

## **RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES**

# **POLYCLINIQUE BORDEAUX NORD AQUITAINE (PBNA) ENQUÊTE URGENCES HOSPITALIÈRES**

**(Département de la Gironde)**

*Exercices 2018 à 2023*

**Le présent document a été délibéré par la chambre le 19 mars 2024.**



## TABLE DES MATIÈRES

<b>SYNTHÈSE.....</b>	<b>2</b>
1 PRÉSENTATION DE LA POLYCLINIQUE BORDEAUX NORD AQUITAINE.....	4
2 LA PLACE DES URGENCES DE LA POLYCLINIQUE BORDEAUX NORD AQUITAINE AU SEIN DE LA MÉTROPOLE BORDELAISE .....	6
2.1 L'amont des urgences sur la métropole bordelaise ne présente pas de caractère défavorable.....	6
2.2 Le territoire de Bordeaux-Métropole est desservi par huit services d'urgence avec une part d'activité importante réalisée au sein des structures privées .....	7
2.3 Une contribution territoriale identifiée au sein de la métropole bordelaise .....	9
2.3.1 Une contribution territoriale dans le cadre de la sectorisation des patients régulés .....	9
2.3.2 Les caractéristiques de l'activité des urgences de la polyclinique .....	12
3 LES MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DU SERVICE DES URGENCES DE LA POLYCLINIQUE.....	17
3.1 Présentation générale.....	17
3.2 Les locaux.....	17
3.3 Le circuit de prise en charge du patient.....	18
3.3.1 Un respect global des étapes de prise en charge du patient .....	18
3.3.2 Des points d'attention.....	18
3.4 Les ressources humaines .....	19
3.4.1 Le personnel non médical .....	19
3.4.2 Le personnel médical .....	21
3.5 Les lits d'aval .....	22
3.6 L'évaluation de la qualité .....	24
3.7 Les finances.....	25
<b>ANNEXES.....</b>	<b>29</b>
Annexe n° 1. Signification des sigles.....	30
Annexe n° 2. Définition des structures contribuant aux soins de premier recours .....	31
Annexe n° 3. Note méthodologique sur les données d'activité.....	32
Annexe n° 4. Caractérisation de l'activité.....	34
Annexe n° 5. Approche économique.....	46
Annexe n° 6. Carte de sectorisation de l'activité des urgences dans la métropole bordelaise (2024).....	51

## SYNTHÈSE

Le service des urgences de la Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine joue un rôle significatif dans le dispositif d'accueil des urgences de la métropole bordelaise.

Avec une mission de desserte d'une population de 220 000 habitants (soit 21 % des habitants de la métropole) dans le cadre de la sectorisation des patients régulés par le centre 15, arrêtée par l'agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine, la polyclinique a contribué avec 32 000 passages en 2022, à 15 % du nombre total de passages enregistrés au sein des services d'urgence de la métropole. Ce volume d'activité est globalement stable depuis 2017, à l'exception d'une année plus dynamique en 2019 et d'un recul de 9 % en 2020, conséquence de la crise sanitaire.

Ce service présente des caractéristiques d'activité différentes des services du centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux, dont le rôle « d'appel » est confirmé par les flux de réorientations opérées par le service départemental d'incendie et de secours de Gironde entre services d'urgence au sein de la métropole, à destination majoritaire des urgences du CHU.

Les urgences de la polyclinique accueillent ainsi une proportion de patients légers inférieure à la moyenne régionale mais enregistrent un taux d'hospitalisation après passage en moyenne de 19 % sur la période 2017-2023, très sensiblement inférieur à celui enregistré au CHU de Bordeaux toutes structures confondues (37 %) et à la moyenne départementale (27 %).

La durée moyenne de passage, comprise entre six et sept heures, y apparaît plus élevée que les moyennes départementales et régionale, notamment chez les patients âgés de 75 ans et plus – données à relativiser cependant compte tenu du mode de calcul de cet indicateur hétérogène selon les établissements.

En effet, si, en 2022, 12 % de l'activité en chirurgie de la polyclinique est issue d'un passage par les urgences, elle ne dispose pas sur son site de lits d'aval en gériatrie, en dépit d'une demande formulée en ce sens par l'ARS Nouvelle-Aquitaine lors de la procédure de renouvellement de son autorisation. La polyclinique présente du reste une atypie dans son recours élevé à l'unité d'hospitalisation de courte durée (32 % des passages en 2022), conduisant à un effet défavorable sur le niveau de sa dotation populationnelle dans le cadre du nouveau mode de financement des urgences.

L'équipe médicale composée en moyenne de 12 médecins libéraux est restée globalement stable sur la période et la polyclinique n'a procédé à aucune limitation d'accès à son service des urgences ces dernières années. Cependant, la mission assignée aux médecins urgentistes de servir l'activité d'urgence au sein des services d'hospitalisation de la polyclinique ne permet pas au service des urgences de satisfaire pleinement, durant la nuit, aux obligations réglementaires de présence en continu d'un médecin en son sein. Le circuit court mis en place pour les patients les plus légers n'est pas non plus utilisé durant les plages de permanence des soins ambulatoires par manque de médecins mobilisables. L'absence de garde sur place de radiologue durant la nuit peut également entraîner des situations d'attente pour les patients peu gravement atteints mais requérant néanmoins cet outil diagnostic avant leur orientation. L'équipe paramédicale a été sensiblement renforcée en infirmiers dans ce contexte de stabilité d'activité, afin d'atteindre une proportion plus importante d'infirmiers par rapport à 2017.

## ÉLÉMENTS DE PROCÉDURE

La chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine a inscrit à son programme 2023 le contrôle thématique de la structure des urgences de la Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine (PBNA).

Ce contrôle ciblé s'inscrit dans le cadre de la formation interjuridictions (FIJ) « accueil et traitement des urgences à l'hôpital » constituée par arrêté du premier président en date du 4 avril 2023.

Prenant la forme d'un audit flash, il ne donne pas lieu à un examen exhaustif de la gestion de l'établissement contrôlé mais a vocation à dresser, dans un délai resserré, un état des lieux factuel sur le périmètre circonscrit de la structure des urgences.

La lettre d'ouverture du contrôle a été envoyée le 9 octobre 2023 à Monsieur François Guichard, président directeur général, représentant légal de la polyclinique, qui en a accusé réception le même jour.

L'entretien préalable à la formulation d'observations s'est déroulé à la polyclinique le 29 novembre 2023 avec le représentant légal de l'établissement, le directeur général du groupe et Monsieur Cédric Ploton, directeur de la polyclinique.

La chambre a délibéré du rapport d'observations provisoires le 20 décembre 2023. Ces observations ont été notifiées le 23 janvier 2024. Le représentant légal de l'établissement n'y a pas répondu. Le directeur général par intérim du CHU de Bordeaux a répondu à l'extrait qui lui avait été adressé.

La chambre régionale des comptes a arrêté, au cours de sa séance du 19 mars 2024, les observations définitives développées dans le présent rapport.

# **1 PRÉSENTATION DE LA POLYCLINIQUE BORDEAUX NORD AQUITAINE**

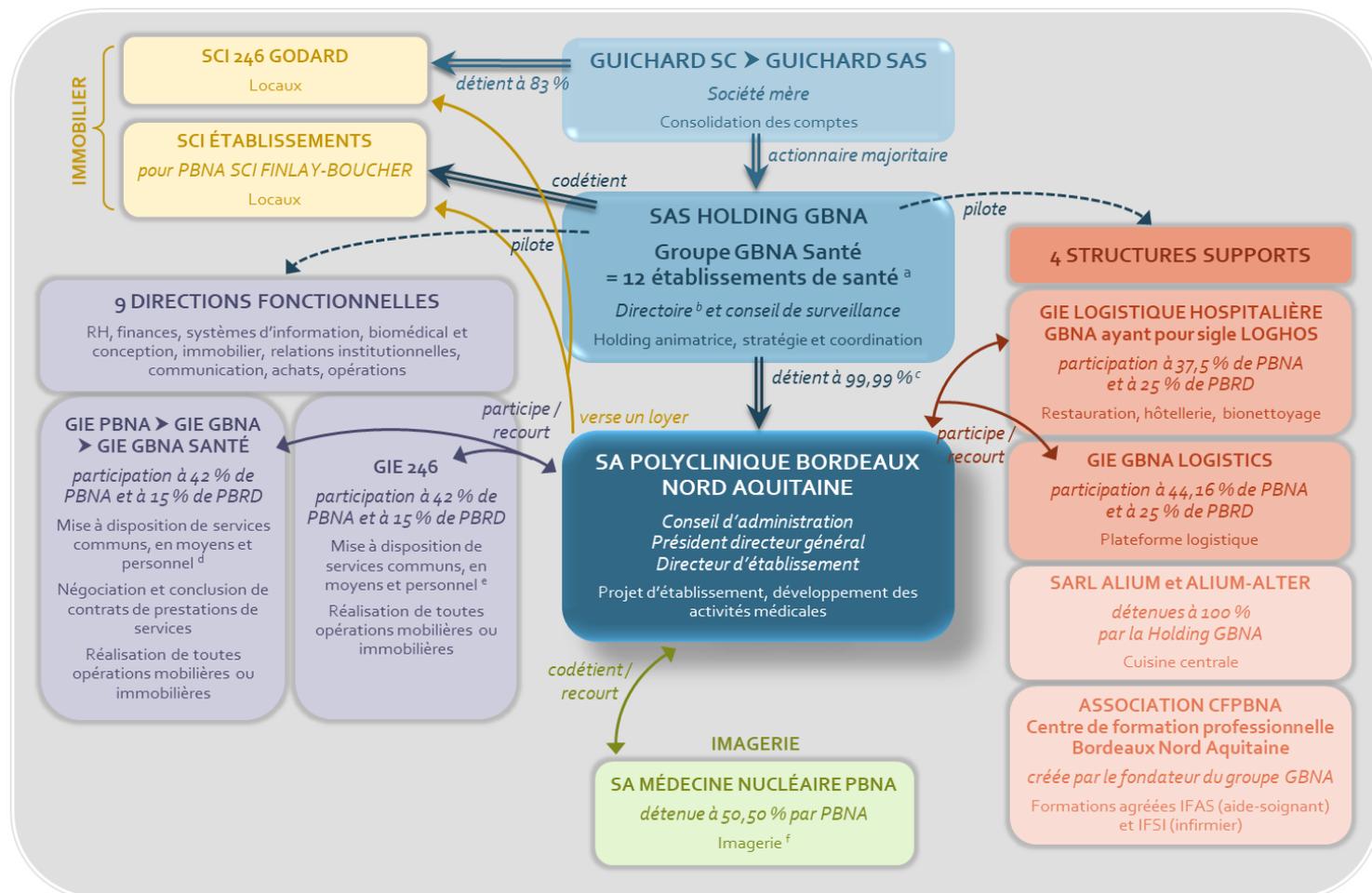
La Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine est un établissement de santé privé à but lucratif situé au nord de Bordeaux, sur la rive gauche de la Garonne, intégré au groupe GBNA Santé, dont elle est l'établissement historique.

Fondée en 1971 par un chirurgien bordelais, la polyclinique a connu un important développement d'activités, avec de nombreuses phases d'extension et de rénovation bâtementaire sur son site historique.

La polyclinique est une filiale de la société par actions simplifiée (SAS) Holding GBNA, fondée en 1969, elle-même filiale de la SAS Guichard et est constituée sous forme juridique de société anonyme (SA) à conseil d'administration.

Le groupe GBNA Santé, s'articule autour du groupement d'intérêt économique (GIE) GBNA Santé, constitué en 2003, et regroupe 11 établissements de santé en Nouvelle-Aquitaine dont cinq établissements à Bordeaux, le groupe prenant en charge les fonctions supports des établissements membres.

Schéma n° 1 : environnement juridique de la Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine



<sup>a</sup> Onze établissements de santé et un établissement médico-social, dont la polyclinique Bordeaux Rive Droite (PBRD).

<sup>b</sup> Présidé par le président de la société Oikos, société civile ayant pour objet l'exercice du mandat social de président et/ou de président du directoire de la SAS Holding GBNA.

<sup>c</sup> Cinq actionnaires, personnes physiques, détiennent les parts restantes représentant 0,01 %.

<sup>d</sup> Orientation, contrôle et assistance des établissements dans les domaines administratif, comptable et financier, contrôle de gestion, RH, direction, coordination, communication, représentativité, sécurité et sûreté, achats, maintenance, informatique, dossiers d'autorisation et toutes charges communes d'exploitation.

<sup>e</sup> Orientation, contrôle et assistance des établissements dans les domaines achats, maintenance, informatique, dossiers d'autorisation et toutes charges communes d'exploitation.

<sup>f</sup> Participation à la SARL TEP-Nord constituée pour l'exploitation d'un tomographe à émission de positons.

Source : chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine (CRC NA), d'après le site d'information sur les entreprises Pappers (<https://www.pappers.fr/>) et PBNA – bilans comptables et liasses fiscales

La polyclinique compte aujourd'hui 530 places et lits répartis autour des principales disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique – MCO (330 lits d'hospitalisation complète dont 120 de chirurgie, 92 de médecine et 118 lits ou places ambulatoires), avec une importante activité chirurgicale servie notamment par 15 lits de réanimation et 30 lits de surveillance continue. La polyclinique dispose également d'une maternité de niveau II A (46 lits et 6 lits de néonatalogie) réalisant en moyenne 2 800 accouchements par an durant la période sous revue.

Depuis novembre 2009, la Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine est autorisée à l'ensemble des prises en charge médicales et chirurgicales dans le traitement du cancer (radiothérapie, chimiothérapie, hospitalisation, centre de coordination en cancérologie ou unité 3C, unité de recherche clinique).

Son plateau technique comprend 27 salles de blocs opératoires et un plateau d'imagerie médicale complet (radiologie conventionnelle et interventionnelle, scanner, imagerie par résonance magnétique – IRM – et médecine nucléaire).

L'activité de la polyclinique a progressé durant la période sous revue passant de 28 805 entrées en 2017 à 35 552 entrées en 2022, le nombre d'accouchements restant stable autour de 2 800 en moyenne chaque année.

Si la majorité de ses patients proviennent de la métropole bordelaise, la polyclinique dispose d'une aire d'attractivité sur l'ensemble du département ainsi que sur certains départements limitrophes.

Ses parts de marché sur son aire d'attractivité ont progressé sur la période, passant de 8,1 % en 2018 à 9,5 % en 2022 en chirurgie complète et de 5,4 % à 6,8 % en chirurgie ambulatoire.

La gravité des patients traités dans la polyclinique est supérieure à la gravité moyenne des patients accueillis dans les cliniques privées de même taille.

Le mode d'entrée des patients montre que la polyclinique accueille plus de patients en provenance des urgences (28,4 %) que les cliniques privées de même taille (5,8 %).

La situation financière de la polyclinique est demeurée positive durant toute la période sous revue, avec un résultat net de 3,5 M€ et un chiffre d'affaires de 114 M€ en 2022.

## **2 LA PLACE DES URGENCES DE LA POLYCLINIQUE BORDEAUX NORD AQUITAINE AU SEIN DE LA MÉTROPOLE BORDELAISE**

### **2.1 L'amont des urgences sur la métropole bordelaise ne présente pas de caractère défavorable**

La démographie du territoire métropolitain est dynamique notamment par l'effet des mouvements d'entrée et de sortie, et la population jeune y est surreprésentée par rapport au reste de la région.

Les indicateurs de mortalité générale et prématurée sont plus faibles sur le périmètre de la métropole bordelaise qu'à l'échelle de la région même si en considérant plusieurs critères (chômage et emploi précaire, pauvreté, population vivant seule, logement), la précarité y est plus sensible qu'aux échelons départemental et régional.

La densité de praticiens généralistes et l'accessibilité aux soins sont globalement meilleures dans la métropole bordelaise qu'en France. Densité et accessibilité sont toutefois très inégales entre communes au sein de la métropole.

La permanence des soins ambulatoires (PDSA)<sup>1</sup> est structurée autour de neuf secteurs de proximité. Ces secteurs disposent toujours d'un médecin effecteur (médecin de garde) durant les horaires de PDSA. Il convient de relever que ces médecins intervenant durant les horaires de PDSA appartiennent tous à SOS Médecins.

Trois communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont constituées dans l'agglomération bordelaise mais de manière trop récente pour avoir pu structurer une relation avec le service d'aide médicale urgente (SAMU) dans l'organisation de la PDSA et de la prise en compte des soins non programmés.

Si des centres de soins immédiats se sont implantés récemment dans l'agglomération bordelaise, aucune maison médicale de garde n'existe dans la métropole à l'exception des centres de consultation de SOS Médecins, d'une maison de santé pluriprofessionnelle au sein de l'hôpital Saint-André et du concours d'un médecin généraliste dans le service des urgences de l'hôpital Pellegrin<sup>2</sup>.

Le service d'accès aux soins (SAS) fonctionne depuis avril 2021.

Le nombre d'appels entrants au centre 15 a très fortement progressé durant la période récente passant de 531 000 appels en 2017 à 816 000 appels en 2022 et les dossiers médicaux de régulation s'y répartissent environ pour moitié entre les filières de médecine générale et d'aide médicale urgente.

Le bilan réalisé par la délégation départementale de la Gironde (DD33) de l'ARS Nouvelle-Aquitaine fait également état d'une progression sensible du nombre de médecins généralistes girondins participant au SAS, leur part passant de 3 % en juillet 2022 à 26 % en juin 2023.

## **2.2 Le territoire de Bordeaux-Métropole est desservi par huit services d'urgence avec une part d'activité importante réalisée au sein des structures privées**

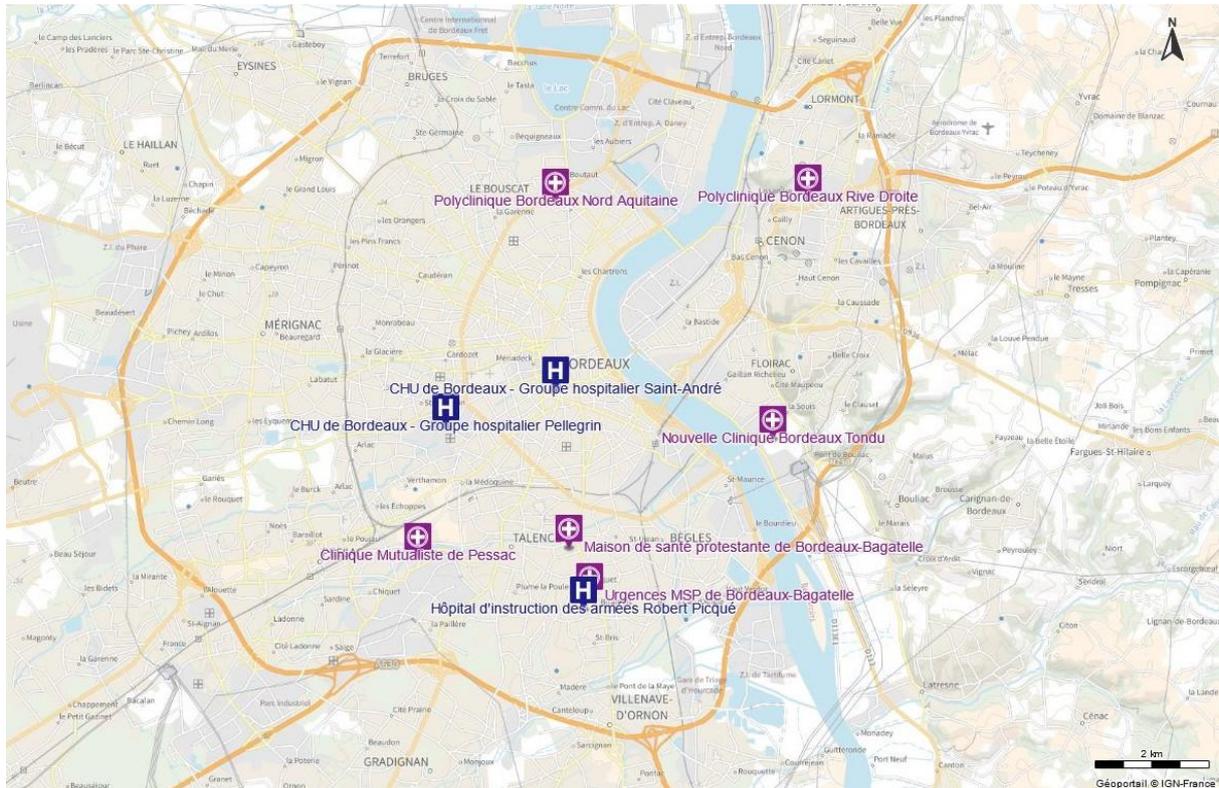
L'agglomération bordelaise dispose de huit structures des urgences autorisées (y compris les urgences pédiatriques sur le site de l'hôpital Pellegrin), se répartissant entre la rive droite (deux structures) et la rive gauche de la Garonne (six structures).

---

<sup>1</sup> Dispositif de prise en charge des demandes de soins non programmées par les médecins généralistes aux horaires de fermeture des cabinets libéraux. Sont considérés comme horaires de permanence des soins ambulatoires tous les jours de 20 h 00 à 07 h 59, les samedis de 12 h 00 à 19 h 59, les dimanches, les jours fériés et jours de pont.

<sup>2</sup> Les structures contribuant à la prise en charge des soins de premier recours citées dans cette partie sont définies en annexe n° 2.

### Carte n° 1 : situation des structures des urgences sur le territoire de Bordeaux-Métropole en 2023



Source : CRC NA, d'après les données extraites du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) publiées sur [data.gouv.fr](http://data.gouv.fr) et retraitées par Atlasanté – obtenu à partir du système d'information inter-régional en santé, [sirse.atlasante.fr](http://sirse.atlasante.fr), édité par Atlasanté et du géoservice « Ma carte », [macarte.ign.fr](http://macarte.ign.fr), édité par l'institut national de l'information géographique et forestière

L'activité en nombre de passages se concentre sur les structures de la rive gauche de la Garonne (87 % du nombre de passages en 2022<sup>3</sup>).

Depuis le transfert de l'autorisation détenue par l'hôpital d'instruction des armées (HIA) Robert Picqué vers la fondation Maison de Santé Protestante (MSP) de Bordeaux-Bagatelle, les deux services d'urgence adultes du CHU de Bordeaux sont les seules structures publiques, les cinq autres sont privées (dont deux établissements de santé privés d'intérêt collectif – ESPIC – la clinique mutualiste de Pessac et la MSP de Bordeaux-Bagatelle).

En 2022, les structures privées de la métropole dans leur ensemble ont comptabilisé 48 % des passages au sein des services d'urgence, situation atypique par rapport à la situation nationale (18 % des passages en établissements privés)<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> Comptabilisés sur huit structures, dont la structure des urgences pédiatriques du site de Pellegrin du CHU de Bordeaux, mais à l'exclusion des urgences cardiologiques du site de Haut-Lévêque du CHU de Bordeaux.

<sup>4</sup> « Les établissements de santé », panoramas de la Drees Santé, édition 2021, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

## **2.3 Une contribution territoriale identifiée au sein de la métropole bordelaise**

### **2.3.1 Une contribution territoriale dans le cadre de la sectorisation des patients régulés**

Dans le but de mieux répartir les flux entrants de patients aux urgences entre les différentes structures présentes dans la métropole de Bordeaux, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a arrêté fin 2022 un découpage en sept secteurs de l'agglomération, défini pour permettre une répartition relativement équilibrée des zones couvertes par chacun des services concernés.

La polyclinique couvre le secteur nord-ouest de la métropole regroupant, en 2023, 19 communes (dont une partie de Bordeaux) pour 222 000 habitants<sup>5</sup>.

Ce découpage s'adresse exclusivement aux patients régulés, avec notamment une liste de pathologies éligibles à un adressage direct aux urgences de l'hôpital Pellegrin qui abrite les disciplines de recours, les autres patients étant orientés en fonction de leur lieu de prise en charge.

Ce découpage a subi dans la pratique de nombreuses exceptions pour tenir compte notamment des situations de saturation déclarées par les différents services, voire de fermetures temporaires ou de procédures de régulation, procédures ayant concerné sous diverses formes quatre services des urgences de la métropole durant l'été 2023 selon le bilan établi par l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

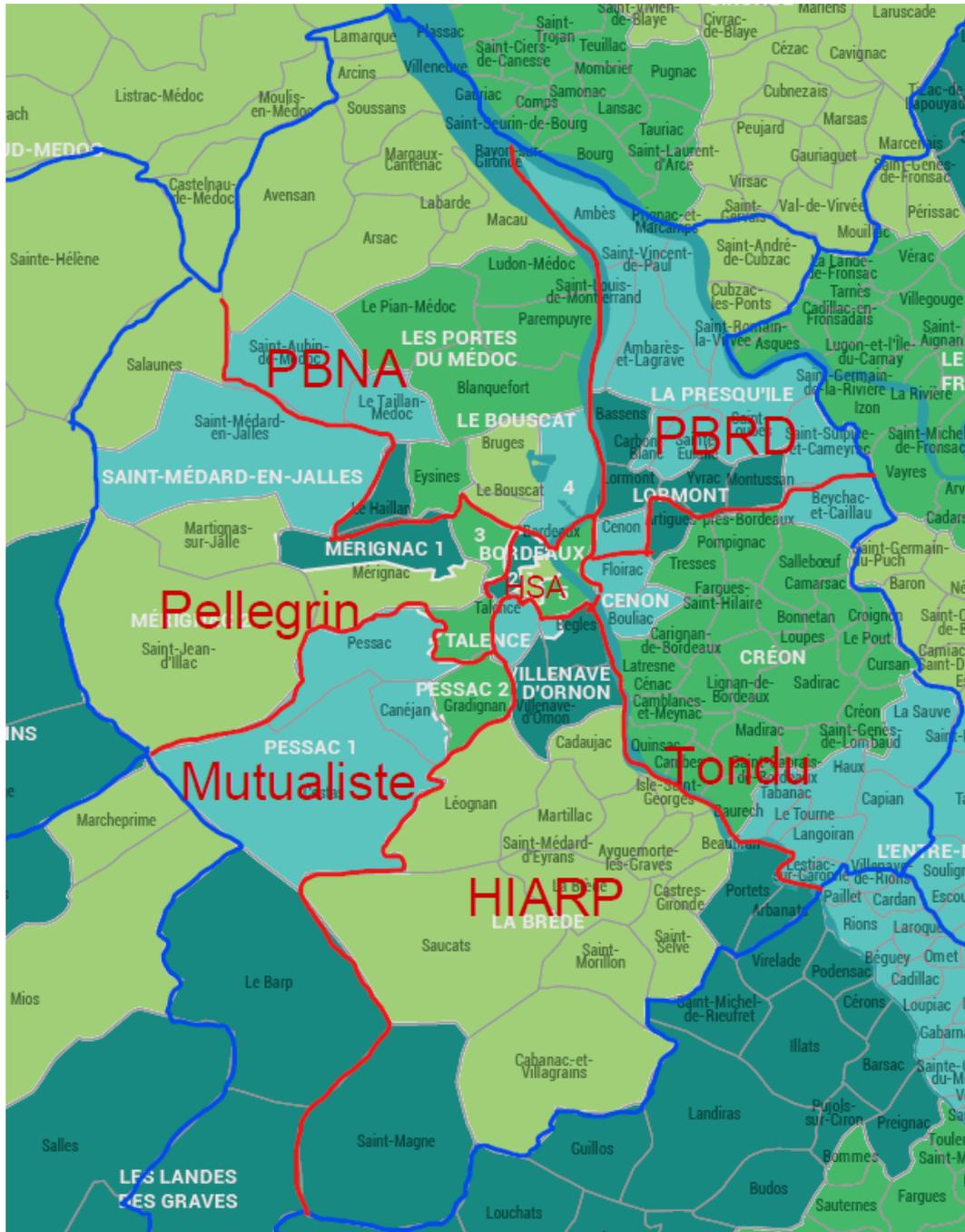
Il est cependant possible d'établir un bilan de la contribution de chaque structure à la prise en charge des urgences au sein de la métropole.

---

<sup>5</sup> Nombre de communes et estimation de population établis par la CRC NA à partir du découpage révisé, présenté devant le réseau territorial des urgences de Gironde réuni le 28 février 2023. Pour les communes dont le territoire est réparti entre plusieurs secteurs, c'est la dernière population infra-communale connue, soit la population 2020 par zone IRIS publiée par l'Insee qui est utilisée, à défaut de disposer de la population cantonale. Selon la sectorisation révisée début 2024, la polyclinique couvre désormais 22 communes dont 4 en rive droite.

**Carte n° 2 : sectorisation de l'activité des urgences dans la métropole bordelaise (février 2023)**

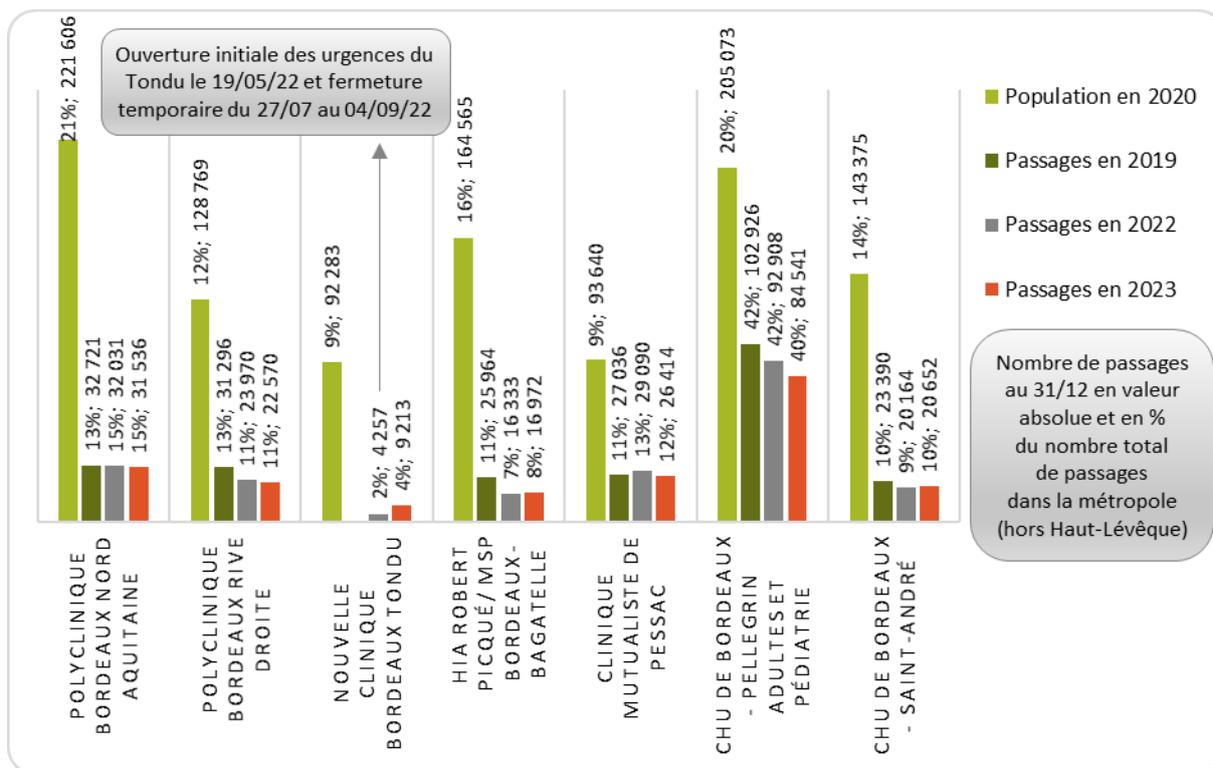
*N.B. : la carte de sectorisation a fait l'objet d'une révision début 2024, présentée en annexe n° 6.*



Source : ARS Nouvelle-Aquitaine

La comparaison entre le nombre d'habitants couverts au sein de chaque secteur et le nombre effectif de passages enregistrés laisse apparaître une contribution de la polyclinique (21 % des habitants et 15 % des passages en 2023) différente en proportion de la contribution des urgences de l'hôpital Pellegrin (20 % des habitants et 40 % des passages en 2023, en comprenant les urgences pédiatriques).

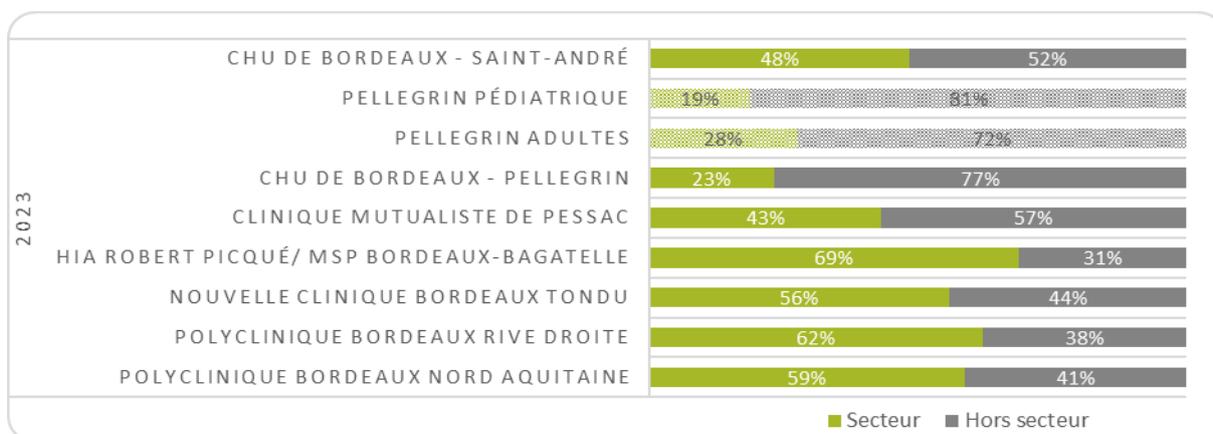
**Graphique n° 1 : nombre d'habitants relevant de chacun des services d'urgence selon la sectorisation et nombre de passages par service dans la métropole bordelaise**



Source : CRC NA, d'après l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) pour les données de population infra-communales 2020 (IRIS) ; le Géoportail pour le positionnement des IRIS comparé aux limites cantonales ; le répertoire opérationnel des ressources (ROR) Nouvelle-Aquitaine pour le nombre de passages

Cette approche peut être complétée par l'analyse de l'origine géographique des patients entrant dans les services des urgences de la métropole, sous la réserve méthodologique d'une identification par code postal de résidence des patients et non de leur lieu de prise en charge.

**Graphique n° 2 : répartition des passages par lieu de résidence des patients en 2023 (valeurs au 20 décembre)**



Source : CRC NA, d'après le ROR Nouvelle-Aquitaine

59 % du nombre de passages au sein du service des urgences de la polyclinique concernent ainsi des habitants de son secteur en 2023, en concordance des niveaux des autres établissements privés mais en forte différence avec l'hôpital Pellegrin dont seulement 28 % des passages aux urgences adultes relèvent de patients résidant dans son secteur.

Ces constats reposent logiquement pour partie sur le rôle d'appel de l'hôpital Pellegrin qui accueille, selon la charte de sectorisation, tous les patients devant bénéficier d'une prise en charge au sein de ses lits d'aval spécialisés (dans la filière neurologique notamment).

L'écart entre le pourcentage de population couverte au titre de la sectorisation et le pourcentage de passages effectifs s'est un peu réduit pour la polyclinique entre 2019 et 2023 compte tenu de la régulation à l'entrée des urgences de l'hôpital Pellegrin, mais illustre un rôle d'appel nettement marqué des urgences du CHU de Bordeaux.

Durant la période sous revue, la polyclinique n'a procédé à aucune restriction de capacités, celles-ci ayant affecté plusieurs établissements de la métropole bordelaise, notamment durant les étés 2022 et 2023. A titre d'exemple, la nouvelle clinique Bordeaux Tondu (NCBT) a suspendu son activité d'urgences du 27 juillet au 4 septembre 2022 et une dizaine de nuits dans l'été 2023.

### **2.3.2 Les caractéristiques de l'activité des urgences de la polyclinique**

Les données sur lesquelles s'appuient les observations suivantes sont présentées sous forme graphique en annexe n° 4 et introduites par une note explicative en annexe n° 3.

La qualité des données transmises à l'observatoire régional des urgences Nouvelle-Aquitaine (ORU NA) est satisfaisante.

#### ***L'évolution de l'activité***

L'activité des urgences de la polyclinique est marquée par une relative stabilité (+ 1 % en moyenne par an entre 2017 et 2022), à l'exception d'une année 2019 plus dynamique (+ 5 %) et de la période 2020-2021. En proportion, les effets de la crise sanitaire ont cependant été moins sensibles à PBNA qu'ailleurs (- 9 % de passages en 2020 par rapport à 2019 contre - 17 % en France et en Gironde, puis + 8 % de passages en 2021 contre + 14 % en France et en Gironde).

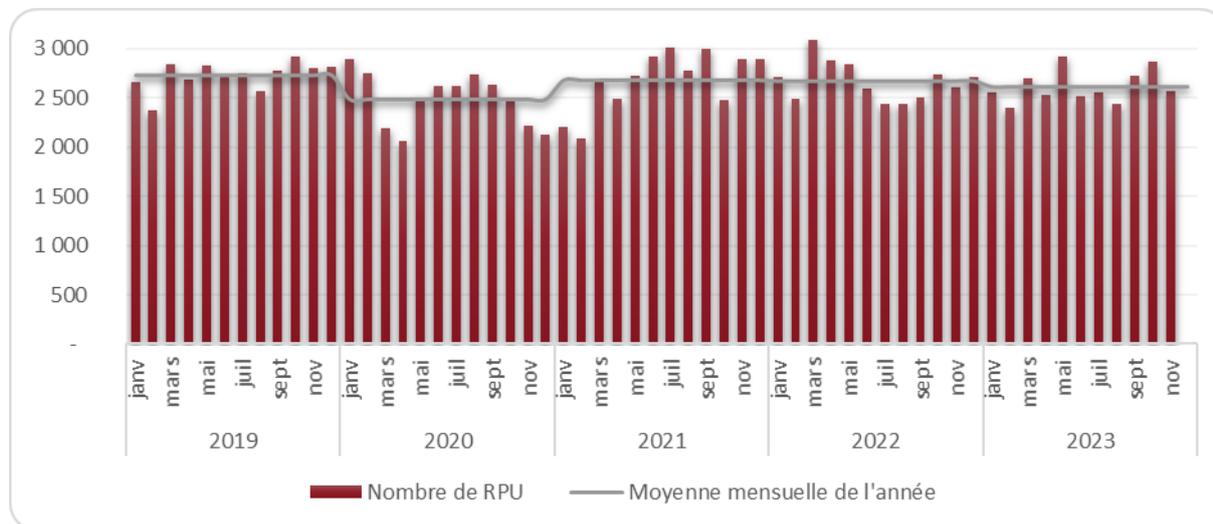
Contrairement à la tendance générale, la polyclinique a retrouvé dès 2021 un niveau proche de celui de 2019, mais son activité n'a plus progressé par la suite.

Étant considéré le dimensionnement de ses locaux et de ses équipes soignantes, la polyclinique retient la valeur de 90 passages par jour comme limite d'activité en conditions acceptables. Entre janvier et novembre 2023, cette valeur a été dépassée 124 jours contre 153 en 2019 et 139 en 2022 sur la même période. La valeur de 110 passages a toutefois été dépassée dix fois en 2023, dont six fois entre mi-septembre et mi-octobre 2023, contre quatre fois au total en 2019 et six fois 2022.

Cette concentration d'épisodes de saturation à l'automne 2023 explique la sensibilité des équipes de la polyclinique à ce sujet durant l'instruction et la relation de causalité qu'elles établissent avec une régulation des entrées aux urgences adultes de Pellegrin restée effective jusqu'à fin 2023. De fait, la fréquentation des urgences adultes de Pellegrin est restée inférieure à celle constatée antérieurement à cette période et proche du niveau observé à PBNA

(101 passages journaliers en moyenne à Pellegrin et 96 à PBNA entre le 15 septembre et le 14 octobre 2023).

**Graphique n° 3 : évolution du nombre de résumés de passage aux urgences (RPU)**



Source : CRC NA, d'après le ROR Nouvelle-Aquitaine

### ***La répartition temporelle de l'activité***

La répartition temporelle de l'activité montre une stabilité dans la part importante d'accueil réalisé durant les plages de PDSA. La proportion de passages en horaires de PDSA (46 % en moyenne sur la période 2017-2023) est comparable aux moyennes nationale, régionale et départementale.

### ***La durée moyenne de passage***

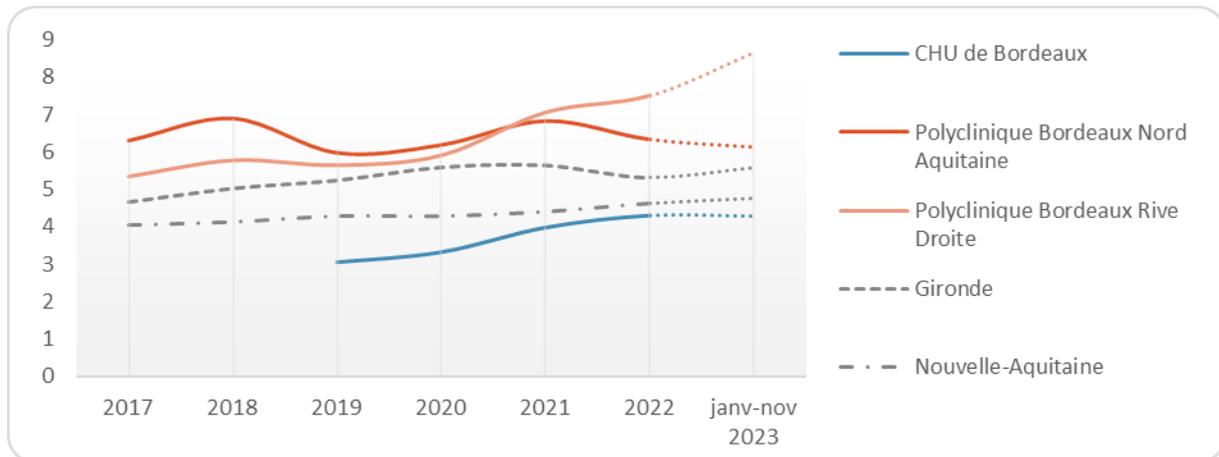
La durée moyenne de passage est plus élevée dans les urgences de la polyclinique qu'ailleurs, déterminée à la fois par une proportion de passages très courts (inférieurs à deux heures) moindre et une proportion de passages très longs (supérieurs à six heures) plus importante. Elle varie entre six heures et sept heures sur la période 2017-2023.

Les passages sont particulièrement longs lorsqu'ils donnent lieu à une hospitalisation et chez les patients âgés de 75 ans et plus, ce qui traduit des difficultés dans l'adressage d'aval notamment en gériatrie.

En dépit d'une définition normée de la durée moyenne de passage, la validité des comparaisons entre établissements souffre de biais méthodologiques dus à l'architecture logicielle du dossier patient informatisé (DPI) utilisé dans la structure aussi bien qu'aux pratiques de saisie des informations par les équipes (inclusion ou exclusion des temps de surveillance après prise en charge par exemple).

Concernant la polyclinique, l’instruction n’a en outre pas permis de corroborer la durée moyenne de passage par les délais moyens enregistrés pour les étapes successives de prise en charge (tri, médecin, sortie). Les données communiquées ne concordent pas, sans argument apporté pour expliquer les écarts.

**Graphique n° 4 : durée moyenne de passage (en heures) des patients admis aux urgences**



Source : CRC NA, d’après les panoramas annuels de l’ORU NA et de la FEDORU jusqu’en 2022 (chiffres clés 2022 de l’activité des services d’urgences de la FEDORU dans l’attente du panorama complet) – le ROR Nouvelle-Aquitaine pour 2023

### ***La typologie de l’activité***

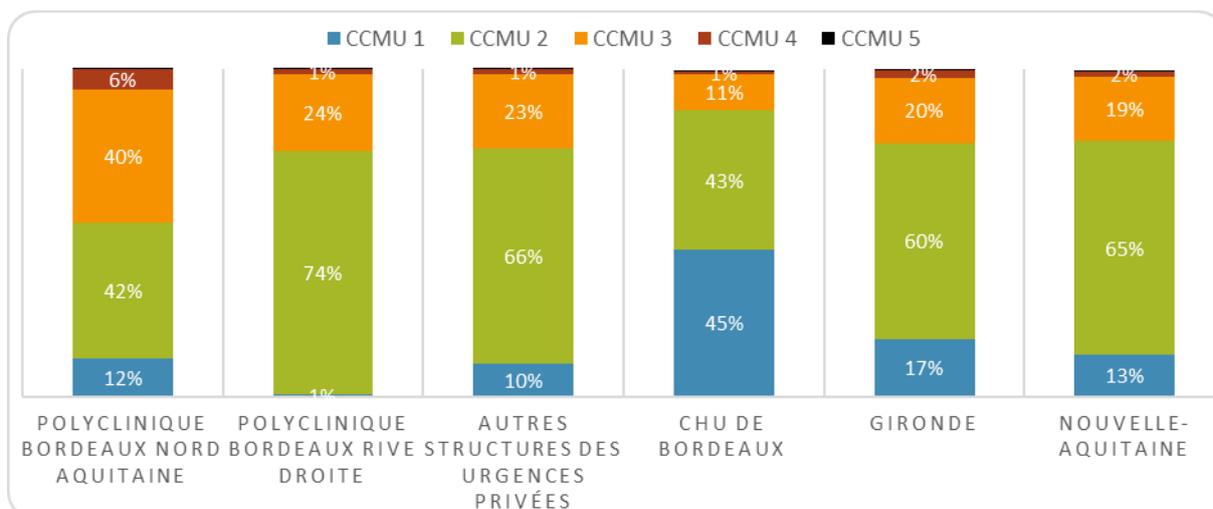
La patientèle des urgences de la polyclinique est en moyenne plus âgée qu’ailleurs (47 ans d’âge moyen entre 2017 et 2023 contre 39 ans au niveau national, 44 ans au niveau régional et 42 ans au niveau départemental).

La part de patients mineurs y est nettement inférieure à celle des autres structures d’urgence, en lien avec l’existence d’urgences pédiatriques spécialisées au CHU de Bordeaux, et diminue (de 14 % en 2017 à 9 % en 2023). La part de patients âgés de 75 ans et plus y est supérieure et augmente (de 15 % en 2017 à 18 % en 2023), tandis que la part de patients adultes de moins de 75 ans reste stable.

La répartition des passages selon la classification clinique des malades aux urgences (CCMU), qui classe les patients selon cinq degrés de gravité du plus faible (simple examen clinique) au plus élevé (pronostic vital engagé), est atypique.

La proportion de CCMU 1 et 2 (53 % en moyenne sur la période 2017-2023) est significativement plus faible qu’en Gironde et Nouvelle-Aquitaine, au profit de la CCMU 3 (40 % en moyenne). La CCMU 4 est surreprésentée (6 % en moyenne) et en augmentation (jusqu’à 11 % en 2023).

**Graphique n° 5 : répartition des prises en charge selon la CCMU en moyenne sur la période 2019-2023**

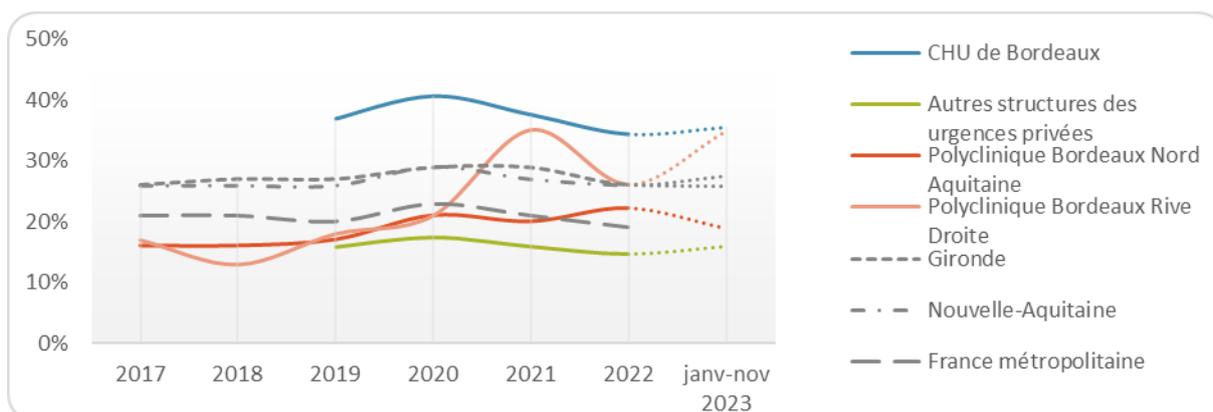


Source : CRC NA, d'après le ROR Nouvelle-Aquitaine

Le mode de sortie fait apparaître une plus faible part d'hospitalisations qu'ailleurs (19 % en moyenne sur la période 2017-2023 contre 27 % en moyenne départementale et régionale et 37 % au CHU de Bordeaux toutes structures agrégées).

Le moindre taux d'hospitalisation devrait limiter les difficultés de placement. La polyclinique est pourtant moins performante qu'ailleurs concernant les durées de passage avant hospitalisation (seulement 17 % de passages inférieurs à quatre heures parmi ceux donnant lieu à hospitalisation contre 36 % en moyenne nationale et 44 % en moyenne départementale et régionale sur la période 2017-2022).

**Graphique n° 6 : part des hospitalisations après passage dans les structures des urgences**



Source : CRC NA, d'après les panoramas annuels de l'ORUNA et de la FEDORU jusqu'en 2022 (chiffres clés 2022 de l'activité des services d'urgences de la FEDORU dans l'attente du panorama complet) – le ROR Nouvelle-Aquitaine pour 2023, les regroupements « CHU de Bordeaux » et « Autres structures des urgences privées »

### ***Les principales pathologies prises en charge***

Les diagnostics médico-chirurgicaux dominent dans tous les établissements, mais moins nettement dans les structures privées dans lesquelles la traumatologie prend une part plus importante qu'ailleurs.

C'est le cas à PBNA avec 58 % de diagnostics médico-chirurgicaux et 38 % de diagnostics traumatologiques en moyenne sur la période 2017-2022, alors que les moyennes nationale, régionale et départementale se situent entre 30 % et 33 % sur ce dernier type. Les pathologies digestives et cardio-vasculaires représentent ensemble 28 % des diagnostics et la traumatologie des membres supérieurs et inférieurs 22 % en moyenne sur la période 2019-2023.

### ***Les modes d'entrée***

Comme ailleurs, le mode d'entrée principal est la venue par transport personnel (68 % en moyenne sur la période 2017-2023). En fin de période, la part d'entrées par transport sanitaire augmente sensiblement et dépasse les moyennes régionale et départementale. Elle atteint 22 % pour les véhicules de secours et d'assistance aux victimes (VSAV ou véhicules pompiers) à partir de 2021 et 14 % pour les ambulances à partir de 2022.

Concernant les VSAV, le service départemental d'incendie et de secours (SDIS) de la Gironde fait état de temps d'attente avant admission très élevés en Gironde et plus particulièrement dans la métropole bordelaise.

La polyclinique affiche ainsi un temps d'attente important avant admission. En moyenne, 45 % des admissions en 2022 et 55 % entre janvier et mai 2023 se sont effectuées en plus de 30 minutes, seuil d'acceptabilité pour le SDIS. Ce temps d'attente s'ajoute à la durée moyenne de passage aux urgences.

Par ailleurs, les deux services d'urgence bordelais du groupe sont à l'origine d'une part prépondérante des réorientations de patients effectuées par le SDIS entre les structures des urgences de la Gironde. Elles ont représenté de 35 % en 2020 à 45 % en 2022 des transferts au départ (dont 18 % à 25 % pour PBNA), contre 7 à 12 % des transferts à l'accueil sur la même période (dont 3 à 7 % pour PBNA).

La majorité des transferts s'effectue du secteur privé vers le public, ce qui confirme le rôle d'appel du CHU de Bordeaux, alors même que le privé est quantitativement important sur le territoire de la métropole bordelaise (cinq des huit structures géographiques et 48 % des passages en 2022, en incluant le privé non lucratif).

### **3 LES MODALITÉS DE FONCTIONNEMENT DU SERVICE DES URGENCES DE LA POLYCLINIQUE**

#### **3.1 Présentation générale**

La structure des urgences de la polyclinique bénéficie d'une autorisation délivrée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine remontant au 7 juillet 2000, renouvelée tacitement le 21 mars 2017 et revalidée à la suite d'une visite de conformité en juillet 2021, consécutive à l'inauguration de nouveaux locaux cette même année.

La procédure de renouvellement de l'autorisation est en cours, le dossier de renouvellement ayant été déposé par la polyclinique le 20 juillet 2021, sans réponse pour l'instant de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, les échéances normales de renouvellement des autorisations ayant été repoussées pour cause de crise sanitaire.

Ce délai était lié à la perspective de publication de la version actualisée du décret d'autorisation des structures des urgences, l'ARS souhaitant logiquement que les nouvelles autorisations soient accordées dans le cadre réglementaire adopté par le décret n° 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence.

Le service des urgences est inclus dans le pôle médecine/maternité de la polyclinique, géré par un cadre supérieur de santé, sous la supervision du directeur des soins.

Un médecin coordonnateur qui exerce à titre libéral comme ses collègues, ainsi qu'une cadre de santé assurent l'encadrement de proximité du service.

#### **3.2 Les locaux**

Les locaux du service des urgences sont situés en rez-de-chaussée du bâtiment principal de la polyclinique, accessible depuis une voie publique.

Les locaux sont divisés en trois parties distinctes : une zone d'attente de 110 m<sup>2</sup>, une zone de prise en charge de 595 m<sup>2</sup> comprenant sept box standards et deux box d'accueil des urgences vitales (SAUV) ainsi que les PC médicaux et infirmiers, et une UHCD de huit lits avec PC infirmier de 265 m<sup>2</sup>.

Les locaux de prise en charge sont eux-mêmes divisés en deux zones : une zone principale et une zone distincte de taille plus réduite, appelée circuit court et destinée aux patients les plus légers.

Ces locaux ont été rénovés en 2021 et leur dimensionnement pour la partie urgences apparaît en rapport des préconisations contenues dans le référentiel de dimensionnement surfacique et préconisations architecturales pour les établissements publics de santé<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Publié en novembre 2022 par le conseil national de l'investissement en santé, préconisant de 90 à 120 m<sup>2</sup> de surface dans l'œuvre (SDO) par box avec un ratio de SDO/SU de 1,5.

### 3.3 Le circuit de prise en charge du patient

Le circuit patient respecte les bonnes pratiques dans les principales étapes de prise en charge du patient mais certains points d'attention méritent d'être relevés.

#### 3.3.1 Un respect global des étapes de prise en charge du patient

La zone d'entrée dans le service distingue bien une entrée patient couché permettant l'accueil des VSAV et une entrée patient venant par leurs propres moyens, avec deux zones d'attente distinctes, un bureau d'accueil administratif et un bureau d'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) desservant ces deux zones.

Chaque patient est ainsi vu par un IOA présent en continu, après l'enregistrement administratif réalisé par l'agent administratif d'accueil, fonction d'enregistrement également couverte en continu.

L'orientation du patient s'effectue ensuite vers un circuit de prise en charge :

- soit le circuit normal ;
- soit un circuit court pour les urgences les plus légères ;
- soit une zone d'attente couchée.

Concernant l'accès au plateau technique, le plateau d'imagerie est à proximité immédiate des locaux des urgences ce qui permet un transfert facile des patients.

Les examens de biologie sont disponibles en continu dans le cadre d'une convention de partenariat avec un laboratoire, dont une antenne est installée au sein des locaux de la polyclinique.

Concernant les effectifs paramédicaux, la maquette théorique prévoit six infirmiers de jour, cinq infirmiers de nuit et deux aides-soignants en continu.

#### 3.3.2 Des points d'attention

Il convient tout d'abord de relever que le circuit court ne fonctionne que sur une plage démarrant en fin de matinée jusqu'à 19 heures et hors week-end, la polyclinique ne disposant ainsi pas de sa capacité d'utilisation de circuit court durant les plages de PDSA.

Il convient de relever également que dans le cadre de la permanence des soins en établissements de santé, aucune garde sur place de radiologue n'est prévue, seule une astreinte à domicile couvre l'activité. Il n'existe pas non plus de garde de manipulateur en électroradiologie sur place en continu durant la nuit. Dans les cas jugés les plus urgents, un manipulateur d'astreinte à domicile peut revenir effectuer un cliché, transmis à un radiologue à domicile pouvant l'interpréter.

Il pourrait être observé que cette absence d'aval systématique d'imagerie peut entraîner un retard de confirmation de diagnostic, certes sur des cas peu graves mais au détriment du confort du patient qui doit attendre le matin pour bénéficier d'un diagnostic complet et donc d'une orientation définitive.

Concernant le système d'information, le service utilise le logiciel de suivi du patient commun à toute la polyclinique, sans logiciel métier dédié.

Si chaque box ou salle de soins est bien équipé d'un ordinateur pour accéder à ce logiciel, aucune donnée sur le nombre de patients présents dans le service ou sur le temps d'attente de chaque patient n'est en revanche disponible en affichage en temps réel, mais uniquement accessible aux soignants par l'intermédiaire du dossier patient informatisé. Ces données, notamment sur le temps d'attente, sont en revanche disponibles pour analyse *a posteriori*.

### 3.4 Les ressources humaines

#### 3.4.1 Le personnel non médical

Les effectifs non médicaux du service des urgences ont fortement progressé durant la période sous revue, passant de 30,43 équivalents temps plein rémunérés (ETPR) en 2017 à 46,75 en projection 2023, assurant ainsi une meilleure couverture de l'activité compte tenu de la tendance observée d'une stabilité du nombre de passages.

Graphique n° 7 : évolution comparée des effectifs non médicaux et de l'activité



Source : CRC NA, d'après PBNA

Si l'effectif des aides-soignants est resté stable sur la période autour de 10 ETPR, l'effectif infirmier explique à lui seul l'évolution globale en passant de 11,76 ETPR en 2017 à 24,89 ETPR en projection 2023.

Cette augmentation s'explique par un phénomène de rattrapage, la proportion d'infirmiers étant relativement faible en début de période, pour atteindre ensuite un niveau comparable, par exemple, avec la proportion d'infirmiers des services d'urgence adultes du CHU de Bordeaux.

Les secrétaires administratifs complètent l'effectif non médical et leur nombre passe de 6,23 ETPR en 2017 à 9,43 ETPR en projection 2023, une proportion relativement élevée (20 % de l'effectif en 2023), proche de la part des aides-soignants (23 % cette même année), la direction de la polyclinique précisant que cette augmentation est liée à la réforme de la facturation des urgences.

L'absentéisme connaît une évolution contrastée avec un premier temps d'augmentation entre 2017 à 2019 (de 7,05 % à 11,72 %), puis une diminution en 2020 à 8,31 %, situation atypique en période de crise sanitaire. La projection 2023 fait état d'une nouvelle forte progression à 12,92 % (sur la base de 8,15 % en 2022).

Cette évolution est globalement comparable en tendance à celle observée par exemple au sein du pôle urgences du CHU de Bordeaux qui enregistrait un taux de 6,9 % en 2017 et de 11,7 % en 2022.

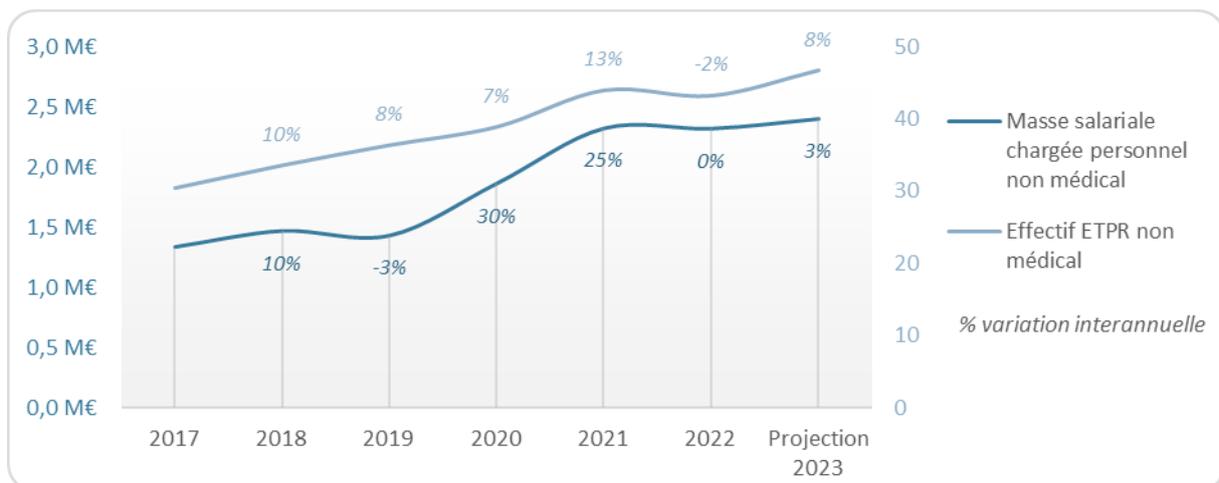
Si la polyclinique ne fait pas état de difficultés majeures à recruter du personnel paramédical au sein du service des urgences, il convient de nuancer cette approche en constatant que le taux de rotation connaît une très forte augmentation entre 2017 et 2020, en passant de 3,75 % à 38 %, puis reste à un niveau élevé en 2021 et 2022 ( respectivement 21 % et 31 %) avant de diminuer fortement en projection 2023 (8 %).

Au mois d'octobre 2023, deux postes d'infirmiers étaient ainsi vacants au sein du service et une grève du personnel paramédical a été observée durant une semaine au mois de juillet 2023, témoignant d'un ressenti de l'équipe soignante d'une trop forte activité par rapport à son dimensionnement.

Ainsi, si la polyclinique parvient à recruter des soignants au sein du service des urgences à hauteur de ses besoins, sans manque durable sur le planning théorique, ce taux de rotation élevé l'oblige à un effort de formation continu des personnels nouvellement arrivés chaque année.

La masse salariale du personnel non médical a évolué fortement durant la période sous revue, passant de 1,3 M€ à 2,4 M€ entre 2017 et la projection 2023.

**Graphique n° 8 : évolution de la masse salariale du personnel non médical**



Source : CRC NA, d'après PBNA

Une grande partie de l'évolution est adossée aux augmentations d'effectifs (+ 54 % en ETPR sur la période), la très forte progression de la masse salariale (+ 80 % sur la période) s'expliquant également par des effets prix à partir de 2020.

### 3.4.2 Le personnel médical

Les médecins présents au sein du service des urgences exercent tous dans le cadre d'un contrat d'exercice libéral conclu avec la polyclinique.

Les plannings prévoient une couverture médicale de trois médecins en journée la semaine (deux de 8 à 20 heures et un de 11 à 23 heures) et un de nuit (de 20 à 8 heures).

En week-end, la présence est réduite à deux médecins en journée et toujours un médecin de nuit.

Un complément de rémunération est par ailleurs versé par la polyclinique dans le cadre d'un contrat de travail distinct qui rémunère forfaitairement l'intervention des médecins urgentistes pour prendre en charge les situations d'urgence intervenant au sein de l'établissement<sup>7</sup>.

La chambre relève que les conditions d'application effective des dispositions de l'article D. 6124-3 du code de la santé publique, qui impose la présence en continu d'au moins un médecin au sein du service des urgences, ne sont pas respectées.

En effet, dans le cas d'un appel au sein de la polyclinique durant la nuit, le planning ne prévoyant la présence que d'un seul médecin, celui-ci est ainsi appelé à quitter, même temporairement le service des urgences, et le service ne satisfait plus alors aux obligations réglementaires précitées.

L'effectif de médecins présents a peu progressé durant la période sous revue, avec 12 praticiens exerçant une activité significative au sein du service<sup>8</sup>, la polyclinique ne faisant pas état de difficultés d'attractivité majeure même si le coordonnateur médical du service fait état d'une sensibilité accrue des jeunes praticiens sur le thème des conditions d'exercice.

Sur les 12 praticiens exerçant actuellement, sept sont titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) de médecine d'urgence, les autres praticiens étant détenteurs de capacités en médecine d'urgence.

Le planning mensuel requiert 1 248 heures<sup>9</sup> de présence médicale et les plannings individuels sont établis sur une base de répartition moyenne par praticien de 11 plages de jour par mois (dont un tiers sur la plage de 11 à 23 heures) et quatre plages de nuit.

En se basant sur une comparaison avec le temps de travail annuel des praticiens hospitaliers urgentistes, la polyclinique dispose ainsi d'un temps moyen disponible de huit équivalents temps plein urgentistes hospitaliers.

---

<sup>7</sup> Le montant de cette rémunération est de 142,50 € bruts pour 12 heures de garde, dans la limite de 10 journées par mois.

<sup>8</sup> 14 praticiens recensés au total en incluant les praticiens avec une activité discontinuée et limitée de remplacement durant la période sous revue.

<sup>9</sup> Planning théorique pour un mois type de quatre semaines constitué de cinq jours de semaine et deux jours de week-end.

Si l'on compare le nombre moyen de prises en charge de RPU par praticien, l'écart est très sensible avec le CHU de Bordeaux, dont le nombre moyen de passages par praticien est bien plus faible.

La rémunération des médecins est basée sur la perception d'honoraires liés à leur activité, dans le cadre d'un circuit de perception d'honoraires identique à celui des autres praticiens libéraux de la polyclinique (cotation des actes dans le dossier patient, établissement d'un bordereau de transmission à l'Assurance maladie par les services de la polyclinique, versement des honoraires par l'Assurance maladie à une association mandataire des praticiens de la polyclinique et réversion aux praticiens, déduction faite de la redevance perçue par la polyclinique).

Le montant total des honoraires bruts perçus par les médecins urgentistes a fortement progressé durant la période sous revue, passant de 1,5 M€ en 2018 à 2,2 M€ en 2022 (soit une augmentation de 44 % avec une très forte augmentation entre 2017 et 2019) alors même que l'activité en nombre de RPU n'a progressé sur la période que faiblement.

Le nombre moyen d'actes par passage a ainsi progressé sur la période, passant de 3,5 actes en 2019 à 5,8 en 2022, évolution corrélée à la mise en place du nouveau système de tarification en 2022, générant des actes supplémentaires pour valoriser les prises en charge les plus lourdes, et évolution renforcée par la forte augmentation de la part des CCMU 4 sur cette période.

Ainsi en 2022, ce sont 49 000 actes liés au nouveau système de tarification qui sont enregistrés (sur un total de 187 000 tous actes et consultations confondus à comparer aux 134 000 actes et consultations enregistrés en 2020).

La consultation pour CCMU 4 progresse en passant de 874 en 2020 à 1 699 en 2021 et 2 389 en 2022.

Si la moyenne des honoraires perçus est de 182 946 € par praticien en 2022, sa dispersion est forte, avec un maximum perçu par un praticien en 2022 de 271 500 €, un minimum de 56 000 € et une médiane à 178 500 €<sup>10</sup>.

Cinq praticiens sur 12 ont ainsi perçu plus de 200 000 € en 2022 dont deux au-delà de 250 000 €.

### 3.5 Les lits d'aval

À l'image de nombreuses autres structures des urgences au plan national, la polyclinique est également confrontée à des difficultés régulières de disponibilité de lits d'aval, dans des proportions cependant moindres que les structures du CHU de Bordeaux, compte tenu du plus faible taux de patients requérant une hospitalisation (cf. *supra*).

Le coordonnateur médical des urgences fait du reste état d'un dialogue généralement fluide entre le service des urgences et les services d'aval de la polyclinique.

---

<sup>10</sup> En ne retenant dans le calcul de la moyenne et de la médiane que les 12 praticiens ayant exercé une activité significative, à l'exception des praticiens remplaçants occasionnels.

Pour autant, l'aval de la polyclinique ne comprenant pas de lits de gériatrie et de soins de suite, le service des urgences est confronté à la nécessité de placement des patients requérant une hospitalisation dans ces disciplines au sein d'autres établissements de santé de l'agglomération bordelaise.

La nécessité de disposer de capacités d'aval en lits de gériatrie et lits de médecine polyvalente avait pourtant fait l'objet d'une demande expresse de l'ARS Nouvelle-Aquitaine dans le courrier du 12 avril 2012 faisant suite à la visite de conformité dans le cadre de la procédure d'autorisation.

La suite donnée avait consisté en un recrutement d'un médecin gériatre pour le suivi et le transfert des patients gériatriques, dans le cadre notamment d'un partenariat avec la Polyclinique Bordeaux Caudéran (polyclinique appartenant également au groupe GBNA Santé) sans que la création de capacités, pourtant souhaitée par l'ARS Nouvelle-Aquitaine dès 2012, soit rendue effective au sein de la polyclinique elle-même.

La polyclinique souligne la difficulté de placement en hospitalisation au sein d'autres établissements, de patients régulièrement suivis au sein de ces mêmes établissements, situation décrite également par les urgentistes du CHU de Bordeaux, ainsi qu'un manque de flexibilité horaire des transports sanitaires requis pour effectuer ces transferts.

La polyclinique est par ailleurs elle-même confrontée à la diminution de ses capacités d'aval compte tenu d'une difficulté d'attractivité en personnel paramédical au sein de ses unités d'hospitalisation.

Cette neutralisation de capacités s'est élevée à 30 lits depuis le début de l'année 2023 en chirurgie et 10 lits en gastro-entérologie, capacités qui devaient être rétablies, selon la polyclinique, fin 2023.

Le besoin journalier minimal en lits (BJML)<sup>11</sup> est en moyenne de 12 lits en 2023, avec un niveau respecté la plupart du temps mais soumis à l'effet verrou de patients bloqueurs de lits.

La polyclinique estime par ailleurs à 12 % de l'activité totale de chirurgie, en moyenne sur les deux dernières années, le volume d'activité issu des urgences de l'établissement.

Le service des urgences comprend une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de huit lits, servie par les médecins présents au sein du service des urgences et une équipe paramédicale qui elle, lui est dédiée.

Cette unité, qui comptait cinq lits jusqu'en 2020, avait été portée à huit lits pour faire face aux difficultés d'aval évoquées précédemment.

Ces difficultés de lits d'aval conduisent du reste à une utilisation extensive de cette unité, dont la durée d'hospitalisation devrait être de 24 heures selon les recommandations et dont la durée moyenne de séjour est très sensiblement supérieure, jusqu'à 7,8 jours en 2020 retombant ensuite à 1,9 jour en 2021.

Ce recours à l'UHCD est effectivement atypique selon les données transmises par l'ARS Nouvelle-Aquitaine, la polyclinique faisant partie des cinq établissements au plan national dont la proportion d'hospitalisations en UHCD dépasse 25 % du nombre de passages, avec une

---

<sup>11</sup> Fondé sur l'analyse des résumés de passage aux urgences, le BJML est un outil de prévision du nombre de lits nécessaires pour un service d'urgence, à une période donnée de l'année.

évolution significative de cette proportion au sein de la polyclinique (25 % en 2018, 27 % en 2019, 29 % en 2020 et plus de 30 % en 2021 et 2022).

Ces données ont eu un impact le montant de la dotation populationnelle allouée à l'établissement dans le cadre du nouveau régime tarifaire (cf. *infra*).

Dans ce contexte, l'établissement précise que l'ouverture d'une unité de post-urgence pour décharger l'UHCD est envisagée à court terme.

### 3.6 L'évaluation de la qualité

La polyclinique ne procède pas à une enquête de satisfaction spécifique au service des urgences, seule l'enquête e-Satis<sup>12</sup> couvrant l'ensemble de la polyclinique est renseignée.

Cette absence ne permet pas une mesure détaillée de la satisfaction des patients au sein du service des urgences, dans un contexte notamment marqué par des délais d'attente élevés.

Le bilan annuel de la direction qualité et gestion des risques fournit par ailleurs une information claire pour l'ensemble de la polyclinique, qui pourrait être reproduite à l'échelle du service des urgences.

Concernant les réclamations formulées, elles ont très fortement augmenté en 2020 (56 réclamations) et 2021 (85 réclamations), mais sont demeurées stables sur le reste de la période, avec une moyenne de 23 plaintes par an, soit en moyenne deux par mois, niveau relativement faible en le rapportant aux 2 700 passages mensuels en moyenne.

Cette évolution est identique concernant les fiches d'événements indésirables avec une augmentation continue du nombre de déclarations entre 2017 et 2020 (de 24 déclarations à 130), en diminution régulière ensuite (de 49 en 2021 à 16 en 2023), le service des urgences étant le deuxième service déclarant après le bloc central selon le bilan décennal effectué par la direction qualité en 2019.

La polyclinique explique notamment le pic de 2020 par les effets de la crise sanitaire, beaucoup de ces déclarations étant liées aux problèmes de manque de dispositifs de protection (masques, tenues).

Concernant les événements indésirables graves (EIG), un seul est répertorié en 2017, 2018, 2019 et 2021, 2 en 2020, 11 en 2022 et 3 en 2023.

Le tableau transmis par la polyclinique fait bien état des mesures correctrices apportées à la suite de la déclaration des EIG.

Concernant le pic de 2022, il convient de relever qu'à l'exception d'un, la totalité des EIG associés aux soins de l'année concernent un défaut d'orientation et de régulation, avec adressage à la polyclinique de patients ne relevant pas de ses disciplines d'aval, concernant des pathologies neurologiques et des polytraumatisés sévères.

La polyclinique précise que ces signalements ont été suivis de rencontres régulières avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine et la régulation, pour en limiter la survenue.

---

<sup>12</sup> Dispositif national de mesure en continu de la satisfaction et de l'expérience des patients grâce à des questionnaires fiables et validés par la Haute Autorité de santé.

### 3.7 Les finances

Les observations qui suivent s'appuient sur les données communiquées par la polyclinique et sont complétées de graphiques présentés en annexe n° 5. Les modalités de la réforme du financement des urgences introduite en 2021 et poursuivie en 2022 y font également l'objet d'une note explicative.

Durant la période examinée, la polyclinique présente une situation saine et dynamique sur l'ensemble des indicateurs financiers et ratios économiques.

Le pilotage économique s'effectue principalement au niveau du groupe dans le cadre d'une stratégie de développement des activités, qui induit pour les établissements un objectif d'équilibre global selon une approche plus volumétrique qu'analytique.

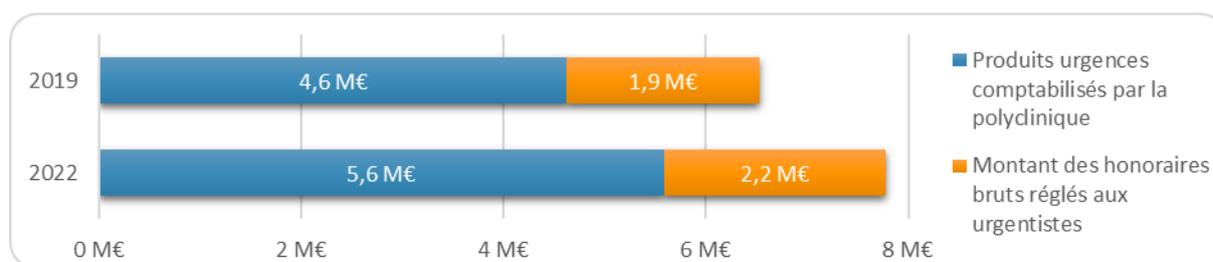
L'absence de comptabilité analytique paramétrée dans le système d'information empêche d'évaluer en continu la rentabilité par filière, activité ou service. Des études sont réalisées au cas par cas par le contrôle de gestion du groupe. Le périmètre des urgences a ainsi fait l'objet d'une analyse approfondie en 2017.

En routine, le suivi de l'activité urgences se limite à trois comptes de produits issus de la comptabilité générale du groupe.

En l'état, l'impact réel et durable de la réforme du financement des urgences est difficilement mesurable, plusieurs facteurs s'additionnant (activité, changement de modèle, évolution des tarifs et des coûts).

Pour autant, il est possible de mesurer l'évolution cumulée des ressources perçues par la polyclinique et des honoraires perçus par les praticiens à activité comparable<sup>13</sup>, qui s'établit selon le graphique ci-dessous.

**Graphique n° 9 : comparaison des ressources perçues entre 2019 et 2022**



Source : CRC NA, d'après PBNA – bilans comptables et tableau des honoraires

Pour la polyclinique, la facturation des séjours en UHCD est une composante déterminante de financement, représentant en moyenne 70 % des recettes du service jusqu'en 2021 contre 45 % en 2022. En effet, une partie des recettes rémunérant les séjours uniques en UHCD (dits « mono RUM ») a été transférée dans la dotation populationnelle au moyen d'une diminution des tarifs appliqués aux séjours concernés.

<sup>13</sup> Ressources de la polyclinique comprenant Assurance maladie, mutuelles et paiements directs par les patients / Honoraires bruts perçus par les médecins / 32 721 passages en 2019 et 32 031 en 2022.

Ce transfert a un effet revenu défavorable pour la polyclinique pour deux raisons. Il soustrait tout d'abord du périmètre des recettes réelles d'activité environ la moitié d'une masse de recettes tarifaires particulièrement dynamiques pour l'établissement.

D'autre part, les transferts UHCD ont été intégrés dans les enveloppes globales. Pour répartir l'enveloppe régionale entre les différents établissements du territoire, les ARS peuvent s'appuyer sur un référentiel national qui ne tient plus compte des recettes réelles mais des recettes moyennes<sup>14</sup>. Or, la polyclinique affiche une proportion de séjours en UHCD atypique<sup>15</sup> dont découle une valorisation économique très nettement supérieure à celle des autres établissements. Par conséquent, le montant simulé de sa dotation populationnelle se trouve fortement minoré par l'utilisation d'un référentiel moyen en deçà de sa pratique.

Pour atténuer ces effets, l'ARS Nouvelle-Aquitaine n'applique que partiellement le référentiel national et dans une moindre proportion pour les établissements désavantagés par ce nouveau système. De plus, la région bénéficiant du modèle de rattrapage mis en place au niveau national dans un objectif d'allocation équitable des ressources entre les régions en fonction des besoins de la population, elle dispose chaque année d'un reliquat important qu'elle redistribue à l'ensemble des établissements.

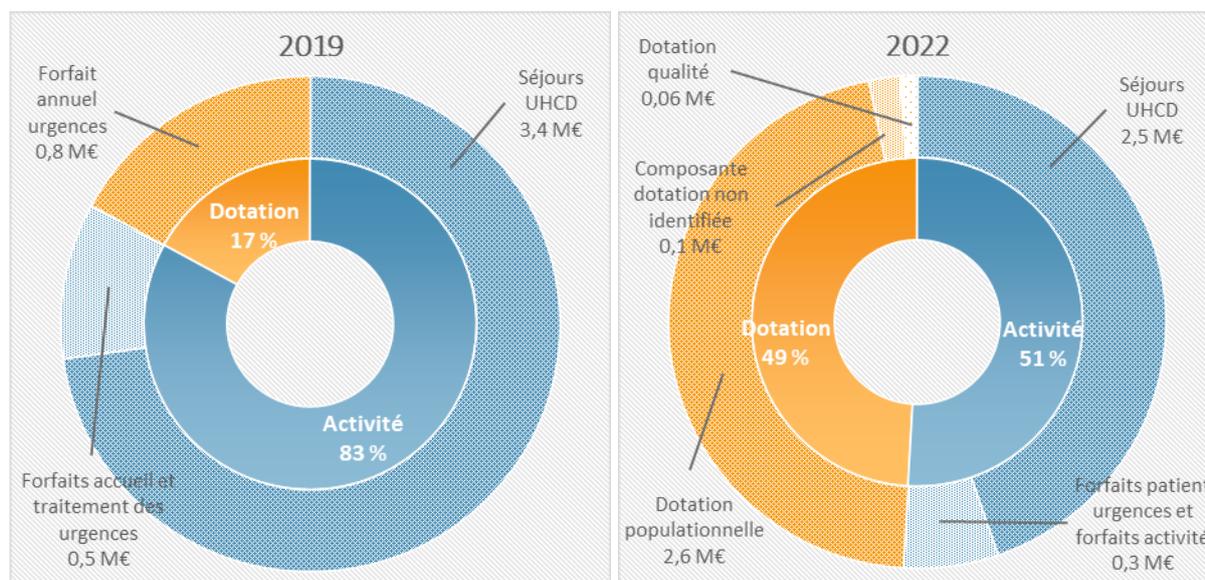
Le cumul de ces décisions a permis de limiter, jusqu'en 2023, la perte financière de la polyclinique par rapport à l'hypothèse non retenue d'une application intégrale du référentiel national, situation susceptible d'évoluer selon les arbitrages rendus par l'ARS Nouvelle-Aquitaine.

La réforme réduit l'autonomie de gestion et la visibilité de la polyclinique sur une part importante du financement de ses urgences.

---

<sup>14</sup> Pour les établissements privés lucratifs, à défaut d'un référentiel de moyens valorisés pertinent, il se fonde essentiellement sur les financements antérieurs et s'applique par tranches au nombre de passages.

<sup>15</sup> Selon les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), elle compte parmi les cinq établissements dont la part de passages en « mono RUM » UHCD dépasse 25 % du total des passages alors que la moyenne nationale des établissements privés lucratifs s'établit à 5 % en 2019. Les données d'activité issues des RPU de l'établissement donnent un taux bien inférieur, de 12 % en moyenne sur la période 2019-2023 (cf. annexe n° 4). L'instruction n'a pas permis d'expliquer cet écart.

**Graphique n° 10 : répartition comparée des recettes du service des urgences entre 2019 et 2022**

Source : CRC NA, d'après PBNA – « tableau financements urgences » et bilans comptables

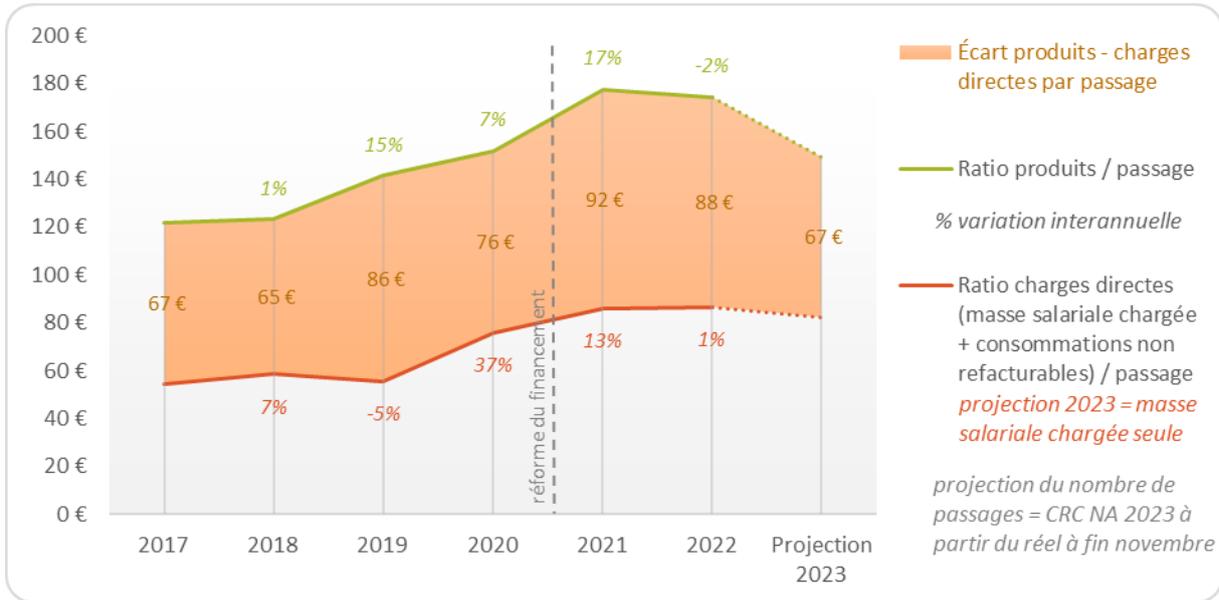
À défaut d'analyse détaillée, la situation économique du service peut être appréhendée de manière rudimentaire en rapportant les volumes connus de produits et de charges au volume de passages, toutes choses égales par ailleurs.

Le ratio de recettes par passage s'améliore en 2019, porté par une revalorisation tarifaire appliquée sur une activité dynamique. Il continue de s'améliorer en 2020 puis en 2021, avec des déterminants moins lisibles du fait de la crise sanitaire et de la réforme du financement des urgences.

L'établissement n'étant pas en mesure de retracer les charges indirectes imputables au service, il est impossible de calculer un coût du passage comme d'apprécier si la couverture des dépenses par les recettes s'améliore ou se détériore durant la période examinée.

Néanmoins le ratio de masse salariale par passage augmente et la polyclinique fait état d'un alourdissement de ses consommations, notamment énergétiques, pouvant présager une dégradation de l'équilibre économique du service en 2023 après une stabilisation en 2022.

**Graphique n° 11 : évolution comparée des ratios de produits et de charges directes par passage aux urgences**



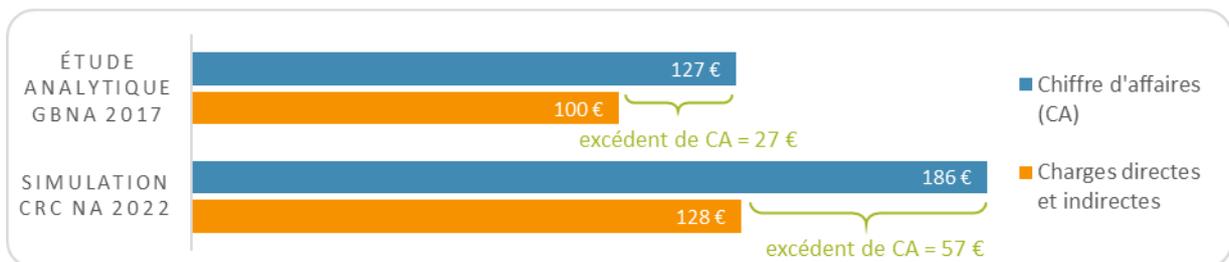
Source : CRC NA, d'après PBNA – fichiers « ETPR urgences », « consommations non refacturables urgences 2017-2022 », « tableau financements urgences » et bilans comptables ; le ROR Nouvelle-Aquitaine (résumés de passage aux urgences)

Afin de compléter la vision de la situation économique du service dans le cadre du nouveau mode de financement des urgences, l'équipe de contrôle a dupliqué la méthodologie analytique utilisée en 2017 en exploitant les données disponibles sur l'exercice 2022 (cf. annexe n° 5).

Le rapport entre le chiffre d'affaires dégagé par l'activité urgences et les charges imputables au service apparaît plus favorable dans la simulation 2022 réalisée par la chambre régionale des comptes qu'il ne l'était en 2017 dans l'étude produite par la polyclinique.

Ce résultat est à considérer avec prudence compte tenu, notamment, d'une référence basse en 2017 (l'établissement précisant que c'est la constatation de difficultés qui avait prévalu à la commande de cette étude), de la variation qualitative de l'activité (lourdeur croissante des prises en charge) et de l'incertitude quant aux évolutions définitives en 2023.

**Graphique n° 12 : comparaison des ratios de chiffre d'affaires et de charges par passage aux urgences en 2017 et 2022**



Source : CRC NA, d'après PBNA – fichiers « comptabilité analytique du service urgences 2017 », « ETPR urgences », « consommations non refacturables urgences 2017-2022 » et le compte de résultat 2022

## ANNEXES

Annexe n° 1. Signification des sigles.....	30
Annexe n° 2. Définition des structures contribuant aux soins de premier recours .....	31
Annexe n° 3. Note méthodologique sur les données d'activité.....	32
Annexe n° 4. Caractérisation de l'activité.....	34
Annexe n° 5. Approche économique.....	46
Annexe n° 6. Carte de sectorisation de l'activité des urgences dans la métropole bordelaise (2024).....	51

## Annexe n° 1. Signification des sigles

Sigle	Sigle développé
<b>ARS</b>	agence régionale de santé
<b>BJML</b>	besoin journalier minimal en lits
<b>CA</b>	chiffre d'affaires
<b>CCMU</b>	classification clinique des malades aux urgences
<b>CHU</b>	centre hospitalier universitaire
<b>CIM-10</b>	classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes - 10 <sup>ème</sup> révision
<b>CPTS</b>	communauté professionnelle territoriale de santé
<b>CRC NA</b>	chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine
<b>DD33</b>	délégation départementale de la Gironde (de l'agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine)
<b>DMP</b>	durée moyenne de passage
<b>DMS</b>	durée moyenne de séjour
<b>DP</b>	diagnostic principal
<b>DPI</b>	dossier patient informatisé
<b>Drees</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>EHPAD</b>	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>EIG</b>	évènement indésirable grave
<b>ESPIC</b>	établissement de santé privé d'intérêt collectif
<b>ETPR</b>	équivalent temps plein rémunéré
<b>FEDORU</b>	fédération des observatoires régionaux des urgences
<b>FIJ</b>	formation interjuridictions
<b>Finess</b>	fichier national des établissements sanitaires et sociaux
<b>HIA</b>	hôpital d'instruction des armées
<b>Insee</b>	institut national de la statistique et des études économiques
<b>IOA</b>	infirmier organisateur de l'accueil
<b>MCO</b>	médecine, chirurgie, obstétrique
<b>OMS</b>	organisation mondiale de la santé
<b>ORU NA</b>	observatoire régional des urgences Nouvelle-Aquitaine
<b>PDSA</b>	permanence des soins ambulatoires
<b>PMSI</b>	programme de médicalisation des systèmes d'information
<b>ROR</b>	répertoire opérationnel des ressources
<b>RPU</b>	résumé de passage aux urgences
<b>SAMU</b>	service d'aide médicale urgente
<b>SAS</b>	service d'accès aux soins
<b>SAUV</b>	salle d'accueil des urgences vitales
<b>SDIS</b>	service départemental d'incendie et de secours
<b>SMUR</b>	structure mobile d'urgence et de réanimation
<b>UHCD</b>	unité d'hospitalisation de courte durée
<b>VSAV</b>	véhicule de secours et d'assistance aux victimes

## **Annexe n° 2. Définition des structures contribuant aux soins de premier recours**

### **Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)**

Les maisons de santé pluriprofessionnelles sont des structures de soins de proximité qui regroupent des professionnels de santé médicaux notamment des médecins généralistes et paramédicaux comme des infirmiers, des kinésithérapeutes ou des orthophonistes. Les professionnels qui y exercent sont libéraux et bénéficient ainsi d'un cadre de travail collectif autour d'un projet médical partagé.

### **Maison médicale de garde (MMG)**

La maison médicale de garde assure la prise en charge et la continuité des soins par des médecins libéraux lorsque les autres structures médicales sont fermées. Elles organisent une permanence de garde se substituant aux médecins de ville en assurant des prestations de médecine générale, sur tout ou partie de la nuit et du week-end.

### **Centre de soins immédiats (CSI) ou centre de soins non programmés (CSNP)**

Les centres de soins immédiats ou centres de soins non programmés sont des centres médicaux dédiés à la prise en charge des soins non programmés, sans rendez-vous. Ce sont des structures libérales indépendantes dont les horaires d'ouverture, variables selon les centres, excluent généralement la nuit et tout ou partie du week-end.

### **Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)**

Créées en 2016, les communautés professionnelles territoriales de santé constituent un dispositif souple à la main des professionnels qui veulent travailler ensemble pour répondre aux besoins de santé spécifiques d'un bassin de population. Constituées à l'initiative des professionnels de santé, elles ont vocation à rassembler les acteurs de santé de leur territoire et doivent contribuer à une meilleure coordination de ces professionnels ainsi qu'à la structuration des parcours de santé des patients.

### **Annexe n° 3. Note méthodologique sur les données d'activité**

#### ***Sources et méthode***

L'enquête nationale conduite par la Cour des comptes porte sur les structures des urgences (SU) adultes mais inclut dans le panel le contrôle de structures polyvalentes, à l'instar de la Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine.

Afin de caractériser l'activité des urgences de la Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine, les données de la structure sont comparées aux données moyennes de France métropolitaine, de Nouvelle-Aquitaine et de Gironde, tous types d'établissements publics et privés et urgences générales, adultes et pédiatriques confondues, ce qui induit des biais lorsque les indicateurs dépendent du public accueilli compte tenu de l'inclusion des structures pédiatriques dans les moyennes géographiques. À titre d'illustration, l'âge moyen des patients des structures adultes sera nécessairement plus élevé que l'âge moyen des patients des structures mixtes et pédiatriques. Lorsque des écarts notables ont été identifiés, cela est signalé sur les représentations graphiques des données concernées.

Pour enrichir l'analyse, les données de la polyclinique sont comparées à celles des autres structures des urgences de la métropole bordelaise, à savoir les quatre structures des urgences du CHU de Bordeaux considérées ensemble avec la désignation « CHU de Bordeaux » (urgences adultes, pédiatriques et cardiologiques), la structure des urgences de la Polyclinique Bordeaux Rive Droite qui appartient au même groupe de santé que la Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine et fait également l'objet d'un contrôle par la même équipe, et les trois autres structures privées présentes dans le territoire considérées ensemble avec la désignation « Autres structures des urgences privées » (clinique mutualiste de Pessac, Nouvelle Clinique Bordeaux Tondu, hôpital d'instruction des armées Robert Picqué puis Maison de Santé Protestante de Bordeaux-Bagatelle).

Les sources utilisées sont les panoramas annuels de l'activité des services d'urgence publiés par la fédération des observatoires régionaux des urgences (FEDORU)<sup>16</sup> et l'observatoire régional des urgences Nouvelle-Aquitaine (ORU NA) sur leurs sites internet respectifs, ainsi que les tableaux de bord d'activité des urgences du répertoire opérationnel des ressources (ROR) Nouvelle-Aquitaine pour les données 2023 principalement.

Les données sont issues des résumés de passage aux urgences (RPU) transmis quotidiennement par les services d'urgence. Les données des RPU pouvant faire l'objet de corrections en année n ou n+1, les données relatives à l'année 2023 doivent être considérées comme provisoires.

---

<sup>16</sup> Pour les données nationales 2022, il s'agit toutefois de la publication « chiffres clés 2022 de l'activité des services d'urgences » de la FEDORU dans l'attente du panorama complet annoncé pour l'automne 2023.

**Les données des RPU utilisées dans ce rapport sont fournies par l'établissement et ne sont pas retraitées par l'ORU NA qui n'est pas responsable de leur exactitude. Elles ont été extraites entre septembre et décembre 2023.**

---

## *Définitions*

### Répertoire opérationnel des ressources (ROR)

Le répertoire opérationnel des ressources est le référentiel territorial de description des ressources sanitaires et médico-sociales.

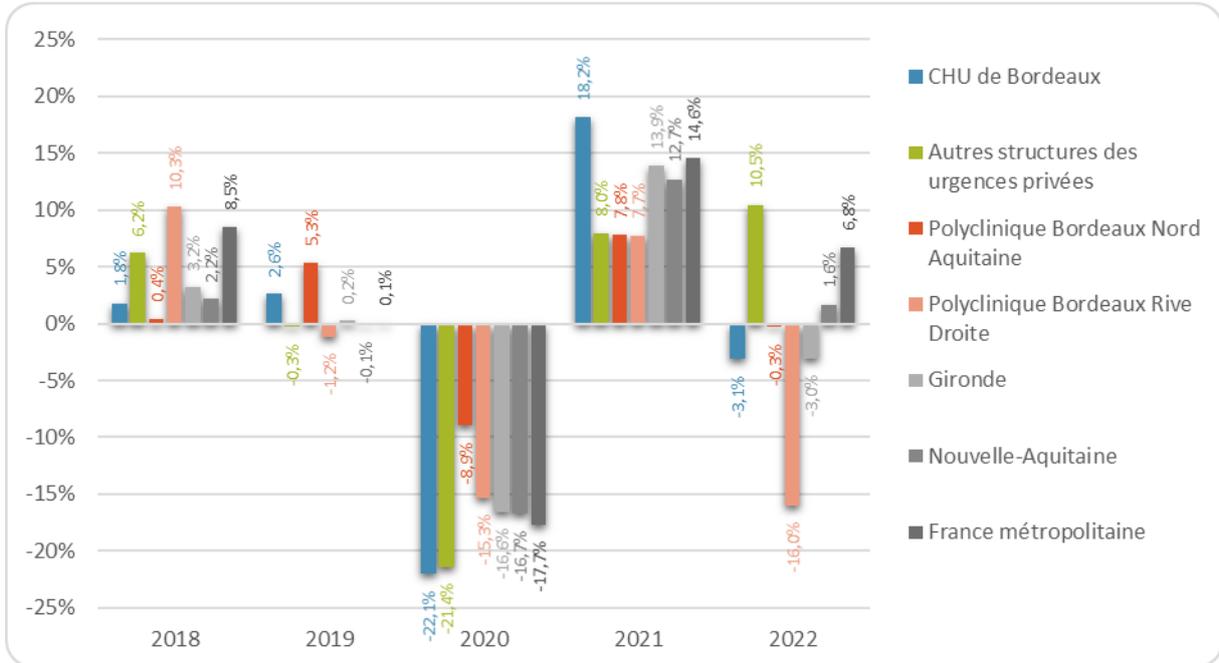
### Résumé de passage aux urgences (RPU)

Le résumé de passage aux urgences constitue un ensemble d'informations descriptives de l'activité des structures des urgences, selon un format national officiel défini par arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicales produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence.

Toutes les admissions informatiques réalisées au sein des services d'urgence doivent faire l'objet d'un envoi RPU. Les simples enregistrements aux urgences avant hospitalisation, les réorientations immédiates sans soins vers une maison médicale de garde ou un médecin de ville, ainsi que les « re-convocations » doivent donc figurer dans les RPU.

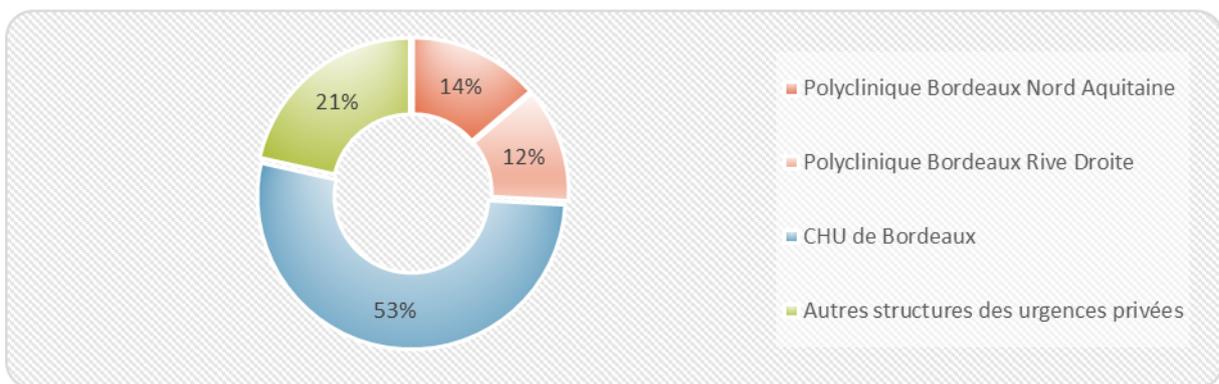
### Annexe n° 4. Caractérisation de l'activité

**Graphique n° 13 : variation interannuelle du nombre de résumés de passage aux urgences transmis**



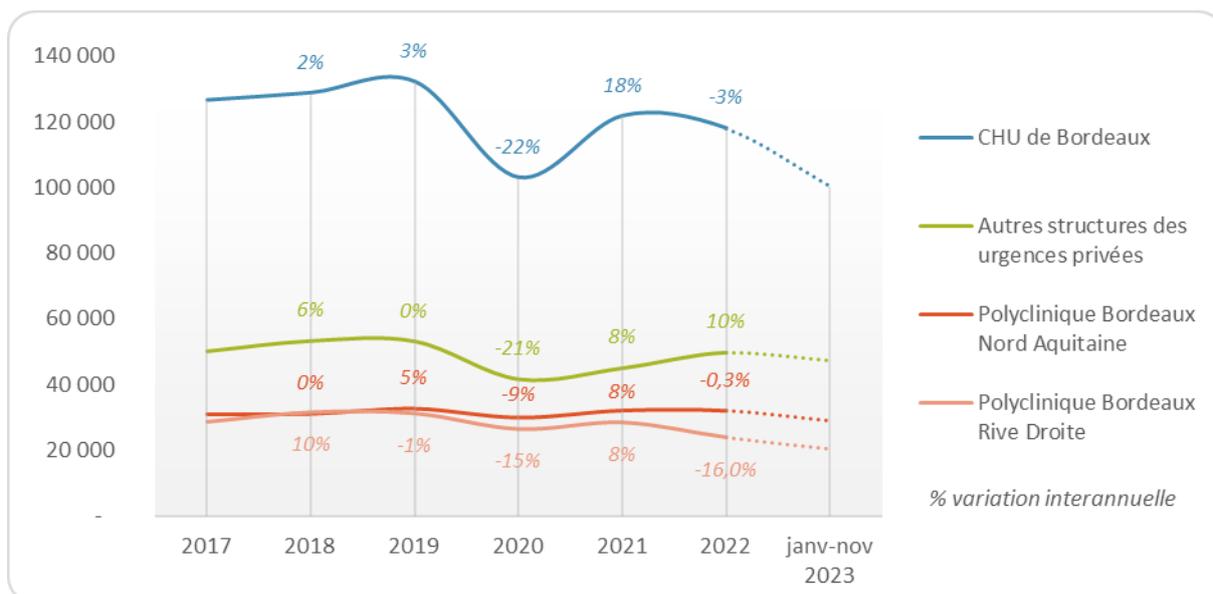
Source : CRC NA, d'après les panoramas annuels de l'observatoire régional des urgences Nouvelle-Aquitaine (ORU NA) et de la fédération des observatoires régionaux des urgences (FEDORU) jusqu'en 2022 (chiffres clés 2022 de l'activité des services d'urgences de la FEDORU dans l'attente du panorama complet)

**Graphique n° 14 : répartition des passages dans la métropole bordelaise entre 2017 et 2023**



Source : CRC NA, d'après l'ORU NA – panorama de l'activité des structures d'urgences 2017 et 2018 et le répertoire opérationnel des ressources (ROR) Nouvelle-Aquitaine

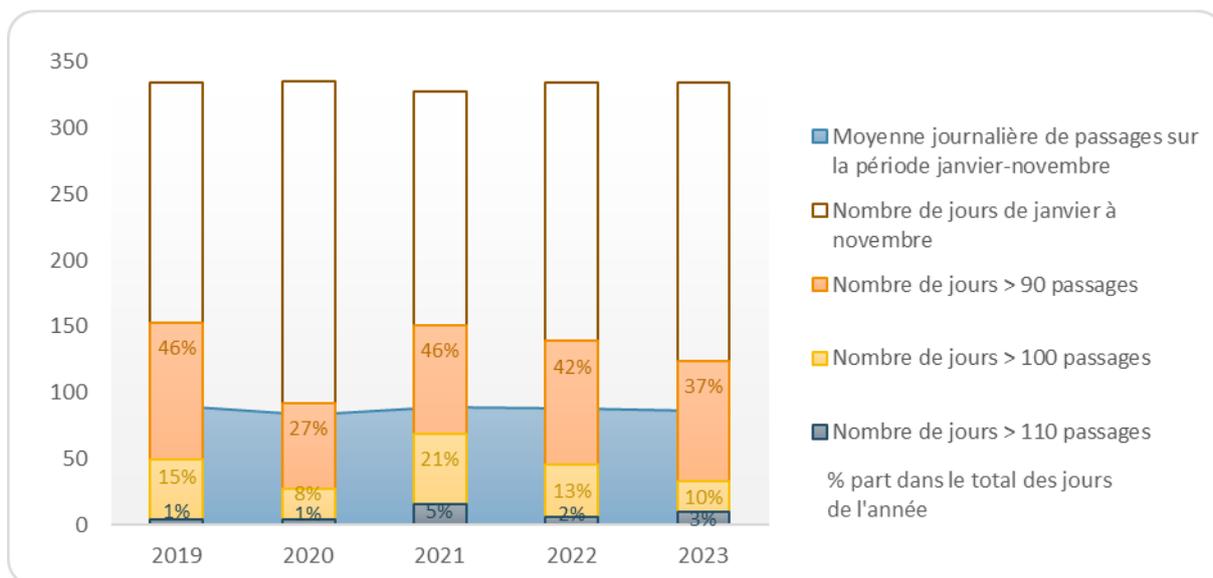
**Graphique n° 15 : évolution comparée du nombre de résumés de passage aux urgences dans la métropole bordelaise**



Source : CRC NA, d'après l'ORU NA – panorama de l'activité des structures d'urgences 2017 et 2018 et le ROR Nouvelle-Aquitaine

**Graphique n° 16 : comparaison du volume journalier de passages dans la structure des urgences de la Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine entre 2019 et 2023**

N.B. : en 2021, six jours sont neutralisés des calculs (absence de transmission des RPU en raison d'une cyberattaque intervenue au mois d'octobre).

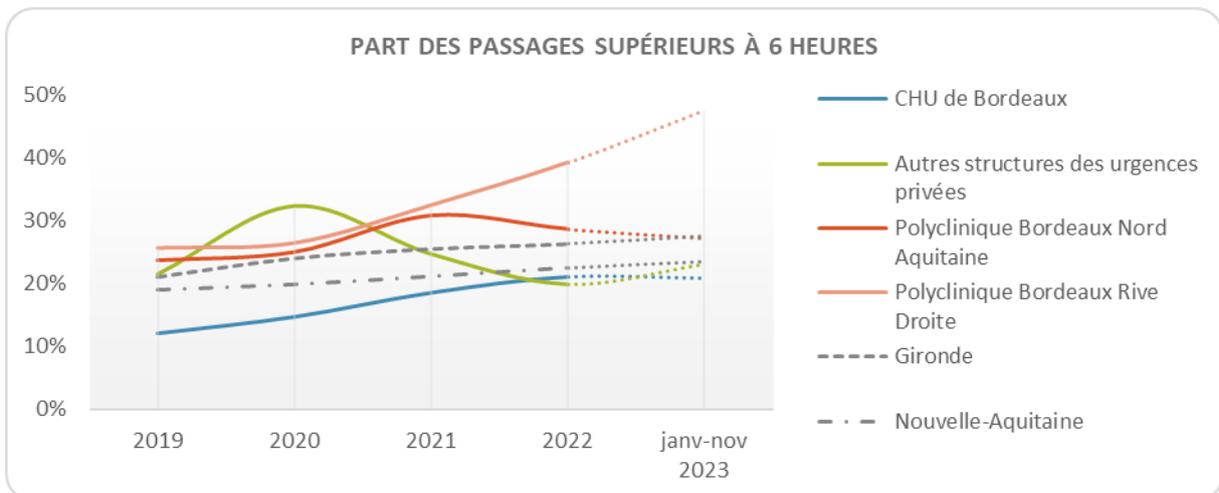
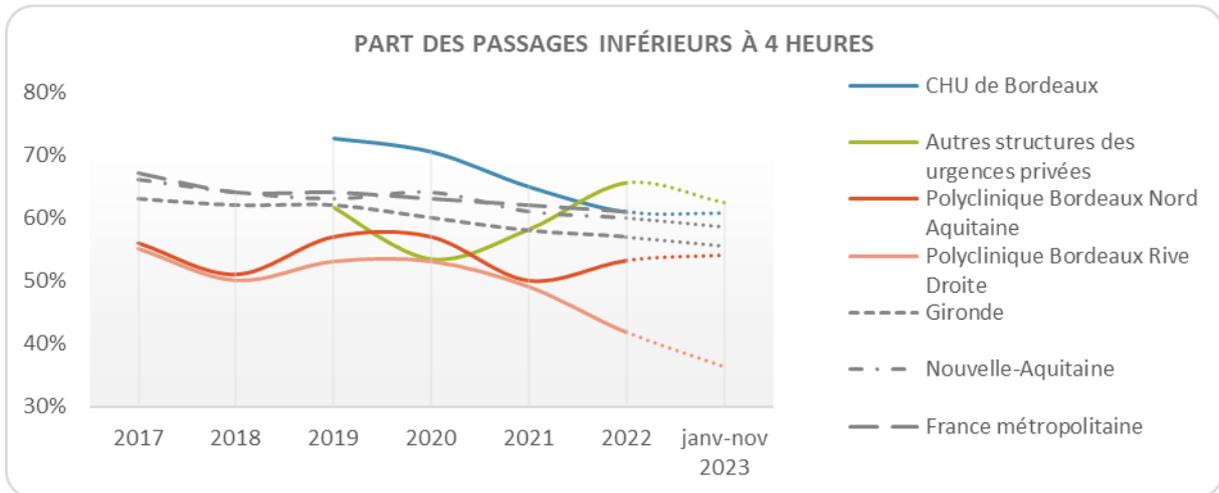
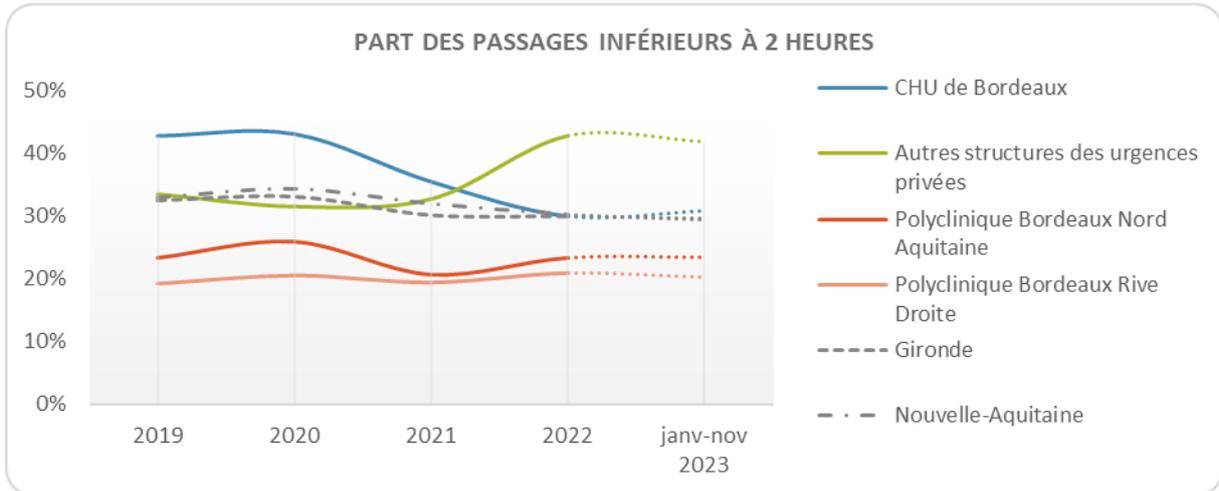


Source : CRC NA, d'après le ROR Nouvelle-Aquitaine

**Graphique n° 17 : part des passages aux urgences selon la durée**

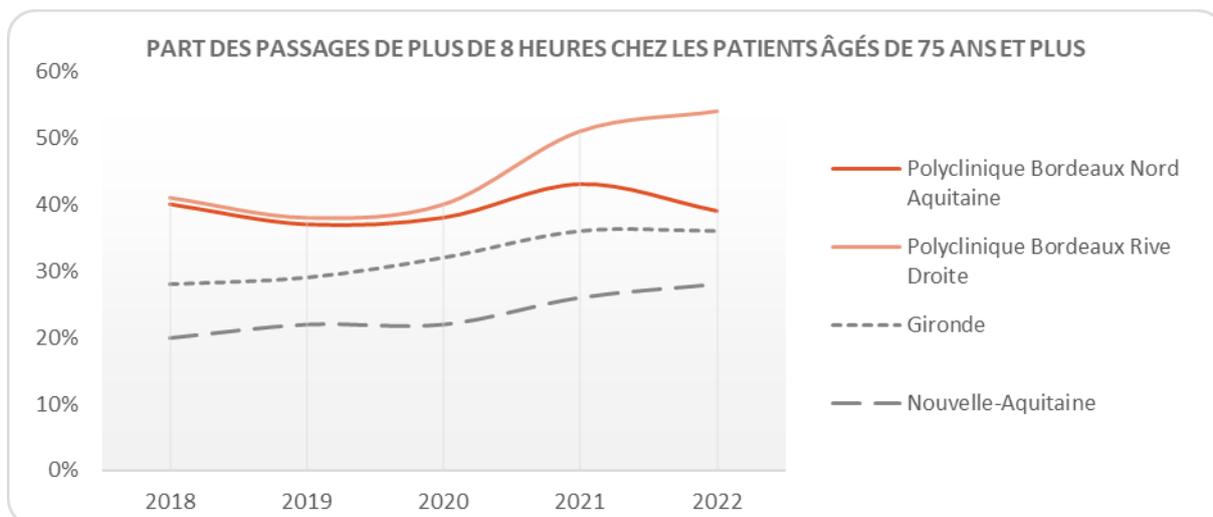
*N.B. : la durée de passage est entendue comme le délai en heures entre la date d'entrée (enregistrement administratif du patient) et la date de sortie (sortie de la zone d'accueil et de soins des urgences). Sont exclus du calcul les durées manquantes, négatives, nulles ou supérieures à 72 heures.*

*La durée de passage est plus élevée dans les services adultes que dans les services pédiatriques.*



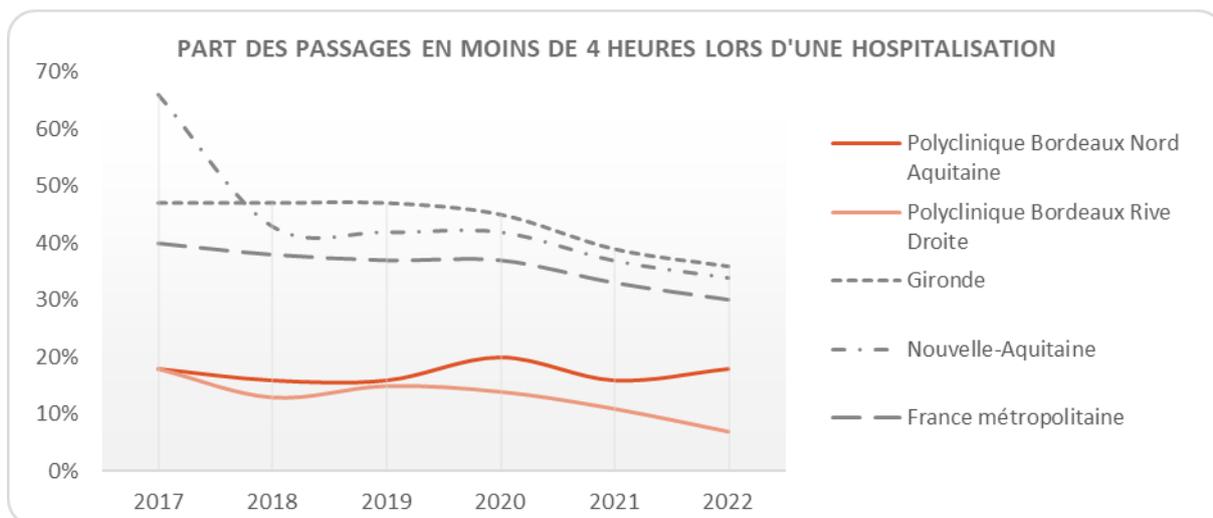
Source : CRC NA, d'après le ROR Nouvelle-Aquitaine

**Graphique n° 18 : durée spécifique de passage des patients âgés**



Source : CRC NA, d'après les panoramas annuels de l'ORU NA

**Graphique n° 19 : durée spécifique de passage pour les passages suivis d'hospitalisation**

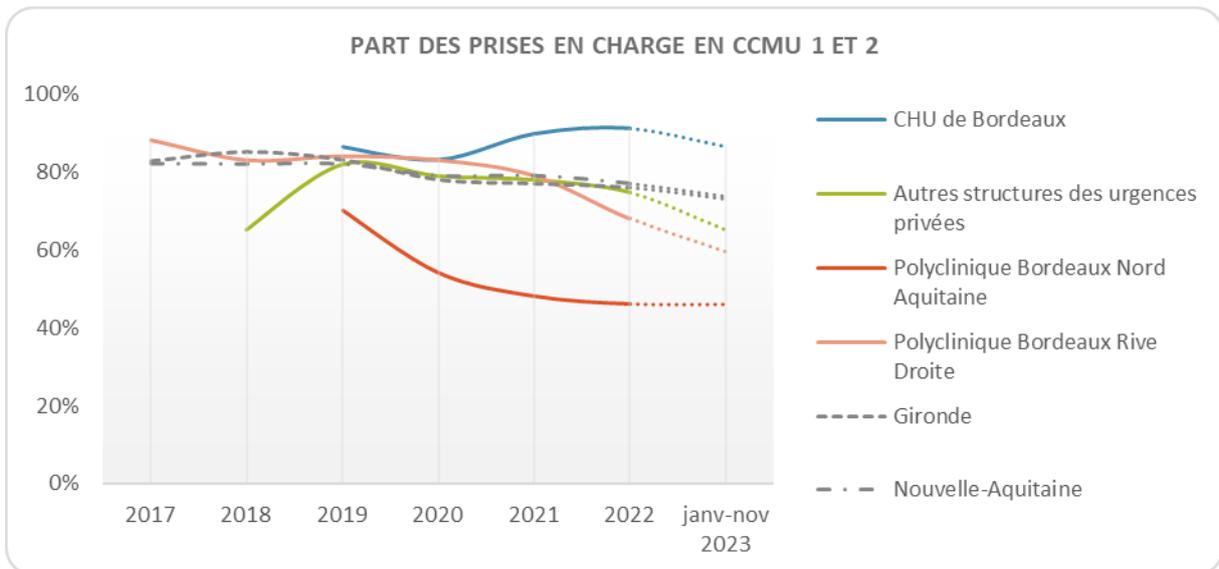


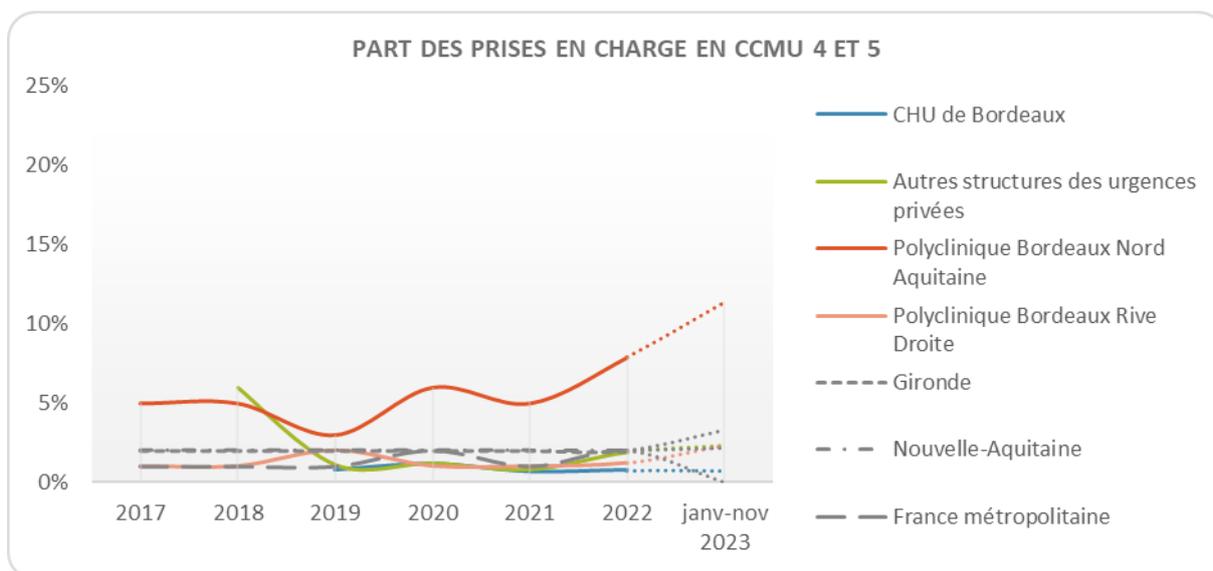
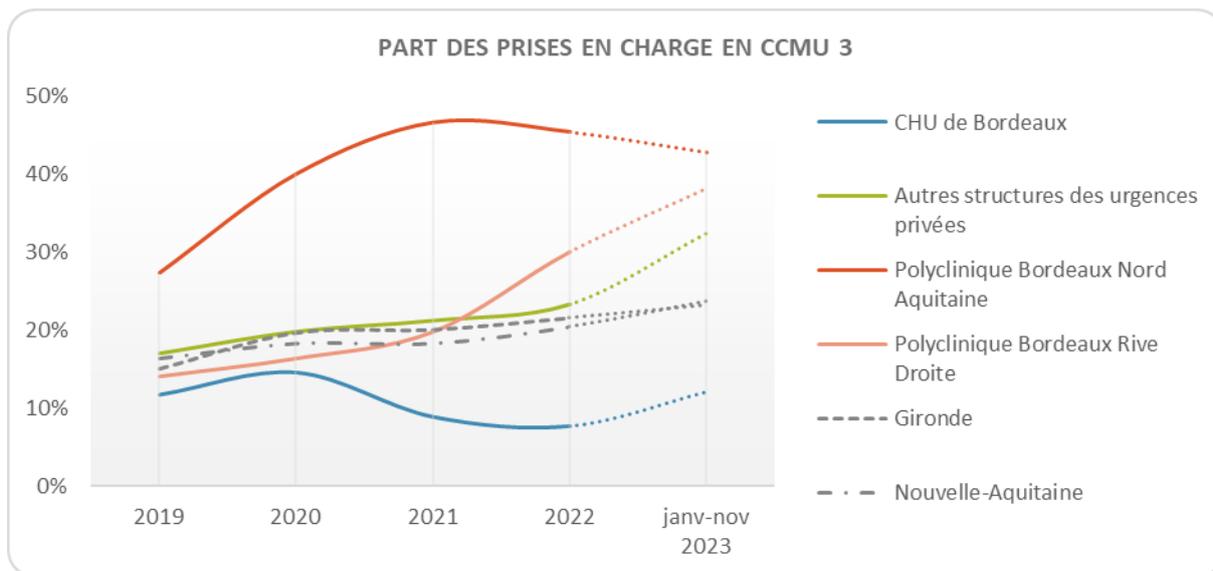
Source : CRC NA, d'après les panoramas annuels de l'ORU NA et de la FEDORU

**Graphique n° 20 : répartition des prises en charge dans les structures des urgences selon la classification clinique des malades aux urgences (CCMU)**

*N.B. : la CCMU enrichie classe les patients relevant de l'urgence préhospitalière (SMUR) et ou se présentant à l'accueil des urgences hospitalières selon sept degrés de gravité, déterminés par le médecin à l'issue de l'examen clinique initial et décrits dans le tableau ci-dessous.*

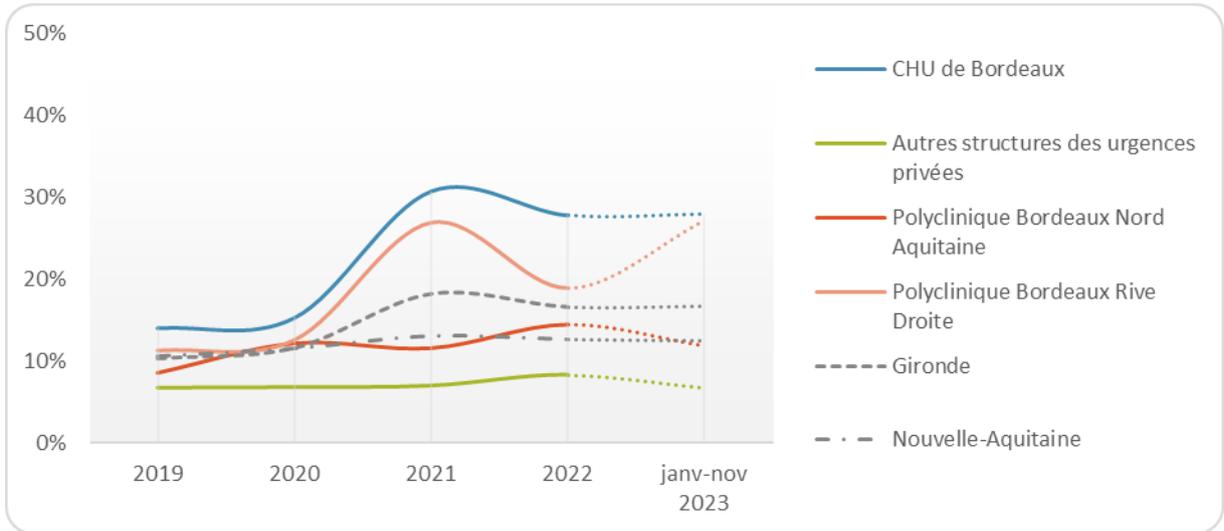
Code	Description
1	État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable après le premier examen clinique éventuellement complété d'actes diagnostiques réalisés et interprétés au lit du malade - abstention d'actes complémentaires ou de thérapeutiques
P	Idem CCMU 1 avec problème dominant psychiatrique ou psychologique isolé ou associé à une pathologie somatique jugée stable
2	État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable, réalisation d'actes complémentaires aux urgences en dehors des actes diagnostiques éventuellement réalisés et interprétés au lit du malade et/ou d'actes thérapeutiques
3	État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver aux urgences sans mettre en jeu le pronostic vital
4	Situation pathologique engageant le pronostic vital aux urgences sans manœuvre de réanimation initiée ou poursuivie dès l'entrée aux urgences
5	Situation pathologique engageant le pronostic vital aux urgences avec initiation ou poursuite de manœuvre de réanimation dès l'entrée aux urgences
D	Patient décédé à l'entrée aux urgences sans avoir pu bénéficier d'initiation ou poursuite de manœuvres de réanimation aux urgences





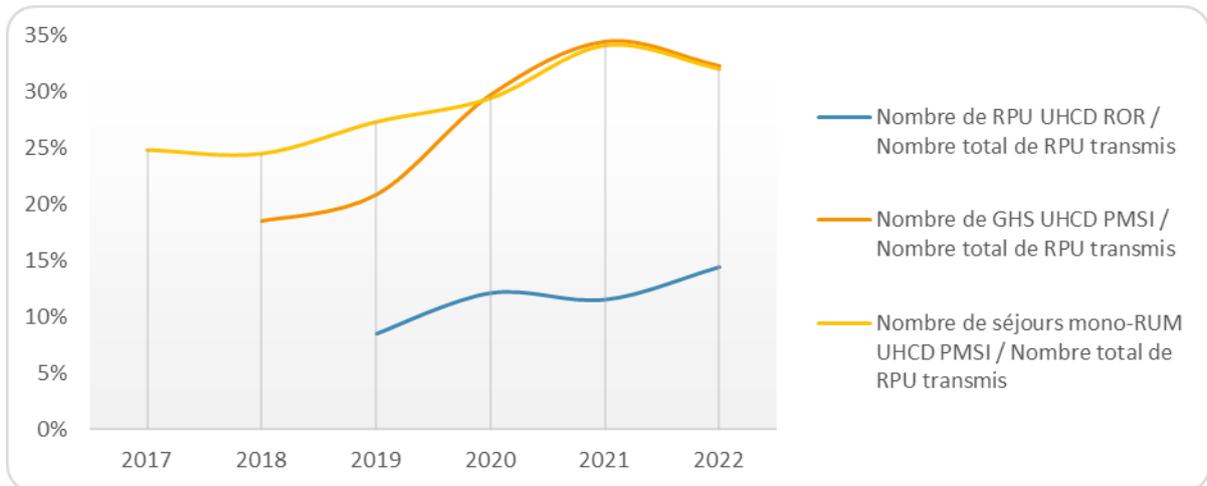
Source : CRC NA, d'après les panoramas annuels de l'ORU NA et de la FEDORU jusqu'en 2022 (chiffres clés 2022 de l'activité des services d'urgences de la FEDORU dans l'attente du panorama complet) – le ROR Nouvelle-Aquitaine pour 2023, les regroupements « CHU de Bordeaux » et « Autres structures des urgences privées » et les données relatives à la CCMU 3

**Graphique n° 21 : part des passages aux urgences donnant lieu à une orientation en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)**



Source : CRC NA, d'après le ROR Nouvelle-Aquitaine

**Graphique n° 22 : comparaison de la part de passages en UHCD dans le total des passages aux urgences de la Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine selon les sources de données**

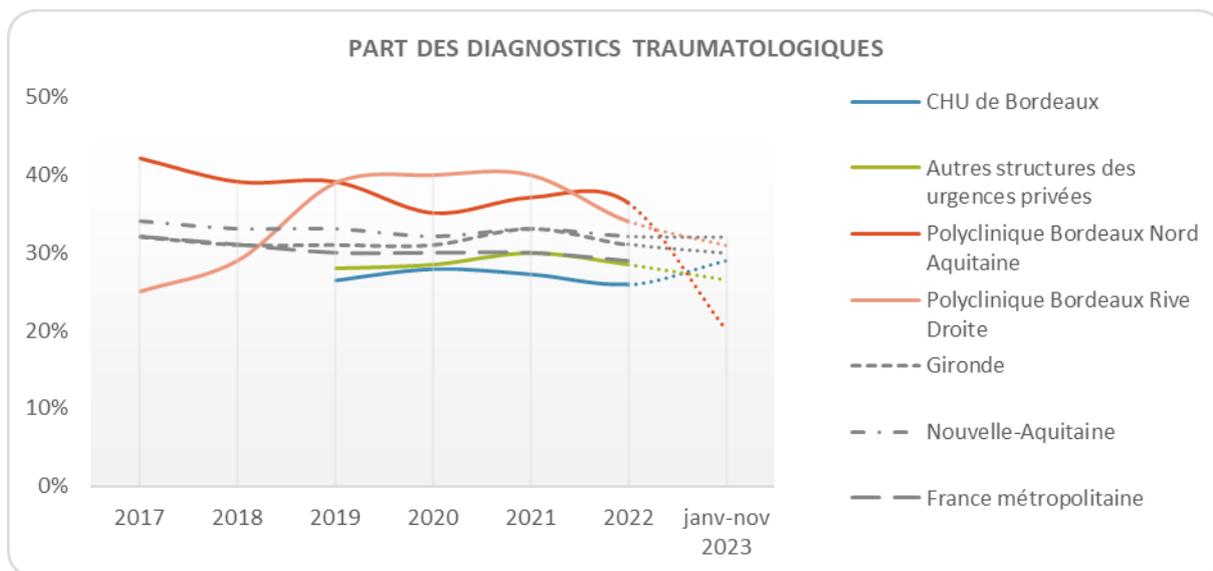
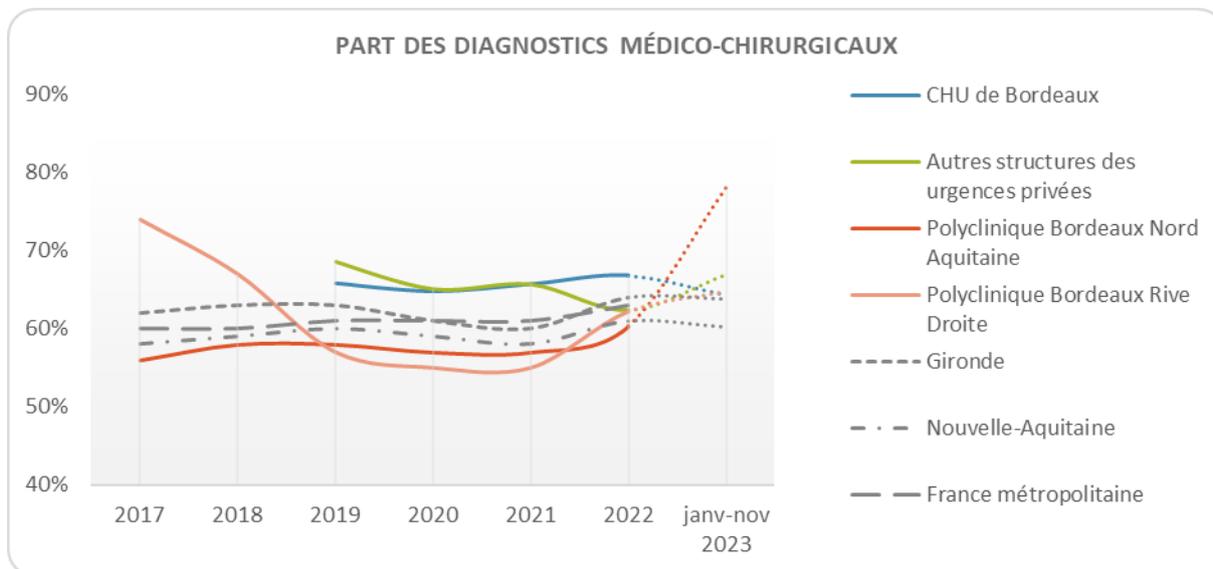


Source : CRC NA, d'après PBNA – fichiers « TCD 2017-2022 PMSI », « TCD 2017-2023 PMSI »\_et le ROR Nouvelle-Aquitaine

**Graphique n° 23 : répartition des prises en charge dans les structures des urgences selon le type de diagnostic principal**

*N.B. : le diagnostic principal correspond à l'affection ou au problème dont la prise en charge a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant, selon la classification internationale des maladies CIM-10.*

*La part des diagnostics médico-chirurgicaux est plus importante dans les services adultes que dans les services pédiatriques, à l'inverse des diagnostics traumatologiques.*



Source : CRC NA, d'après les panoramas annuels de l'ORU NA et de la FEDORU jusqu'en 2022 (chiffres clés 2022 de l'activité des services d'urgences de la FEDORU dans l'attente du panorama complet) – le ROR Nouvelle-Aquitaine pour 2023, les regroupements « CHU de Bordeaux » et « Autres structures des urgences privées »

**Tableau n° 1 : répartition des prises en charge dans les structures des urgences selon le sous-chapitre CIM-10\* du diagnostic principal**

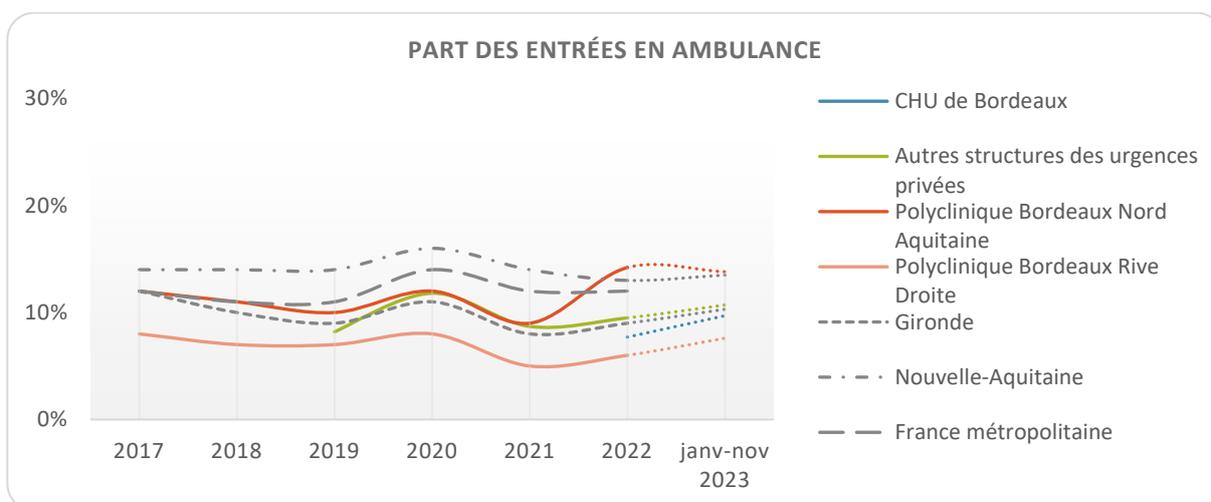
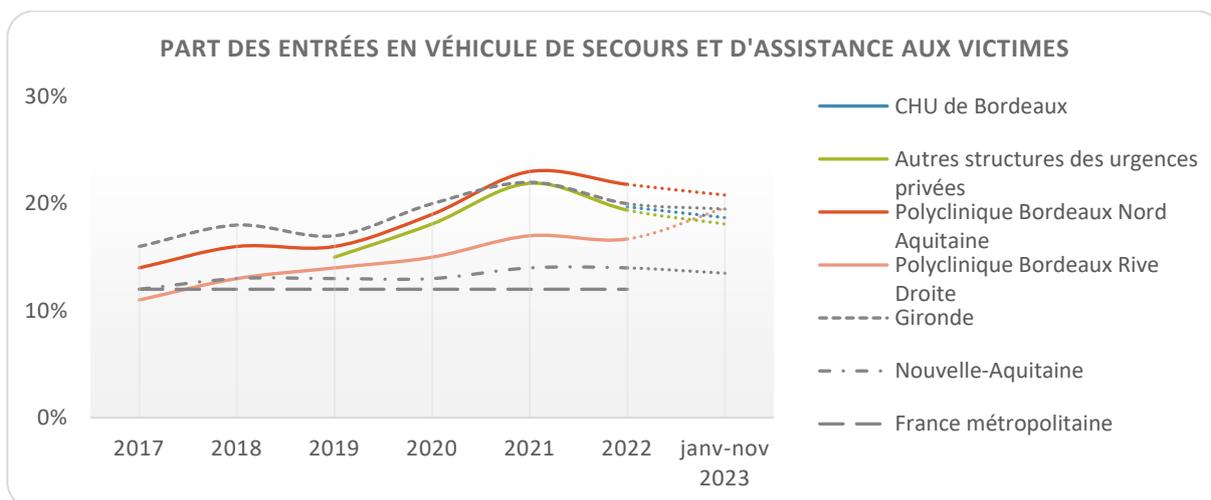
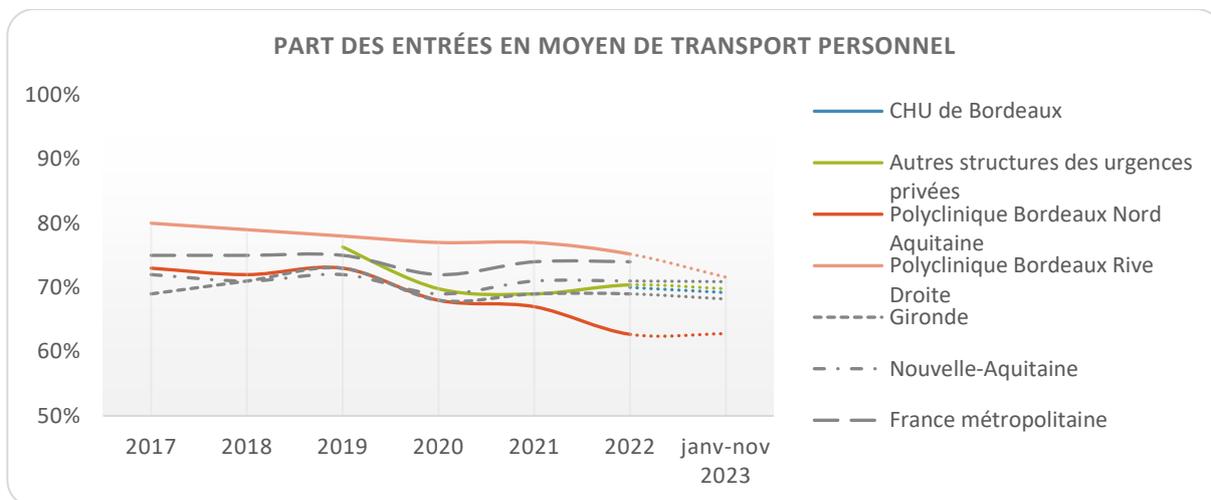
*CIM-10 = 10<sup>ème</sup> révision de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)*

<i>En % du total de RPU avec un DP exploitable sur la période 2019-2023</i>	<b>Polyclinique Bordeaux Nord Aquitaine</b>	<b>Polyclinique Bordeaux Rive Droite</b>	<b>CHU de Bordeaux</b>	<b>Autres structures des urgences privées</b>	<b>Gironde</b>	<b>Nouvelle-Aquitaine</b>
Douleurs abdominales, pathologies digestives	17%	15%	12%	11%	12%	11%
Traumatologie du membre inférieur	11%	13%	6%	11%	9%	10%
Douleurs thoraciques, pathologies cardio-vasculaires	11%	5%	4%	5%	6%	6%
Traumatologie du membre supérieur	10%	15%	7%	9%	10%	12%
Douleurs pelviennes, pathologies uro-génitales	7%	10%	5%	6%	6%	7%
Traumatologie autre et sans précision	7%	1%	5%	1%	2%	1%
Signes généraux et autres pathologies	6%	3%	4%	3%	4%	5%
Dyspnées, pathologies des voies aériennes inférieures	5%	4%	6%	4%	6%	5%
Traumatologie de la tête et du cou	4%	7%	8%	6%	7%	7%
Dermato-allergologie et atteintes cutanéomuqueuses	3%	3%	4%	3%	3%	3%
Malaises, lipothymies, syncopes, étourdissements et vertiges	3%	4%	3%	3%	3%	3%
Douleurs de membre, rhumatologie, orthopédie, syndrome neurologique paranéoplasique	3%	9%	5%	7%	7%	7%
Traumatologie thoraco-abdomino-pelvienne	3%	2%	1%	2%	2%	2%
Fièvre et infectiologie générale	2%	2%	6%	2%	3%	3%
Céphalées, pathologies neurologiques hors syndrome neurologique paranéoplasique	2%	2%	8%	2%	5%	5%
Otorhinolaryngologie, ophtalmologie, stomatologie et carrefour aéro-digestif	2%	3%	8%	20%	7%	6%
Autres recours aux urgences	2%	1%	3%	3%	2%	3%
Troubles du psychisme, pathologies psychiatriques	1%	1%	2%	1%	2%	3%
Intoxications aiguës non alimentaires	1%	1%	2%	2%	2%	1%

*Source : CRC NA, d'après le ROR Nouvelle-Aquitaine*

**Graphique n° 24 : répartition des entrées dans les structures des urgences par mode de transport**

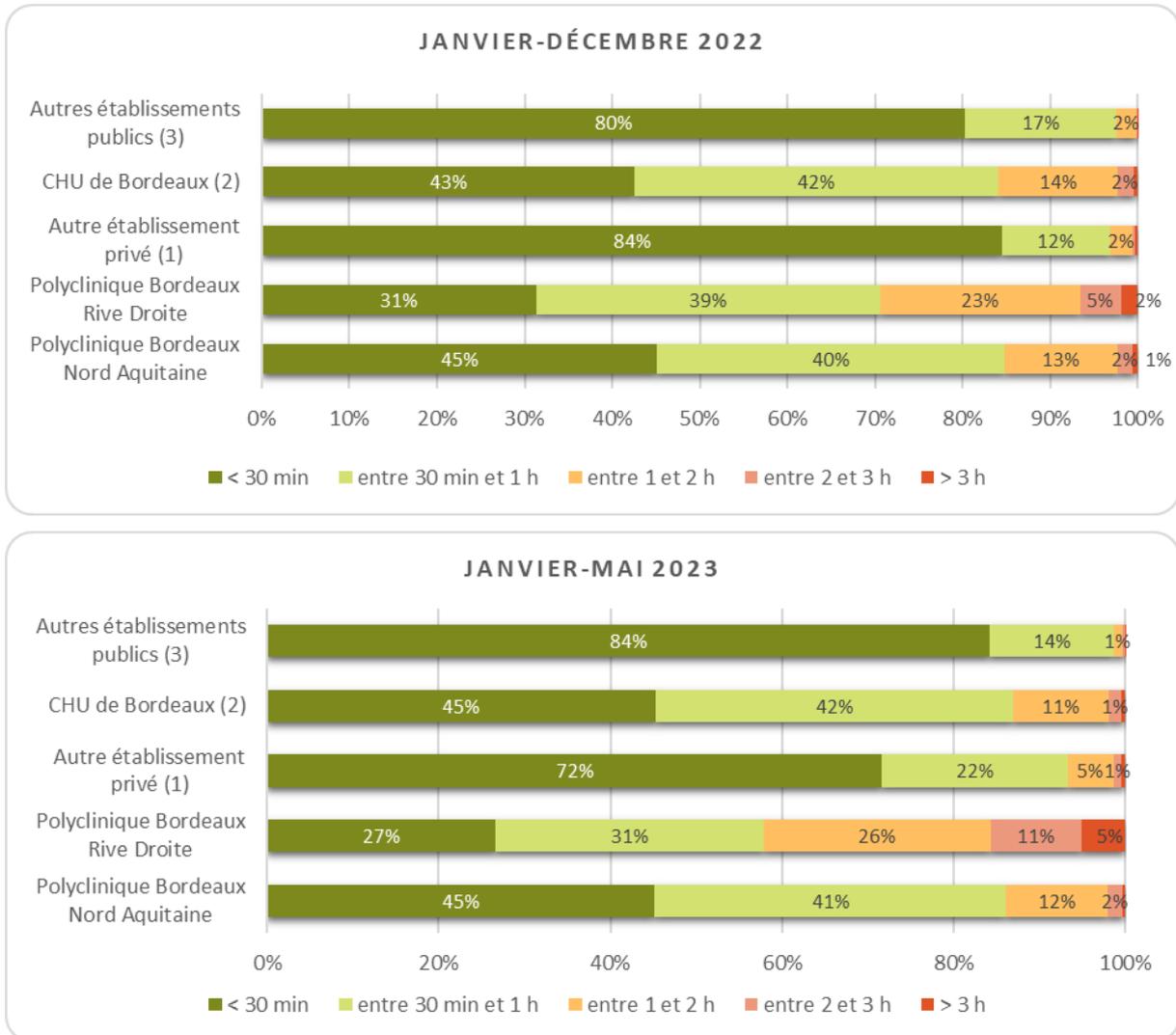
*N.B. : les entrées par transport sanitaire sont plus élevées dans les services adultes que dans les services pédiatriques.*



Source : CRC NA, d'après les panoramas annuels de l'ORUNA et de la FEDORU jusqu'en 2022 (chiffres clés 2022 de l'activité des services d'urgences de la FEDORU dans l'attente du panorama complet) – le ROR Nouvelle-Aquitaine pour 2023, les regroupements « CHU de Bordeaux » et « Autres structures des urgences privées »

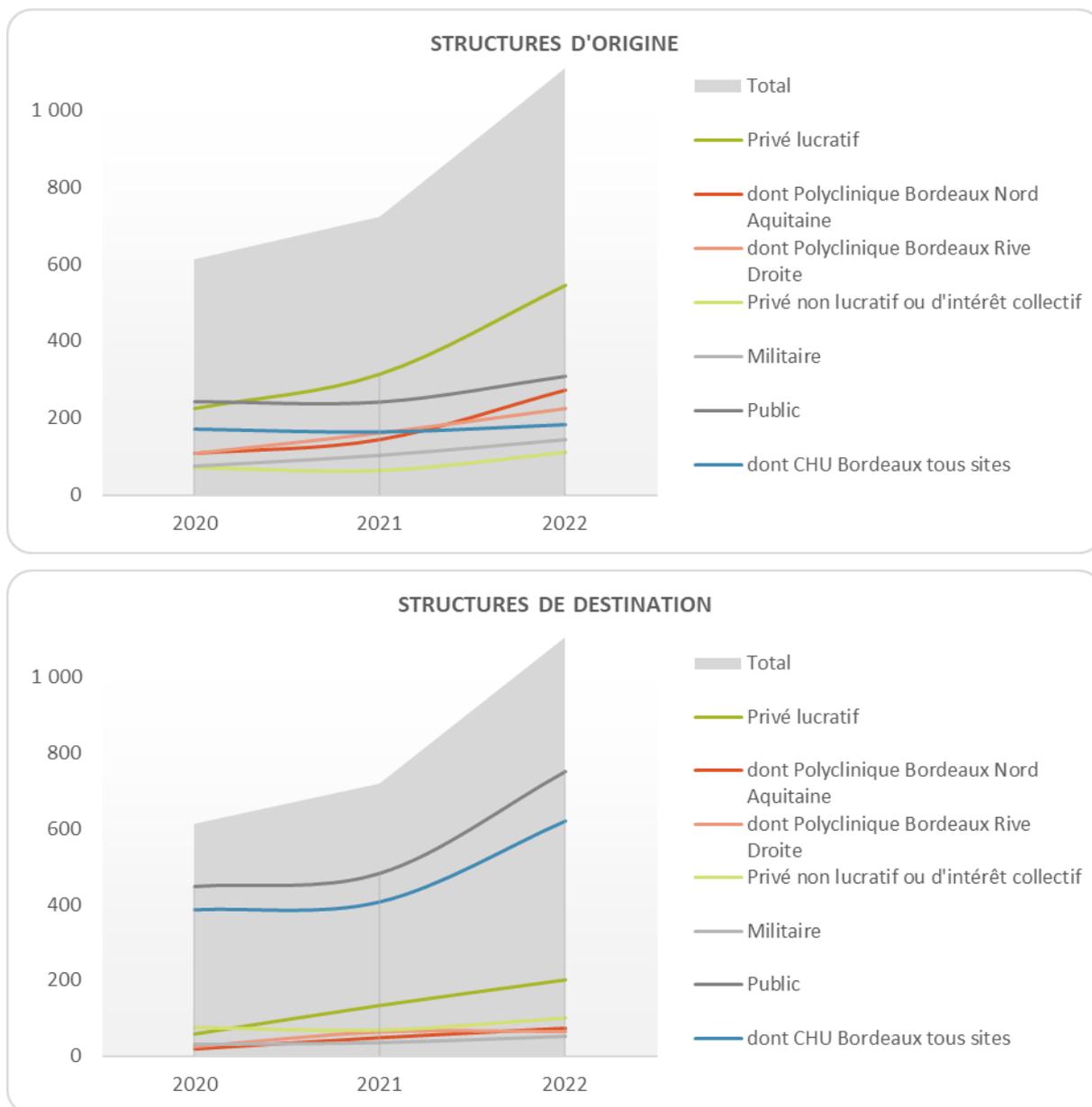
**Graphique n° 25 : répartition des évacuations par VSAV du SDIS 33 vers les structures des urgences selon le temps d'admission**

*N.B. : le suivi mensuel des temps d'admission communiqué par le SDIS cible un nombre limité de structures des urgences incluant les urgences adultes du CHU de Bordeaux, trois autres établissements publics et trois établissements privés en Gironde.*



Source : CRC NA, d'après le SDIS 33 – fichier « indicateurs relatifs aux admissions réalisées par le SDIS 33 dans les services urgences des structures hospitalières cibles »

**Graphique n° 26 : évolution des réorientations des victimes transportées par les VSAV du SDIS 33**



Source : CRC NA, d'après le SDIS 33 – fichier « récapitulatif des victimes transportées par les VSAV du SDIS et réorientées d'un SAU vers un autre SAU de 2020 à 2023 »

## Annexe n° 5. Approche économique

Tableau n° 2 : évolution des soldes de gestion de la polyclinique entre 2018 et 2022

en M€	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Chiffre d'affaires</b>	92,1 M€	96,8 M€	99,6 M€	110,4 M€	114,2 M€
<b>Marge brute de production</b>	60,2 M€	62,7 M€	62,6 M€	68,3 M€	70,6 M€
<b>Résultat d'exploitation</b>	2,9 M€	4,1 M€	2,8 M€	5,2 M€	4,2 M€
<b>Résultat net</b>	2,5 M€	1,6 M€	1,6 M€	2,3 M€	3,5 M€

Source : PBNA

### Réforme du financement des urgences hospitalières

Jusqu'en 2020, les recettes des établissements de santé au titre des urgences et des SMUR reposaient sur un système de tarification largement forfaitaire et dépendant essentiellement du volume des passages.

Un mécanisme de garantie de financement a été instauré en 2020 pour sécuriser les recettes des établissements de santé, couvrant partiellement les recettes liées aux urgences.

Dans le prolongement du pacte de refondation des urgences lancé en 2019, un nouveau modèle de financement des structures des urgences et des SMUR a été défini par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020<sup>17</sup> et mis en œuvre progressivement entre 2021 et 2022 par décret du 25 février 2021<sup>18</sup>. Paramétré à coût constant, il repose sur trois volets :

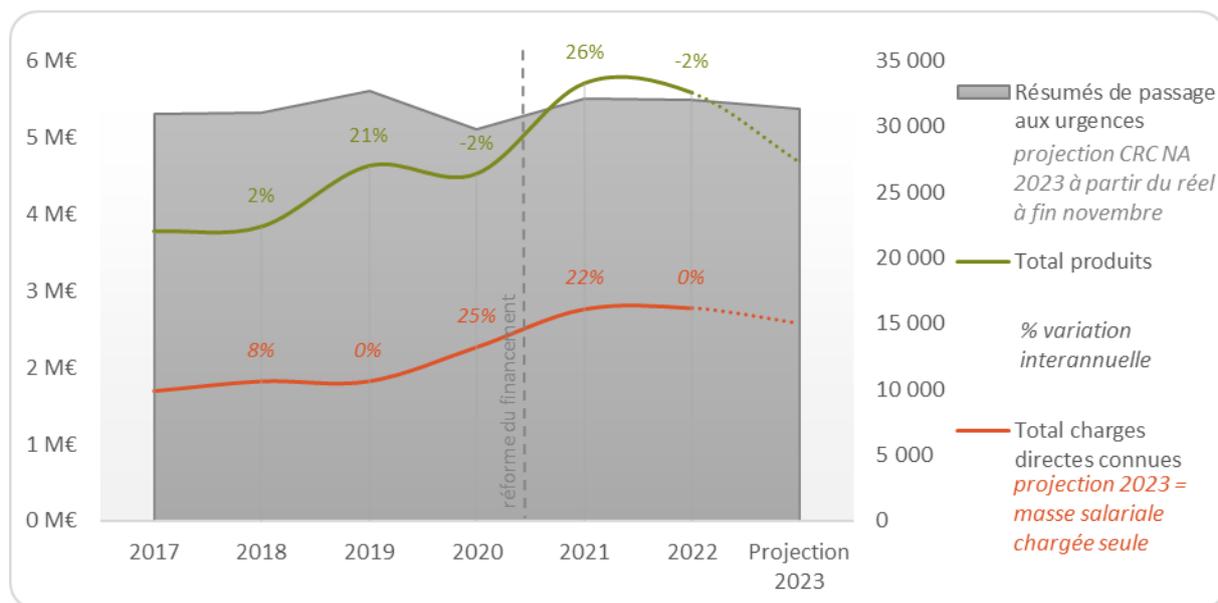
- une dotation populationnelle qui tient compte des besoins de la population des territoires et des caractéristiques de l'offre de soins au sein de chaque région ;
- des recettes forfaitaires liées à l'activité tenant compte de l'intensité de la prise en charge ;
- une dotation complémentaire allouée aux établissements qui satisfont des critères liés à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge.

Le SAMU centre 15, les séjours hospitaliers consécutifs à un passage aux urgences et les urgences gynécologiques sont exclus de la réforme.

<sup>17</sup> Article 36 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

<sup>18</sup> Décret n° 2021-216 du 25 février 2021 relatif à la réforme du financement des structures des urgences et des structures mobiles d'urgence et de réanimation et portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé.

**Graphique n° 27 : évolution comparée des postes financiers connus du service des urgences et du volume de passages**



Source : CRC NA, d'après PBNA – fichiers « ETPR urgences », « consommations non refacturables urgences 2017-2022 », « tableau financements urgences » et bilans comptables ; le ROR Nouvelle-Aquitaine (résumés de passage aux urgences)

**Graphique n° 28 : détermination de l'effet volume et de l'effet prix dans l'évolution des séjours en UHCD**



Source : CRC NA, d'après PBNA – fichier « TCD 2017-2023 PMSI »

### **Adaptation par la chambre régionale des comptes de la méthode de comptabilité analytique utilisée par le groupe GNBA Santé pour l'exercice 2017**

L'étude analytique produite par le groupe puise majoritairement à la comptabilité générale retracée dans le compte de résultat de la polyclinique. L'équipe d'instruction a directement versé le compte de résultat 2022 dans la maquette 2017, moyennant quelques reclassements sur les lignes de comptes les plus proches dans la nomenclature en cas de nouvelles imputations (par exemple, garantie de financement, nouvelles dotations et nouveaux forfaits, consommations covid-19), afin de ne pas fausser la ventilation automatique des comptes dans les différents tableaux de calcul qui en découlent.

Concernant les charges directes, les données de masse salariale chargée et de consommations non refacturables fournies par la polyclinique ont été utilisées. Les crédits-baux directement rattachés à des équipements du service des urgences recensés en 2017 n'apparaissent plus dans le compte de résultat 2022 et les autres crédits-baux sont traités en charges indirectes.

Concernant les charges indirectes, sur 49 postes représentés, six ne sont pas ventilés automatiquement à partir du compte de résultat. Parmi ces six postes, deux seulement ont un coût affecté au service des urgences en 2017 (frais de personnel des services supports et administratifs). En 2017, ce coût représente 19 % des autres charges indirectes calculées à partir du compte de résultat (et 6 % des autres charges totales connues, directes et indirectes). Pour en déterminer la valeur 2022, ce même ratio de 19 % a été appliqué au montant calculé des charges indirectes. La variation obtenue par rapport au montant 2017 est comparable en grandeur (+ 43 %) avec la variation constatée sur les charges de personnel directes (+ 53 %).

Par ailleurs, le total des unités d'œuvre à répartir a été reconstitué manuellement à partir du compte de résultat 2022 pour les achats et les frais de personnel, utilisés comme clé de répartition dans sept des 49 postes de charges, dont cinq non nuls. En revanche, le nombre d'unités d'œuvre affecté aux urgences n'a pas été retraité par rapport à 2017 (calcul automatique dans la maquette à partir des unités de base actualisées correspondant aux entrées dans la polyclinique et aux passages aux urgences ou à la surface occupée telle que saisie en 2017 à défaut de connaître les évolutions surfaciques de l'établissement depuis lors).

Le chiffre d'affaires soins est égal aux produits urgences du compte de résultat 2022 (GHS TCD, subvention + ATU, subvention urgences). Dans la maquette 2017, outre les forfaits ATU et le forfait annuel urgences, il est déterminé par le CA T2A de la zone très courte durée issu du PMSI, duquel sont déduits les produits de pharmacie facturés en sus des GHS ainsi qu'un montant de subvention saisi manuellement. Par cohérence avec les autres données utilisées dans le rapport, l'équipe a préféré retenir le chiffre d'affaires urgences enregistré en comptabilité.

Pour former le chiffre d'affaires global estimé du service, s'y ajoutent des produits indirects hôteliers et autres calculés dans la maquette selon des clés de répartition conformes à 2017.

L'adaptation effectuée par l'équipe d'instruction respecte globalement la méthodologie initiale, avec les limites d'interprétation inhérente aux clés de répartition définies par le groupe lui-même. Sans exclure une marge d'erreur, les données produites par la chambre régionale des comptes peuvent être considérées comme un ordre de grandeur raisonnable.

Tableau n° 3 : étude analytique comparée des urgences en 2017 et 2022

	Étude analytique GBNA 2017		Simulation CRC NA 2022		
	Valeur	Ratio / passage	Valeur	Ratio / passage	Source
<b>Nombre de passages</b>	<b>30 898</b>		<b>32 031</b>		
<i>Résumés de passage aux urgences</i>	30 937		32 031		ROR NA
<b>Chiffre d'affaires</b>	<b>3 928 708 €</b>	<b>127 €</b>	<b>5 945 407 €</b>	<b>186 €</b>	
Soins	3 175 951 €		5 583 198 €		CR 2022
Hôtellerie	7 102 €		4 009 €		calcul maquette
Autres	745 655 €		358 200 €		calcul maquette
<b>Charges directes et indirectes</b>	<b>3 081 544 €</b>	<b>100 €</b>	<b>4 114 405 €</b>	<b>128 €</b>	
<b>Charges directes</b>	<b>1 965 140 €</b>	<b>64 €</b>	<b>2 775 301 €</b>	<b>87 €</b>	
Frais de personnel	1 635 158 €		2 501 373 €		PBNA
Achats	212 792 €		273 928 €		PBNA
Crédits-baux	32 164 €		0 €		CR 2022
Divers	85 026 €		0 €		CR 2022
<b>Charges indirectes</b>	<b>1 116 405 €</b>	<b>36 €</b>	<b>1 339 104 €</b>	<b>42 €</b>	
Frais de personnel administration	123 847 €		177 157 €		estimation base 2017
Frais de personnel support	56 415 €		80 699 €		estimation base 2017
Redevance GIE	125 960 €		151 243 €		calcul maquette
Taxes sur salaires	116 696 €		186 858 €		calcul maquette
Loyer	99 108 €		143 408 €		calcul maquette
Énergie	33 135 €		30 965 €		calcul maquette
Crédits-baux	39 673 €		7 642 €		calcul maquette
Dotations aux provisions	61 942 €		134 230 €		calcul maquette
Divers	459 629 €		426 903 €		calcul maquette
<b>Excédent de chiffre d'affaires</b>	<b>847 164 €</b>	<b>27 €</b>	<b>1 831 002 €</b>	<b>57 €</b>	

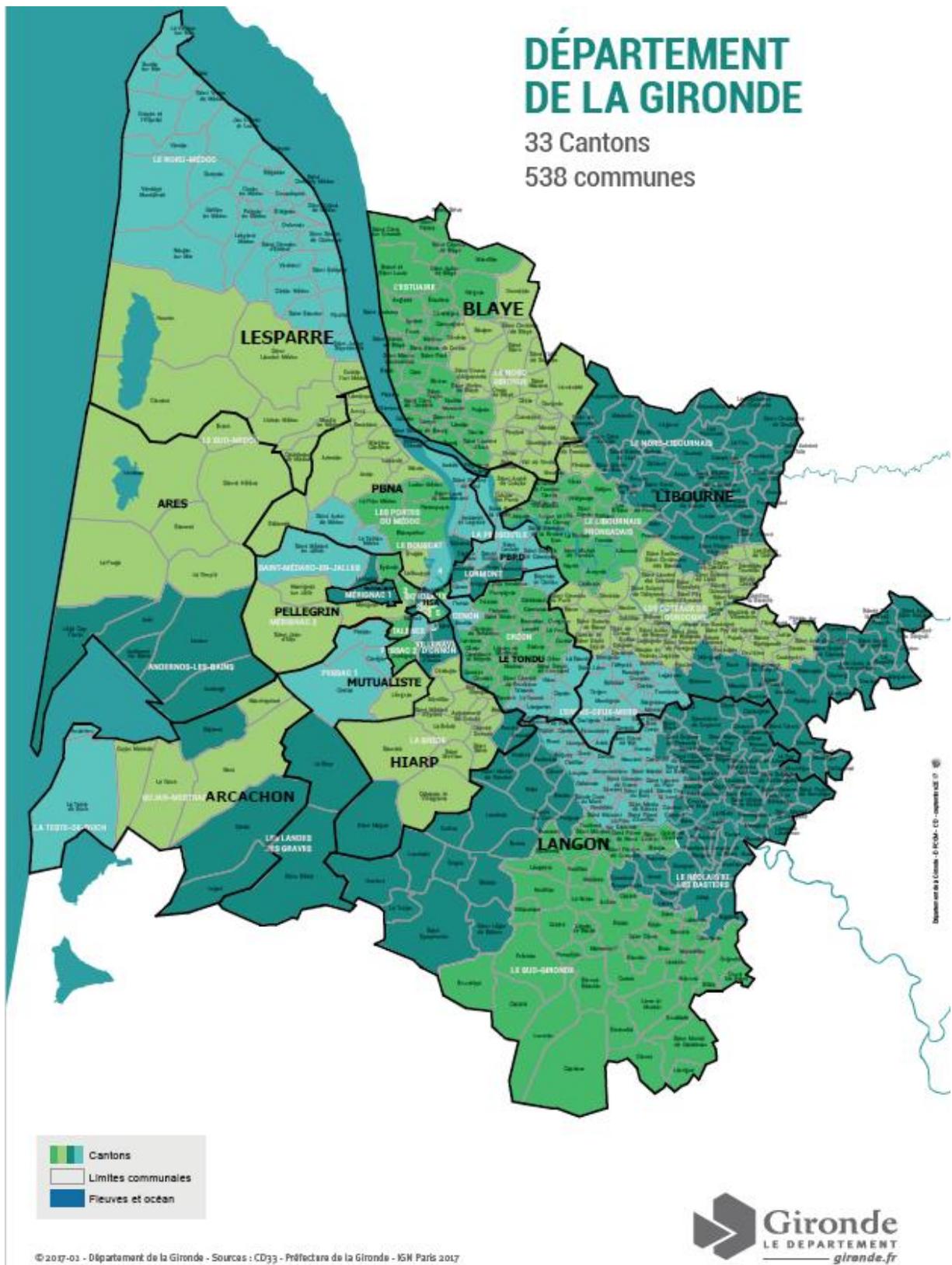
Source : CRC NA, d'après PBNA – fichiers « comptabilité analytique du service urgences 2017 », « ETPR urgences », « consommations non refacturables urgences 2017-2022 » et le compte de résultat 2022

Tableau n° 4 : clés de répartition utilisées pour la ventilation des postes communs

Clés de répartition Intitulé unité d'œuvre (UO)	Étude analytique GBNA 2017			Simulation CRC NA 2022			
	Nombre d'UO polyclinique	Nombre d'UO urgences	% urgences / polyclinique	Nombre d'UO polyclinique	Nombre d'UO urgences	% urgences / polyclinique	Source
Nombre d'entrées	28 805	1 545	<b>5,36%</b>	35 552	1 602	<b>4,50%</b>	PBNA un passage = 5 % d'une entrée
Nombre de passages aux urgences	30 898			32 031			ROR NA
Chiffre d'affaires global	91 730 742 €	3 928 708 €	<b>4,28%</b>	121 142 881 €	5 945 407 €	<b>4,91%</b>	calcul maquette
Chiffre d'affaires soins	80 945 227 €	3 175 951 €	<b>3,92%</b>	103 697 506 €	5 583 198 €	<b>5,38%</b>	calcul maquette / PBNA
Surface (m <sup>2</sup> )	23 093	580	<b>2,51%</b>	23 093	580	<b>2,51%</b>	étude 2017
Prorata achats	24 527 660 €	212 792 €	<b>0,87%</b>	37 131 575 €	273 928 €	<b>0,74%</b>	CR 2022
Taux de frais de personnel	36 352 619 €	1 635 158 €	<b>4,50%</b>	51 642 164 €	2 501 373 €	<b>4,84%</b>	CR 2022
Taux crédits-baux / chiffre d'affaires soins	80 945 227 €	1 808 176 €	<b>2,23%</b>	103 697 506 €	890 184 €	<b>0,86%</b>	calcul maquette

Source : CRC NA, d'après PBNA – fichiers « comptabilité analytique du service urgences 2017 », « ETPR urgences », « consommations non refacturables urgences 2017-2022 » et le compte de résultat 2022

Annexe n° 6. Carte de sectorisation de l'activité des urgences dans la métropole bordelaise (2024)



Source : Nouvelle Clinique Bordeaux Tondu

Chambre régionale  
des comptes  
Nouvelle-Aquitaine



**Chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine**

3 place des Grands-Hommes

CS 30059

33064 BORDEAUX CEDEX

[nouvelleaquitaine@crtc.ccomptes.fr](mailto:nouvelleaquitaine@crtc.ccomptes.fr)

[www.ccomptes.fr/fr/crc-nouvelle-aquitaine](http://www.ccomptes.fr/fr/crc-nouvelle-aquitaine)