospitalier à élaborer une charte informatique administrateur permettant de formaliser leurs responsabilités<sup>106</sup> et d'harmoniser les mesures de sécurité à implémenter par les détenteurs de comptes à privilèges, qui serait diffusée et signée, tant pour les administrateurs techniques que fonctionnels.

Par ailleurs, la politique de mot de passe actuelle est trop fragile pour résister à des attaques par dictionnaire. La longueur requise gagnerait à être étendue à 12 caractères<sup>107</sup>, voire 15 pour les administrateurs. De plus, la possibilité de s'authentifier grâce à la carte professionnelle de santé est déployée dans les urgences et les entrées. Cette solution mériterait d'être étudiée et déployée aux autres services afin de faciliter aux professionnels de santé l'utilisation des outils informatiques et supprimer les comptes génériques encore actifs.

Enfin, la sensibilisation menée a été largement focalisée sur le risque d'hameçonnage informatique, notamment par courrier indésirable. Les actions menées sont jugées fructueuses car la direction des systèmes d'information reçoit régulièrement des renvois de courriels suspects par une variété importante d'agents de l'organisme. Un travail de sensibilisation à la sécurité organisationnelle reste nécessaire en ce qui concerne en particulier, la suppression de comptes génériques<sup>108</sup> et l'importance de la complexité des mots de passe. Le risque d'intrusion physique sur des postes accessibles par du public extérieur au personnel de l'hôpital pourrait également être une thématique de sensibilisation. Les cyberattaques exploitant de manière croissante la faille humaine, l'organisme doit s'attacher à rapidement formaliser une politique de sensibilisation. Ce travail se doit d'être mené de concert entre le référent sécurité, la direction des ressources humaines et le responsable de la sécurité des systèmes d'information du groupement hospitalier, tant pour construire des séances adaptées aux publics ciblés que pour potentiellement mener des actions communes entre différents établissements membres du groupement.

Bien que des travaux en matière de sensibilisation soient également nécessaires, la chambre invite plus particulièrement le centre hospitalier à déployer rapidement la solution d'authentification par carte professionnelle de santé dans les autres services afin de renforcer la sécurité du système d'information de l'hôpital, fragilisée par une politique de mot de passe trop faible.

---

<sup>104</sup> Ces comptes non-nominatifs ne permettent pas d'assurer une traçabilité fine des actions menées par les différentes personnes l'utilisant.

<sup>105</sup> Les comptes à privilèges permettent aux utilisateurs identifiés d'avoir accès à des actifs sensibles du SI, grâce à des autorisations d'accès plus étendues.

<sup>106</sup> Notamment la gestion des sauvegardes.

<sup>107</sup> L'agence nationale de la sécurité des systèmes d'information recommande l'imposition d'une longueur de mot de passe d'au moins 9 caractères. L'augmentation du nombre de caractère permet de renforcer le niveau de sécurité apporté par le mot de passe. Pour un niveau de sécurité moyen, l'agence recommande 12 caractères. Source : agence nationale de la sécurité des systèmes d'information, *Recommandations relatives à l'authentification multifacteurs et aux mots de passe*, octobre 2021.

<sup>108</sup> Le référent sécurité est conscient de la nécessité de supprimer ces comptes, mais estime nécessaire de mener des actions de sensibilisations.

En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a indiqué avoir mis à jour la charte informatique et avoir fait évoluer la politique de mot de passe conformément aux préconisations minimales de l'agence nationale de la sécurité des systèmes d'information.

### 4.3 La sécurisation du socle technique et des infrastructures

La direction des systèmes d'information a acquis différents outils pour assurer la supervision de ses postes et réaliser des diagnostics de sécurité de son annuaire technique. Elle assure également une veille régulière des failles de sécurité qualifiées de « common vulnerabilities and exposures »<sup>109</sup> et a fait auditer le système d'information par des prestataires externes spécialisés. Un audit des risques pour l'établissement, focalisé sur les risques organisationnels et d'architecture, réalisé en 2020, a permis d'élaborer une ébauche de cartographie des risques. La même année, un audit de cybersurveillance a été réalisé sur le groupement hospitalier par l'agence du numérique de la santé. Un plan d'actions priorisées pour le contexte du centre hospitalier de Vichy a par la suite été élaboré, regroupant toutes les actions de sécurité recensées dans l'instruction 309 du programme HOP'EN, le guide des bonnes pratiques de l'agence nationale de la sécurité des systèmes d'information et les deux audits externes réalisés en 2020. Si un état d'avancement a été renseigné dans ce plan d'actions, il n'y a pas d'actualisation<sup>110</sup> de cet état. Il pourrait également être judicieux de faire auditer plus régulièrement le système d'information.

La sécurité physique du système vichyssois est notamment assurée par des contrôles d'accès aux bureaux de la direction des systèmes d'information et aux salles informatiques. L'enjeu de la sécurité physique est également détaillé dans la politique de sécurité des systèmes d'information de l'hôpital et la politique générale de sécurité des systèmes d'information du groupement hospitalier, même si certains points de ces documents mériteraient d'être actualisés. Toutefois, un réel renforcement des mesures de sécurité physique est à effectuer. En effet, certaines salles doivent être équipées de dispositifs incendie et de climatisation<sup>111</sup> ; les éléments caduques (vieux radiateur) et inflammables (comme les cartons) doivent être évacués ; l'étiquetage et le câblage mériteraient d'être optimisés. Enfin, la localisation des salles informatiques dans les bâtiments et les risques environnementaux induits doivent également être étudiés (cf. *supra*).

Si plusieurs projets<sup>112</sup> ont par ailleurs été réalisés pour renforcer la sécurité logique du système d'information, des projets importants sont encore à mener ou finaliser. La sécurisation du réseau a été initiée avec la mise en place de réseaux indépendants, séparés par des pare-feux et cœurs de réseaux. Cette segmentation est à continuer. Par ailleurs, l'hôpital doit

---

<sup>109</sup> Les « common vulnerabilities and exposures » sont des failles de sécurité informatique référencées publiquement. Les rapports associés peuvent avoir diverses origines (fournisseur, chercheur, utilisateur) et facilitent le partage d'informations permettant de pallier ou résoudre ces failles identifiées.

<sup>110</sup> Certaines actions sont identifiées comme « à réaliser en 2021 ».

<sup>111</sup> Certaines salles ont des dispositifs sous-performants ne permettant pas de réguler la température de la pièce ; d'autres n'ont pas de dispositif de secours.

<sup>112</sup> Notamment la mise en place de réseaux WiFi séparés pour le patient et les professionnels de santé, la segmentation du système avec des cœurs de réseaux et des pare-feux, le filtrage sur les accès Internet et inter-vlan, et la dotation aux administrateurs techniques d'un compte administrateur distinct de celui utilisé pour les activités utilisateur.

également rapidement formaliser une matrice de flux, modifier les protocoles incompatibles et mettre en place une redondance de l'accès à internet. Enfin, un travail de sécurisation et de segmentation est à finaliser concernant le système d'information biomédical.

Il est donc recommandé de faire un état des lieux de la mise en œuvre du plan d'actions élaboré à la suite des audits et de continuer à alimenter ce plan d'actions grâce à de nouveaux audits que l'établissement devrait prévoir par le biais d'un plan d'audit pluriannuel du système d'information. Il est également nécessaire de continuer les travaux de sécurisation logique et de renforcer la sécurité physique des salles informatiques. Enfin, il semble opportun que le responsable de la sécurité des systèmes d'information du groupement hospitalier soit tenu informé de l'état de sécurité au sein de l'hôpital de Vichy.

En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur indique avoir réalisé deux audits, l'un en 2020 sur les risques du système d'information et l'autre en 2023 sur la cybersurveillance, dans le cadre du programme national « Ségur Usage Numérique en Etablissements de Santé ». Si le caractère utile des audits susmentionnés ne peut être contesté, ils ont toutefois été réalisés de façon ponctuelle pour répondre à des programmes bénéficiant de soutiens financiers de l'Etat. Dans ce contexte, la chambre ne peut que réitérer sa recommandation portant sur la définition d'une stratégie d'audit pluriannuelle construite par l'établissement répondant à des thématiques précises et identifiées en amont (test d'intrusion, audit de configuration, audit organisationnel...).

**Recommandation n° 8. :** Construire un plan d'audit pluriannuel dans une optique d'amélioration continue de la sécurité du système d'information.

#### 4.4 La conformité du règlement général sur la protection des données

Le règlement général sur la protection des données, applicable depuis le 25 mai 2018, renforce les obligations de transparence des traitements et de respect des droits des personnes et affirme une logique de responsabilisation des acteurs de traitement des données. Ainsi, en tant que responsable de traitement, l'hôpital de Vichy se doit de démontrer, en cas de contrôle de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), sa conformité au règlement général sur la protection des données. Outre la désignation du délégué à la protection des données, un ensemble de documents doit être élaboré et tenu à jour. Cette documentation concerne le traitement des données personnelles<sup>113</sup>, l'information des personnes<sup>114</sup> et les contrats définissant les rôles et responsabilités des acteurs<sup>115</sup>.

---

<sup>113</sup> Le registre de traitement, les analyses d'impact pour les traitements susceptibles d'engendrer des risques élevés pour les droits et libertés des personnes, l'encadrement des transferts des données hors de l'Union européenne.

<sup>114</sup> Les mentions d'information, les modèles de recueil d'information, les procédures mises en place pour l'exercice des droits.

<sup>115</sup> Les contrats avec les sous-traitants, les procédures internes en cas de violations de données, les preuves que les personnes ont donné leur consentement lorsque le traitement de leurs données repose sur cette base.

Pour se conformer à la réglementation, un délégué à la protection des données a été nommé auprès de la CNIL pour le groupement hospitalier et l'ensemble des établissements membres. Affectée au centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand, cette personne assure ces responsabilités pour chacun des quatorze établissements du groupement. Elle était notamment appuyée par un référent sur l'hôpital de Vichy, qui était l'ancienne responsable du système d'information. Il est donc nécessaire de trouver un nouveau relai au sein du centre hospitalier.

De plus, même si l'établissement vichyssois utilise depuis 2021 un outil d'analyse et de classification des données<sup>116</sup>, il ne dispose pas de registre de traitement correspondant aux préconisations de la CNIL<sup>117</sup>. Les traitements de données de santé mis en œuvre par les établissements de santé font partie des opérations qui requièrent une analyse d'impact relative à la protection des données<sup>118</sup>. Or, le centre hospitalier n'en a à ce jour pas réalisé.

Par ailleurs, en cas de fuite de données personnelles, la CNIL requiert une notification initiale dans un délai de 72 heures suite à la constatation de la violation. Si l'outil permet d'identifier certains types de données (notamment personnelles ou sensibles) présents dans le cluster de serveur de fichiers, il serait avisé pour l'organisme de formaliser une méthodologie à suivre en cas de fuite de données personnelles.

La survenance d'un tel accident constitue un risque pour l'établissement : les sanctions prévues par le règlement général sur la protection des données peuvent aller du rappel à l'ordre jusqu'à 20 millions d'euros d'amende, et être rendues publiques.

La chambre recommande de créer et de réaliser un plan de mise en conformité au règlement général sur la protection des données, en identifiant un référent dédié à cette action, en construisant un registre des traitements et en renforçant la collaboration avec le délégué à la protection des données du groupement.

En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur fait état de la nomination du responsable du système d'information en tant que délégué à la protection des données personnelles d'établissement en août 2023, pour assurer le relais de la politique déployée au niveau du groupement hospitalier de territoire. La chambre relève que cette désignation n'est pas conforme aux bonnes pratiques énoncées par la Commission nationale de l'informatique et des libertés en matière de conflits d'intérêts. Les fonctions du responsable du système d'information peuvent en effet être regardées comme emportant un potentiel conflit d'intérêt, dans la mesure où elles concourent à la mise en place des moyens de traitement des données personnelles.

**Recommandation n° 9. : Créer et réaliser un plan de mise en conformité au règlement général sur la protection des données.**

---

<sup>116</sup> L'outil embarque une politique de classification des données traitées dans le système d'information et permet ainsi d'étiqueter et d'identifier les données liées au règlement général sur la protection des données présentes dans le cluster de serveurs de fichiers.

<sup>117</sup> Le registre transmis correspond au cadre de la loi Informatique et Libertés mais pas au registre requis par le règlement général sur la protection des données.

<sup>118</sup> Conformément à l'article 35.4° du règlement général sur la protection des données, la CNIL a élaboré une liste des traitements pour lesquels elle estime nécessaire qu'une analyse d'impact relative à la protection des données soit réalisée. Cette liste est publiée dans la délibération n° 2018-327 du 11 octobre 2018.

## **ANNEXES**

|   |     |
|---|-----|
| Annexe n° 1. Le contexte et l'environnement.....                      | 105 |
| Annexe n° 2. Données d'activité.....                                  | 106 |
| Annexe n° 3. Le budget et le financement du service.....              | 108 |
| Annexe n° 4. La régulation de l'activité du service des urgences..... | 109 |
| Annexe n° 5. Glossaire.....   | 112 |

## Annexe n° 1. Le contexte et l'environnement

### **De multiples facteurs influent sur le niveau de recours aux urgences hospitalières**

Des facteurs nombreux et divers peuvent conduire une population donnée à se tourner vers un service d'urgence, en cas de besoin de prise en charge médicale. La combinaison de ces facteurs sur un territoire a ainsi une incidence directe sur le taux de recours aux urgences hospitalières.

Dans une étude parue en septembre 2017, l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) identifiait deux grandes catégories de déterminants territoriaux à l'origine du recours aux urgences non suivi d'hospitalisation des personnes âgées de 65 ans et plus<sup>119</sup>.

Les premiers facteurs identifiés tiennent aux caractéristiques de la population locale et, plus précisément, à l'état de santé, au niveau de vie et à la situation géographique des personnes concernées. L'IRDES notait ainsi que : « les communes caractérisées par des taux de mortalité plus élevés, une population plus âgée et une proportion de personnes âgées en ALD plus importante ont des taux de recours aux urgences plus élevés. De plus, toutes choses égales par ailleurs, le taux de recours aux urgences est plus faible dans les communes où le revenu médian est plus élevé. On constate aussi un effet significatif de la proximité géographique des services d'urgence sur le recours. Plus la commune est située près d'un service d'urgences, plus le taux de recours aux urgences est élevé. Toutes choses égales par ailleurs, une augmentation du temps d'accès moyen à un service d'urgences est associée à une réduction des taux de recours ».

La seconde catégorie de facteurs est liée à l'organisation de l'offre de soins sur le territoire considéré. L'IRDES relevait à ce propos qu'« En ce qui concerne l'effet de l'accessibilité des soins au niveau de la commune, deux des trois variables d'accessibilité donnent des résultats significatifs. D'abord, dans les communes où la part de consultations (rémunérées) en permanence des soins est plus élevée, les taux de recours aux urgences sont plus faibles. Ensuite, l'accessibilité (en ETP) des médecins généralistes, des masseurs-kinésithérapeutes, des infirmiers et des ophtalmologistes est associée négativement aux recours aux urgences [...]. Au niveau départemental, la capacité (en ETP) des services d'urgence semble expliquer de façon significative les variations des taux de recours. Les départements les mieux dotés ont des recours plus importants. Une fois contrôlée la capacité des services d'urgence, le nombre de lits de médecine au niveau du département a un effet négatif suggérant que la disponibilité de lits peut intervenir dans la décision d'admettre en hospitalisation. Par ailleurs, la disponibilité des soins à domicile (l'offre de Ssiad) dans le département apparaît également comme un déterminant important. En contrôlant les caractéristiques sociodémographiques et d'offre de soins au niveau des communes, les départements qui ont plus de places de Ssiad ont des taux de recours aux urgences non suivis d'hospitalisation plus faibles. La variable caractérisant l'offre en équipes mobiles gériatriques dans le département n'a pas d'effet significatif ».

---

<sup>119</sup> « Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation », DT n°72, IRDES, septembre 2017.

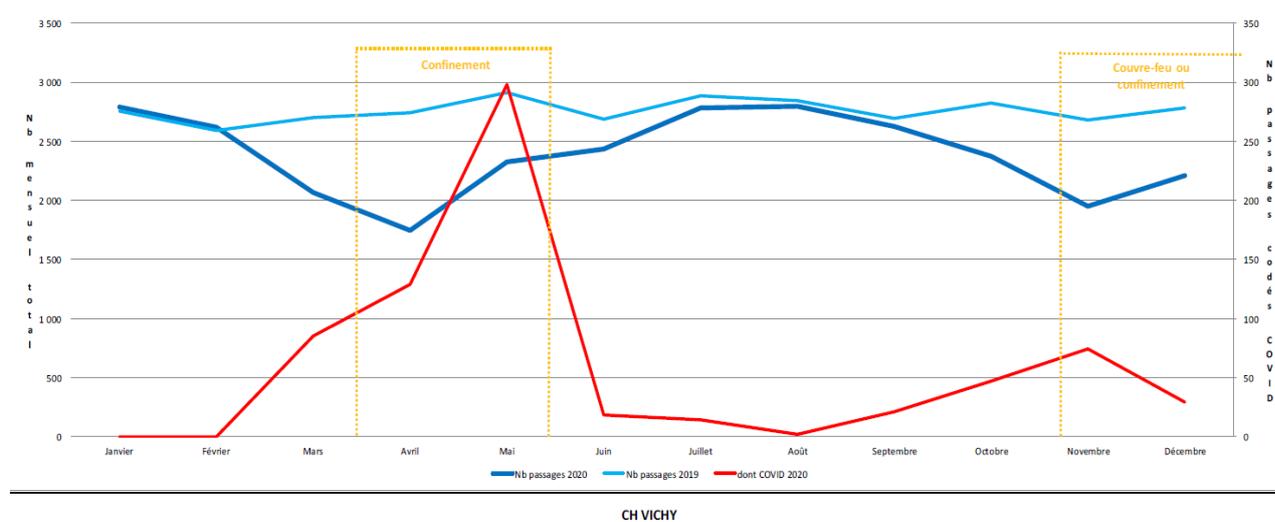
## Annexe n° 2. Données d'activité

Tableau n° 7 : Nombre de passages aux urgences

|                           | 2018   | 2019   | 2020   | 2021   | 2022   |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| <i>Nbr de RPU générés</i> | 32 458 | 33 092 | 28 715 | 31 495 | 32 750 |

Source : CRC à partir des données de l'ORU fournies par le CHV

Graphique n° 14 : Nombre mensuel de passages aux urgences du CHV durant l'année 2020



|                  | Janvier | Février | Mars  | Avril | Mai   | Juin  | Juillet | Août  | Septembre | Octobre | Novembre | Décembre |
|------------------|---------|---------|-------|-------|-------|-------|---------|-------|-----------|---------|----------|----------|
| Nb passages 2020 | 2 787   | 2 616   | 2 066 | 1 742 | 2 328 | 2 436 | 2 785   | 2 799 | 2 623     | 2 371   | 1 951    | 2 211    |
| dont COVID 2020  | 0       | 0       | 85    | 129   | 298   | 18    | 14      | 2     | 21        | 47      | 74       | 29       |
| % COVID          | 0.0%    | 0.0%    | 4.1%  | 7.4%  | 12.8% | 0.7%  | 0.5%    | 0.1%  | 0.8%      | 2.0%    | 3.8%     | 1.3%     |
| Nb passages 2019 | 2 755   | 2 593   | 2 701 | 2 744 | 2 910 | 2 686 | 2 885   | 2 845 | 2 693     | 2 823   | 2 678    | 2 779    |

Source : Données de l'ORU fournies par le CHV

Tableau n° 8 : Répartition des patients passés par le service d'accueil des urgences par tranches d'âge

|  | 00-02 | 03-10 | 11-17 | 18-24 | 25-39 | 40-54 | 55-64 | 65-79 | ≥ 80 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| <i>Nbr de patients par tranches d'âge</i>  | 1601  | 2108  | 2113  | 3133  | 4921  | 4736  | 3130  | 5438  | 5570 |
| <i>Part parmi l'ensemble des patients passés par le service d'accueil des urgences</i> | 5%    | 6%    | 6%    | 10%   | 15%   | 14%   | 10%   | 17%   | 17%  |

Source : CRC à partir des données de l'ORU fournies par le CHV ; activité du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2022

**Tableau n° 9 : Répartition des passages selon la CCMU – données 2022**

|                      | CCMU 1 | CCMU 2 | CCMU 3 | CCMU 4 | CCMU 5 | CCMU P | CCMU D | NC   |
|----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------|
| CHV                  | 69,5%  | 1,8%   | 26,2%  | 1,3%   | 0,8%   | 0,3%   | 0%     | 0%   |
| Groupe de référence* | 17,4%  | 53,8%  | 21,7%  | 1%     | 0,4%   | 0,5%   | 0%     | 5,2% |

Source : CRC à partir des données de l'ORU fournies par le CHV ; NC : donnée non renseignée ou non conforme ; le groupe de référence correspond à l'ensemble des établissements de santé de la région Auvergne-Rhône-Alpes – publics et privés – enregistrant entre 30 000 et 50 000 passages aux urgences par an

### **L'évolution du profil des patients accueillis aux urgences dans le contexte de la crise sanitaire du Covid-19**

La proportion de patients de moins de 15 ans s'est avérée moins importante durant les périodes de confinement de l'année 2020, au point d'atteindre, notamment, 7 % au mois d'avril 2020 (soit durant la première période de confinement) – contre un taux de 15 % au mois d'avril 2019 – et 11 % au mois de novembre 2020 (soit durant la deuxième période de confinement) – contre un taux de 14 % au mois de novembre 2019 (source : données de l'ORU fournies par le CHV).

La part des patients âgés de 75 ans ou plus s'est, quant à elle, révélée plus forte en fin d'année 2020. Cette proportion atteignait ainsi 26 % durant les mois de novembre et de décembre 2020 (soit durant la deuxième période de confinement), contre des ratios de 21 % et de 23 % durant, respectivement, les mois de novembre et de décembre 2019 (source : données de l'ORU fournies par le CHV).

Par ailleurs, les taux d'hospitalisation après passage aux urgences ont nettement augmenté lors de la mise en œuvre des mesures de confinement de la population, en 2020. Ce ratio a ainsi atteint 40 % au mois d'avril 2020 (soit durant la première période de confinement) – contre un taux de 30 % au mois d'avril 2019 – et 38 % au mois de novembre 2020 (soit durant la deuxième période de confinement) – contre un taux de 29 % au mois de novembre 2019 (source : données de l'ORU fournies par le CHV). En ces termes, si le nombre de personnes accueillies aux urgences s'est avéré moins important durant ces périodes, ces dernières se sont révélées plus lourdes à prendre en charge.

**Annexe n° 3. Le budget et le financement du service****Tableau n° 10 : Évolution du modèle de financement des structures d'urgence**

|  | Ancien modèle de financement  | Nouveau modèle de financement  |
|--|---|--|
| <i>Passages suivis d'une hospitalisation</i>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Quote-part des groupes homogènes de séjour (GHS)</li> <li>- GHS pour les mono-séjours en UHCD</li> <li>- Ticket modérateur</li> </ul>  | IDEM   |
| <i>Passages non suivis d'une hospitalisation</i>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour chaque passage, versement d'un forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) + des actes et consultations externes (ACE) + ticket modérateur</li> <li>- De manière globale, versement d'un forfait annuel des urgences (FAU) calculé en fonction du nombre d'ATU facturés</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour chaque passage, facturation d'un « forfait âge urgences » (FU), calculé en fonction de l'âge du patient + éventuels suppléments en fonction du degré de gravité de l'état de santé du patient, de la réalisation d'un acte de biologie, de la réalisation d'actes de radiologie... [à compter de 2022]</li> <li>- Dotation populationnelle tenant compte des besoins de la population du territoire et des caractéristiques de l'offre de soins [à compter de 2021]</li> <li>- Dotation complémentaire liée à l'amélioration de la qualité et à l'organisation des prises en charge [à compter de 2021]</li> </ul> |
| <i>Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dotation au titre des Missions d'Intérêt Général (MIG)</li> <li>- Ticket modérateur</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation de l'assuré aux frais liés aux actes et prestations, sous la forme d'une somme forfaitaire (« forfait patient urgences » (FPU)) [à compter de 2022]</li> </ul>  |
| <i>Service d'aide médicale urgente (SAMU)</i>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dotation au titre des Missions d'Intérêt Général (MIG)</li> </ul>  | IDEM   |

## Annexe n° 4. La régulation de l'activité du service des urgences

### Les communautés professionnelles de santé (CPTS)

Les communautés professionnelles de santé (CPTS) ont été instituées par la loi n°2016-41 de modernisation de notre système de santé et sont codifiées à l'article L. 1434-12 du code de la santé publique. Composées de professionnels de santé regroupés sous la forme d'une ou de plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs de soins de premier ou second recours et d'acteurs médicosociaux et sociaux, les communautés professionnelles peuvent être constituées à l'initiative des professionnels de santé, selon l'article L. 1434-12 du code de la santé publique pour « [...] *assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des parcours de santé [...]* ». Le développement des CPTS a ensuite été encouragé par la stratégie « ma santé 2022 », annoncée en septembre 2018. Cette stratégie, qui vise notamment à répondre aux inégalités d'accès aux soins des patients et aux nouvelles aspirations des professionnels à coopérer entre eux, prévoyait le déploiement de 1000 communautés professionnelles de santé à l'horizon 2022.

Les CPTS doivent formaliser un projet de santé identifiant le territoire de leur action sur la base duquel l'ARS peut notamment conclure des contrats territoriaux de santé, financés sur les crédits du fonds d'intervention régional.

Elles portent trois missions obligatoires :

- Améliorer l'accès aux soins notamment en facilitant l'accès à un médecin traitant et en améliorant la prise en charge des soins non programmés.
- Organiser des parcours pluriprofessionnels autour du patient pour améliorer la qualité et l'efficacité de la prise en charge des patients, prévenir les ruptures de parcours et favoriser le maintien à domicile des patients.
- Développer des actions territoriales de prévention : l'enjeu est de renforcer et valoriser l'engagement des professionnels de santé dans les actions et programmes de prévention et de promotion de la santé, en cohérence avec la politique nationale de santé.

### **Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes (DAC)\_ (source : site internet du ministère de la santé)**

Les dispositifs d'appui à la coordination des parcours complexes (DAC) ont été créés par loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et la transformation du système de santé (OTSS).

En effet, au sein d'un même territoire, plusieurs dispositifs peuvent venir en appui des parcours de santé de la population ce qui peut rendre leur intervention difficilement lisible pour le citoyen. Il s'agit notamment :

- **Des MAIA** : Définies par l'ancien article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles (CASF) avant son abrogation par l'ordonnance 2021-1470 du 10 novembre 2021, les MAIA désignent les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Elles visent à associer tous les acteurs, décideurs et financeurs, engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants par l'intégration des services d'aide et de soins. La méthode MAIA repose sur la concertation entre les acteurs, décideurs et financeurs ; un guichet intégré et des gestionnaires de cas, interlocuteurs directs des personnes âgées en situation complexe.
- **Des plateformes territoriales d'appui (PTA)** : ces dernières ont été créées par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 et du décret n°2016-919 du 4 juillet 2016. L'objectif des PTA, à l'instar des MAIA dans le champ de l'autonomie sont d'aider les professionnels (et en premier lieu les médecins généralistes) à gérer des situations complexes (en raison d'une polypathologie ou encore d'une complexité psycho-sociale...). Les PTA peuvent apporter, à la demande des professionnels, plusieurs types de service : informer et orienter, procéder à une évaluation multidimensionnelle des besoins du patient, ... ;
- **Ou encore des coordinations territoriales d'appui** : elles constituent des plateformes d'information et d'accompagnement des professionnels, des personnes âgées et de leurs aidants. Elles offrent un guichet unique pour les orienter vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire.

L'enjeu de la création des DAC est de constituer un dispositif unique à partir de ces différents dispositifs, comme point d'entrée pour tous les professionnels, afin de simplifier et structurer le parcours des personnes accompagnées. Cette unification a été réalisée en juillet 2022.

Les DAC sont orientées vers l'accompagnement de l'ensemble des situations complexes à travers 3 missions :

- **L'appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux** pour la prise en charge de situations complexes afin d'apporter une réponse globale à la personne et de prévenir les ruptures de parcours. Cette mission est réalisée en lien avec le médecin traitant qui doit coordonner les soins du patient ;
- **L'accompagnement des personnes** pour l'accueil, le repérage des situations à risque, ou encore l'information, le conseil et l'orientation ;
- **La participation à la coordination territoriale.**

**Encadré : focus sur les fondamentaux du SAS d'après la circulaire  
DGOS/R2/PF5/2022/270 du 23 décembre 2022**

La plateforme numérique du SAS :

La mise en œuvre effective du SAS s'appuie sur le déploiement d'une plateforme numérique dont l'objectif majeur est de recenser l'ensemble des créneaux de soins non programmés disponibles sur un territoire donné. S'adressant uniquement aux professionnels de santé et développée au niveau national par l'Agence du numérique en santé (ANS), cette plateforme numérique doit permettre, d'une part, de présenter l'offre de soins non programmés du territoire et d'autre part, de faciliter l'accès aux soins et la prise de rendez-vous dans un délai de 48 heures. Elle doit également permettre la remontée d'informations utiles pour la rémunération des professionnels de santé effecteurs et régulateurs.

Cette plateforme numérique à vocation à s'inscrire dans l'écosystème des outils métiers déjà utilisés par les professionnels de santé sans les remplacer.

Le périmètre fonctionnel du SAS : front office, back office, filières :

Un SAS se compose d'un front office, le premier décroché commun qui oriente vers l'une des filières du SAS (dont les deux principales sont l'aide médicale d'urgence et la médecine générale) qui constituent le back office. Le premier décroché commun à toutes les filières est réalisé exclusivement par un assistant de régulation médicale (ARM)<sup>120</sup> ayant une expertise de l'accueil et de la qualification des appels à caractère d'urgence sanitaire.

Le périmètre géographique du SAS : l'organisation et l'intervention du SAS peut être départementale, intradépartementale ou même interdépartementale selon les territoires jugés pertinents par les acteurs et les organisations du SAMU.

Prise en charge de l'appel et régulation :

L'accès au SAS devra préférentiellement reposer sur un numéro d'appel commun entre la médecine d'urgence et la médecine générale. Le SAS englobant la filière de l'aide médicale urgente (AMU), le numéro d'urgence 15 est le numéro commun. Toutefois si d'autres numéros locaux ont été mis en place pour l'accès aux soins non programmés de ville ils pourront perdurer en parallèle.

Pour la filière AMU, les appels doivent être traités par un ARM et un médecin urgentiste et pour la filière de médecine générale, préférentiellement par des opérateurs de soins non programmés (ONSP) ainsi qu'un médecin généraliste qu'il soit sur site ou à distance.

L'organisation de l'effectif en ville en réponse à la régulation médicale :

La régulation médicale du SAS est articulée avec les professionnels de santé de ville effecteurs, dont les médecins traitants. Les CPTS jouent, à cet égard, un rôle clé dans la régulation de l'offre de soins non programmés sur leur territoire.

---

<sup>120</sup> Selon l'article L. 4393-20 du code de la santé publique « l'assistant de régulation médicale assure, sous la responsabilité d'un médecin régulateur, la réception des appels reçus dans un centre de réception et de régulation des appels d'un service d'accès aux soins ou d'un service d'aide médicale urgente. Il contribue, sous la supervision d'un médecin régulateur, au traitement optimal des appels reçus. Il apporte un appui à la gestion des moyens et au suivi des appels et des interventions, au quotidien ainsi qu'en situation dégradée et en situation sanitaire exceptionnelle ».

**Annexe n° 5. Glossaire**

|        |  |
|--------|--|
| ACE    | Actes et consultations externes  |
| AMLAPS | Association des Médecins Libéraux de l'Allier pour la Permanence des Soins |
| ATIH   | Agence technique de l'information sur l'hospitalisation                    |
| ATU    | Accueil et traitement des urgences   |
| CCMU   | Classification clinique des malades aux urgences                           |
| CHV    | Centre hospitalier de Vichy  |
| CNIL   | Commission nationale de l'informatique et des libertés                     |
| CSG    | Court séjour gériatrique   |
| CSP    | Code de la santé publique  |
| DREES  | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques |
| EHPA   | Etablissement d'hébergement pour personnes âgées                           |
| EHPAD  | Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes               |
| ETP    | Equivalent temps plein   |
| FAU    | Forfait annuel des urgences  |
| FPU    | Forfait patient urgences   |
| FU     | Forfait âge urgences   |
| GHS    | Groupe homogène de séjour  |
| HAD    | Hospitalisation à domicile   |
| IOA    | Infirmier d'orientation et d'accueil                                       |
| IRDES  | Institut de recherche et documentation en économie de la santé             |
| MIG    | Mission d'intérêt général  |
| ORU    | Observatoire régional des urgences   |
| PET    | Prime d'exercice territorial   |
| RPU    | Résumé de passage aux urgences   |
| SMUR   | Structure mobile d'urgence et de réanimation                               |
| SSIAD  | Service de soins infirmiers à domicile                                     |
| SSR    | Soins de suite et de réadaptation  |
| UCC    | Unité cognitivo-comportementale  |
| UHCD   | Unité d'hospitalisation de courte durée                                    |
| USLD   | Unité de soins de longue durée   |



Les publications de la chambre régionale des comptes  
Auvergne-Rhône-Alpes  
sont disponibles sur le site :

<https://www.ccomptes.fr/fr/crc-auvergne-rhone-alpes>

**Chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes**

124-126 boulevard Vivier Merle

CS 23624

69503 LYON Cedex 03

[auvergnerhonealpes@crtc.ccomptes.fr](mailto:auvergnerhonealpes@crtc.ccomptes.fr)