



**RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES
SANS RÉPONSE**

CENTRE HOSPITALIER DE LAON

*L'accueil et le traitement des urgences
hospitalières*

(Département de l'Aisne)

Exercices 2018 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 27 mars 2024.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS.....	4
INTRODUCTION.....	5
1 LE SERVICE DES URGENCES DANS SON ENVIRONNEMENT	6
1.1 Le contexte socio-économique et l'offre de soins sur le territoire.....	6
1.1.1 Les caractéristiques socio-économiques.....	6
1.1.2 Les besoins de santé.....	6
1.1.3 L'offre en médecine d'urgence sur le territoire	8
1.1.3.1 Par les praticiens libéraux.....	8
1.1.3.2 Par les établissements de santé	9
1.2 Les coopérations du centre hospitalier de Laon en matière d'urgences	9
1.2.1 La convention constitutive de réseau.....	9
1.2.2 Le groupement hospitalier de territoire	10
1.2.3 Les autres partenariats	10
1.3 L'offre de soins d'urgence de l'établissement	11
1.3.1 Les autorisations	12
1.3.2 L'organisation.....	12
1.3.2.1 La structuration des services.....	12
1.3.2.2 La permanence des soins	13
1.3.3 Les capacités.....	13
1.3.3.1 Les moyens humains.....	13
1.3.3.2 Les locaux, les places et les lits	14
1.3.4 Les problématiques actuelles	14
1.3.4.1 Les locaux.....	14
1.3.4.2 Les moyens humains.....	14
2 LE FONCTIONNEMENT DES URGENCES.....	16
2.1 La gouvernance	16
2.1.1 Le projet médical 2020-2024.....	16
2.1.2 Le contrat de pôle	17
2.1.3 La lettre de mission.....	17
2.1.4 Les dialogues de gestion.....	18
2.1.5 Les instances internes traitant des urgences	19
2.2 Données rétrospectives d'activité	19
2.2.1 Le niveau d'activité	19
2.2.2 Profil des malades.....	20
2.2.3 Les modalités d'arrivée et les durées d'attente.....	21
2.2.4 Les pathologies et leur gravité.....	21
2.2.5 L'hospitalisation aux urgences	22
2.2.6 Les sorties	22
2.2.6.1 Les différentes modalités.....	22
2.2.6.2 Les hospitalisations dans l'établissement	22
2.3 La régulation amont	24
2.3.1 Avec les acteurs externes.....	24

2.3.1.1	Les admissions directes	24
2.3.1.2	La communication sur les urgences pédiatriques.....	25
2.3.2	Les régulations téléphoniques : le Samu et le SAS.....	25
2.3.3	La maison médicale de garde	26
2.3.3.1	Les modalités de fonctionnement	26
2.3.3.2	L'activité.....	27
2.4	Le fonctionnement de la SU	27
2.4.1	La prise en charge des patients	28
2.4.1.1	Les procédures normales	28
2.4.1.2	La procédure dégradée.....	28
2.4.2	Les publics spécifiques	29
2.4.2.1	La pédiatrie	29
2.4.2.2	La gériatrie.....	29
2.4.2.3	La psychiatrie.....	29
2.4.3	L'hospitalisation de courte durée.....	30
2.4.4	Les hospitalisations dans les services	30
2.4.4.1	Les principes de fonctionnement	30
2.4.4.2	L'information sur la disponibilité des lits	31
3	LA QUALITÉ DU SERVICE ET SON COÛT	33
3.1	La qualité et la sécurité des soins.....	33
3.1.1	La gouvernance et l'animation	33
3.1.2	La situation aux urgences	33
3.2	La satisfaction de l'utilisateur	34
3.2.1	Le niveau de satisfaction	34
3.2.2	Les réclamations	35
3.3	Les projets.....	35
3.4	Le coût du service	36
3.4.1	Les recettes	36
3.4.2	Les charges	38
3.4.3	Le résultat	38
	GLOSSAIRE.....	40
	ANNEXES	41

SYNTHÈSE

Dans un contexte socio-économique défavorisé, le centre hospitalier (CH) de Laon assure un service de médecine d'urgence comportant un Samu, un Smur et une structure d'accueil. Cette dernière a pris en charge 34 000 personnes en 2022. Moins d'1 % des venues sont de véritables urgences vitales, tandis que plus de 80 % des patients repartent ensuite à leur domicile, mettant en évidence un recours à l'hôpital afin de pallier les carences de la médecine de ville.

L'activité augmente depuis la fin de la crise sanitaire, alors que l'hôpital est confronté à un manque de personnel médical. Cette problématique est particulièrement marquée pour les urgences pédiatriques, qui représentent 40 % de l'activité. Leur accroissement continu et rapide, combiné à la présence insuffisante de praticiens, place l'établissement dans une situation de forte tension qui risque de s'aggraver avec la diminution du nombre de pédiatres en exercice. Si cette évolution se poursuit, le CH ne pourra maintenir un service d'urgences pédiatriques.

En complément des mesures de régulation amont impulsées au niveau national, notamment le déploiement du service d'accès aux soins, l'établissement mène ses propres actions pour améliorer la pertinence des arrivées aux urgences. La maison médicale de garde installée dans l'hôpital, qui fonctionne avec des praticiens libéraux, prend en charge une part significative des usagers. Le CH a aussi développé des filières d'admission directe dans les services d'hospitalisation.

L'hôpital dispose d'un large panel de spécialités permettant d'hospitaliser la majorité des malades se présentant aux urgences et le nécessitant. Ils représentent près de 60 % des patients accueillis. La coordination entre les urgences et les autres services pour la gestion des lits pourrait être améliorée en mettant en place un accès à l'information en temps réel des capacités d'accueil. S'agissant de la qualité et la sécurité des soins aux urgences, elles font l'objet d'un suivi attentif. En revanche, la satisfaction des usagers nécessite d'être mieux prise en compte, au regard notamment de l'enjeu qu'elle représente pour l'attractivité de l'établissement.

La réforme du financement des urgences s'est traduite par une hausse des recettes de 2 M€ en 2021 par rapport au niveau de référence de l'année 2019. Les charges ont aussi progressé, mais dans une moindre mesure, en raison principalement de l'augmentation des rémunérations du personnel médical. L'activité excédentaire des dernières années a ainsi contribué à la réduction du déficit financier récurrent de l'hôpital. La mise en œuvre d'un projet de restructuration des locaux des urgences, évalué à 3 M€ n'est cependant pas encore programmée compte tenu de financements insuffisants.

RECOMMANDATIONS*(classées dans l'ordre de citation dans le rapport)***Recommandations (performance)**

<i>Degré de mise en œuvre</i>	<i>Mise en œuvre complète</i>	<i>Mise en œuvre partielle</i>	<i>Non mise en œuvre</i>	<i>Page</i>
Recommandation n° 1 : effectuer une revue exhaustive du contrat de pôle au moins une fois par an.			X	18
Recommandation n° 2 : mettre en place une campagne de communication locale sur le bon usage des urgences pédiatriques.			X	25
Recommandation n° 3 : rendre accessible à la structure des urgences l'information en temps réel sur la disponibilité des lits dans les services d'hospitalisation.			X	31
Recommandation n° 4 : mettre en place un dispositif pérenne de recueil de la satisfaction des usagers passés aux urgences intégré dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.			X	35

INTRODUCTION

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Laon (Aisne) pour les années 2018 et suivantes a été ouvert par lettre du président de la chambre adressée le 23 octobre 2023 à M. Julien Dupain, directeur en exercice. Le précédent ordonnateur, M. Etienne Duval, en fonctions jusqu'au 10 décembre 2020, en a été également été avisé par courrier du même jour. L'actuel président du conseil de surveillance de l'hôpital, M. Éric Delhay, a été informé du contrôle de la chambre par lettre du 23 octobre 2023.

L'entretien de fin d'instruction, prévu à l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, s'est tenu le 29 novembre 2023 avec l'ordonnateur en fonctions, et le 30 novembre 2023 avec son prédécesseur.

Ce contrôle a été conduit pour les besoins d'une enquête nationale menée par les juridictions financières sur l'accueil et le traitement des urgences hospitalières. Il a porté principalement sur le fonctionnement du service, sa qualité et son coût.

La chambre, dans sa séance du 20 décembre 2023, a arrêté ses observations provisoires qui ont été communiquées au directeur en fonctions, à son prédécesseur et aux tiers concernés.

Après avoir examiné les réponses reçues, la chambre, dans sa séance du 27 mars 2024, a arrêté les observations définitives qui suivent.

1 LE SERVICE DES URGENCES DANS SON ENVIRONNEMENT

1.1 Le contexte socio-économique et l'offre de soins sur le territoire

1.1.1 Les caractéristiques socio-économiques

Le centre hospitalier (CH) de Laon est situé dans le département de l'Aisne. Ce dernier est structuré par des pôles urbains constitués autour de quatre communes de taille moyenne : Saint-Quentin (53 000 habitants), Soissons (29 000 habitants), Laon (24 000 habitants) et Château-Thierry (15 000 habitants).

Le reste du territoire est rural. Le département est le plus vaste de la région Hauts-de-France et le moins peuplé. Il comprend 530 000 habitants¹. Sa densité moyenne, de 72 habitants au km², est inférieure à celle de la région (189) et à la moyenne nationale (106).

La route nationale RN2, qui relie Paris à Maubeuge, traverse du nord au sud le département et dessert ses principales communes. L'autoroute A26 relie également Reims, Laon et Saint-Quentin du Sud-Est vers le Nord-Ouest. Laon est à 50 minutes en voiture de Saint-Quentin.

Alors que la population régionale est stable, et qu'elle progresse au niveau national, celle du département est en léger repli². Elle est aussi plus âgée³. En 2020, les personnes retraitées de l'Aisne représentent près de 30 % des plus de 15 ans.

Sur le plan économique, un tiers des actifs est peu qualifié⁴. Le taux de chômage⁵ (10,7 %) est supérieur à celui de la région (9,3 %) et de la moyenne nationale (7,3 %). Le même constat peut être posé pour le taux de pauvreté (18 % dans l'Aisne, 17,2 % en Hauts-de-France et 14,4 % pour le pays). Les principaux indicateurs montrent une situation socio-économique tendue, en comparaison avec les moyennes nationales (cf. annexe n° 1).

Cette situation sociale défavorisée expose la population aux facteurs de risques pour la santé (alcool, tabac, etc.) et aux maladies chroniques.

1.1.2 Les besoins de santé

L'espérance de vie dans l'Aisne est inférieure à la moyenne nationale, avec un écart de 2,7 ans pour les hommes et de 2,2 ans pour les femmes⁶.

¹ Dossier complet Insee, dossier paru le 27 juin 2023.

² - 0,3 % entre 2014 et 2020 dans l'Aisne et + 0,3 % pour la moyenne nationale (source : *ibidem*).

³ Un peu plus de 27 % des habitants ont plus de 60 ans, contre 24 % dans les Hauts-de-France et 26 % en France.

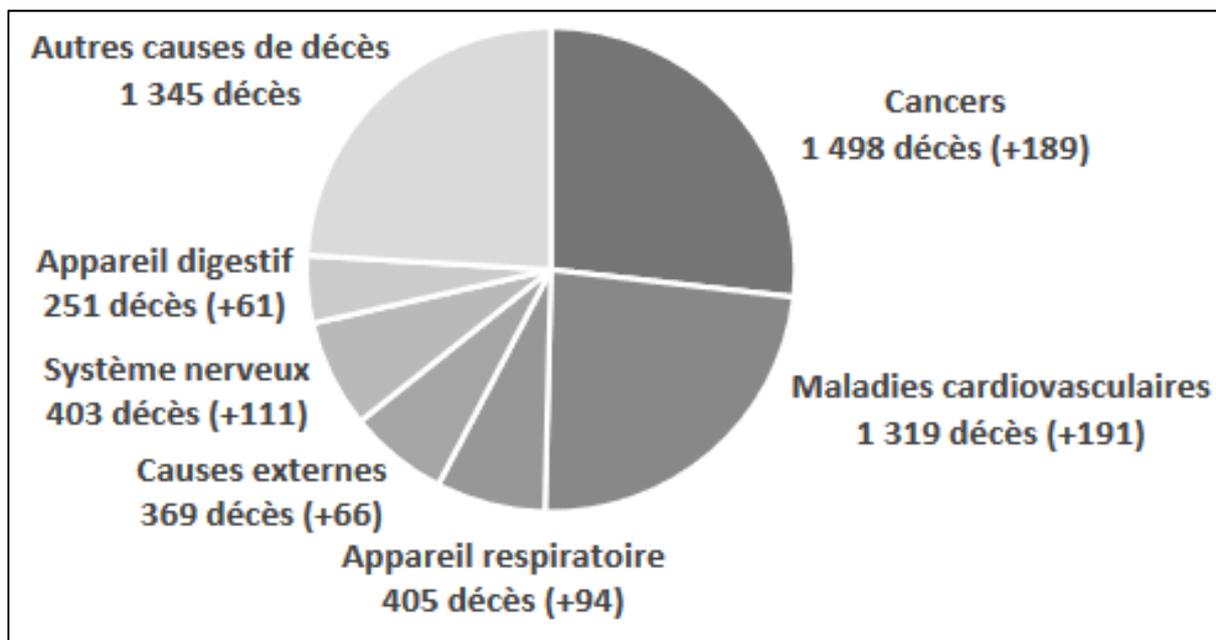
⁴ 16 % d'employés et 17 % d'ouvriers.

⁵ Insee - Taux de chômage localisés et taux de chômage au sens du Bureau international du travail (BIT), 4^{ème} trimestre 2023.

⁶ ARS Hauts-de-France, portrait socio-sanitaire, mars 2023.

A l'instar du département, sur le territoire de proximité de Laon⁷, l'espérance de vie à la naissance des hommes (76 ans) et des femmes (83 ans) est inférieure aux moyennes nationales (respectivement 79 ans et 85 ans⁸). Une surmortalité⁹ est également constatée. Le nombre de décès moyen par pathologie est supérieur au niveau de la France métropolitaine.

Graphique n° 1 : Principales causes de décès*



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'ARS Hauts-de-France, portrait socio-sanitaire, mars 2023.

* Le nombre entre parenthèses correspond à la surmortalité par rapport à la moyenne nationale.

La santé mentale est également moins bonne que la moyenne nationale avec des hospitalisations en psychiatrie plus élevées (+ 19 %).

La zone d'attractivité de Laon compte environ 86 000 habitants¹⁰. Sur l'année de référence 2019, avant la crise sanitaire, le nombre de passages dans la structure des urgences rapporté à la population, est plus élevé sur la zone d'attractivité du CH de Laon (42 %) que dans le département (36 %) et au niveau national (34 %).

Cet écart se creuse pour les urgences pédiatriques (61 % pour le CH et 48 % pour le département) et la demande en soins pour les mineurs s'accroît plus vite sur la zone que dans le reste du département.

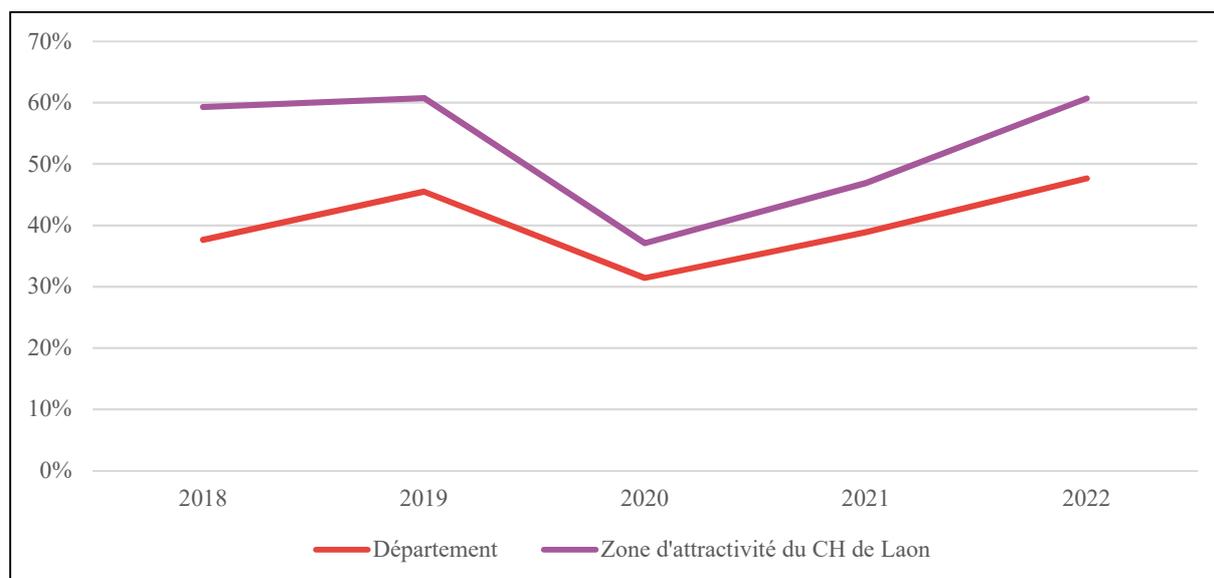
⁷ Les territoires de proximité correspondent au maillage le plus fin de l'ARS pour les diagnostics de santé territorialisés.

⁸ ARS Hauts-de-France, portrait socio-sanitaire, mars 2023.

⁹ Comprise entre 25 % et 45 % sur la période 2011 à 2017 (source : *ibidem*).

¹⁰ Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Graphique n° 2 : Recours aux urgences pédiatriques*



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'Insee, de l'INED, de la DREES et du GIP Sant&Numérique Hauts-de-France | Observatoire régional des urgences (ORU), le GIP Sant&Numérique Hauts-de-France | Observatoire régional des urgences (ORU) Hauts-de-France.

* Nombre de passages aux urgences rapporté à la population des moins de 18 ans.

En gériatrie, le recours aux urgences est en revanche légèrement plus faible (55 %) que dans le département (58 %).

1.1.3 L'offre en médecine d'urgence sur le territoire

1.1.3.1 Par les praticiens libéraux

Quatre des cinq territoires de proximité du département de l'Aisne, dont celui de Laon, présentent une faible densité de médecins généralistes libéraux (cf. annexe n° 2). En 2022, elle était de 54 médecins pour 100 000 habitants, inférieure à celle de la région (82) et à la moyenne nationale (84).

La part de ces praticiens de plus de 55 ans est de 66 % alors que celle de la région et de la France est de 49 %.

La densité de médecins spécialistes s'avère également moins favorable que sur le territoire régional et national (cf. annexe n° 3). Le retrait est particulièrement marqué en pédiatrie. Il n'y a, dans le département, que 42 pédiatres, alors qu'il compte près de 100 000 enfants entre 0 et 14 ans¹¹. À Laon, il n'y a plus que deux pédiatres, en fin de carrière.

¹¹ Insee, dossier paru le 14 novembre 2023.

L'offre de soins en secteur libéral est peu organisée. Il n'existe notamment pas de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)¹².

Le CH de Laon héberge cependant l'une des deux maisons médicales de garde du département. Des médecins libéraux apportent dans ce cadre un appui à la structure des urgences. Le service d'accès aux soins, en déploiement, associera également ces derniers à la prise en charge des soins non programmés (cf. *infra*).

1.1.3.2 Par les établissements de santé

Dans le département de l'Aisne, il existe sept structures d'urgence (SU) dans les CH de Saint-Quentin, Laon, Soissons, Château-Thierry, Hirson, Chauny et à la Polyclinique Saint-Claude de Saint-Quentin (cf. annexe n° 4).

Le Samu¹³ est basé au CH de Laon. Les établissements dotés de SU disposent également de Smur¹⁴. En 2023, les lignes étaient au nombre de sept et composées de huit équipes médicales.

En termes de proximité, 90 % de la population peut accéder à un hôpital en moins de 45 minutes (cf. annexe n° 5).

1.2 Les coopérations du centre hospitalier de Laon en matière d'urgences

1.2.1 La convention constitutive de réseau

Le code de la santé publique prévoit que l'établissement autorisé à exercer l'activité de prise en charge de patients accueillis dans la structure des urgences met en place ou participe à un réseau avec d'autres établissements de santé publics et privés¹⁵. Il a vocation à contribuer à la prise en charge des urgences et de leurs suites sur le territoire de santé, notamment pour assurer l'accès à des compétences, à des techniques et à des capacités d'hospitalisation dont ne dispose pas chacun des établissements membres. Il vise aussi à coordonner les actions et les moyens. Il peut comprendre des professionnels de la médecine de ville, notamment les médecins participant à la permanence des soins, des praticiens intervenant à la demande du Samu, y compris les médecins correspondants du Samu, les officines de pharmacie et des établissements sociaux et médico-sociaux, en particulier des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

¹² Les CPTS ont vocation à couvrir l'ensemble du territoire, regroupent différents acteurs de la santé qui souhaitent se coordonner dans le but d'organiser et de fluidifier la prise en charge des patients et assurer la continuité des soins dans la prise en charge des soins non programmés. Le dispositif a été créé par la loi n° 2016-41 *de modernisation de notre système de santé* du 26 janvier 2016.

¹³ Service d'aide médicale urgente.

¹⁴ Structure mobile d'urgence et de réanimation.

¹⁵ Articles R. 6123-26.

Une convention constitutive du réseau doit être établie, soumise à l'approbation du directeur général de l'ARS, puis inscrite dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens du centre hospitalier.

Ces dispositions, qui permettraient une meilleure articulation de l'action du CH de Laon avec les autres acteurs du territoire, ne sont pas appliquées.

1.2.2 Le groupement hospitalier de territoire

Le CH de Laon fait partie du groupement hospitalier de territoire (GHT) « Aisne Nord – Haute Somme ». Il est constitué de 11 établissements, dont le CH de Saint-Quentin qui en assure la direction.

Sur le plan opérationnel, le GHT n'apporte pas d'appui particulier en matière de médecine d'urgence. Il constitue cependant un cadre informel d'entraide entre praticiens pour les gardes dont bénéficie occasionnellement le CH de Laon, notamment par la venue d'urgentistes de Saint-Quentin. Un projet de gestion centralisée des lits est à l'étude¹⁶.

Dans un contexte de tension sur les effectifs et de fragilité des urgences pédiatriques (cf. *infra*), la coopération médicale et paramédicale à l'échelle du GHT paraît particulièrement nécessaire. Elle pourrait se concrétiser par le partage d'informations, des protocoles de prise en charge communs, des procédures visant à rendre plus fluides les relations entre services d'urgence du GHT et les services d'hospitalisation des hôpitaux membres, ainsi que la définition de scénarios d'organisation coordonnés en anticipation des tensions hospitalières. À l'instar d'autres groupements, dans le cadre d'une intégration plus poussée, pourrait aussi être étudiée la possibilité de mettre en place des équipes de territoire.

Un médecin du CH de Laon est l'animateur de la filière « Urgences » sur le territoire d'animation de santé avec une lettre de mission de l'agence régionale de santé (ARS). Il pourrait solliciter le GHT pour que ce dernier soit davantage un soutien, d'autant plus que les pilotages du groupement et du territoire d'animation de santé relèvent tous deux du CH de Saint-Quentin.

1.2.3 Les autres partenariats

Pour les cas nécessitant une expertise spécifique, le CH a identifié des structures de recours : le CH de Saint-Quentin pour la chirurgie orthopédique (SOS Mains), le CHRU de Reims et CHU d'Amiens pour la pédiatrie et le CH de Soissons pour l'ophtalmologie.

Des conventions ont été passées avec l'Association Transport Secours Urgence 02 basée à Soissons et le service départemental d'incendie et de secours de l'Aisne.

Pour la psychiatrie, le CH de Laon s'appuie sur l'établissement public de santé mentale départemental (EPSMD) de l'Aisne (cf. *infra*).

¹⁶ Concept de « *bed management* » venu des pays anglo-saxons.

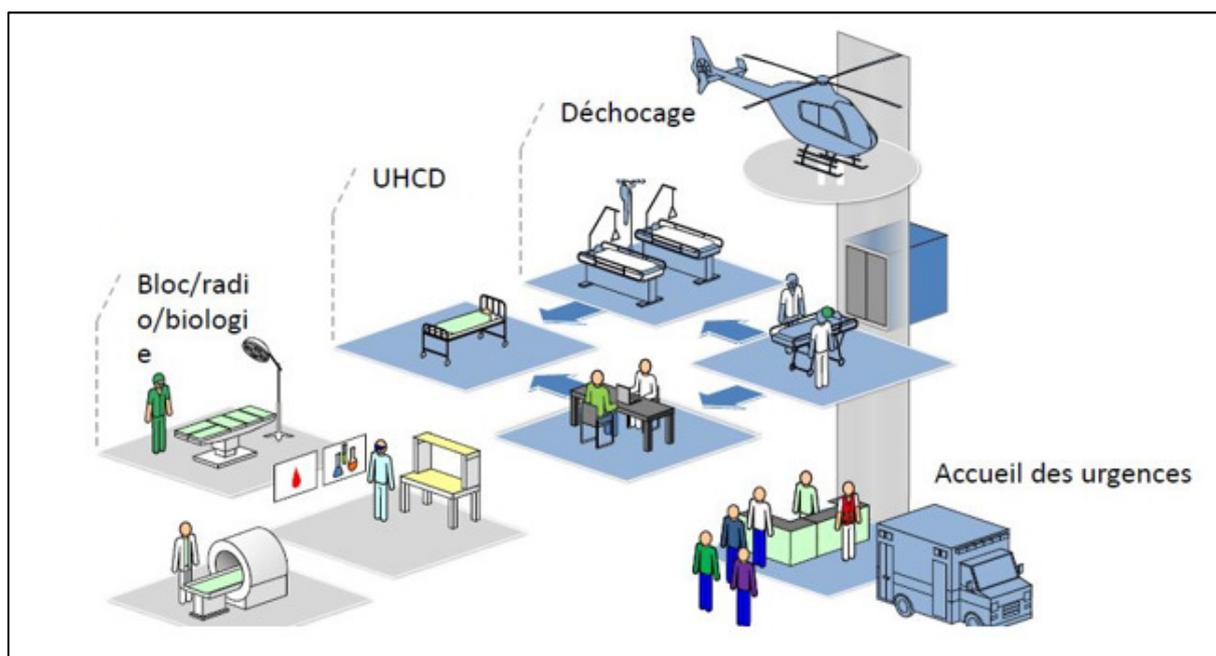
1.3 L'offre de soins d'urgence de l'établissement

L'aide médicale urgente constitue l'une des missions de service public des établissements de santé¹⁷. Elle est soumise à la délivrance d'une autorisation de l'agence régionale de santé selon trois modalités¹⁸ :

- la régulation des appels (le Samu) et le déclenchement, si nécessaire, de moyens ;
- la prise en charge des patients par une structure mobile d'urgence et de réanimation (Smur) ;
- l'accueil des personnes se présentant à la structure des urgences (SU) de l'établissement.

Cette dernière activité comporte l'observation, les soins et la surveillance du patient jusqu'à sa prise en charge diagnostique et thérapeutique, selon le cas, au sein de la SU, directement dans un des services d'hospitalisation de l'établissement, ou, par un autre mode de soins externe à l'hôpital et adapté à l'état du patient et à sa situation¹⁹. La SU doit disposer d'un accès à un plateau technique de chirurgie, d'imagerie médicale et d'analyses de biologie médicale et comporter en son sein une unité d'hospitalisation de courte durée.

Schéma n° 1 : Activités d'une structure des urgences



Source : chambre régionale des comptes, à partir du club des médecins DIM, novembre 2021.

¹⁷ Article L. 6112-1 du code de la santé publique.

¹⁸ Article R. 6123-1 du code de la santé publique.

¹⁹ Autre établissement de santé, médecin de ville, structure médico-sociale, etc.

En 2022, le Samu de l'Aisne, dont le siège est rattaché au CH de Laon, a pris en charge 226 000 appels. Exception faite de l'année 2020 marquée par la crise sanitaire, l'activité est en hausse permanente (cf. annexe n° 6).

En revanche, hors transferts entre établissements, l'activité du Smur, organisée en deux lignes²⁰, a diminué de 9 % entre 2018 et 2022. Pour cette dernière année, il y a eu 850 sorties, 90 % par voie terrestre et 10 % par hélicoptère.

1.3.1 Les autorisations

Le CH dispose des autorisations d'activité de médecine d'urgence qui sont renouvelées tous les cinq ans. Cependant, pour la partie pédiatrique, la dernière a été accordée pour une durée limitée à trois ans, avec une échéance en mars 2024, selon une procédure qualifiée d'« extra-réglementaire » par l'ARS, en raison du nombre insuffisant de praticiens hospitaliers titulaires.

Sans que ce soit une catégorie spécifique au sens du code de la santé publique, le CH de Laon a aussi identifié une activité d'urgences gynécologiques et en effectue un suivi.

En aval de la SU, le CH dispose d'un large panel de spécialités, à l'exception de la psychiatrie. Au pôle « femme-mère-enfant », au regard du faible niveau d'activité en soins intensifs et de la diminution continue du nombre d'accouchements, en 2021, l'ARS a abaissé le niveau de la maternité²¹.

1.3.2 L'organisation

1.3.2.1 La structuration des services

Le pôle « Urgences » du CH de Laon regroupe les activités de Samu, Smur, Cesu (centre d'enseignement des soins d'urgences), d'hospitalisation de courte durée, de réanimation polyvalente, d'algologie²², de dépôt de sang et de prélèvement d'organes. La structure est dirigée par un médecin appuyé d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre administratif.

Sur le plan organisationnel, il est envisagé de créer un département de médecine d'urgence, au sein du service, afin de favoriser le fonctionnement intégré des différentes entités (cf. *infra*).

Un praticien, appuyé d'un cadre de santé, est à la tête de la SU, du Smur et de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

²⁰ Une « ligne » correspond à une équipe Smur, constituée d'un médecin, d'un infirmier et d'un conducteur, disponible 24 heures sur 24 toute l'année.

²¹ Reclassement de 2b à 2a. Les maternités sont classées en quatre niveaux selon la capacité de prise en charge des situations complexes. Le passage du deuxième au troisième seuil est déterminé par la présence d'un service de soins intensifs néonatal.

²² Discipline médicale qui évalue et prend en charge les douleurs chroniques.

1.3.2.2 La permanence des soins

En semaine, le fonctionnement normal du service est assuré par un médecin sénior de 8h30 à 18h30 du lundi au vendredi et de 8h30 à 13h30 le samedi. Un interne est présent. Il intervient sous la responsabilité et la supervision d'un médecin sénior.

En dehors de ces plages horaires, la permanence des soins²³ fonctionne grâce à quatre lignes de gardes²⁴. Une astreinte est prise par un médecin sénior lorsque la garde est confiée à un praticien attaché.

1.3.3 Les capacités

1.3.3.1 Les moyens humains

Le personnel tant médical que non médical des structures de Samu, Smur et SU est mutualisé depuis l'année 2019. Une charte de fonctionnement de la SU avec le Smur existe mais date de mars 2016. Son actualisation, qui associerait le personnel médical, soignant et administratif pourrait être l'occasion d'un renforcement de l'intégration des deux activités.

En 2021, le CH de Laon a instruit sa demande de renouvellement d'autorisation sur la base de 16 équivalents temps plein (ETP) en médecins. Le centre national de gestion autorise le recrutement de praticiens hospitaliers à hauteur de 24 ETP maximum²⁵.

Entre 2018 et 2022, l'estimation des ETP ayant participé à l'activité de la structure des urgences a augmenté de + 21 % pour les médecins et de + 17 % pour le personnel non médical (cf. annexe n° 7). En 2023, la médecine d'urgence est assurée, en ETP, par 15 médecins, 14 aides-soignants, 7 brancardiers, 12,5 ambulanciers et 41 infirmiers.

En pédiatrie, la demande de renouvellement de l'autorisation d'urgences pédiatriques a été instruite en faisant état de la présence de six pédiatres au sein de la structure pédiatrique, dont un seul à temps plein, l'équipe étant complétée par des internes, ou personnel « faisant fonction d'interne » intervenant sur l'ensemble des secteurs (hospitalisation de pédiatrie, néonatalogie, soins intensifs et urgences pédiatriques).

L'ARS a constaté l'insuffisance de personnel médical disposant de la plénitude de l'exercice au regard des exigences du code de la santé publique et a enjoint le CH à corriger la situation. Cette dernière demeure insatisfaisante. En pratique, le fonctionnement de jour est assuré par la présence continue d'un interne avec la supervision d'un seul pédiatre à temps plein en charge de l'ensemble des activités pédiatriques du CH.

²³ La permanence des soins en établissements de santé (PDSSES) est le dispositif de prise en charge des patients à la sortie des urgences durant la nuit, le week-end et les jours fériés. Elle repose sur les gardes et astreintes assurées par les praticiens. Elle est distincte de la continuité des soins qui consiste à éviter toute rupture dans le suivi du malade.

²⁴ Médecin de régulation au Samu, médecins pour chacune des deux lignes de Smur et médecin de la SU.

²⁵ Les équivalents temps plein (ETP) correspondent aux effectifs présents à une date donnée, corrigés de leur quotité de travail (temps partiel, temps non complet).

1.3.3.2 Les locaux, les places et les lits

Le service des urgences est situé au rez-de-chaussée du bâtiment (cf. annexe n° 8). Il bénéficie d'une entrée directe à l'arrière du centre hospitalier, dont un accès véhicule et un accès piéton. Les locaux sont constitués d'une banque d'accueil qui permet à l'infirmier de recevoir et d'orienter les patients, d'une salle d'attente, d'un secrétariat, de diverses salles de soins. La SU dispose de 11 places réparties dans les salles, dont trois pour les urgences graves et de quatre chambres d'hospitalisation de courte durée. Elle est accessible aux personnes handicapées. L'établissement prévoit la désignation du référent handicap en application du code de la santé publique et s'attache à favoriser la présence des aidants du patient.

Les urgences pédiatriques disposent d'un lieu d'accueil spécifique, à proximité immédiate du service de pédiatrie. Cependant, au-delà de l'âge d'un an, les cas de traumatologie sont réorientés sur les urgences adultes. Ce transfert a aussi lieu après 21 heures et lors de fonctionnement en mode dégradé du fait de l'absence de pédiatre de garde. Un lit d'UHCD pédiatrie a été autorisé par l'ARS, en aval le CH dispose de huit lits et de trois places.

1.3.4 Les problématiques actuelles

1.3.4.1 Les locaux

Les locaux s'avèrent exigus. La prise des « constantes » des patients (tension, pouls, etc.) se présentant aux urgences est effectuée dans un lieu de passage à proximité de salle de déchocage, ce qui n'est pas satisfaisant du point de vue de la confidentialité, particulièrement lors de la présence d'enfants.

La configuration actuelle des urgences générales ne permet pas de séparer le flux pédiatrique du flux adulte comme le requièrent les circulaires, notamment pour éviter aux enfants de se confronter à des situations susceptibles de les choquer (violences, alcoolisme, vues sur des situations d'urgences vitales, etc.). Un projet de réaménagement complet a été établi. Son coût s'élève à 3 M€ (cf. *infra*).

Les locaux des services d'hospitalisation en aval des urgences sont également anciens. Le bâtiment est dans une très grande vétusté, sans aucun confort pour les patients et avec des conditions de travail dégradées pour les personnels. Un projet de rénovation et de réorganisation est actuellement instruit avec l'ARS. Son coût est évalué à 10 M€.

1.3.4.2 Les moyens humains

Le CH de Laon peine à disposer de suffisamment de praticiens urgentistes et doit parfois recourir à des agences d'intérim pour assurer la permanence des soins, notamment durant les périodes de congés. La polyvalence s'est développée par mutualisation des activités du Smur, du Samu et de la SU, sans que cela suffise à maintenir une présence médicale dans tous les secteurs. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, le directeur indique que l'hôpital n'a plus recours à l'intérim pour les urgences adultes, au profit du temps de travail additionnel et des contrats de gré à gré.

La situation est particulièrement tendue en pédiatrie ce qui a conduit le CH à ne disposer que d'une autorisation précaire en urgence pédiatrique (cf. *supra*). Le recours croissant à ce service par la population conduit à remettre en cause la capacité de l'établissement à maintenir cette activité.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La situation socio-économique globale du département de l'Aisne, notamment la zone d'attractivité du centre hospitalier de Laon, présente des fragilités, avec une population en moyenne plus âgée que sur le reste du département et avec un niveau de ressources plus faible. Le besoin en soins est difficilement satisfait par l'offre libérale et il s'en suit un recours aux urgences hospitalières élevé et en croissance. La situation est particulièrement tendue en pédiatrie.

Le centre hospitalier, dont la zone d'attractivité est estimée à 85 000 habitants, exerce les trois activités de médecine d'urgence (Samu, Smur et SU) et dispose d'un large panel de spécialités en hospitalisation. Les deux principales difficultés rencontrées par l'établissement proviennent d'effectifs médicaux insuffisants et de locaux qui ne permettent pas d'accueillir de façon satisfaisante les usagers, en particulier les mineurs.

En matière de coopération, le CH de Laon n'adhère pas à un réseau de prise en charge des urgences avec d'autres établissements de santé comme l'exige le code de la santé publique. Il ne bénéficie pas non plus d'un véritable appui du groupement hospitalier de territoire « Aisne Nord - Haute Somme ».

2 LE FONCTIONNEMENT DES URGENCES

2.1 La gouvernance

2.1.1 Le projet médical 2020-2024

Le projet médical de l'établissement a fixé pour les urgences générales cinq objectifs :

- revoir l'organisation pour répondre à l'afflux croissant ;
- conduire des travaux de reconfiguration architecturale pour améliorer l'organisation des flux et répondre à l'état de vétusté des locaux ;
- consolider l'équipe médicale et soignante ;
- soutenir la pérennité de la maison médicale de garde ;
- créer un service de post-urgence.

Ils sont déclinés en quatre actions de nature organisationnelle :

- recruter des médecins de médecine générale pour réaliser des consultations non programmées ;
- recruter des soignants compétents à la fois pour le Smur et pour la SU ;
- améliorer la qualité du fonctionnement et l'attractivité médicale du service pour répondre au déficit en moyens humains ;
- consolider le travail réalisé en matière de prise en charge des personnes âgées.

Deux autres actions portant sur l'aménagement de l'espace sont inscrites :

- créer un espace dédié aux urgences ;
- augmenter les capacités de l'UHCD pour fluidifier les parcours.

Les pilotes des actions sont la direction et le chef de service au sein du pôle « Urgences ».

Cette feuille de route est cohérente avec le projet médical partagé avec les 10 établissements du groupement hospitalier de territoire. Le choix de développer la coopération entre les structures d'urgence ne figure cependant pas dans le projet médical ni dans les documents qui le déclinent. Il conviendrait d'intégrer ce volet et de fixer les actions à mener.

2.1.2 Le contrat de pôle

Un contrat de pôle, signé en 2018, a été établi sur la période de 2018 à 2020. Un second, daté de septembre 2022, couvre les années 2022 à 2025. Ce dernier document ne prévoit plus de délégations de crédits pour les formations ni pour la gestion du temps additionnel des médecins du pôle, et, les dispositions relatives aux modalités d'intéressement collectif n'ont pas été reconduites. Ces souplesses de gestion auraient pourtant été de nature à faciliter la mise en œuvre de l'action n° 3 du projet médical visant à améliorer la qualité du fonctionnement et l'attractivité médicale du service (cf. *supra*).

La contribution au retour à l'équilibre financier de l'établissement ne figure plus explicitement dans le nouveau contrat. Compte tenu de la situation financière toujours préoccupante, le maintien de cette mention aurait été souhaitable. Dans les deux documents, le pôle s'engage à maîtriser ses dépenses directes. Aucun objectif précis n'est fixé et il n'y a pas de plan d'action associé.

Alors que des bilans annuels étaient prévus, dans les deux contrats, ils n'ont pas été établis. Ni la commission médicale d'établissement, ni le directoire n'ont été tenus informés des résultats comme stipulé.

L'annexe n° 1 des deux contrats aurait dû comporter une matrice de positionnement stratégique devant être discutée au sein des réunions de dialogue de gestion. Elles sont restées vierges.

Les annexes n° 2 détaillent par service les objectifs médicaux. Pour la structure des urgences, le premier contrat en fixait deux :

- rendre attractif le service des urgences par une restructuration et une modification des circuits de patients, la prise en charge des urgences pédiatriques et la réalisation de travaux en lien avec la direction des ressources matérielles ;
- réorganiser l'interface avec le Smur.

Des réflexions ont été menées sur ces deux sujets. Il n'y a cependant pas eu de réalisations concrètes.

Les deux contrats prévoyaient l'élaboration d'un projet de pôle et une mise à jour du règlement intérieur du pôle au 31 décembre 2018 puis au 1^{er} mars 2023, ce qui n'a pas été fait.

Le nouveau contrat a fixé un objectif d'augmentation de l'activité globale du pôle de 2 % par an. Le dossier de demande de financement pour le projet de restructuration de l'hôpital le mentionne. Un suivi de cet objectif doit donc être effectué.

2.1.3 La lettre de mission

Le chef du pôle urgences a reçu une lettre de mission en janvier 2023. Elle décline et précise les réalisations attendues avec un échéancier sur les années 2023 et 2024. La structure des urgences est concernée par la majorité d'entre elles :

- rédaction d'un projet de service en juin 2023 ;

- finalisation de la mise en place du dispositif Télé-AVC²⁶ en juin 2023 ;
- mise en place d'une charte d'accueil des internes en mai 2023 ;
- identification des référents médicaux, notamment pour les relations hôpital-ville, et usagers, visant à développer le management participatif, avec pour échéance le 30 juin 2023.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, le directeur indique que des référents ont été identifiés. La chambre constate que ces derniers ne correspondent pas à ceux mentionnés dans la lettre de mission, qui n'a donc pour l'instant pas donné lieu à des réalisations.

La déclinaison des orientations en actions dans la hiérarchie des documents de cadrage n'est pas satisfaisante. Des objectifs inscrits dans le projet médical de l'établissement ne sont pas déclinés dans le contrat de pôle puis dans la lettre de mission. En sens inverse, des actions opérationnelles ne sont pas rattachées à des orientations formalisées (cf. annexe n° 9). Les acteurs ne se sont pas véritablement appropriés ces outils.

Pour que le dispositif soit plus performant, il conviendrait de mettre en place un outil de suivi unique articulant les trois documents et en y intégrant les indicateurs, puis de l'utiliser dans le dialogue de gestion et la présentation au directoire, à la commission médicale d'établissement et au conseil de surveillance.

2.1.4 Les dialogues de gestion

Des dialogues de gestion semestriels devraient avoir lieu, associant la direction de l'hôpital et le chef de pôle, appuyés de leurs cadres respectifs. Dans les faits, quatre réunions ont eu lieu, en 2019, 2020, 2022 et 2023. Il n'y en a pas eu en 2018 et 2021.

Les documents servant de support aux rencontres comportent des données d'activité et financières mais sans indicateurs permettant de les rattacher au contrat de pôle.

Les difficultés de fonctionnement sont discutées mais sans qu'il y ait d'évaluation des résultats attendus. Il paraît souhaitable de mettre en place de véritables revues de contrat abordant la mise en œuvre de tous les engagements au moins une fois par an.

Recommandation n° 1 : effectuer une revue exhaustive du contrat de pôle au moins une fois par an.

²⁶ Le projet « Télé-AVC » a pour objectif de permettre une meilleure prise en charge des patients présentant un accident vasculaire cérébral, 24h/24 et 7j/7 en utilisant les moyens de la télémédecine pour assurer une expertise à distance en neurologie et en imagerie.

2.1.5 Les instances internes traitant des urgences

Une commission d'admission et des consultations non programmées (CANCP), mise en place en 2012, a été réactivée en décembre 2022. Lors de sa première réunion, elle a décidé de créer une sous-commission dédiée à la structure d'accueil des urgences, jugée très importante. Cela n'a pas été suivi d'effet à ce jour. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, le directeur indique qu'il a préféré mettre en place des audits de pertinence sur les orientations depuis les urgences.

De 2018 à 2022, il n'y a pas eu de séances du directoire, du conseil de surveillance et de la commission médicale d'établissement pour aborder spécifiquement la structure des urgences en tant que sujet à part entière comme cela a pu être fait pour d'autres spécialités.

L'enjeu que représente la SU pour l'activité de l'établissement justifierait qu'elle fasse l'objet d'un suivi plus régulier (cf. *infra*).

2.2 Données rétrospectives d'activité

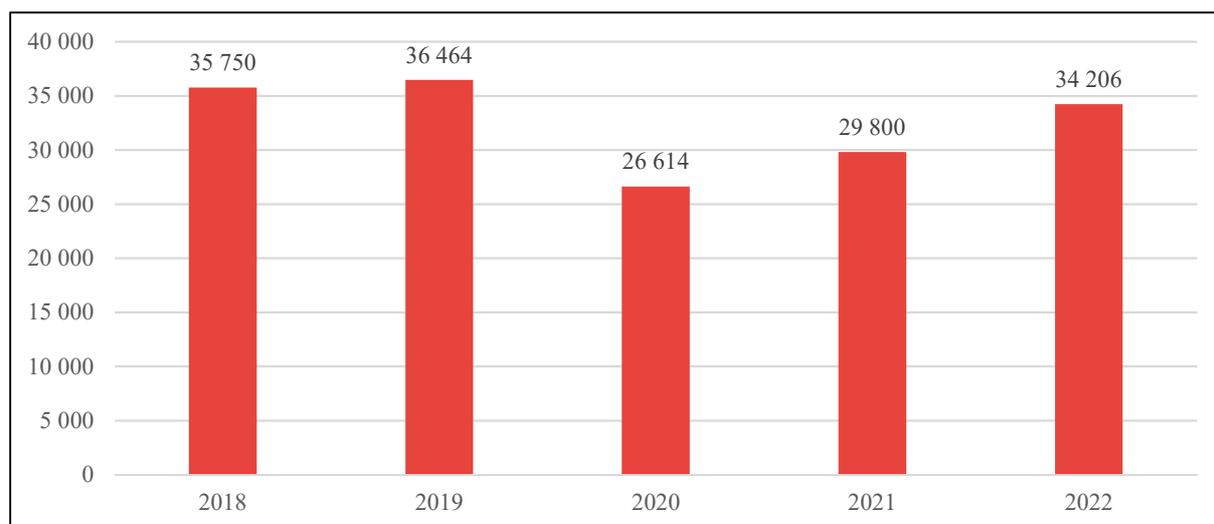
2.2.1 Le niveau d'activité

Les établissements de santé ayant une activité autorisée de soins de médecine d'urgence doivent établir, pour chaque patient, un résumé de passage aux urgences (RPU). Il comporte des informations caractérisant le malade (âge, sexe, etc.), les données médicales essentielles (diagnostic, gravité, etc.) ainsi que les durées de passage et les modes d'arrivée et de sortie. L'exploitation des RPU permet de caractériser l'activité.

En 2018 et 2019, cette dernière était en augmentation, atteignant un peu plus de 34 000 RPU. En 2020, année marquée par les mesures spéciales de gestion des hôpitaux pour être en capacité d'accueillir les malades de la Covid-19, une forte baisse est enregistrée (- 27 %).

Depuis 2021, le nombre de passages est en progression mais sans qu'il ait atteint le niveau de 2019. Ces évolutions sont analogues à celles constatées au niveau du département de l'Aisne et de la région Hauts-de-France.

Graphique n° 3 : Nombre de passages aux urgences de 2018 à 2022



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données fournies par le GIP Sant&Numérique Hauts-de-France. Observatoire régional des urgences (ORU).

La part du volume total des urgences prises en charge par le CH de Laon dans le département, stable en 2018 et 2019 (15 %), est en légère baisse en 2022 (13 %).

2.2.2 Profil des malades

Tous âges confondus, depuis 2019, la part des hommes passés aux urgences est plus élevée que celle des femmes avec pour valeurs respectivement 53 % et 47 %. Pour les personnes âgées de plus de 75 ans, le ratio est en revanche marqué par une prédominance des femmes (61 %). L'âge moyen du patient était de 34 ans en 2022.

Les personnes de plus de 75 ans ont représenté 11,6 % des patients accueillis aux urgences en 2022 (4 000 passages), soit un niveau légèrement inférieur au département de l'Aisne (14,3 %) et de la région (12,9 %). Cette proportion est globalement stable depuis 2018.

La part des moins d'un an a été de 4,7 % en 2022 soit un niveau plus élevé que dans le département (3,5 %) et dans la région (3,7 %)²⁷.

Après une baisse marquée en 2020, la reprise des venues aux urgences a fortement progressé pour les moins de 18 ans (+ 27 % en 2021 et + 29 % en 2022). Sur ce dernier exercice, le niveau d'activité avait pratiquement retrouvé celui de 2019 (13 209). Avec une quarantaine de venues par jour, les urgences pédiatriques représentent près de 40 % de l'activité de la SU. La difficulté à recruter des pédiatres rend cette tendance problématique. Un audit réalisé en 2023 a mis en évidence une saturation de la pédiatrie. La hausse du volume d'activité devrait se poursuivre compte tenu de possible départs en retraite de pédiatres installés en ville.

²⁷ Source : Panorama 2022 des urgences dans les Hauts-de-France.

2.2.3 Les modalités d'arrivée et les durées d'attente

Sans changement depuis 2018, le mode de transport largement prédominant est le moyen personnel (73 %), suivi des ambulances (19 %) et des services de secours (7 %)²⁸.

En termes d'horaires, 40 % des arrivées ont lieu en semaine durant la journée, 35 % la nuit entre 20h00 et 08h00 et un quart des patients sont accueillis le week-end.

En 2022, la durée moyenne d'attente aux urgences était de 2h51. Elle augmente chaque année depuis 2019. Elle demeure cependant nettement inférieure aux valeurs du département (4h10) et de la région (4h23) et sans variation significative depuis 2018.

Les deux classes d'âge extrêmes, pédiatrie et gériatrie, présentent des durées de passage contrastées. Pour les enfants, depuis 2018, la durée moyenne est stable, de 1h30. En revanche pour les personnes âgées, elle est en hausse constante (cf. annexe n° 11). Elle s'établit à 5h34 en 2022 à un niveau inférieur au département (7h07) et à la région (7h14).

Lors de son audit en 2022, la Haute autorité de santé a relevé le défaut de communication des délais d'attente aux urgences. Il a été corrigé par l'installation d'un écran numérique affichant l'estimation du délai de prise en charge.

2.2.4 Les pathologies et leur gravité

Les diagnostics principaux médico-chirurgical et traumatologique représentent respectivement 60 % et 30 % des diagnostics effectués en 2022. Les pathologies relatives à la partie supérieure du corps (ORL-ophtalmo-stomato et carrefour aéro-digestif), à l'abdomen et de nature traumatologique en constituent près de 50 % des diagnostics (cf. annexe n° 12).

Les part des venues pour des motifs sans gravité²⁹ ont représenté 11,4 % en 2022, soit un niveau assez significativement inférieur au département (22,9 %) et à la région (17,5 %), traduisant une part moindre de « bobologie ».

Aux urgences générales, un peu plus de 80 % des passages sont d'une gravité de niveau 2 sur une échelle de 1 (« État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables ») à 5 (« Situation pathologique engageant le pronostic vital »).

Pour les urgences les plus graves, engageant le pronostic vital, il en est arrivé 135 en 2022, soit moins de 1 % de l'activité, dont une seule en pédiatrie.

²⁸ Smur et Sdis (service départemental d'incendie et de secours) cf. annexe n° 10.

²⁹ CCMU 1 (« état lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables ; pas d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique »). Outre les problèmes psychologiques et/ou psychiatriques sans pathologie somatique (CCMU P) et décès (CCMU D), la classification clinique des malades des urgences distinguent 5 niveaux de gravité déterminés par le médecin à l'issue de l'examen clinique initial, formalisés dans le référentiel de la classification clinique des malades aux urgences (CCMU).

2.2.5 L'hospitalisation aux urgences

L'activité de l'unité d'hospitalisation de courte durée a fortement augmenté en 2021 et 2022. Le nombre de journées réalisées a progressé de 57 % entre 2021 et 2022 et a plus que doublé par rapport à 2019 (+ 109 %), année de référence avant la crise sanitaire.

Ces hausses sont dues à une évolution des pratiques de codage suite à une modification des règles en la matière. En premier lieu, dès lors qu'un passage aux urgences dépasse six heures avec un relevé des constantes à trois reprises, il y a facturation au titre d'une hospitalisation de courte durée même si le patient est localisé dans une salle en dehors de l'unité. En second lieu, les patients qui se présentent pour recevoir un médicament de la réserve hospitalière³⁰ et qui nécessitent une surveillance médicale sont pris en compte dans l'activité.

Une augmentation du nombre de places est envisagée dans le cadre de la restructuration des locaux avec un passage de quatre à six lits.

2.2.6 Les sorties

2.2.6.1 Les différentes modalités

Les sorties de la SU peuvent se faire par un retour à domicile, une hospitalisation dans le CH ou une orientation vers un autre établissement. Les deux premières modalités représentent 98 % des modes de départ (cf. annexe n° 13). Il y a eu entre 15 et 22 décès sur la période de 2018 à 2022, en excluant l'année 2020 (35).

La part des retours à domicile s'est légèrement accrue entre 2018 (79 %) et 2022 (83 %). L'orientation vers les hospitalisations présente une tendance inverse (cf. *infra*) : de 18 % en 2018, la proportion s'est établie à 15 % en 2022. Elle est inférieure à la moyenne du département (18 %), de la région (17 %) et au niveau national (19 %).

S'agissant de la pédiatrie, près de 94 % des patients repartent à leur domicile, mettant en évidence que la majorité des venues ne relèvent pas des urgences, mais de simples consultations.

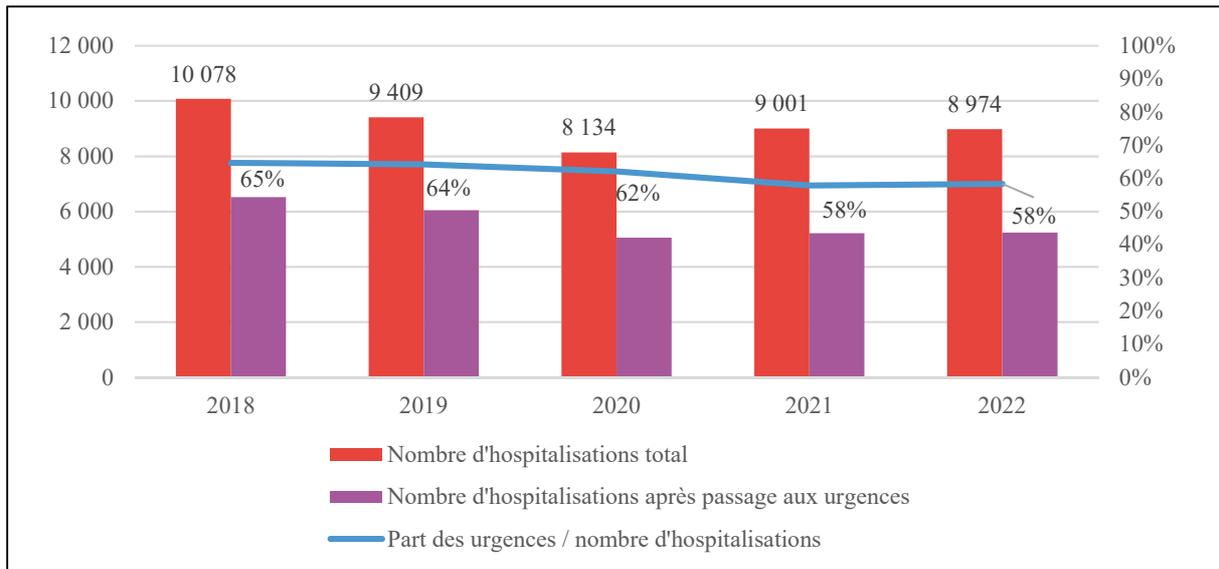
2.2.6.2 Les hospitalisations dans l'établissement

Les hospitalisations faisant suite à un passage aux urgences ont diminué de 22 % de 2018 (6 500) à 2020 (5 000). Elles augmentent légèrement depuis. Il y en a eu 5 200 en 2022.

Les urgences constituent le canal d'entrée principal d'accueil dans l'établissement. En 2022, 58 % des patients ayant séjourné dans le CH de Laon étaient passés par la SU. Ce niveau dépasse le seuil maximum normalement constaté de 35 % à 40 % ce qui constitue un signal de faiblesse. L'activité doit dépendre davantage de l'attractivité de l'hôpital et moins des seuls passages obligés. La situation s'améliore cependant depuis 2018, année pour laquelle le taux était de 65 %.

³⁰ Fourniture de médicaments non disponibles en officine de ville et souvent administrés par perfusion.

Graphique n° 4 : Hospitalisations en provenance des urgences

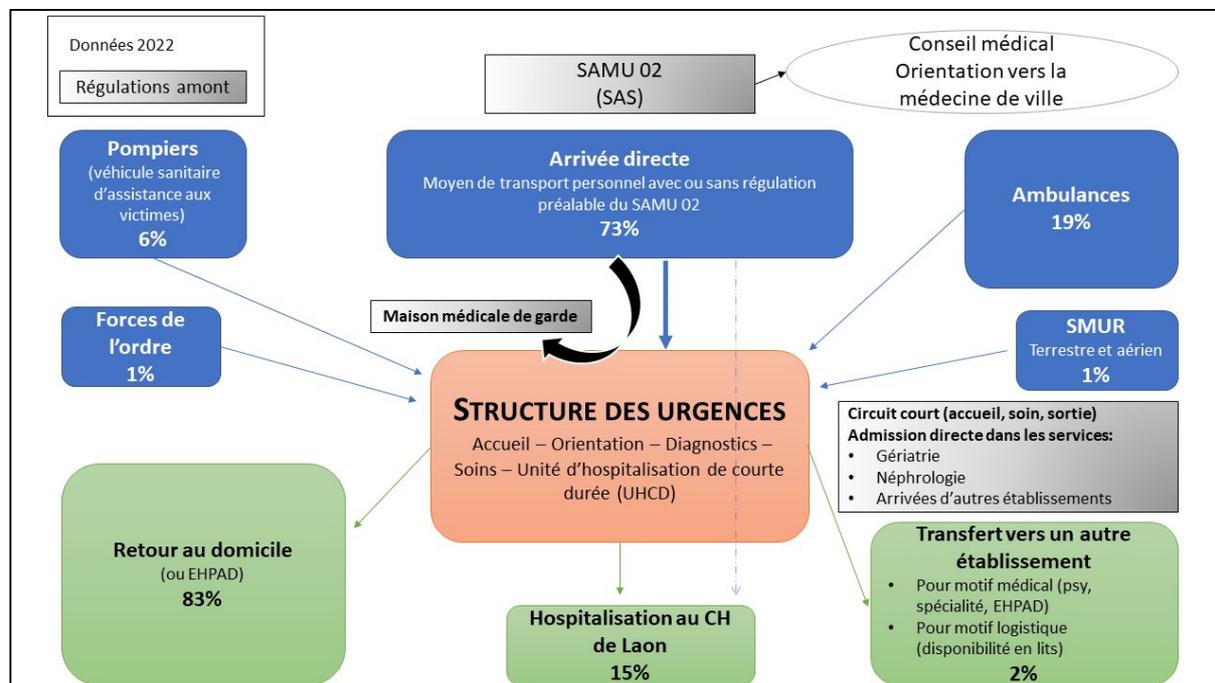


Source : chambre régionale des comptes, à partir de la statistique annuelle des établissements (Ministère de la santé) et du GIP Sant&Numérique Hauts-de-France. Observatoire régional des urgences (ORU) des Hauts-de-France.

En 2023, les cinq types de pathologie les plus souvent rencontrés représentent 60 % des hospitalisations (cf. annexe n° 14) : douleurs abdominales, pathologies digestives (15 %), dyspnées, pathologies des voies aériennes inférieures (12 %), signes généraux et autres pathologies (11 %), douleurs pelviennes, pathologies uro-génitales (11 %) et douleurs thoraciques, pathologies cardio-vasculaires (10 %).

2.3 La régulation amont

Schéma n° 2 : Flux et régulations en 2022



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du GIP Sant&Numérique Hauts-de-France. Observatoire régional des urgences (ORU) et du CH de Laon.

2.3.1 Avec les acteurs externes

2.3.1.1 Les admissions directes

L'établissement cherche à promouvoir les admissions directes dans les services d'hospitalisation, tout particulièrement en gériatrie et en cardiologie.

Les passages aux urgences des personnes âgées, sont reconnus comme étant une source d'aggravation de la perte d'autonomie. La priorité doit être de les éviter, par une meilleure prise en charge à domicile, ainsi qu'en Ehpad. Quand l'hospitalisation s'avère nécessaire, les filières gériatriques permettent d'améliorer la coordination des acteurs avec des admissions directes ou différées. Le CH de Laon s'inscrit dans ce dispositif.

En cardiologie, un numéro d'appel du service a été diffusé à tous les médecins traitants et aux établissements à proximité. L'objectif est de permettre aux professionnels de ville de disposer facilement d'un avis spécialisé et d'organiser une hospitalisation si besoin.

En urologie, l'hôpital a organisé un circuit court dénommé « SOS calcul ».

2.3.1.2 La communication sur les urgences pédiatriques

La régulation amont visant à améliorer la pertinence des arrivées pourrait être développée avec les acteurs de la petite enfance.

Compte tenu de l'afflux croissant aux urgences pédiatriques, d'une accélération de ce dernier plus important que dans le reste du département (cf. *supra*), et de moyens en personnel médical susceptibles de se réduire, le CH va se trouver à court terme dans l'incapacité d'assurer cette mission. Il pourrait être actif dans la mise en place d'actions de prévention visant à éviter les arrivées non justifiées sur le plan médical.

Par exemple, dans sa zone d'attractivité immédiate, avec l'appui de la commune de Laon représentée au conseil de surveillance, l'établissement pourrait mener des actions de communication auprès des parents d'élèves pour relayer le message diffusé au niveau national d'appeler le « 15 » avant de se présenter aux urgences, mais aussi pour expliquer la situation localement et présenter les dispositifs particuliers en place tels que la maison médicale de garde et l'ouverture prochaine du système d'accès aux soins.

Recommandation n° 2 : mettre en place une campagne de communication locale sur le bon usage des urgences pédiatriques.

2.3.2 Les régulations téléphoniques : le Samu et le SAS

Les services d'aide médicale urgente (Samu) qui avaient historiquement vocation à déclencher l'envoi des structures mobiles d'urgence et de réanimation (Smur) ont élargi leurs missions notamment en délivrant des conseils médicaux par téléphone. Ils contribuent désormais à faciliter l'accès aux soins non programmés de ville et évitent ainsi des passages aux urgences non justifiés.

Dans la continuité du Pacte de refondation des urgences de 2019 et du Ségur de la santé de 2020, un service d'accès aux soins (SAS) est en cours de déploiement³¹. Plateforme de régulation des demandes de soins non programmés, il doit permettre d'organiser une prise en charge commune des appels pour toute situation d'urgence, ainsi que tout besoin de soins non programmés lorsque l'accès au médecin traitant ou à un autre médecin de proximité n'est pas possible en première intention, selon le schéma ci-après.

³¹ Article L. 6311-3 du code de la santé publique issu de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 *visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification*.

Schéma n° 3 : Le fonctionnement du service d'accès aux soins



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de la Cour des comptes.

Le SAS doit permettre d'obtenir un conseil médical et paramédical, la prise de rendez-vous pour une consultation avec un médecin généraliste, la téléconsultation ou l'envoi vers une structure des urgences. Une meilleure orientation des patients devrait s'accompagner d'une baisse des arrivées non justifiées et favoriser l'équilibre entre la médecine de ville et l'hôpital.

Le bon fonctionnement du dispositif requiert une articulation avec les communautés professionnelles territoriales de santé. Il n'en existe pas sur la zone d'attractivité du CH de Laon à ce jour.

Le SAS est installé dans le même bâtiment que celui du Samu. Le service fonctionne sur la base du volontariat de médecins libéraux organisés en association.

2.3.3 La maison médicale de garde

2.3.3.1 Les modalités de fonctionnement

Une « maison » médicale de garde (MMG) est installée au sein de l'hôpital³². Elle est constituée d'une salle d'attente et d'une salle de consultation, avec un accès facile depuis l'entrée du bâtiment et la SU. Les consultations ont lieu en soirée, le samedi et le dimanche. L'arrivée des patients doit se faire après une régulation par le Samu ou la SU.

³² Une maison médicale de garde (MMG) est un lieu fixe proposant des consultations de médecine générale non programmées, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins.

Une convention a été passée avec l'association des médecins libéraux du Laonnois pour en définir les modalités de fonctionnement. Son évaluation qui devrait avoir lieu chaque année n'est pas mise en œuvre et le CH, qui n'est pas destinataire des données recueillies par l'ARS, n'a pas de visibilité sur son activité.

En 2019, un transfert systématique des enfants avait été relevé. En 2021, le directeur estimait que certains jours, les médecins de la maison médicale voyaient plus de patients qu'à la SU. L'ARS a demandé à l'hôpital d'être vigilant à cette sollicitation afin que le dispositif ne perde pas en attractivité au vis-à-vis des médecins libéraux qui s'y impliquent. Plusieurs actions ont été déployées, notamment des rencontres avec les généralistes de Laon et l'instauration d'un protocole d'adressage en 2022 (cf. annexe n° 15).

2.3.3.2 L'activité

La fréquentation a crû de 14 % entre 2021 et 2022 (9 500 consultations). Une deuxième ligne a été mise en place mais avec un fonctionnement dépendant des créneaux que les médecins libéraux décident d'assurer.

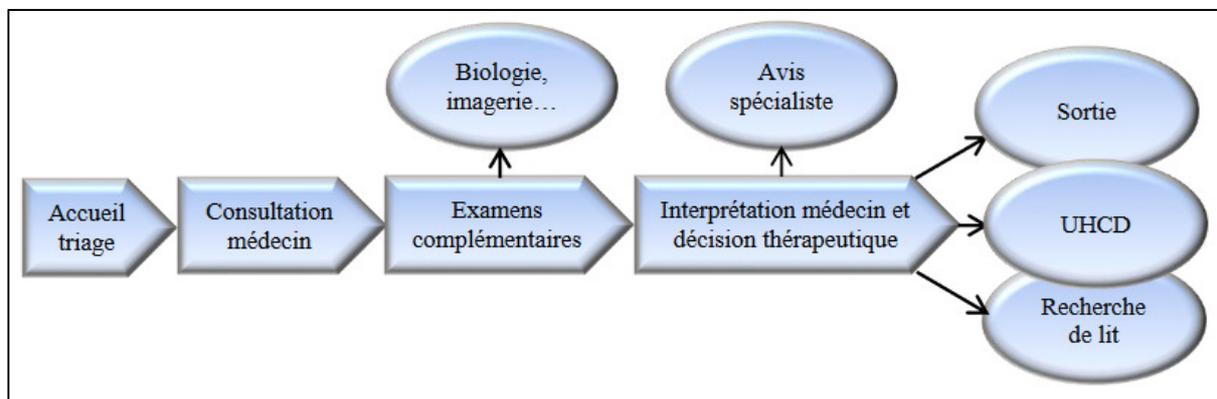
En 2023, la structure est demeurée saturée avec plus de 80 passages le dimanche et une forte activité pédiatrique nécessitant l'appui du pédiatre du CH. Lors d'afflux élevé, la qualité des soins peut se dégrader avec des consultations durant parfois 5 minutes.

Le directeur estime que 90 % des patients vus en consultation à la maison médicale de garde se présentent spontanément sans passer ni par le Samu ni par les urgences compte tenu de la carence de médecine de ville. En pédiatrie, 85 % des consultations ne relèveraient pas de l'urgence mais de consultations simples, parfois pour des vaccins ou des renouvellements d'ordonnance.

Les usagers du bassin d'attractivité de l'hôpital, et aussi d'en dehors, connaissent l'existence de la maison médicale et s'y présentent spontanément sans passer par les urgences.

2.4 Le fonctionnement de la SU

Schéma n° 4 : Parcours aux urgences



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de la Cour des comptes.

2.4.1 La prise en charge des patients

2.4.1.1 Les procédures normales

L'établissement a mis en place une procédure générale d'admission qui traite des urgences adultes, des urgences gynécologiques et des urgences pédiatriques.

Après un accueil administratif, un infirmier d'accueil et d'orientation effectue un tri selon le degré d'urgence et sur avis du médecin si nécessaire, notamment en cas d'envoi vers la médecine de ville ou vers la maison médicale de garde (cf. annexe n° 16). Pour les patients le nécessitant, s'en suit une prise en charge médicale et paramédicale. Un protocole a été établi permettant aux infirmiers, après une formation de deux jours, de prescrire des examens d'imagerie médicale en vue d'accélérer les prises en charge.

Il appartient ensuite au médecin urgentiste de solliciter des examens complémentaires et, si nécessaire, des avis de spécialistes des différents services de l'hôpital. En cas d'hospitalisation, c'est également le médecin de la SU qui décide de la spécialité requise en s'appuyant sur une charte interservices qui définit par spécialité les profils des patients pouvant être accueillis et les pathologies exclues.

Une procédure spécifique aux urgences gynécologiques a été mise en place. L'infirmier organisateur de l'accueil présent sur le point de prise en charge oriente la patiente dans le service approprié au sein du pôle Femme/Mère/Enfant. Selon la pathologie et, s'il y a lieu, l'avancement de la grossesse, la patiente sera orientée, seule ou accompagnée, vers le bloc opératoire obstétrical/néonatalogie ou vers la gynécologie-obstétrique.

D'autres procédures spécifient les modalités de fonctionnement, notamment, en matière d'accès aux soins des accompagnants dans le service des urgences, de prise en charge des patients présentant un accident vasculaire cérébral, et de prise en charge des mineurs isolés étrangers.

2.4.1.2 La procédure dégradée

Au regard des difficultés de disposer du personnel médical, des modes de fonctionnement dégradé ont été définis et peuvent être appliqués dans des circonstances exceptionnelles, avec l'accord du président de la commission médicale d'établissement, du chef de pôle et des chefs de service concernés.

Le dispositif prévoit de placer un interne sur la ligne habituellement assurée par un praticien. Au préalable, il doit être jugé capable d'assumer cette fonction par le chef de service et le chef de pôle, donner son accord écrit pour assurer cette mission, et connaître les modalités d'appel d'un médecin senior pour toutes activités qui présentent une gravité ou une difficulté sérieuse. L'interne agit sous la couverture du chef de service.

Ce mode de fonctionnement expose les patients et l'hôpital à un risque quant à la qualité et à la sécurité des soins. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, le directeur précise qu'il dispose de la capacité de réorienter le patient si nécessaire.

2.4.2 Les publics spécifiques

2.4.2.1 La pédiatrie

Le CH dispose d'une procédure relative à l'orientation des patients de moins de 18 ans. L'accueil est spécifique sauf pour la traumatologie des membres et les plaies, ne respectant pas pleinement en cela le principe de séparation complète des flux entre adultes et enfants.

Il existe aussi un mode dégradé pour les urgences pédiatriques de nuit lorsqu'une garde n'étant pas pourvue, la disponibilité d'un praticien est limitée à une astreinte à domicile pour une urgence vitale. Une communication est alors mise en place vers la ville, les centres hospitaliers du territoire et le Samu afin de les informer de la fermeture et de la nécessité d'orienter vers un autre établissement. Pour les personnes se présentant spontanément, par voie d'affiche, elles sont invitées à contacter le « 15 » ou à se rendre aux urgences générales, où se trouve un infirmier pédiatrique, en cas d'urgence vitale.

Dans ce contexte de forte tension en moyens médicaux, le chef de pôle estime que les urgences générales pourraient prendre en charge tous les patients au-delà de six ans, en capacité de dialoguer avec le praticien, ce dernier ayant la possibilité de recourir à un avis spécialisé si nécessaire. Les urgences pédiatriques se concentreraient ainsi sur les enfants de moins de six ans.

2.4.2.2 La gériatrie

L'établissement a établi une procédure d'orientation vers le court séjour gériatrique des personnes âgées de plus de 65 ans admises à la SU.

Une équipe mobile composée d'un médecin spécialisé en gériatrie et d'un infirmier a été constituée en 2022. Opérationnelle en journée, elle a vocation à se rendre dans les différents services, notamment aux urgences. Elle y effectue des évaluations et donne des avis.

Le CH a la possibilité d'orienter les patients vers l'hôpital de La Fère, en direction commune, presque intégralement dédié à la gériatrie.

2.4.2.3 La psychiatrie

Pour les urgences psychiatriques, le CH s'appuie sur l'équipe paramédicale de l'unité de proximité de Laon dépendant de l'établissement public de santé mentale du département (EPSMD), dans le cadre d'une convention passée en 2000, qui mériterait d'être actualisée.

Sur demande, la SU peut obtenir un appui pour une première évaluation du patient pouvant conduire ensuite à une hospitalisation. Après un bilan somatique, le patient est alors transféré à l'EPSMD, après accord de ce dernier.

Un projet d'actualisation de la convention a été établi pour qu'un infirmier soit présent sur place, ce qui permettrait de satisfaire pleinement aux exigences du code de la santé publique. Il n'a cependant pas encore été signé, en raison de discussions au sein de l'EPSMD depuis 2021 sur les moyens humains et sur les modalités de prise de décision en termes d'orientation des patients.

2.4.3 L'hospitalisation de courte durée

La structure d'urgences dispose de quatre lits d'hospitalisation de courte durée. L'admission dans l'unité a pour vocation de permettre une démarche de diagnostic et de soins. Les patients bénéficient d'une prise en charge complète avec l'intendance (repas, ménage, etc.). La durée moyenne de séjour ne doit pas excéder 24 heures.

La décision d'orientation vers cette unité relève du médecin urgentiste. L'état de santé des patients doit présenter trois caractéristiques simultanées : un caractère instable ou un diagnostic incertain, une surveillance médicale et un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation, et la nécessité de réaliser des examens complémentaires ou des actes thérapeutiques.

L'orientation du patient à la sortie est effectuée en concertation avec les services en aval, internes ou d'autres structures. Il existe une priorité au sein de l'établissement pour les patients sortant de l'UHCD en deuxième niveau après les transferts de réanimation.

Une procédure propre à l'hospitalisation de courte durée est en place. Elle date de 2012 et doit être actualisée.

2.4.4 Les hospitalisations dans les services

2.4.4.1 Les principes de fonctionnement

La décision d'hospitalisation d'un patient est du ressort du médecin urgentiste. La disponibilité des lits pour y donner suite a un effet direct sur le temps de passage aux urgences. Or, la difficulté à en trouver dans les services adaptés aux pathologies s'avère quotidienne.

En cas de tension sur les lits en journée, l'hospitalisation se fait de gré à gré entre le médecin de la SU et ses confrères. En période de garde, l'urgentiste peut affecter le malade avec, si nécessaire, l'appui de l'administrateur de garde³³.

Par anticipation des besoins susceptibles d'apparaître la nuit, les services de l'établissement veillent à disposer chaque soir d'un à deux lits disponibles. Si nécessaire, des patients stabilisés ne nécessitant plus d'examen ou d'avis spécialisé peuvent être transférés dans les établissements de La Fère, en direction commune avec le CH de Laon, ou de Vervins qui fait partie du même groupement hospitalier de territoire.

Lorsqu'il n'est plus possible d'envoyer le malade vers la spécialité requise, il peut être « hébergé » dans une autre spécialité selon des règles établies. Il est sous la responsabilité du service dans lequel il a vocation à aller.

Pour les admissions dans d'autres structures, le CH utilise l'applicatif national pour obtenir un accord³⁴.

³³ Cadres de la direction et cadres supérieurs de santé.

³⁴ « ViaTrajectoire ».

Un audit de pertinence de l'orientation depuis les urgences a été décidé lors de la première réunion de la commission d'admission et des consultations non programmées dans le cadre d'un plan d'actions présenté en directoire en janvier 2023. Il n'a pas encore été mené.

2.4.4.2 L'information sur la disponibilité des lits

Aux urgences, l'identification de la disponibilité en lits en aval est assurée par les cadres de santé et les infirmiers d'accueil et d'orientation qui appellent trois fois par jour tous les services. Dans son rapport de 2022, la HAS relevait que la disponibilité des lits d'hospitalisation recensée n'était pas connue en temps réel.

D'autres recensements journaliers sont effectués. Le contrôle de gestion fait l'état des disponibilités le matin et diffuse l'information dans un message électronique général. Le cadre de santé complète aussi chaque matin le répertoire opérationnel des ressources (ROR) qui constitue la base nationale opérationnelle centralisant l'offre de santé des structures sanitaires et médico-sociales. Le soir, le cadre d'astreinte soignant fait un nouveau recensement et le communique à l'administrateur de garde pour qu'il dispose d'une visibilité pour la nuit. Le Samu dispose aussi d'informations sur les capacités d'accueil.

Le CH était doté d'un gestionnaire de lits jusqu'en 2020. La mise en place d'un « *bed manager* » au niveau du GHT est à l'étude (cf. *supra*). Le succès de la démarche dépendra de la qualité du projet organisationnel et de l'implication des relais locaux.

Compte tenu de l'importance de connaître la disponibilité des lits pour le bon fonctionnement des urgences, et plus globalement de l'hôpital en période de tension, il conviendrait de mettre en place une gestion centralisée de l'information en temps réel et de la rendre accessible de façon partagée à la direction et à l'ensemble des services. L'enjeu justifie d'en faire un projet spécifique suivi par le directoire et la commission médicale d'établissement. Il permettrait en outre des gains de temps pour les multiples intervenants actuels sur le sujet.

Recommandation n° 3 : rendre accessible à la structure des urgences l'information en temps réel sur la disponibilité des lits dans les services d'hospitalisation.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'établissement a mis en place un dispositif de gouvernance complet applicable à la structure des urgences : orientations fixées dans le projet médical, contrat de pôle, lettre de mission et dialogues de gestion. Il n'y a cependant pas eu d'appropriation sur le plan opérationnel. La chambre recommande d'établir un outil de suivi unique à utiliser dans les réunions des instances de gouvernance et lors des dialogues de gestion. Au cours de ces derniers, il conviendrait d'effectuer régulièrement une revue du contrat de pôle exhaustive.

En 2022, le CH a accueilli un peu plus de 34 000 personnes aux urgences. Ce nombre est en augmentation depuis 2020. Les usagers arrivent majoritairement avec leur véhicule personnel, la nuit et le week-end (59 %). La durée moyenne d'attente est de 2h51 mais pour les personnes âgées elle est nettement plus importante (5h34 en 2022) et en hausse continue. En termes de gravité, les urgences vitales constituent moins de 1 % de l'activité. En 2022, 83 % des passages dans la SU se sont terminés par un retour à domicile. Les urgences pédiatriques connaissent une forte progression et constituent 40 % de l'activité alors que les ressources médicales sont insuffisantes mettant en péril cette activité. La SU revêt une importance capitale pour l'hôpital puisque son activité génère près de 60 % des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique.

Les régulations en amont de la SU sont essentielles pour améliorer la pertinence des venues et prévenir les engorgements. L'établissement promeut déjà les admissions directes en hospitalisation, en particulier dans la filière gériatrique. Pour la pédiatrie, face à la difficulté à laquelle le CH est confronté, la chambre recommande qu'il mette en place une campagne de communication locale. Les autres modes de régulation sont le Samu et la maison médicale de garde installée dans l'hôpital et qui connaît une forte hausse de son activité. Le service d'accès aux soins, en cours de déploiement, pourra aussi soulager la SU. Le succès du dispositif dépend cependant de l'implication des médecins libéraux.

Le fonctionnement des urgences fait l'objet de procédures normalisées. La tension sur la pédiatrie a conduit à définir un mode dégradé en cas d'absence de pédiatre de garde, ce qui n'est pas satisfaisant. Pour les hospitalisations dans l'établissement, la gestion des lits s'avère être une problématique récurrente. La chambre recommande la mise en place d'une information centralisée des disponibilités en temps réel. L'importance du sujet justifie qu'il fasse l'objet d'un suivi en directoire et en commission médicale d'établissement.

3 LA QUALITÉ DU SERVICE ET SON COÛT

3.1 La qualité et la sécurité des soins

3.1.1 La gouvernance et l'animation

Le CH de Laon a défini une politique de qualité et de sécurité des soins à laquelle est adossé un plan d'amélioration. Le sujet est abordé en conseil de surveillance et piloté par un comité stratégique qui a pour principales missions d'émettre un avis sur le plan et d'en assurer le suivi en utilisant des indicateurs.

L'établissement a mis en place un dispositif de signalement et d'analyse des événements indésirables, suivi par un comité des vigilances et des risques (COVIRIS). L'instance se réunit trimestriellement. Un comité de retour d'expérience (CREX) effectue les « revues de mortalité et de morbidité » au moins une fois par an. Enfin, une commission d'évaluation des pratiques professionnelles est en place.

Une cellule « qualité et gestion des risques » est dédiée à ce sujet. Elle est composée d'un cadre de santé, d'une infirmière diplômée d'État (IDE) et d'une assistante. Ils conduisent leurs actions en lien avec des référents qualité, formés, dans chaque unité, pour adapter les axes d'amélioration en fonction des problématiques rencontrées. Des actions de sensibilisation du personnel sont menées avec notamment la diffusion trimestrielle d'une gazette et l'organisation de semaines « sécurité des patients » comportant des ateliers « chambre des erreurs » pour rappeler les bonnes pratiques.

Lors de l'accueil de nouveaux agents, en particulier les étudiants, un rappel des règles essentielles d'hygiène est fait et formalisé dans un « passeport pour l'hygiène ».

3.1.2 La situation aux urgences

Dans le cadre du projet qualité et gestion des risques du pôle « Urgences », des objectifs spécifiques sont assignés à la SU, portant notamment sur :

- le délai de prise en charge radio pour les AVC ;
- la participation et la pérennisation des évaluations des pratiques professionnelles ;
- la participation à la lutte contre les infections nosocomiales ;
- l'instauration de la culture positive de l'erreur ;
- l'identification et la priorisation des risques.

Les événements indésirables portent essentiellement sur les délais de prise en charge du patient, l'agressivité de certains usagers et la rupture dans la continuité des soins³⁵.

³⁵ La continuité des soins consiste à éviter toute rupture dans le suivi du malade.

S'agissant des urgences pédiatriques, le passage des mineurs dans la filière générale pour la traumatologie n'est pas satisfaisant. Le projet actuel de réorganisation des locaux est de nature à corriger la situation (cf. *infra*).

L'indicateur qualité sécurité des soins (IQSS) pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux révèle une situation qui appelle des progrès, en particulier sur le délai entre l'admission et l'expertise neuro-vasculaire ou neurologique. Les conditions matérielles sur site constituent une faiblesse pour l'établissement. En effet, les équipements d'IRM³⁶ sont dans un bâtiment distinct de l'hôpital de 500 m². La réalisation des examens nécessite donc un déplacement du patient, chronophage, alors que la prise en charge médicale de la pathologie doit se faire dans des délais aussi rapides que possible. Le CH de Laon met en place des actions pour progresser. Depuis l'été 2023, il dispose d'un accès permanent aux équipements d'imagerie³⁷ L'hôpital est par ailleurs engagé dans le projet de Télé-AVC devant permettre de disposer d'un avis de neurologue à distance.

3.2 La satisfaction de l'utilisateur

3.2.1 Le niveau de satisfaction

Globalement pour l'hôpital, la dernière évaluation de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2022 fait apparaître un taux de satisfaction de 72 %, qui positionne le CH de Laon dans le niveau intermédiaire du référentiel³⁸. Après une baisse en 2021 (67 %), le score retrouve son niveau de 2020. Il n'existe cependant pas d'évaluation externe spécifique aux urgences. La satisfaction est mesurée par l'hôpital lors d'enquêtes ponctuelles.

Dans son dossier de demande de renouvellement d'autorisation en 2021, le CH mentionnait que les patients pris en charge aux urgences étaient globalement satisfaits de leur séjour dans des proportions identiques depuis plusieurs années avec un taux de de 88,5 %. Ce résultat est cependant très en deçà des niveaux enregistrés pour les autres services qui ont tous un score supérieur ou égal à 98 %. Cette évaluation est, de plus, fragile. Elle est basée sur des enquêtes ponctuelles, pour lesquelles les taux de retour ne sont pas satisfaisants et dont les modalités de mise en œuvre ne sont pas stabilisées.

La satisfaction du passage aux urgences et la connaissance que le CH en a représentent un enjeu important. En effet, la SU alimente l'activité de l'hôpital. Plus de la moitié des patients hospitalisés en proviennent (cf. *supra*). De plus, avec 34 000 arrivées par an, le service constitue « la vitrine » de l'établissement et contribue largement à faire sa réputation. La mise en place d'un dispositif, robuste et pérenne, pour recueillir de façon fiable, continue et précise, l'avis des patients passés aux urgences, hospitalisés ou repartis selon une autre modalité, est nécessaire afin de corriger rapidement d'éventuelles anomalies qui apparaîtraient et inscrire le service dans une démarche d'amélioration continue.

³⁶ Imagerie par résonance magnétique.

³⁷ Le centre IRM est exploité dans le cadre d'un Groupement d'Intérêt Économique avec un partage des créneaux avec deux cliniques actionnaires de la structure.

³⁸ Rouge : < 50 %, orange : entre 50 % et 75 % et vert lorsque le score est supérieur à 75 %.

Recommandation n° 4 : mettre en place un dispositif pérenne de recueil de la satisfaction des usagers passés aux urgences intégré dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, le directeur s'engage à ce que soit mis en place un suivi spécifique. L'enjeu du sujet justifierait d'en faire une présentation spécifique et régulière, tant en commission des usagers que dans les instances de gouvernance (directoire, conseil de surveillance et commission médicale d'établissement).

3.2.2 Les réclamations

Le service des urgences est celui engendrant le plus de réclamations. Depuis 2019, chaque année, elles représentent 30 % de toutes celles reçues³⁹.

En 2020, sur 41 réclamations, 12 concernaient les urgences. Sur une échelle de 1 à 5, du moins grave au plus grave, trois étaient de niveau 5 (« gravité catastrophique »), une de niveau 4 (« gravité critique ») et une de niveau 3 (« gravité majeure »). En 2021, le CH a reçu 14 réclamations dont une de gravité 5, une de niveau 4 et six de niveau 3. En 2022, il y a eu 11 réclamations. Les motifs portent presque exclusivement sur les soins dispensés et les relations avec le personnel.

Les trois médiations engagées par le CH en 2022 portent sur des soins reçus aux urgences. Enfin, sur 16 contentieux en cours pour l'établissement, trois proviennent des urgences dont un pour un AVC non diagnostiqué.

3.3 Les projets

Trois projets sont à l'étude de nature à améliorer la qualité des soins et la satisfaction des usagers.

Dans le cadre des investissements du « Ségur de la santé », un projet de rénovation générale de l'ensemble de l'hôpital, d'un montant de 10 M€, est instruit auprès de l'ARS. Il conduira à une réorganisation des spécialités par étage, avec, en particulier, le transfert de la pédiatrie à proximité des urgences pédiatriques pour mutualiser les équipes.

La restructuration des locaux de la SU fait l'objet d'un projet séparé, évalué à 3 M€. Il comporte deux extensions immobilières. Il permettra notamment de disposer de deux filières séparant les mineurs des adultes, et d'augmenter le nombre de salle d'examen. Les travaux sont envisagés sur la période 2025 à 2027 mais le projet n'a cependant pas été intégré au plan global de financement pluriannuel en raison de la situation financière dégradée de l'établissement. Sa réalisation effective est conditionnée par l'obtention d'aides extérieures⁴⁰.

³⁹ 22 % en 2018.

⁴⁰ Un financement d'1 M€ est déjà acté.

L'agrandissement des espaces devrait aussi permettre d'améliorer les conditions d'accueil, d'attente et de soins des patients. Il conviendrait de préciser et de formaliser les bénéfices attendus pour les usagers et de les associer au projet.

Enfin, à la suite d'une mission d'accompagnement effectuée par la collégiale des chefs de service des structures d'urgences des Hauts-de-France en 2023, menée à la demande de l'ARS et du centre hospitalier, une intégration plus poussée du Samu, du Smur et de la SU est à l'étude pour optimiser les coopérations et les mutualisations. Un rapprochement géographique pourrait s'en suivre⁴¹. Une étude de faisabilité devrait être rendue en juin 2024.

3.4 Le coût du service

L'analyse économique a été menée sur les urgences générales.

3.4.1 Les recettes

La réforme du financement des urgences

En septembre 2019, parmi les 12 mesures adoptées dans le cadre du « Pacte de refondation des urgences », il a été acté la réforme du financement entérinée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Le nouveau dispositif a été conçu avec notamment pour objectif d'inciter les établissements à recentrer l'activité de la médecine d'urgence sur les cas relevant de cette spécialité, en prenant en compte dans les critères de financement la complexité des soins réalisés reflétant ainsi les différences de lourdeur de prise en charge.

Désormais les activités sont financées par :

- une dotation populationnelle, dont le montant est fixé par région en tenant compte des besoins de la population des territoires et des caractéristiques de l'offre de soins ;
- une dotation complémentaire allouée aux établissements qui satisfont des critères portant sur l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge⁴² ;
- et des recettes liées à l'activité et tenant compte de l'intensité de la prise en charge⁴³.

La dotation populationnelle a été mise en place le 1^{er} janvier 2021 tandis que la dotation complémentaire et le financement à l'activité ont été instaurés au 1^{er} janvier 2022.

Les produits tirés de l'activité proviennent essentiellement de l'assurance maladie et de la facturation aux tiers du reste à charge (mutuelles, et patients le cas échéant) complétés de quelques recettes mineures.

⁴¹ Le Samu, avec l'hélistation et le centre de formation aux soins d'urgence, se trouve dans un bâtiment isolé en la partie basse de la ville, alors que la SU et le Smur sont dans l'hôpital, dans la partie haute de la commune.

⁴² Tenant compte de l'âge du patient et des suppléments pour les prises en charge lourdes, de la réalisation d'examen complémentaires en imagerie et biologie, du recueil d'avis spécialisés, de son mode d'arrivée, etc.

⁴³ Y compris les recettes liées à la participation de l'assuré aux frais liés aux actes réalisés.

S'agissant des versements de l'assurance maladie, le montant annuel était globalement stable à hauteur de 5 M€ de 2018 à 2020. Il a significativement augmenté en 2021 (6,6 M€) et en 2022 (7 M€), d'une part du fait de la réforme du financement des urgences, et, d'autre part, de la possibilité offerte depuis 2020 de facturer en séjour d'hospitalisation de courte durée la délivrance de médicaments de la réserve hospitalière (cf. *supra*).

En 2022, les recettes issues de la structure des urgences ont représenté 8 % de l'ensemble des produits bruts d'exploitation du CH et 9 % de ceux du seul budget principal.

Les modifications du financement se sont avérées très favorables au CH de Laon. Cependant, un ajustement par l'ARS des dotations aux différents établissements de la région pourrait se traduire pour le CH de Laon par une réduction de 2 M€ par an.

Pour les produits issus de l'hospitalisation de courte durée, la baisse de recettes en 2021 (- 23 %) est due aux variations de type de soins délivrés en fonction des pathologies traitées. Ils ont représenté 1,72 M€ en 2022. Il en va de même pour les consultations et soins délivrés aux usagers qui repartent à domicile qui se sont élevés à 1,66 M€ en 2022. Il en résulte des variations des recettes par journée d'hospitalisation et par consultation.

En 2020, malgré la forte baisse des passages aux urgences (cf. *supra*), les recettes ont été maintenues grâce au mécanisme de garantie de financement des établissements de santé mis en place au niveau national.

Tableau n° 1 : Produits issus de l'activité de la structure des urgences

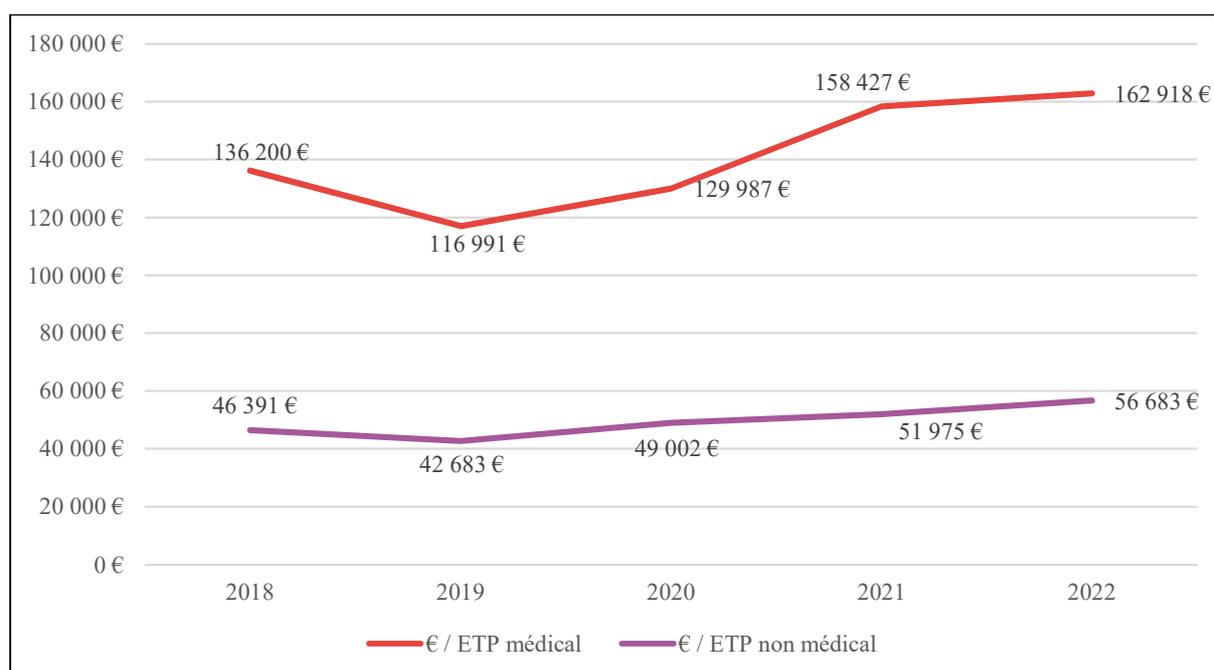
	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution de 2018 à 2022
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	4 668 125 €	4 996 766 €	4 941 621 €	6 620 323 €	7 025 993 €	51%
<i>Dont produits de la tarification des séjours (UHCD)</i>	1 050 974 €	1 173 457 €	1 402 169 €	2 235 078 €	1 715 765 €	63%
<i>Dont produits des DMI facturés en sus des séjours</i>	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €	
<i>Dont produits faisant l'objet d'un tarif spécifique (Actes et consultations externes, ...)</i>	1 480 410 €	1 461 285 €	1 115 789 €	1 296 257 €	1 652 842 €	12%
<i>Dont forfait annuels MCO</i>	2 106 741 €	2 249 630 €	2 249 630 €	3 056 488 €	3 463 983 €	64%
<i>Dont MIG (Mission d'Intérêt Général)</i>	0 €	82 394 €	124 033 €	2 000 €	179 403 €	
<i>Dont FIR (Fonds d'Intervention Régional)</i>	30 000 €	30 000 €	50 000 €	30 500 €	14 000 €	-53%
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	514 447 €	485 969 €	455 656 €	544 835 €	1 009 291 €	96%
Titre 3 - Autres produits	73 112 €	47 549 €	52 373 €	42 447 €	23 415 €	-68%
Total des recettes (R)	5 255 684 €	5 530 283 €	5 449 650 €	7 207 606 €	8 058 699 €	53%
Recettes par journée en UHCD	585 €	659 €	895 €	861 €	420 €	-28%
Recettes par consultation externe	72 €	70 €	72 €	77 €	97 €	35%

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du CH de Laon.

3.4.2 Les charges

De 3,7 M€ en 2018, les charges directes se sont accrues et s'établissaient à 4,8 M€ en 2022, soit une hausse de 30 % qui a porté sur quasiment l'intégralité des postes (cf. annexe n° 17)⁴⁴. Les dépenses de personnel ont représenté 90 % de l'augmentation, en raison notamment des progressions des rémunérations, particulièrement marquées pour le personnel médical. Le temps additionnel des urgentistes a notamment été revalorisé en 2021.

Graphique n° 5 : Rémunération par équivalent temps plein (ETP)



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du CH de Laon.

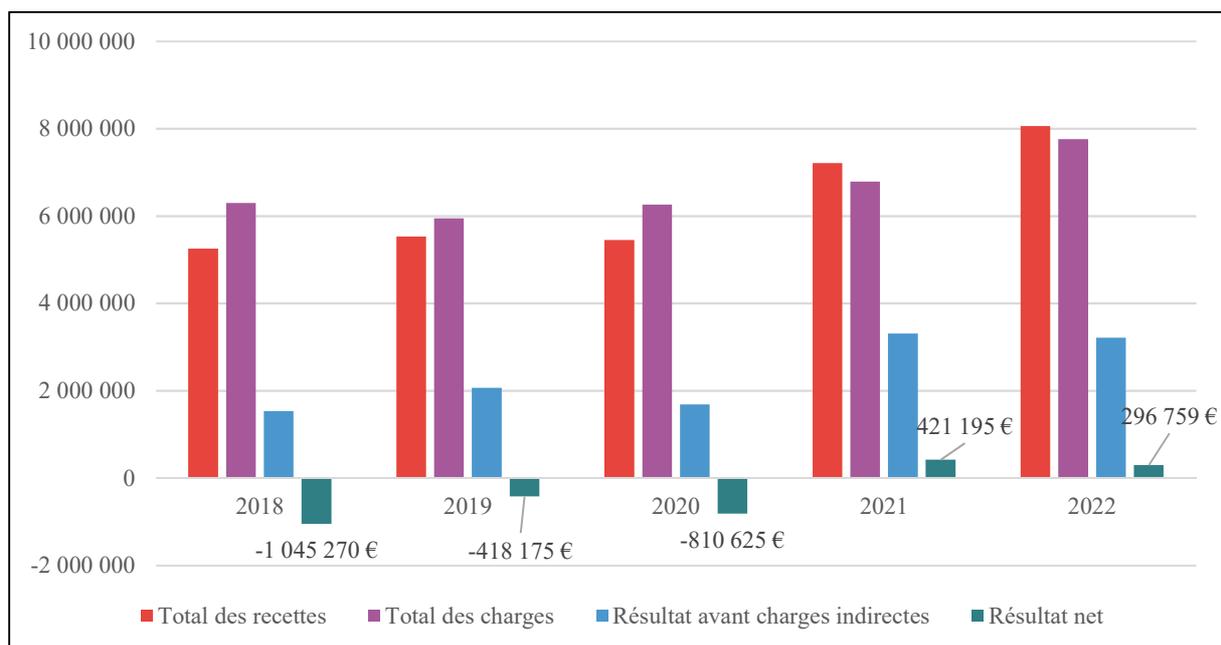
Les charges indirectes imputées à la structure des urgences par la comptabilité analytique portent sur la logistique, la direction générale et les frais des plateaux médico-techniques. Elles ont également évolué à la hausse, mais dans une moindre mesure. De 2,6 M€ en 2018, elles ont augmenté de 13 % et s'établissaient à 2,9 M€ en 2022.

3.4.3 Le résultat

Le résultat avant imputation des charges indirectes a plus que doublé entre 2018 et 2022. La hausse la plus marquée est intervenue en 2021 avec la mise en œuvre des nouvelles dispositions relatives au financement. Alors que le résultat net intégrant les charges indirectes était structurellement déficitaire.

⁴⁴ À l'exception des fournitures médicales (36 445 € en 2018 et 6 716 € en 2022).

Graphique n° 6 : Évolution des performances financières de l'activité de la structure des urgences



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du CH de Laon.

Sur la base de la comptabilité analytique, les urgences ont produit une recette nette représentant en moyenne, en 2022, 14 € par passage.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le CH de Laon dispose d'un dispositif globalement robuste de pilotage et d'animation de la sécurité et de la qualité des soins. Pour la SU, des actions d'amélioration sont engagées sur les locaux et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux. En revanche, le suivi de la satisfaction des usagers doit progresser. La chambre recommande de mettre en place un dispositif pérenne en la matière, intégré dans une démarche d'amélioration continue de la qualité au regard de l'enjeu que constitue le service des urgences pour l'attractivité de l'établissement.

Sur le plan financier, l'activité génère des recettes qui se sont élevées à 7 M€ en 2022 et qui ont représenté 8 % des produits bruts de l'hôpital. La réforme du financement des urgences intervenue en 2021 et 2022 a généré une forte hausse des produits. Les charges ont aussi augmenté entre 2018 et 2022 mais dans une moindre mesure. Le résultat de l'activité est ainsi devenu positif en 2021. En moyenne sur 2022, la recette nette d'un passage aux urgences est estimée à 14 €.

*

* *

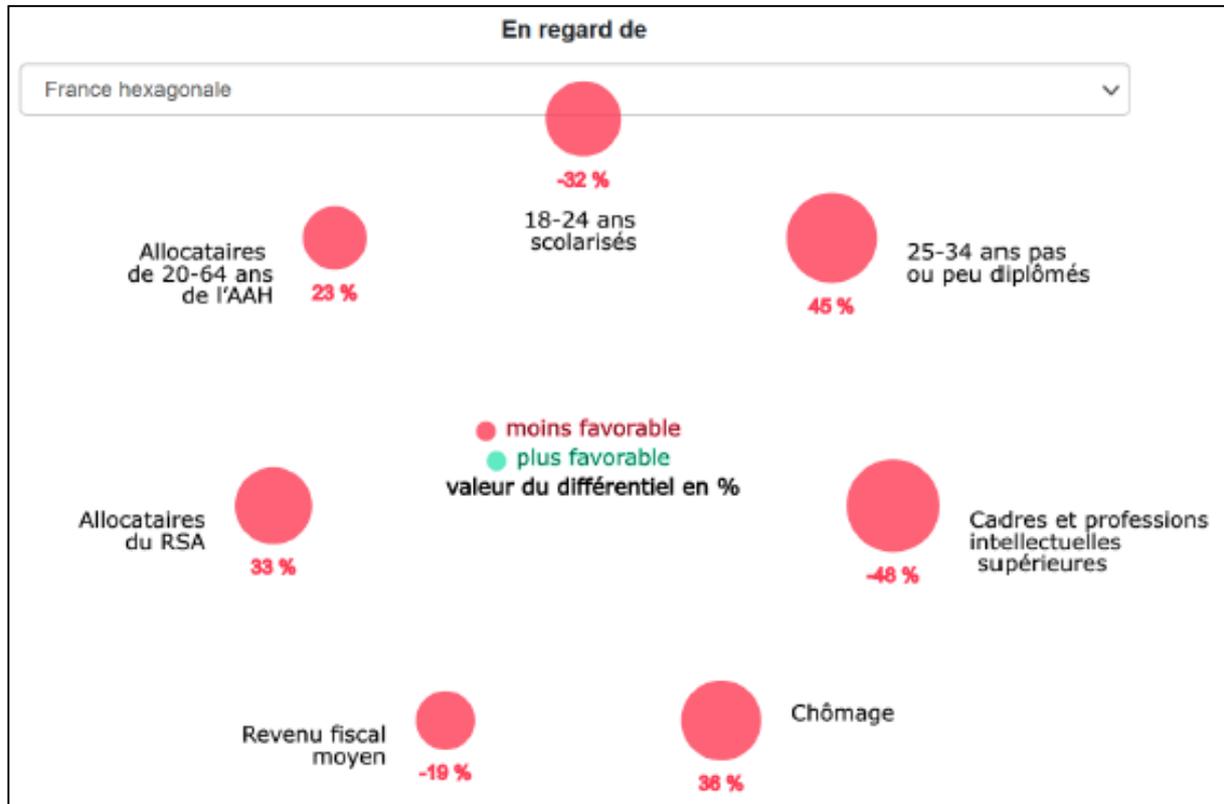
GLOSSAIRE

ARS :	Agence Régionale de Santé
ATIH :	Agence technique de l'Information sur l'Hospitalisation
AVC :	Accident Vasculaire Cérébral
CANCP :	Commission d'Admission et des Consultations non Programmées
CCMU :	Classification Clinique des Malades aux Urgences
CESU :	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgences
CH :	Centre Hospitalier
CME :	Commission Médicale d'Établissement
COVIRIS :	Comité des Vigilances et des Risques
CREX :	Comité de Retour d'Expérience
CTPS :	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
Ehpad :	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.
EPS :	Établissement Public de Santé
ETP :	Équivalent Temps Plein
FFI :	Faisant Fonction d'Interne
GHT :	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS :	Haute Autorité de Santé
IQSS :	Indicateur Qualité Sécurité des Soins
IRM :	Imagerie par Résonance Magnétique
MMG :	Maison Médicale de Garde
PDSES :	Permanence des Soins en Établissements de Santé
ROR :	Répertoire Opérationnel des Ressources
RPU :	Résumé de Passage aux Urgences
Samu :	Service d'Aide Médicale Urgente
Sdis :	Service Départemental d'Incendie et de Secours)
Smur :	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation.
SU :	Structures des Urgences
UHCD :	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

ANNEXES

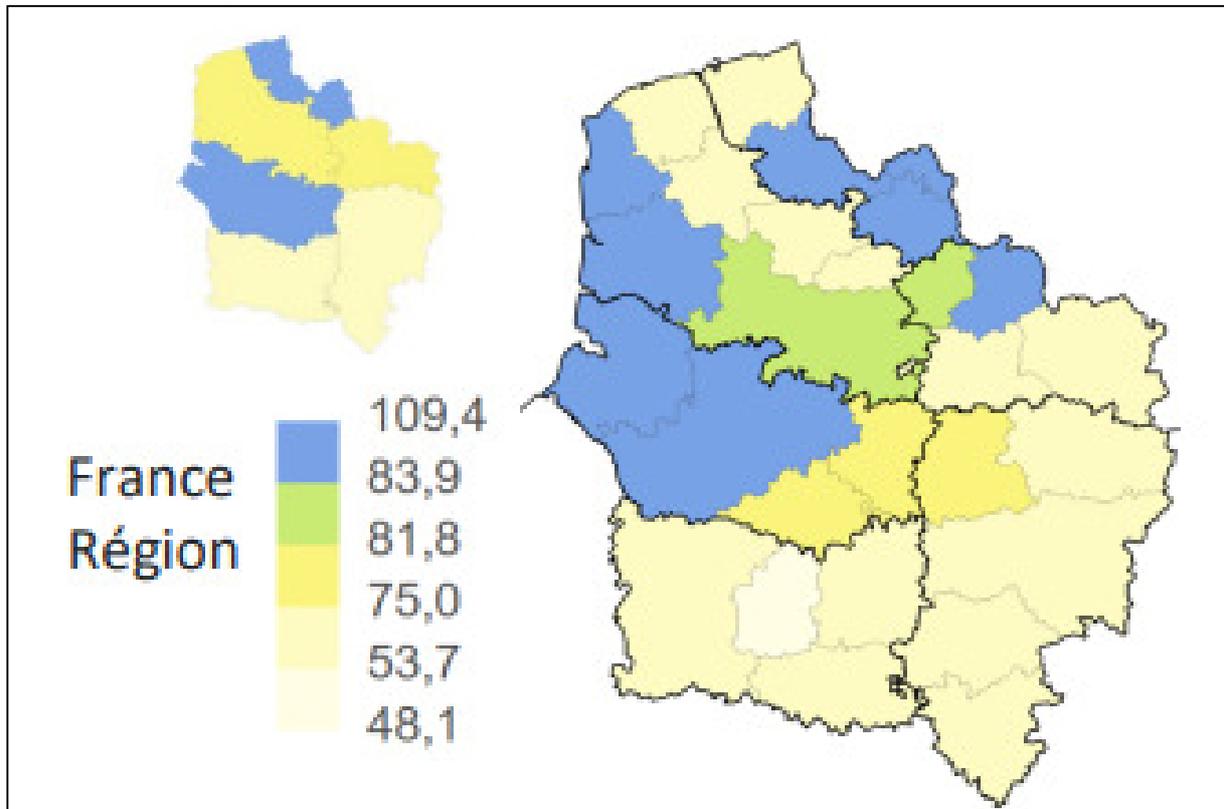
Annexe n° 1. Situation socio-économique dans le département de l'Aisne	42
Annexe n° 2. Densité de médecins libéraux pour 10 000 habitants	43
Annexe n° 3. Présence de médecins spécialistes	44
Annexe n° 4. Structure d'urgences, Samu, Smur, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et maisons médicales de garde (MMG) dans le département de l'Aisne	45
Annexe n° 5. Temps d'accès à l'hôpital	46
Annexe n° 6. Évolution du nombre d'appels au Samu de 2018 à 2022	47
Annexe n° 7. Évolution des moyens humains en médecine d'urgence	48
Annexe n° 8. Localisation des locaux des structures d'urgences générales et pédiatriques	49
Annexe n° 9. Articulation des documents de cadrage	50
Annexe n° 10. Mode de transport pour l'arrivée aux urgences en 2022	51
Annexe n° 11. Durée moyenne de passage aux urgences des personnes de plus de 75 ans	52
Annexe n° 12. Les dix pathologies les plus fréquentes	53
Annexe n° 13. Modes de sortie	54
Annexe n° 14. Les 10 pathologies les plus fréquentes conduisant à une hospitalisation interne	55
Annexe n° 15. Accès des patients à la maison médicale de garde après passage aux urgences	56
Annexe n° 16. Accueil et orientation des patients se présentant aux urgences	57
Annexe n° 17. Recettes, charges et résultats de la structure des urgences de 2018 à 2022	58

Annexe n° 1. Situation socio-économique dans le département de l'Aisne



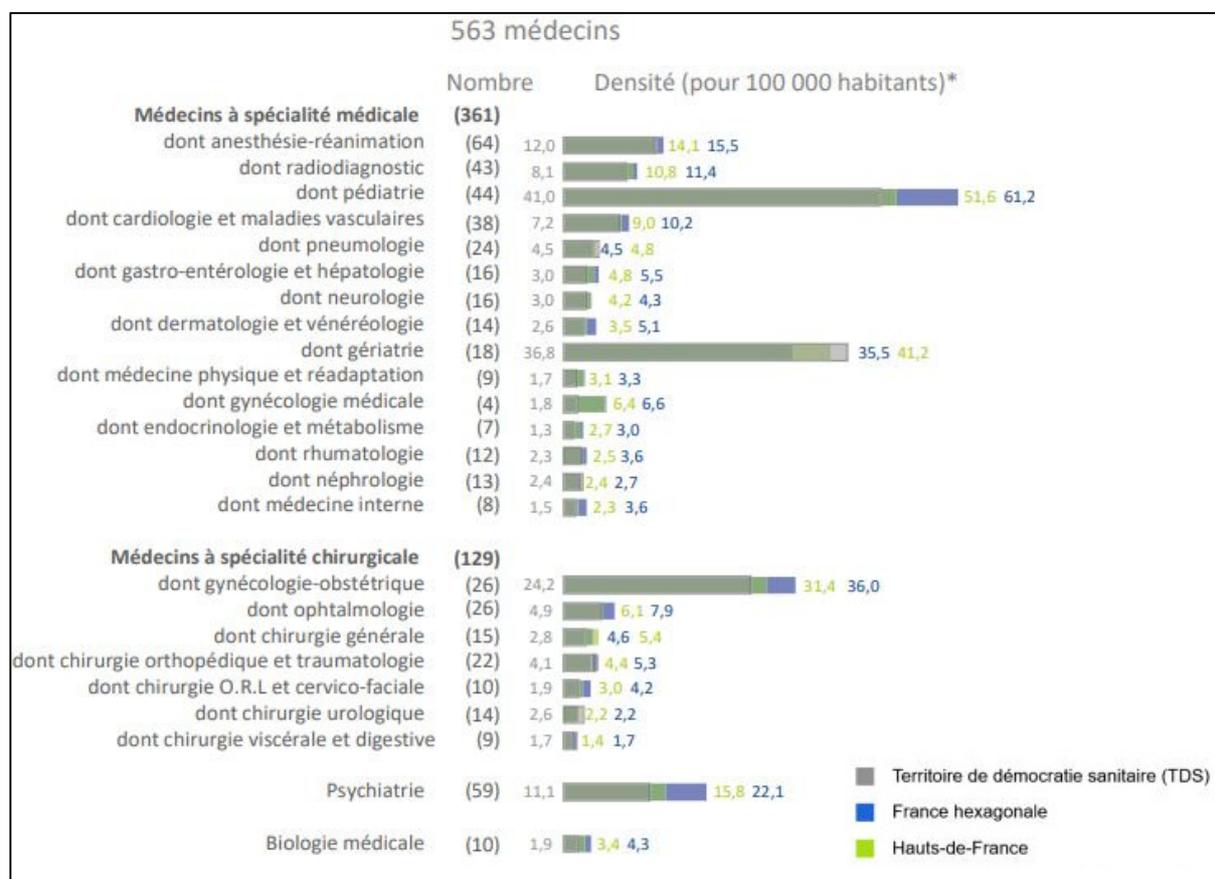
Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'ARS Hauts-de-France, portrait socio-sanitaire, mars 2023.

Annexe n° 2. Densité de médecins libéraux pour 10 000 habitants



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'ARS Hauts-de-France, portrait socio-sanitaire, mars 2023.

Annexe n° 3. Présence de médecins spécialistes

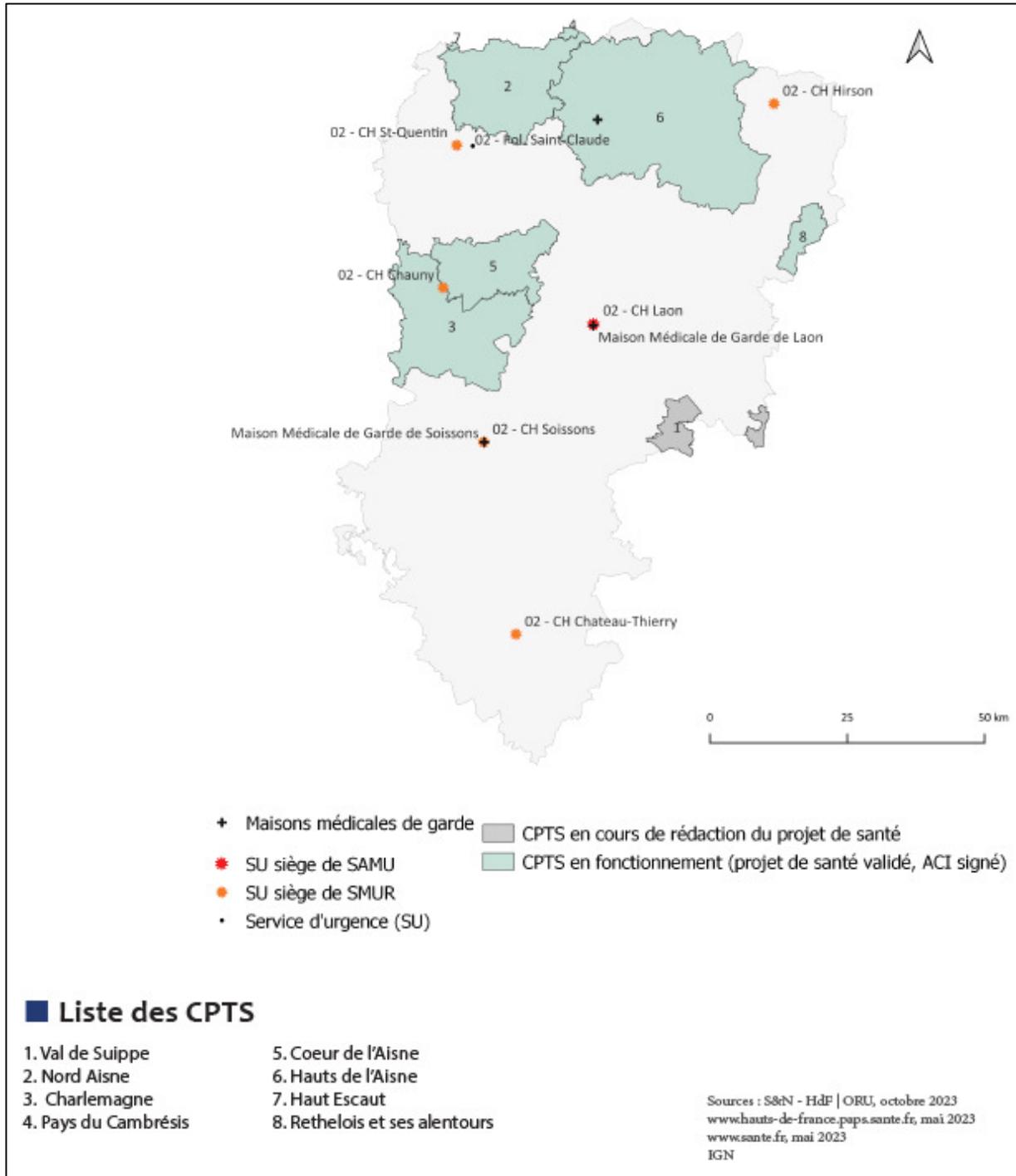


Source : chambre régionale des comptes, à partir des données de l'ARS Hauts-de-France, portrait socio-sanitaire, mars 2023.

Les territoires de démocratie sanitaire, définis par le code de la santé publique⁴⁵, correspondent à un niveau géographique ayant vocation à permettre, d'une part, la mise en cohérence des projets de l'agence régionale de santé, des professionnels et des collectivités territoriales, et, d'autre part, la prise en compte de l'expression des acteurs du système de santé, notamment celle des usagers dans le cadre du Conseil territorial de santé. Il en existe six dans les Hauts-de-France. Le département de l'Aisne constitue l'un d'entre eux.

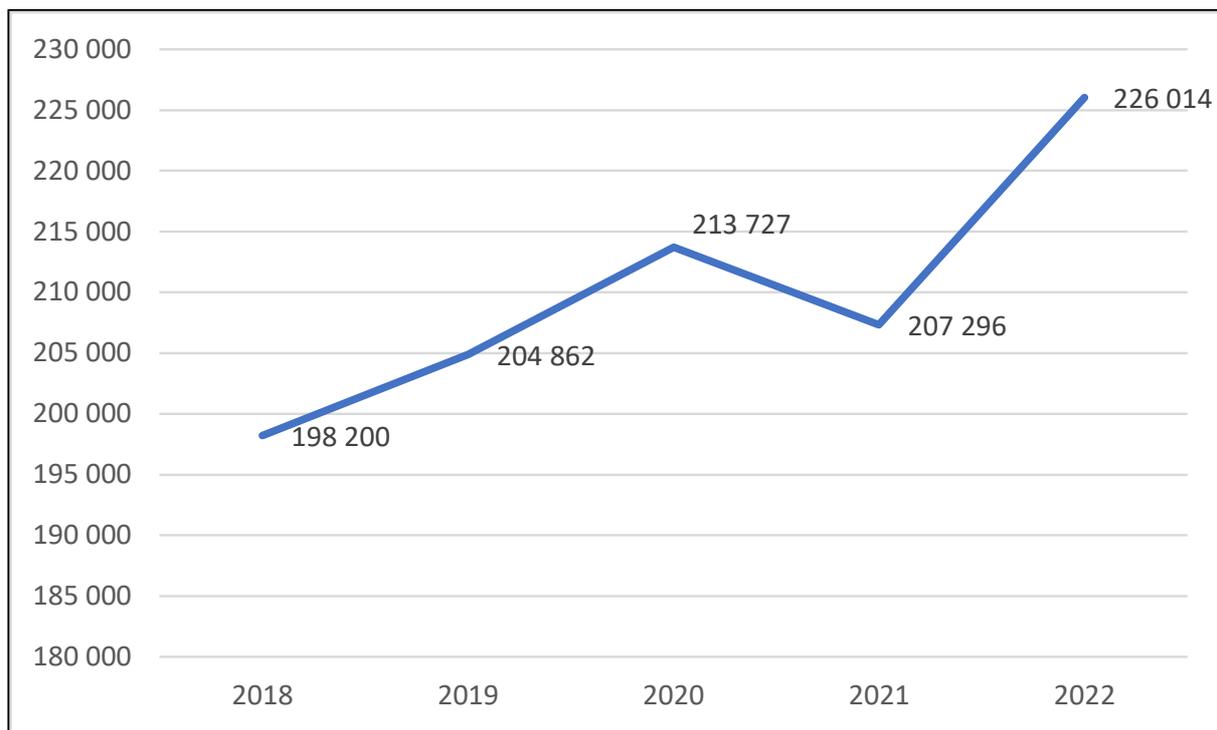
⁴⁵ Articles L. 1434-9 et R. 1434-29 du code de la santé publique. Articles L. 1434-9 et R. 1434-29 du code de la santé publique.

Annexe n° 4. Structure d'urgences, Samu, Smur, communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et maisons médicales de garde (MMG) dans le département de l'Aisne



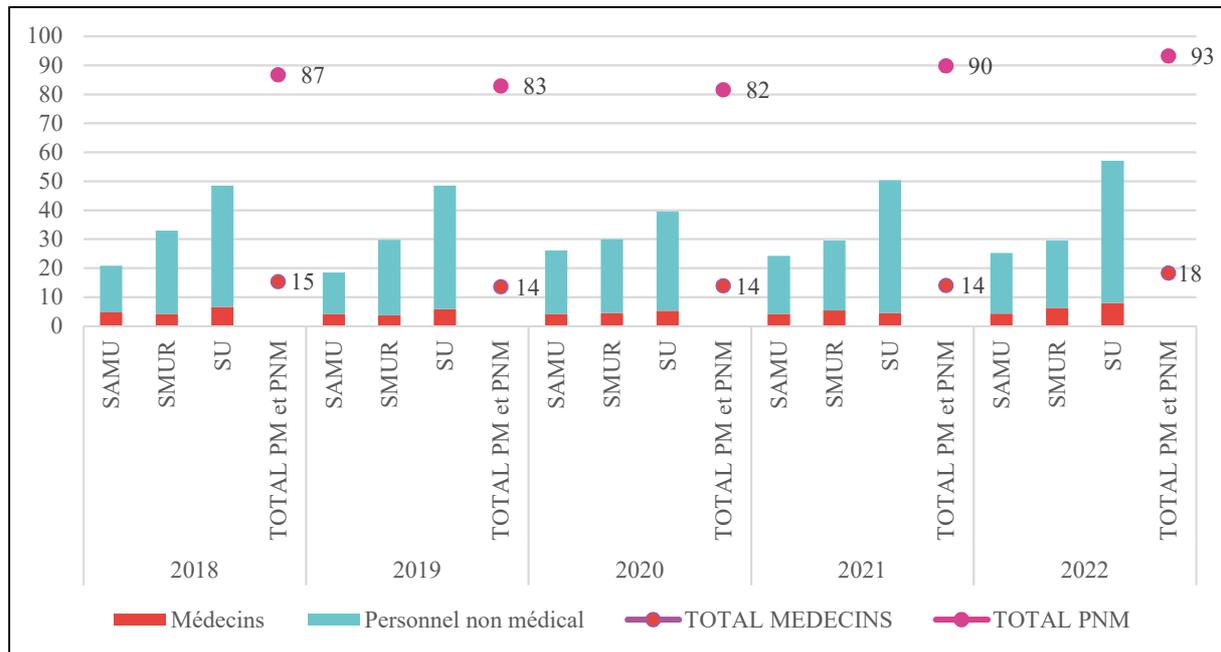
Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du GIP Sant&Numérique Hauts-de-France. Observatoire régional des urgences (ORU), octobre 2023.

Annexe n° 6. Évolution du nombre d'appels au Samu de 2018 à 2022



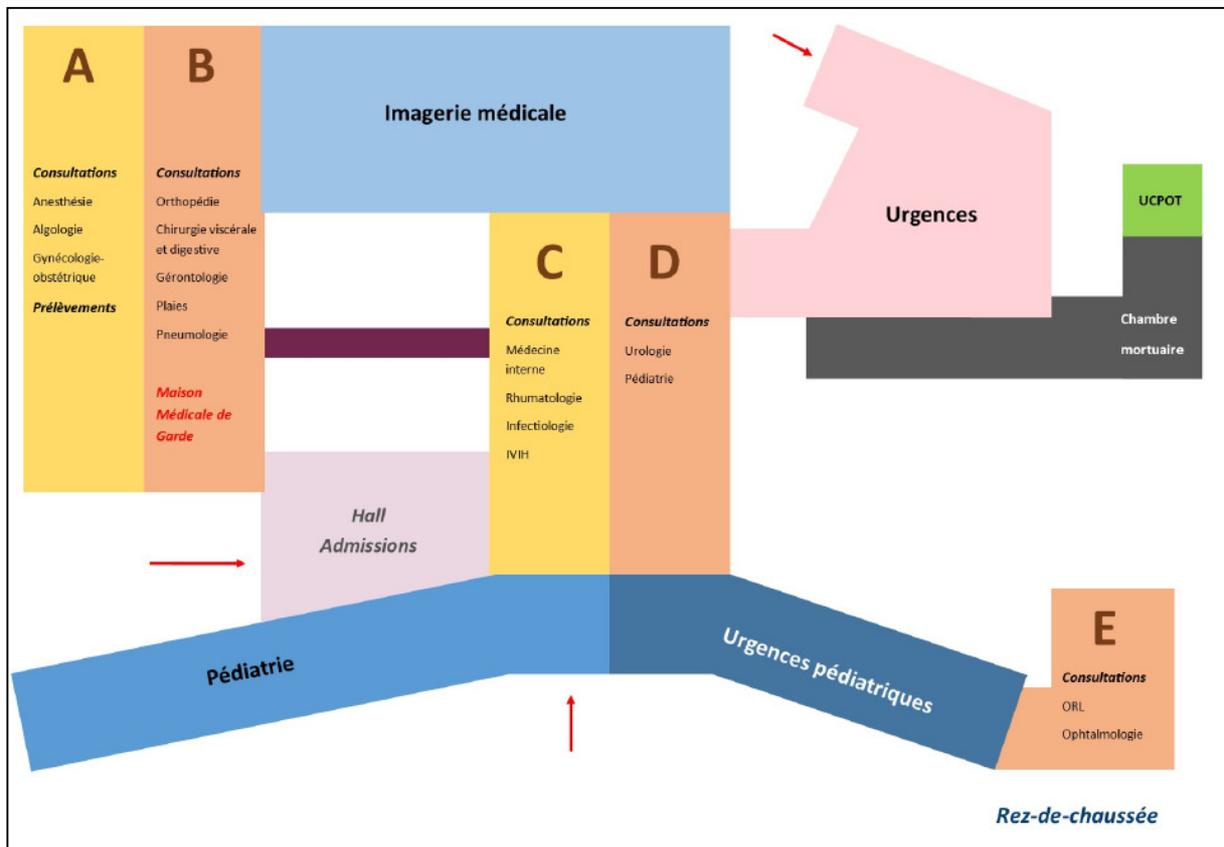
Source : chambre régionale des comptes, à partir de la statistique annuelle des établissements (Ministère de la santé, DREES).

Annexe n° 7. Évolution des moyens humains en médecine d'urgence



Source : chambre régionale des comptes, à partir de la statistique annuelle des établissements (Ministère de la santé, DREES).

Annexe n° 8. Localisation des locaux des structures d'urgences générales et pédiatriques



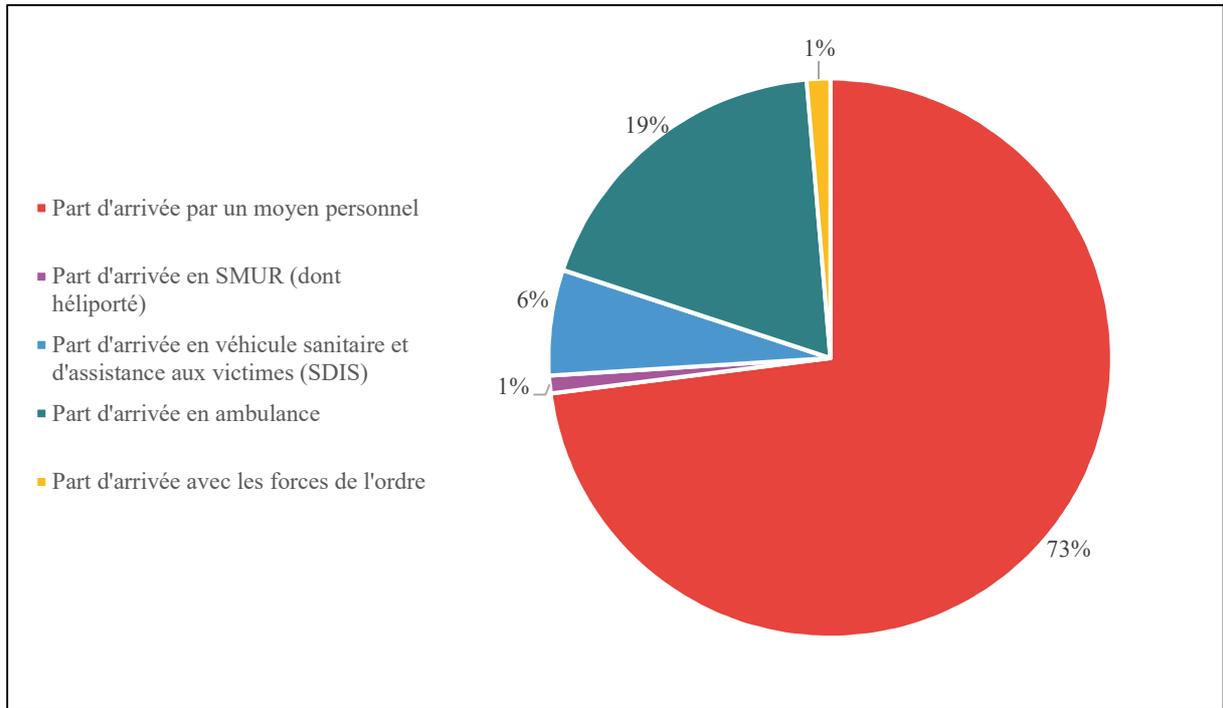
Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du CH de Laon.

Annexe n° 9. Articulation des documents de cadrage

Projet médical d'établissement 2020-2024	Contrat de pôle 2022-2025	Lettre de mission
Recruter des médecins de médecine générale pour réaliser des consultations non programmées	Pas de déclinaison	Pas de déclinaison
Recruter des soignants compétents à la fois en SMUR et en SU	Suivi des effectifs médicaux pour maintenir la polyvalence et assurer les lignes de gardes de la médecine d'urgence (SAMU / SMUR / SU)	Pas de déclinaison
Améliorer la qualité du fonctionnement et l'attractivité médicale du service pour répondre au déficit en ETP estimé à 10 médecins	Rédaction de protocoles de parcours d'accueil aux urgences	Pas de déclinaison
Consolider le travail réalisé en matière de prise en charge des personnes âgées en vue d'obtenir la labellisation	Pas de déclinaison	Pas de déclinaison
Créer un espace dédié à la SU	Pas de déclinaison	Pas de déclinaison
Augmenter les capacités de l'UHCD pour fluidifier les parcours	Pas de déclinaison	Pas de déclinaison
Non rattaché à une orientation du projet médical	Participation au projet TéléAVC	Finalisation de la mise en place du dispositif TéléAVC
Non rattaché à une orientation du projet médical	Élaboration d'un projet de pôle	Rédaction d'un projet de service
Non rattaché à une orientation du projet médical	Mise à jour du règlement intérieur	Mise en place d'une charte d'accueil des internes
Non rattaché à une orientation du projet médical		Identification des référents médicaux
Non rattaché à une orientation du projet médical		
Non rattaché à une orientation du projet médical	Augmentation de 2 % par an de l'activité globale	Pas de déclinaison

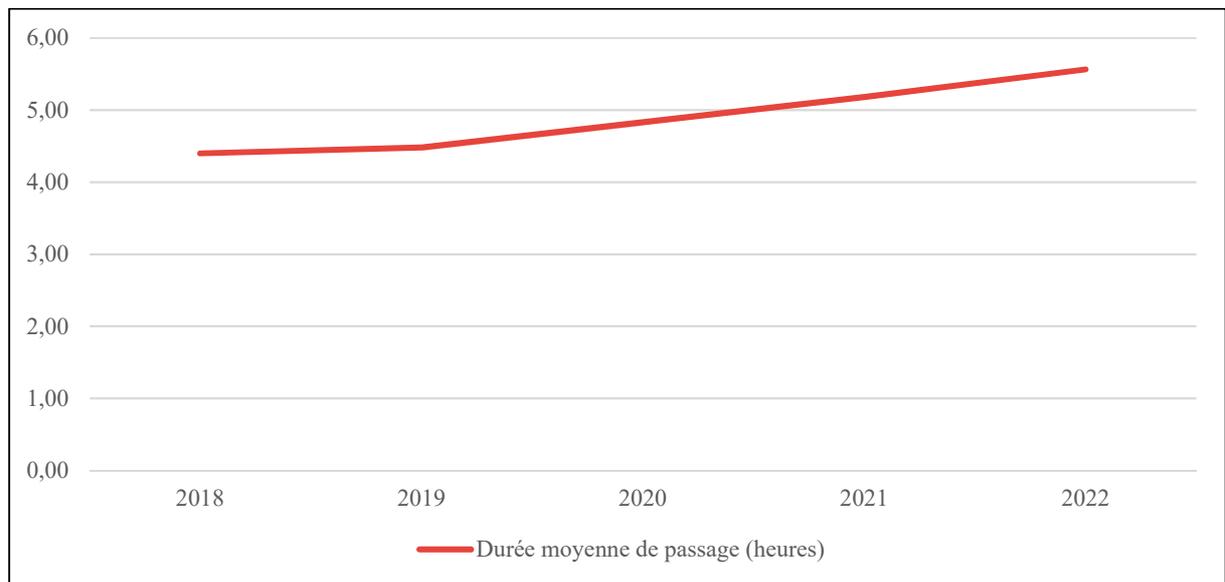
Source : chambre régionale des comptes, à partir des documents de l'établissement.

Annexe n° 10. Mode de transport pour l'arrivée aux urgences en 2022



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données fournies par le GIP Sant&Numérique Hauts-de-France ; Observatoire régional des urgences (ORU).

Annexe n° 11. Durée moyenne de passage aux urgences des personnes de plus de 75 ans



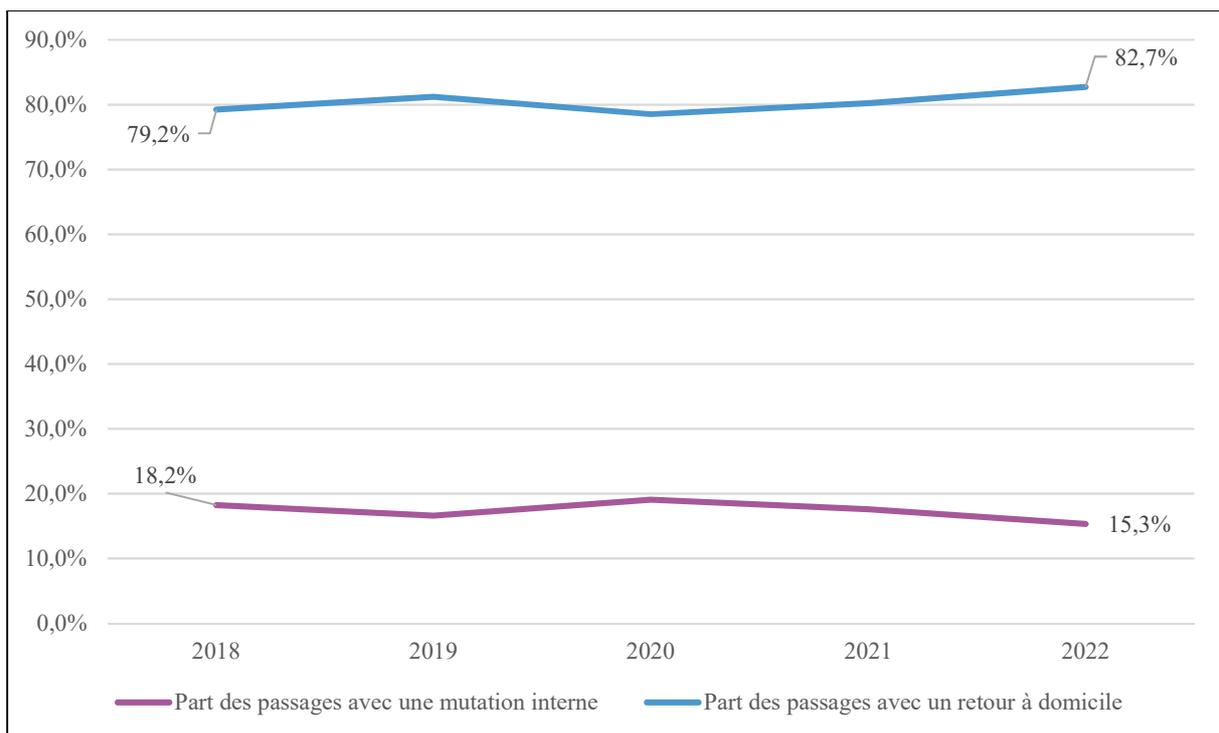
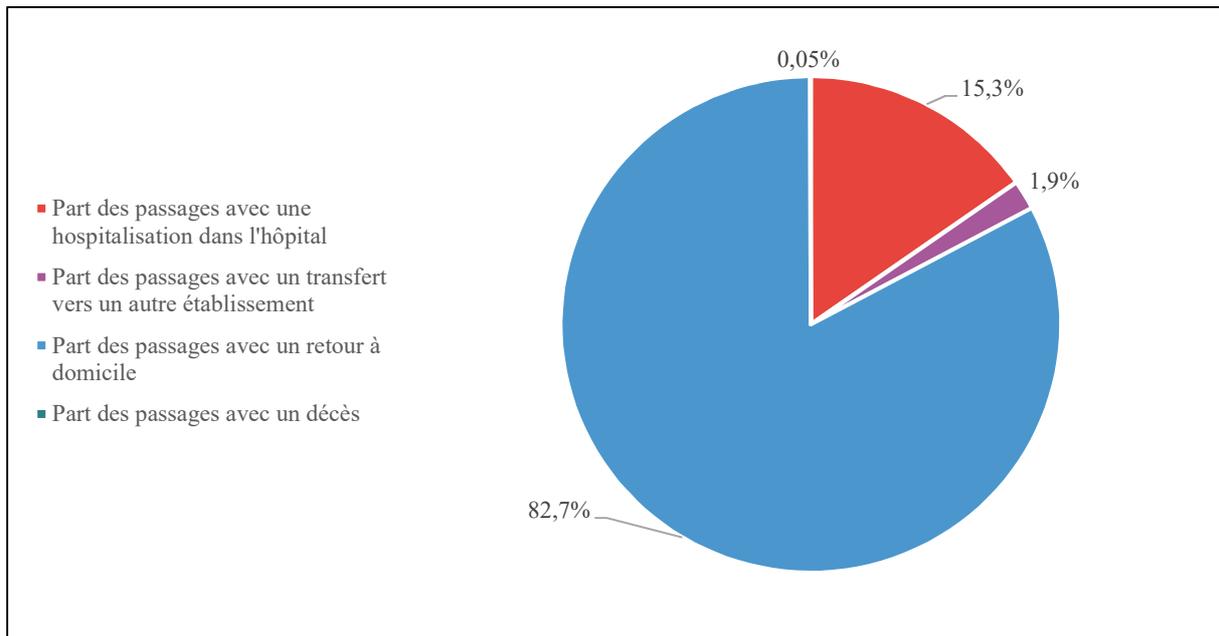
Source : chambre régionale des comptes, à partir des données fournies par le GIP Sant&Numérique Hauts-de-France. Observatoire régional des urgences (ORU).

Annexe n° 12. Les dix pathologies les plus fréquentes

Top 10 des pathologies les plus fréquentes	2022 - Passages	
	Part	Nombre
ORL, ophtalmo, stomato et carrefour aéro-digestif	13,0%	4 038
Douleurs abdominales, pathologies digestives	11,8%	3 680
Traumatologie du membre supérieur	11,1%	3 473
Traumatologie du membre inférieur	10,5%	3 279
Douleurs de membre, rhumatologie, orthopédie, SNP	7,2%	2 254
Traumatologie de la tête et du cou	6,7%	2 102
Douleurs pelviennes, pathologies uro-génitales	5,1%	1 581
Dyspnées, pathologies des voies aériennes inférieures	4,7%	1 453
Autres recours aux urgences	4,5%	1 415
Dermato-allergologie et atteintes cutanéomuqueuses	4,4%	1 380
TAUX CUMULES	79,1%	24 655

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données fournies par le GIP Sant&Numérique Hauts-de-France. Observatoire régional des urgences (ORU).

Annexe n° 13. Modes de sortie



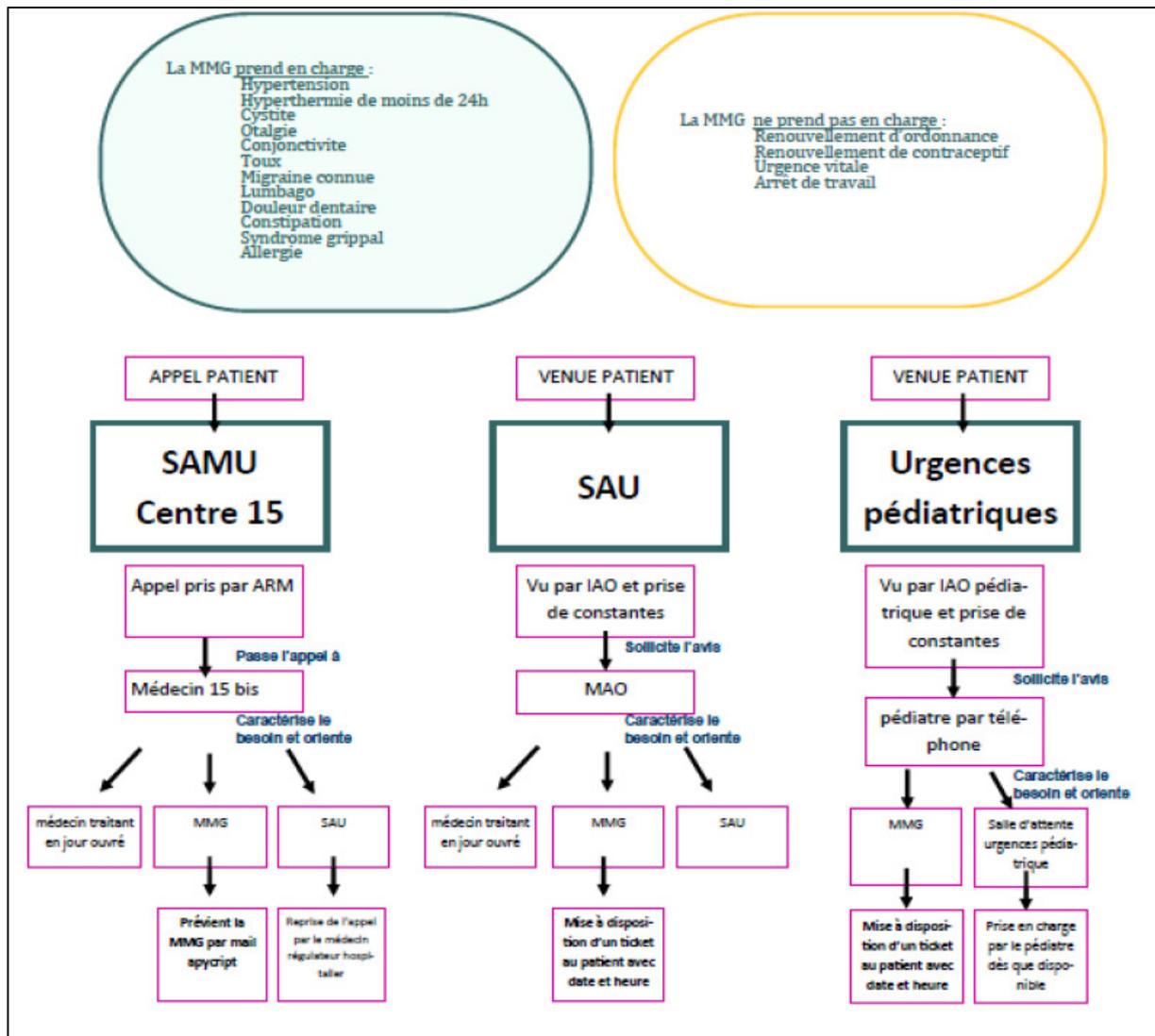
Source : chambre régionale des comptes, à partir des données fournies par le GIP Sant&Numérique Hauts-de-France. Observatoire régional des urgences (ORU).

Annexe n° 14. Les 10 pathologies les plus fréquentes conduisant à une hospitalisation interne

Les 10 pathologies les plus fréquentes conduisant à une hospitalisation interne	
Douleurs abdominales, pathologies digestives	15%
Dyspnées, pathologies des voies aériennes inférieures	12%
Signes généraux et autres pathologies	11%
Douleurs pelviennes, pathologies uro-génitales	11%
Douleurs thoraciques, pathologies cardio-vasculaires	10%
Troubles du psychisme, pathologies psychiatriques	6%
Intoxications aiguës non alimentaires	5%
Céphalées, pathologies neurologiques hors SNP	4%
Traumatologie du membre inférieur	4%
Douleurs de membre, rhumatologie, orthopédie, SNP	3%
TAUX CUMULES	80%

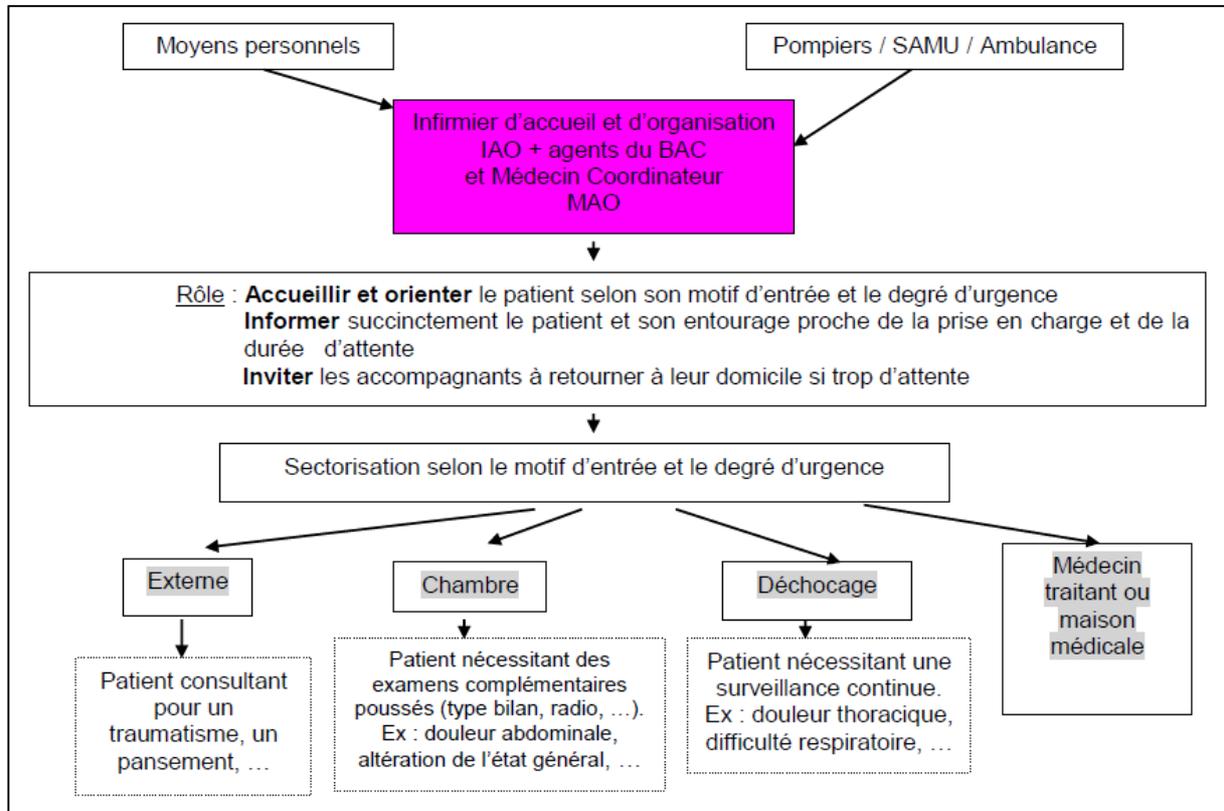
Source : chambre régionale des comptes à partir des données fournies par le GIP Sant&Numérique Hauts-de-France. Observatoire régional des urgences (ORU).

Annexe n° 15. Accès des patients à la maison médicale de garde après passage aux urgences



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du CH de Laon.

Annexe n° 16. Accueil et orientation des patients se présentant aux urgences



Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du CH de Laon.

Annexe n° 17. Recettes, charges et résultats de la structure des urgences de 2018 à 2022

		2018	2019	2020	2021	2022	Evolution de 2018 à 2022
Recettes	Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	4 668 125 €	4 996 766 €	4 941 621 €	6 620 323 €	7 025 993 €	51%
	Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	514 447 €	485 969 €	455 656 €	544 835 €	1 009 291 €	96%
	Titre 3 - Autres produits	73 112 €	47 549 €	52 373 €	42 447 €	23 415 €	-68%
	Total des recettes (R)	5 255 684 €	5 530 283 €	5 449 650 €	7 207 606 €	8 058 699 €	53%
	Recettes par journée en UHCD	585 €	659 €	895 €	861 €	420 €	-28%
	Recettes par consultation externe	72 €	70 €	72 €	77 €	97 €	35%
Charges Directes	Titre 1 - Charges de personnel	3 344 175 €	3 097 116 €	3 366 445 €	3 452 435 €	4 351 274 €	30%
	Titre 2 - Charges à caractère médical	304 829 €	272 517 €	288 449 €	340 313 €	327 233 €	7%
	Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général	50 425 €	71 451 €	49 731 €	73 312 €	126 651 €	151%
	Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations financières et exceptionnelles	25 972 €	25 516 €	58 912 €	30 603 €	37 015 €	43%
	Total des charges directes (CD)	3 725 402 €	3 466 600 €	3 763 538 €	3 896 662 €	4 842 174 €	30%
Charges Indirectes	Logistique et Gestion Générale	747 569 €	786 369 €	808 945 €	803 042 €	918 751 €	23%
	Logistique médicale	93 063 €	111 938 €	126 392 €	129 094 €	155 419 €	67%
	Médico-Technique	1 734 920 €	1 583 551 €	1 561 399 €	1 957 614 €	1 845 595 €	6%
	Total des charges indirectes (CI)	2 575 552 €	2 481 858 €	2 496 737 €	2 889 749 €	2 919 765 €	13%
Résultats	Résultat avant charge indirectes (RACI)	1 530 282 €	2 063 683 €	1 686 112 €	3 310 944 €	3 216 525 €	110%
	Résultat net (RN)	-1 045 270 €	-418 175 €	-810 625 €	421 195 €	296 759 €	
Activité	Nombre de passages aux urgences (RPU)	35 750	36 464	26 614	29 800	34 206	-4%
	Journées réalisées en UHCD (UHCD)	1 796	1 780	1 567	2 596	4 082	127%
	Actes et consultations externes	20 578	20 826	15 498	16 756	17 039	-17%
Coûts	Passage aux urgences (RACI / RPU)	43 €	57 €	63 €	111 €	94 €	120%

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données du CH de Laon.



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES SANS RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER DE LAON
L'accueil et le traitement des urgences hospitalières

(Département de l'Aisne)

Exercices 2018 et suivants

Pas de réponse reçue.

Article L. 243-5 du code des juridictions financières :

« Les destinataires du rapport d'observations disposent d'un délai d'un mois pour adresser au greffe de la chambre régionale des comptes une réponse écrite. Dès lors qu'elles ont été adressées dans le délai précité, ces réponses sont jointes au rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs ».



Chambre régionale des comptes Hauts-de-France
14, rue du Marché au Filé – 62012 Arras cedex

Adresse mél. : hautsdefrance@ccomptes.fr

<https://www.ccomptes.fr/fr/crc-hauts-de-france>