

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

HOPITAL PRIVÉ PAYS DE SAVOIE ENQUÊTE SUR LES URGENCES (Département de Haute-Savoie)

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 30 septembre 2024.

AVANT-PROPOS

La chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes a procédé, dans le cadre de son programme de travail, au contrôle des comptes et de la gestion de l'hôpital privé Pays de Savoie (HPPS) pour les exercices 2018 et suivants. Ce rapport s'inscrit dans le cadre d'une enquête menée conjointement par la Cour des comptes et les chambres régionales des comptes ayant pour objet l'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital. Cette enquête donnera lieu à la publication d'un rapport de synthèse national. Un second rapport de la chambre concerne la gestion de l'HPPS dans son ensemble.

En application de l'article R. 243-1 du code des juridictions financières, le contrôle a été engagé par lettre du 19 juin 2023 adressée à M. Pierre-Étienne Allard, directeur général depuis le 1^{er} août 2021. Son prédécesseur sur la période, M. Olivier Teissedre, a été avisé par lettre du 18 juillet 2023.

L'entretien prévu par l'article L. 243-1 alinéa 1 du code des juridictions financières a eu lieu le 25 mars 2024 avec M. Pierre-Étienne Allard et le 8 avril 2024 avec M. Olivier Teissedre.

La chambre a délibéré le 15 mai 2024 sur le rapport d'observations provisoires.

M. Pierre-Étienne Allard a apporté ses réponses par lettre du 25 juillet et a sollicité une audition devant la chambre. Cette audition s'est tenue le 30 septembre 2024. La direction du centre hospitalier Alpes Léman a apporté ses réponses par lettre du 8 juillet 2024.

Après avoir pris connaissance des réponses reçues la chambre a arrêté les observations définitives qui suivent lors de séance du 30 septembre 2024.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	5
RECOMMANDATIONS	8
INTRODUCTION	9
1 CONTEXTE SANITAIRE ET ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES SUR LE TERRITOIRE	10
1.1 L'environnement démographique et médical de l'établissement.....	10
1.1.1 Un bassin de recrutement très dynamique et relativement jeune	10
1.1.2 Un contexte sanitaire en demi-teinte	12
1.2 L'organisation de la permanence des soins sur le territoire	15
1.2.1 Le service d'accès aux soins	15
1.2.2 Les services d'accueil des urgences en établissement de santé	16
1.2.3 La régulation de l'accès aux urgences.....	18
2 L'ACTIVITÉ	19
2.1 Un service important qui connaît toutefois une baisse continue de son activité	20
2.2 Une faible proportion de personnes âgées.....	21
2.3 Environ les trois quarts des patients reçoivent un diagnostic de faible gravité et sont rapidement traités.....	22
2.4 Un taux de retour à domicile très élevé.....	25
2.5 Des fermetures récurrentes à partir de 2023.....	26
2.6 Le fonctionnement en mode dégradé	26
3 L'ORGANISATION DU SERVICE	29
3.1 Les moyens.....	29
3.1.1 Des locaux et des équipements qui répondent globalement aux besoins	29
3.1.2 Des effectifs non médicaux stables et adaptés	30
3.1.3 Les moyens financiers	30
3.2 L'organisation de la prise en charge.....	33
3.2.1 Des conventions avec l'hôpital pour les cas les plus lourds	33
3.2.2 Des dispositifs de prise en charge spécifique peu nombreux et peu formalisés	33
3.2.3 Une prise en charge soignante encadrée par un projet de soins	35
3.2.4 Un processus de gestion des événements indésirables.....	36
3.3 La gestion de la ressource médicale	37
3.3.1 Un service en manque de médecins	37

3.3.2 Des médecins qui cumulent une activité dans d'autres établissements.....	37
3.3.3 Des honoraires relativement élevés.....	39
3.4 L'articulation avec le nouveau centre médical.....	40
ANNEXES.....	42
Annexe n° 1. Glossaire.....	43
Annexe n° 2. Le financement de l'activité des urgences	45
Annexe n° 3. Détails de certains motifs d'événements indésirables.....	46

SYNTHÈSE

L'hôpital privé Pays de Savoie, clinique privée à but lucratif du groupe Ramsay, dispose d'un service d'accueil des urgences (SAU) ouvert 24h / 24 et 7j / 7. Ce service couvre le territoire du genevois français, principalement les bassins de vie d'Annemasse et de la vallée de l'Arve, du Bas Chablais, de Saint-Julien en Genevois et du Pays de Gex, soit une population de 400 000 habitants.

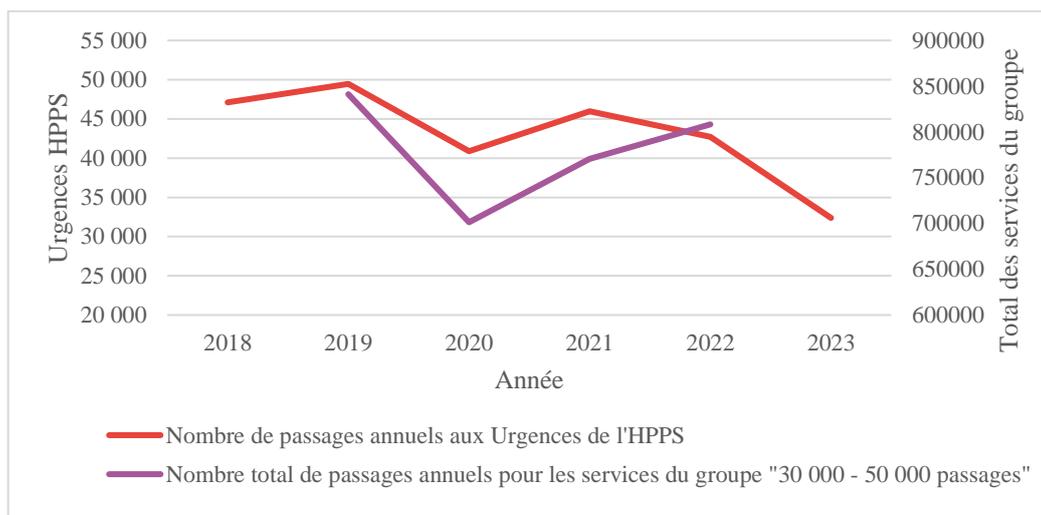
Une activité importante mais atypique, qui baisse fortement

En 2022, le service des urgences de l'HPPS a reçu en moyenne 117 patients par jour, soit un total de 42 699 passages sur l'année. La moyenne annuelle sur la période 2019-2022 a atteint 46 000 passages, ce qui fait de ce service le troisième SAU du département après celui du centre hospitalier d'Annecy (CHANGE) et celui du centre hospitalier Alpes Léman (CHAL). Le nombre de passages est en baisse continue depuis 2021 avec une diminution particulièrement marquée en 2023 (- 27 %).

Depuis l'été 2023, l'accès aux urgences sur l'ensemble du département est régulé par le SAMU le soir et la nuit, à partir de 18h et jusqu'à 8h, ainsi que les week-ends et les jours fériés.

L'activité du service des urgences de l'HPPS est concentrée sur la journée. Elle se caractérise par un faible nombre de personnes âgées prises en charge et un taux d'hospitalisation post-urgences particulièrement faible, essentiellement en chirurgie, reflétant en cela le profil majoritairement chirurgical de l'établissement.

Le service présente une répartition atypique entre CCMU 1 et 2 (classification clinique des malades aux urgences qui permet d'évaluer la gravité de l'état de santé du patient) en comparaison avec les SAU de même dimension, avec une part nettement plus importante de CCMU 2 qui impliquent la réalisation d'actes complémentaires. Pour autant, les urgences de l'HPPS enregistrent un temps de passage nettement inférieur aux autres établissements, même s'il s'est allongé en fin de période, sous l'effet de la baisse des effectifs médicaux.

Graphique n° 1 : Évolution du nombre de passages aux urgences de l'HHPS et des services de même dimension

Une organisation qui répond aux besoins mais qui est confrontée à un manque de médecins

Les locaux et les équipements répondent aux besoins du service. La réforme du financement des urgences apparaît plutôt favorable à l'HHPS.

Les dispositifs de prise en charge spécifiques sont peu nombreux et peu formalisés, hormis pour les cas les plus lourds (AVC, réanimation), où un partenariat est mis en place avec le centre hospitalier voisin, et la prise en charge des urgences chirurgicales de la main pour lesquelles l'HHPS dispose du label « SOS mains », le seul du département.

La prise en charge soignante est en revanche encadrée et guidée par un projet de soins relativement précis et qui fait l'objet d'un suivi. Presque toutes les actions visant à optimiser les parcours de soins et contribuer à l'évolution des organisations ont été mises en œuvre conformément au calendrier fixé.

Le service dispose d'effectifs non médicaux stables et adaptés à l'activité

La difficulté majeure du service réside dans le manque de médecins. L'établissement ne parvient plus à maintenir les deux lignes médicales prévues dans le dossier d'autorisation.

Depuis l'été 2023, en l'absence de personnel médical suffisant, l'HHPS procède régulièrement à des fermetures des urgences. Un mode de fonctionnement dégradé est alors mis en place pour prendre en charge les urgences vitales internes à l'établissement. Lors des fermetures, pour les périodes en journée et en dehors des weekends, la moitié de l'effectif infirmier du SAU de l'HHPS est envoyé en renfort au centre hospitalier voisin (CHAL) et un protocole de coopération a été adopté pour gérer le flux des urgences entre les deux établissements dans ces situations. Le renfort d'infirmiers vers le CHAL a toutefois cessé d'être déployé depuis mars 2024, l'HHPS n'étant plus en capacité de le faire.

Pour autant, presque tous les médecins urgentistes exercent également dans d'autres établissements, parfois très éloignés d'Annemasse. Cette situation n'est pas de nature à faciliter la cohésion au sein de l'équipe médicale ni la coordination, encore moins quand le médecin coordonnateur des urgences est domicilié et exerce également à Paris.

Ce cumul d'activités est facilité par une organisation médicale par plage horaire (ou garde) de 24 heures, le temps de travail des médecins sous statut libéral n'étant encadré par aucun texte. Les honoraires perçus par les médecins urgentistes apparaissent, en outre, élevés en comparaison avec les médecins des autres spécialités de l'établissement.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : Recueillir et transmettre à l'observatoire des urgences des données d'activité complètes.

INTRODUCTION

L'hôpital privé Pays de Savoie (HPPS) est un établissement de santé privé à but lucratif situé à Annemasse, qui appartient au groupe Ramsay Santé. Il comprend un service d'accueil des urgences (SAU) qui fonctionne en continu 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Il ne dispose pas de service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

Il possède une habilitation « SOS mains », la seule au niveau départemental, pour la prise en charge des urgences chirurgicales des blessures de la main.

Ce SAU est adossé aux services médicaux et chirurgicaux de l'établissement qui comptent 181 lits et places (47 lits en médecine, 56 en chirurgie en hospitalisation complète et 58 en ambulatoire, et 20 en obstétrique). En 2023, 120 praticiens intervenaient au sein de la clinique ainsi que 357 salariés (en équivalents temps plein) et a réalisé 28 568 séjours pour un chiffre d'affaires de 43 M€.

Tableau n° 1 : Principales données organisationnelles et financières en 2023

<i>Capacités</i>	181 lits et places	Effectif non médical	357 équivalents temps plein
<i>Chiffre d'affaires</i>	43 M€	Effectif médical (libéraux et salariés)	120 médecins
<i>Nombre de séjours</i>	28 568	Passages aux urgences	31 064

Source : Livres comptables, statistiques annuelles des établissements de santé et données HPPS

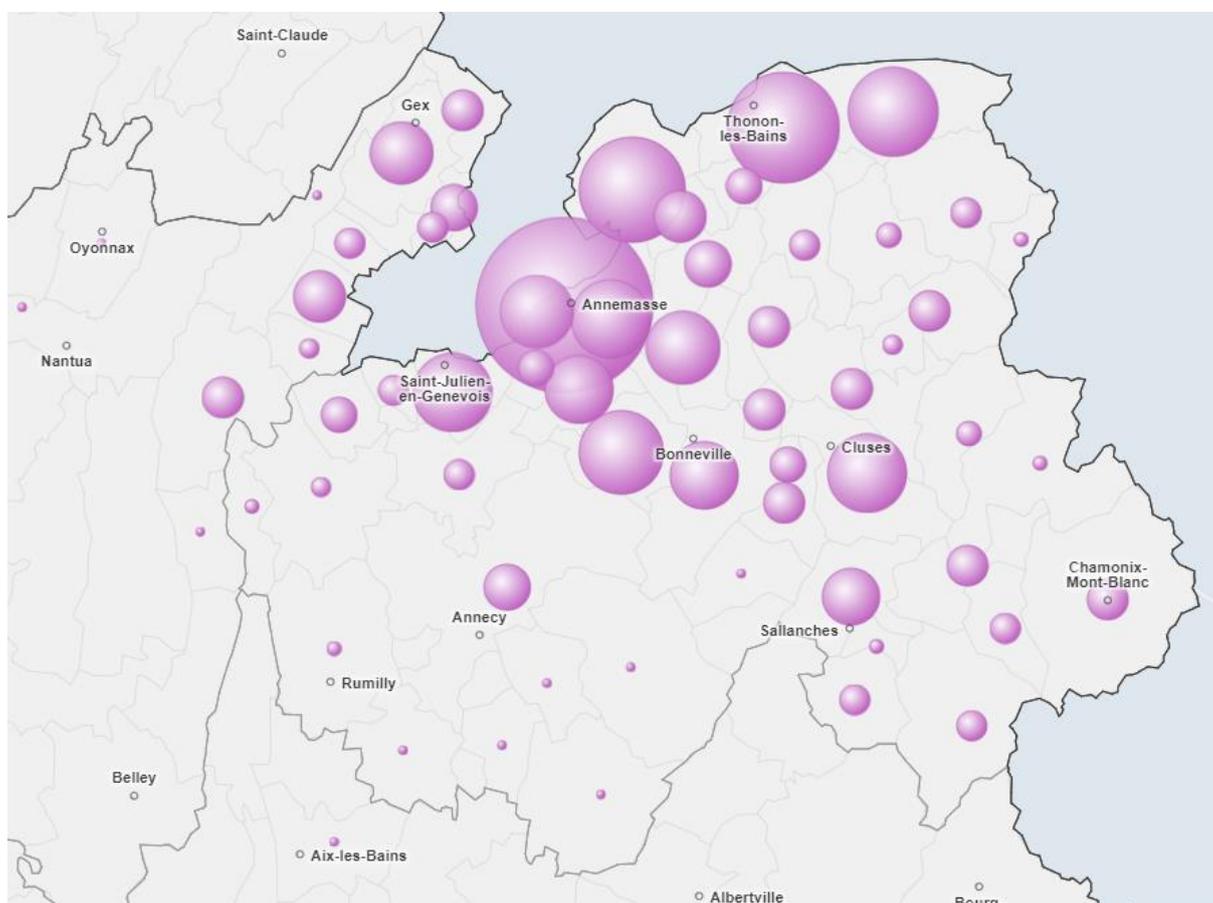
1 CONTEXTE SANITAIRE ET ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES SUR LE TERRITOIRE

1.1 L'environnement démographique et médical de l'établissement

1.1.1 Un bassin de recrutement très dynamique et relativement jeune

La zone de recrutement des patients de l'HPPS couvre le territoire du genevois français, principalement les bassins de vie d'Annemasse et de la vallée de l'Arve, du Bas Chablais, de Saint-Julien en Genevois et du Pays de Gex.

Carte n° 1 : Zone de recrutement de l'HPPS (nombre de séjours en fonction du lieu de résidence des patients)



Source : Hospidiag, Cartographie HPPS, Séjours PMSI MCO au lieu de résidence, total activité 2018

Ce bassin de recrutement, qui s'étend sur deux départements, la Haute-Savoie et l'Ain, correspond à trois zones de soins de proximité (ZSP) définies dans l'atlas régional de la santé¹ : les ZSP d'Annemasse, de Thonon-les-Bains et de Saint-Julien en Genevois. Ces trois zones couvrent une population de près de 400 000 habitants.

Ce territoire, qui se situe à proximité immédiate de la Suisse, dans l'aire d'influence de Genève, connaît une très forte croissance démographique.

De 2009 à 2022, la population de ces bassins de vie a cru de 17 %, pour les agglomérations d'Annemasse et de Thonon-les Bains, et de plus 35 % pour la communauté de commune du Genevois et l'agglomération du Pays de Gex, contre 7,5 % pour la région Auvergne-Rhône-Alpes et un peu moins de 6 % pour la France.

La population est moins âgée qu'au niveau régional et national. La part des moins de 15 ans atteint environ 20 % sur ces bassins de vie contre 18 % en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine. Les plus de 75 ans représentent entre 5 et 6 % de la population contre 9.5 % au niveau régional et national. Seul le bassin de Thonon se rapproche de la région et de la France avec une part de personnes âgées de 8,4 %.

Le niveau de vie y est également nettement plus élevé avec un revenu médian compris entre 27 700 € (Annemasse Agglomération) et 40 320 € (communauté de communes de Genevois) contre 23 800 € au niveau régional et 23 080 € au niveau national.

Tableau n° 2 : Caractéristiques démographiques et socioéconomiques du bassin de vie

	Comm. agglo d'Annemasse.	Comm. Agglo de Thonon	Com.com Genevois	Comm.Agglo Pays de Gex	Auvergne Rhône- Alpes	France métropolitaine
<i>Moins de 15 ans (en 2020)</i>	19,7 %	19,5 %	20,9 %	22,2 %	18 %	17,75 %
<i>75 ans et plus (en 2020)</i>	6,5 %	8,4 %	5,3 %	4,8 %	9,5 %	9,5 %
<i>Population totale (nb d'habitants) en 2022</i>	92 023	92 858	49 161	100 515	8 079 000	68 043 000
<i>Evol. Démographique 2009-2022</i>	17,28 %	17,98 %	40,76 %	35,02 %	7,46 %	5,81 %
<i>Médiane du revenu disponible par unité de conso. en 2021, en €</i>	27 700	29 750	40 320	38 250	23 800	23 080

Sources : INSEE et BANATIC.

¹ Les données de cet atlas réalisé par l'ARS sont observées à l'échelle des zones de soins de proximité (ZSP). Les ZSP sont construites comme les territoires dont les patients ont les mêmes habitudes de recours aux soins hospitaliers, ces territoires correspondant aux zones d'attraction des principaux établissements de la région.

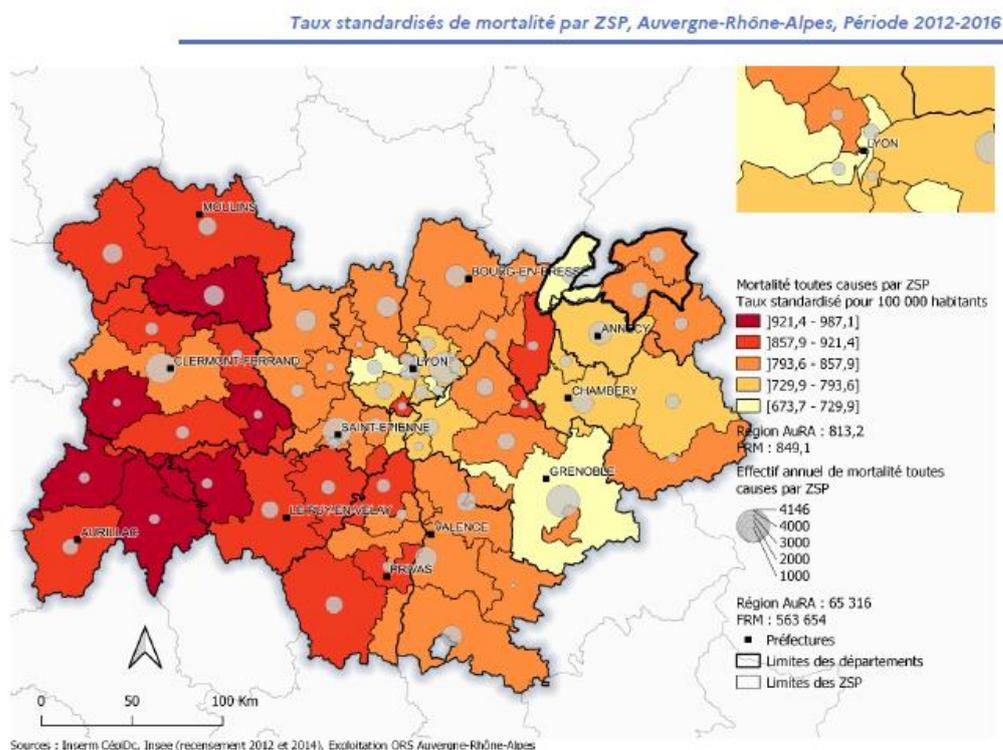
1.1.2 Un contexte sanitaire en demi-teinte

Les trois zones de soins de proximité (ZSP) qui constituent le bassin de recrutement de l’HPPS (Annemasse, Saint-Julien-en Genevois et Thonon les-bains) présentent à la fois une sous-mortalité et une faible démographie médicale et paramédicale.

➤ Une sous-mortalité

Alors que la région d’Auvergne-Rhône-Alpes a déjà elle-même un taux de mortalité inférieur à la moyenne nationale (en 2020, il est de 8,4 pour 100 000 au niveau régional, et 9,9 pour 100 000 au niveau national), les trois zones de recrutement de l’HPPS affichent un taux de mortalité encore plus faible. Notamment, la ZSP de Saint-Julien-en-Genevois se démarque particulièrement avec un taux de mortalité toutes causes confondues inférieur de plus de 10 % aux valeurs régionales.

Carte n° 2 : Taux de mortalité par ZSP en Auvergne-Rhône-Alpes



Source : Atlas régional de la santé en Auvergne-Rhône-Alpes, juillet 2022.

Tableau n° 3 : Caractéristiques démographiques et socioéconomiques du bassin de vie

	Zone de soins de proximité	Mortalité Toutes causes	Mortalité prématurée	Mortalité Cancers	Mortalité MCV
HAUTE-SAVOIE	ZSP42 - ANNECY				
	ZSP43 - ANNEMASSE				
	ZSP44 - SAINT-JULIEN EN GNEVOIS				
	ZSP45 - THONON-LES-BAINS				
	ZSP46 - MONT-BLANC				

	Surmortalité : différentiel entre la ZSP et la région supérieur à +10 %
	Surmortalité : différentiel entre la ZSP et la région compris entre +5 % et +10 %
	Sous-mortalité : différentiel entre la ZSP et la région compris entre -10 % et -5 %
	Sous-mortalité : différentiel entre la ZSP et la région supérieur à -10 %
	Différentiel compris entre]-5 % et +5 %[

Source : Atlas régional de la santé en Auvergne-Rhône-Alpes, juillet 2022.

MCV : maladies cardiovasculaires

➤ Une démographie médicale et paramédicale moins favorable

Le zonage de médecine générale

Le zonage de médecine générale permet de cartographier le niveau d'offre de médecine générale actuellement disponible dans les territoires. Deux niveaux de zone permettent de graduer le niveau d'aides qui peuvent être accordées par l'ARS et l'Assurance maladie : aides à l'installation, contractuelles et conventionnelles, et les exonérations fiscales. Les territoires de vie-santé ont été qualifiés en 3 zones :

- zone d'intervention prioritaire (ZIP), regroupant 20.3 % de la population. Les cabinets médicaux en ZIP peuvent bénéficier de toutes les aides financées par l'assurance maladie, par l'agence régionale de santé, de l'exonération fiscale pour de la permanence de soins ambulatoires, des aides des collectivités territoriales, des indemnités d'hébergement pour les étudiants en 2^e cycle des études de médecine, du cumul emploi-retraite, et de l'exonération de cotisation fiscale des entreprises pour les cabinets secondaires ;
- zone d'action complémentaire (ZAC), regroupant 51.7 % de la population. Les cabinets médicaux en ZAC peuvent bénéficier des mêmes aides susmentionnées, à l'exception des aides financés par l'assurance maladie (contrats aides conventionnelles CAIM-COSCOM-COTRAM), aide au financement des cotisations sociales, aide au financement d'un poste d'assistant médical). Ils peuvent toutefois bénéficier de l'aide au financement d'un poste d'assistant médical sous certaines conditions ;
- zone qualifiée hors zonage (HZ), regroupant 28 % de la population.

Les ZSP d'Annemasse et de Thonon-les-Bains ont une densité en matière de médecins généralistes libéraux inférieure aux moyennes régionales et départementales, faisant d'elles des zones d'action complémentaire. La ZSP de Saint-Julien-en-Genevois connaît une situation encore plus défavorable avec une densité de généralistes qui est la deuxième plus faible de la région, en diminution de 5,4 % entre 2016 et 2020, faisant d'elle une zone d'intervention prioritaire.

Outre ce problème de démographie médicale, l'importance du nombre de généralistes exerçant en secteur 2 (honoraires libres) peut constituer un frein économique supplémentaire pour l'accès aux soins. Sur la zone d'Annemasse, 15,1 % des médecins généralistes exercent en secteur 2, soit le double de ce qui est constaté au niveau du département et de la région (respectivement 8,3 % et 7,1 %)².

Le nombre de médecins spécialistes rapporté à la population ne présente pas de disparité particulière avec le reste de la région, même si les ZSP concernées se trouvent dans la moyenne basse.

En ce qui concerne les infirmiers libéraux, la Haute-Savoie est de loin le département qui présente la plus faible densité, avec 82,3 infirmiers pour 100 000 habitants en 2020 (soit presque moitié moins que la densité moyenne régionale). Et les ZSP d'Annemasse, de Thonon-les-Bains et de Saint-Julien-en-Genevois sont les moins bien loties avec une densité respective de 59 ; 89,6 et 35,6 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants.

Tableau n° 4 : Densité médicale et paramédicale

	Médecins généralistes (2020) *	Infirmiers libéraux (2020) *	Psychiatres libéraux (2020) *	Radiologues libéraux (2020) *	Cardiologues libéraux (2020) *	Gériatres salariés en ES (2019) *	Ophthalmo libéraux (2020) *	Gynécologues libéraux (2020) **
Région ARA	87,4	155,6	9.2	8	7.1	50.7	6.3	29
Département Haute-Savoie	91,7	82,3	8.3	9.7	6.7	54.8	5.5	27.2
ZSP Annemasse	80	59	11	21.5	8.5	75.2	7	31.6
ZSP Saint-Julien-en-Genevois	53,2	35,6	6	11.5	5.4	31.6	4.8	12.3
ZSP Thonon-les-Bains	80,1	89,6	6.8	12.9	7.5	NC	4.8	21.6

* ETP (équivalents temps plein) pour 100 000 habitants.

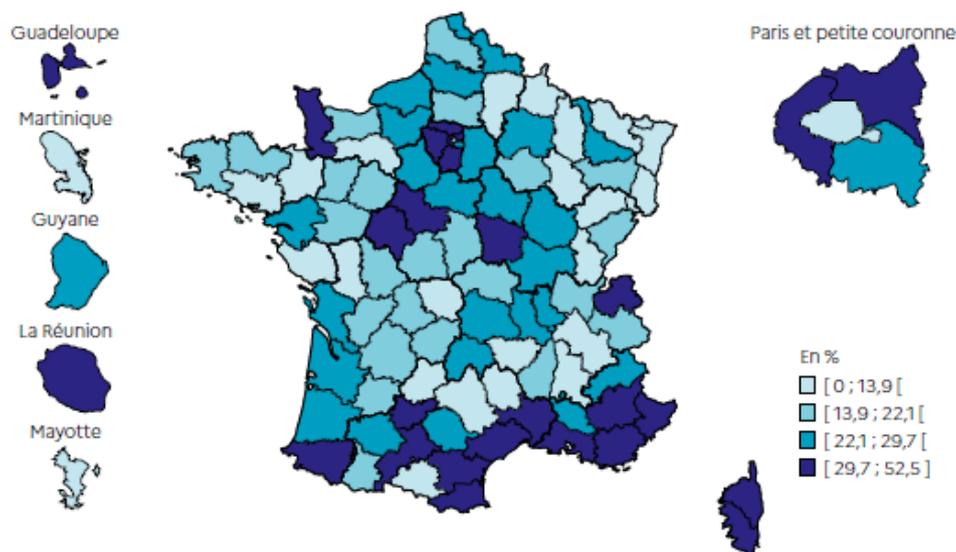
** Pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans.

Source : CRC ARA à partir de l'Atlas régional de la santé en Auvergne-Rhône-Alpes, juillet 2022.

Cette situation de faible densité médicale et paramédicale s'inscrit dans un contexte départemental de forte présence du secteur privé en matière d'hospitalisation. La Haute-Savoie est un des départements où la part du secteur privé à but lucratif dans les capacités d'hospitalisation est la plus importante

² Diagnostic local de Santé-Annemasse-les-Voirons- Octobre- observatoire de santé ARA.

Carte n° 3 : Part du secteur privé à but lucratif dans les capacités d'hospitalisation complète et partielle au 31 décembre 2020



Source : Drees, *Les établissements de santé, édition 2022, (page 40)*.

En conclusion de ce contexte démographique et sanitaire, si l'état de santé de la population du bassin de vie ne semble pas, dans sa globalité, pâtir de la faible densité médicale et paramédicale, des situations problématiques apparaissent cependant sur certains territoires. Ainsi, pour le territoire d'Annemasse Agglo, le diagnostic local de santé réalisé pour l'agglomération³, relève que le contexte sanitaire du territoire est « *globalement favorable et proche de la moyenne régionale, notamment au niveau de la mortalité, des taux d'affectation de longue durée. Mais on note la présence d'une population défavorisée dont l'état de santé est moins bon avec des éléments d'alerte : diabète (...) et problématiques respiratoires/allergiques* ». Ce diagnostic identifie également des phénomènes de sous-recours aux soins chez les publics les plus modestes.

1.2 L'organisation de la permanence des soins sur le territoire

1.2.1 Le service d'accès aux soins

Outre les établissements de santé possédant un service d'accueil des urgences, un service d'accès aux soins (SAS) fonctionne dans le département de la Haute-Savoie depuis novembre 2022. Les acteurs de ce service en ville sont :

³ Diagnostic établi en 2022 avec l'observatoire de santé ARA en vue de l'établissement du contrat local de santé.

- l'AMLU 74 (association des médecins libéraux pour l'urgence 74) ;
- SOS-médecins Annecy et Thonon, l'unité médicale du Léman (UML) à Annemasse⁴ ;
- l'unité médicale de la vallée de l'Arve (UMVA) à Cluses ;
- le centre de soins non programmés (SNP) de Rumilly ;
- l'association médecin de montagne (MDM) pour les cabinets de montagne ;
- les sept communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) du département.

Le SAS : un nouveau modèle de prise en charge des patients lancé dans le cadre du Pacte de refondation des urgences en 2019

Fondé sur un partenariat ville / hôpital, le SAS est un service accessible à tous par téléphone. Il permet d'apporter une réponse 24h / 24 et 7j / 7 à toute demande de soins urgents ou non programmés. Il vise à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, et à renforcer encore davantage la structuration territoriale des soins, la coordination ville-hôpital et le développement de l'exercice coordonné.

Concrètement, toute personne ayant un besoin de santé urgent ou n'ayant pas de médecin traitant disponible et nécessitant un soin rapidement (dans les 48h), peut accéder à distance à un professionnel de santé. Celui-ci lui proposera un conseil ou l'orientera selon son état :

- vers une consultation non programmée ;
- vers un service d'urgences d'un hôpital ;
- ou déclenchera une intervention d'une ambulance voire d'un service mobile d'urgence et de réanimation (Smur).

Source : ARS ARA-communiqué du 6 février 2023, le service d'accès aux soins en Auvergne-Rhône-Alpes, un premier bilan positif.

1.2.2 Les services d'accueil des urgences en établissement de santé

Le territoire des trois zones de soins de proximité est couvert par quatre services d'accueil des urgences (SAU) : celui du centre hospitalier Alpes -Léman (CHAL) situé à Contamine-sur-Arve ; celui des hôpitaux du Léman à Thonon-les-Bains ; celui du centre hospitalier Annecy-Genevois (CHANGE) ; sur son site de Saint-Julien -en-Genevois, et celui de l'HPPS. Même s'il ne dispose pas d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), ce dernier occupe une place importante dans la prise en charge des urgences avec 46 000 passages par an entre 2019 et 2022.

Trois autres SAU sont implantés sur le département de la Haute-Savoie : le SAU du CHANGE sur son site principal d'Annecy, qui héberge également le SAMU du département, le SAU de la clinique générale d'Annecy et celui des hôpitaux du Mont-Blanc à Sallanches.

⁴ L'Unité Médicale du Léman est une structure médicale de « dépannage » médical en l'absence du médecin traitant.

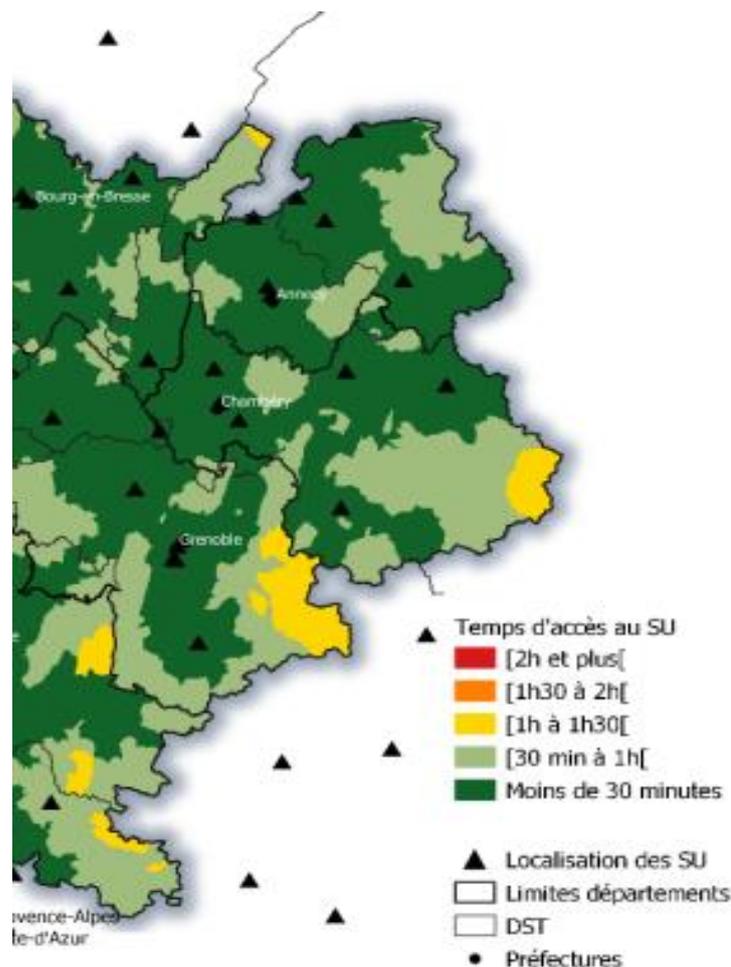
Tableau n° 5 : Les SAU de la Haute Savoie

Établissement	Nombre de passages <i>moyenne annuelle 2019-2022</i>	SMUR	SAMU
CHAL	62 705	X	
HPPS	46 078		
Hôpitaux du Léman	42 241	X	
CHANGE site de St Julien	27 178	X	
CHANGE site d'Annecy	70 384	X	X
Hôpitaux du Mt Blanc	41 433	X	
Clinique générale Annecy	16 636		

Source : Données tirées de l'état des lieux de l'offre de soins, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, sept. 2023

La majeure partie du territoire des trois ZSP concernées est située à moins de 30 minutes d'accès d'un SAU, à l'exception du sud-est du Chablais et surtout du Pays de Gex, qui se trouvent à plus de 30 minutes et même à plus d'une heure pour la zone de Divonne-les-Bains.

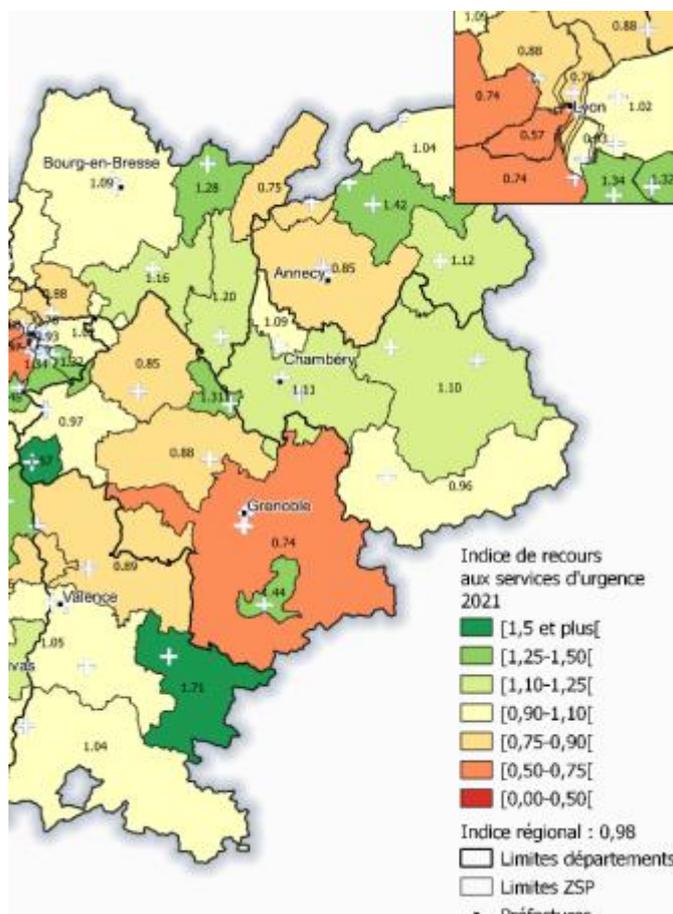
Carte n° 4 : Temps d'accès à un service d'urgence



Source : État des lieux de l'offre de soins, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, sept. 2023

Le taux de recours aux SAU est assez contrasté sur le territoire. La ZSP de Saint-Julien-en-Genevois a un recours inférieur de 25 % par rapport aux niveaux régional et national⁵, à l'inverse de la ZSP d'Annemasse qui présente un taux supérieur de 25 %. Le taux de recours dans la ZSP de Thonon-les-Bains est quant à lui proche des niveaux régional et national.

Carte n° 5 : Indice de recours aux services d'urgences hospitaliers, 2021, Auvergne-Rhône-Alpes



Source : État des lieux de l'offre de soins, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, sept 2023

1.2.3 La régulation de l'accès aux urgences

Depuis l'été 2023, l'accès aux SAU du département est régulé par le SAMU le soir, à partir de 18h et jusqu'à 8h, ainsi que les week-ends et les jours fériés.

Sur ces périodes, les patients ne peuvent se rendre dans un service d'urgences sans avoir au préalable appelé le 15 qui apprécie la situation et les oriente le cas échéant vers une prise en charge aux urgences en leur communiquant un code d'accès. Sans ce code, hormis les cas d'urgences vitales, les patients ne sont pas accueillis. La communication diffusée auprès de la population précise que si une personne se présente aux urgences sans avoir au préalable contacté

⁵ Le taux de recours au SAU en Auvergne-Rhône-Alpes est très proche du taux national avec un niveau inférieur de 2 %.

le 15, elle sera contrainte de le faire depuis l'extérieur pour pouvoir obtenir un avis de prise en charge ou une réorientation.

Cette régulation a été mise en place à compter du 30 juin 2023, pour faire face à la pénurie de personnel aux urgences durant la période estivale. Après une interruption durant le mois de septembre 2023, elle a été réinstaurée en octobre 2023 et maintenue depuis cette date.

L'HPPS estime qu'il est difficile d'apprécier l'incidence de cette régulation sur l'activité de son service d'urgences car le manque de personnel médical (passage à une ligne médicale au lieu de deux) et les fermetures récurrentes du service (cf. infra) influent également.

Interrogé par la chambre dans le cadre du contrôle, le CHAL estime quant à lui que l'activité de son SAU est passée de 200 passages à 160 passages par jour depuis la mise en place de la régulation, soit une baisse de 20 %.

2 L'ACTIVITÉ

Remarque méthodologique : Suivant la méthodologie de l'enquête, les données concernant l'activité des urgences de l'HPPS ont essentiellement été tirées des rapports de l'Observatoire Régional des Urgences (ORU) Auvergne-Rhône-Alpes. Ces données peuvent parfois différer légèrement des valeurs fournies par la Statistique annuelle des établissements (SAE), utilisées dans le rapport général sur l'HPPS. Les rapports de l'ORU disponibles au moment de la présente enquête s'arrêtent à l'année 2022.

Les établissements de santé en matière de médecine d'urgence ont pour obligation de recueillir des données se rapportant à leur activité. Chaque passage aux urgences donne lieu à la production d'un résumé de passage aux urgences (RPU) qui comprend un certain nombre d'informations. L'Observatoire Régional des Urgences (ORU) d'Auvergne-Rhône-Alpes organise la collecte et l'analyse de ces données afin de :

- améliorer la connaissance quantitative et qualitative de l'activité des structures d'urgence ;
- améliorer les conditions de prise en charge des patients ;
- ajuster l'offre de soins aux besoins des populations.

À partir des données transmises, l'ORU produit notamment pour chaque établissement un rapport annuel dans lequel l'activité du service est comparée à un groupe de services de taille équivalente à la sienne. L'HPPS est inclus dans le groupe de comparaison des établissements qui enregistrent entre 30 000 à 50 000 passages annuels dans leur service d'urgences.

Dans le cas de l'HPPS, si les données fournies sur la durée de passage et l'âge sont complètes, en revanche, celles concernant les modes de sortie, l'orientation après hospitalisation et les niveaux de prise en charge font défaut pour les années 2020 et 2021.

Recommandation n° 1 : Recueillir et transmettre à l’observatoire des urgences des données d’activité complètes.

2.1 Un service important qui connaît toutefois une baisse continue de son activité

En 2022, le service des urgences de l’HPPS a reçu en moyenne 117 patients par jour, soit un total de 42 699 passages sur l’année. La moyenne annuelle sur la période 2019-2022 a atteint 46 000 passages, ce qui fait du service le troisième SAU du département après celui du centre hospitalier d’Annecy (CHANGE) et celui du centre hospitalier Alpes Léman (CHAL).

Les urgences de l’HPPS connaissent cependant une diminution d’activité depuis 2019. Le service n’a pas retrouvé son niveau de fréquentation d’avant la crise sanitaire et enregistre au contraire une forte baisse. Cette tendance contraste avec celle constatée au niveau régional par les services d’urgences de même dimension (groupe 30 000 à 50 000 passages), qui avaient quasiment atteint en 2022 leur activité de 2019.

La baisse d’activité des urgences à l’HPPS est particulièrement marquée en 2023, avec une diminution de 27 % des passages (31 064 patients pris en charge) en raison notamment du nombre élevé de fermetures du service.

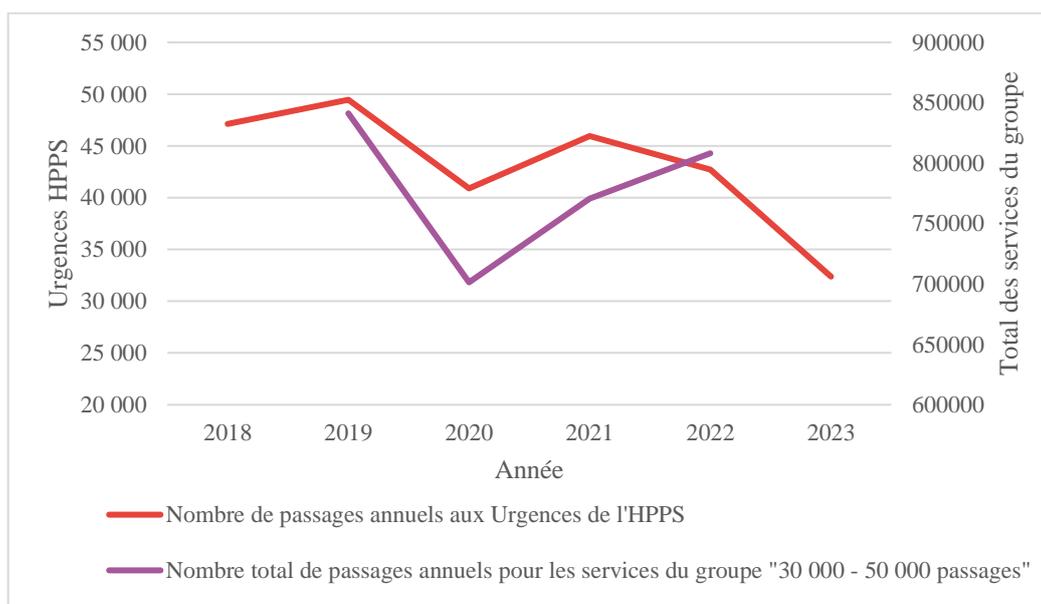
Tableau n° 6 : Nombre de passages aux urgences de l’HPPS

	2018	2019	2020	2021	2022	2023*
Nombre de passages annuels aux Urgences de l'HPPS	47 116	49 456	40 886	45 950	42 699	31 064

* Donnée établissement

Source : CRC ARA sur la base des rapports ORU.

Graphique n° 2 : Nombre de passages annuels SAU HPPS et total des services du groupe de comparaison



Source : CRC ARA sur la base des rapports ORU.

L'activité du SAU de l'HPPS se concentre entre 8h et 20h (81 % des arrivées totales de la journée). Si environ 6 patients sont présents à 4h du matin, ils sont 36 à 16h (données 2022).

2.2 Une faible proportion de personnes âgées

Le profil des patients des urgences de l'HPPS est atypique. Sur toute la période étudiée, les patients âgés de 75 ans et plus ont représenté moins de 4,5 % des passages, ce qui constitue une part quatre fois plus faible que l'ensemble des services du groupe de comparaison (17 % en 2022).

Graphique n° 3 : Taux de patients âgés de 75 ans et plus

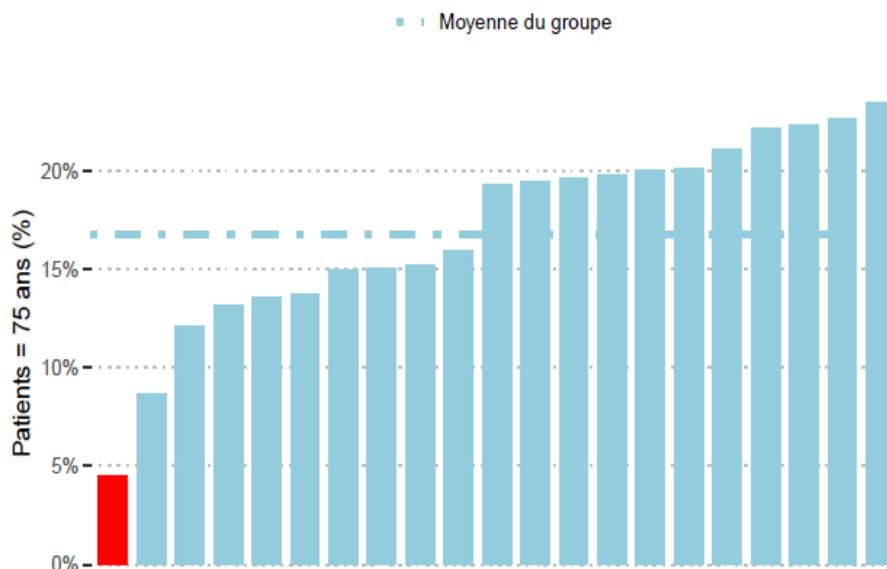


Figure 5: Taux de patients âgés d'au moins 75 ans pour HOPITAL PRIVE PAYS DE SAVOIE (en rouge) et les établissements du groupe 30 à 50 000 passages

Source : Rapport ORU 2022.

En ce qui concerne les enfants (âgés de moins de 15 ans), ils constituaient 20 % des patients en 2019, un taux proche de celui des services du même groupe. En revanche, l'année de la crise sanitaire a subi une baisse de 5 points de cette proportion (15 % en 2020), qui, là encore, peine à retrouver son niveau pré-Covid.

Cette typologie ne reflète pas la pyramide des âges de la population de la zone de soins proximité (ZSP) comme le montre la pyramide des âges ci-dessous.

Graphique n° 4 : Pyramide des âges des patients du SAU de l'HPPS et de sa ZSP

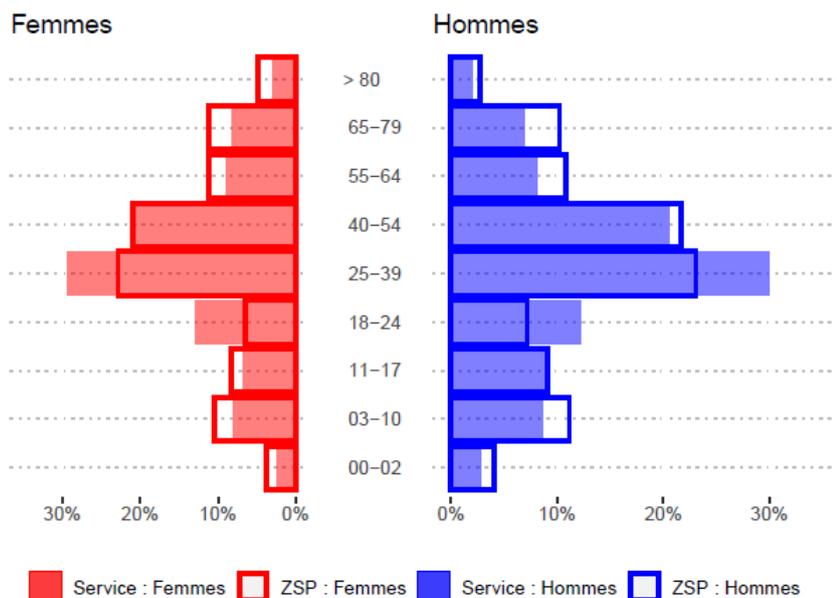


Figure 4: Pyramide des âges de HOPITAL PRIVE PAYS DE SAVOIE et de sa ZSP

Source : Rapport ORU 2022.

Les personnes de 18 à 40 ans sont sur-représentées parmi les patients pris en charge au SAU de l'HPPS. En 2022, elles ont représenté 42 % des patients alors qu'elles constituent 30 % de la population de la ZSP. A contrario, les enfants (moins de 15 ans) et les personnes âgées de plus de 55 ans, en particulier les 65-80 ans, sont sous représentées au sein de la patientèle du SAU de l'HPPS. En 2022, la part des patients de 65 ans et plus était d'à peine 10 % pour un taux de 14,5 % de la population de la ZSP. Les catégories d'âge dont le temps de prise en charge est généralement plus long sont ainsi sous-représentés.

Cette situation peut s'expliquer en partie par le fait que l'HPPS ne dispose pas de service de pédiatrie ni de service de gériatrie et que son activité de médecine reste à ce jour limitée.

2.3 Environ les trois quarts des patients reçoivent un diagnostic de faible gravité et sont rapidement traités

La classification clinique des malades aux urgences (CCMU)⁶ permet d'évaluer la gravité de l'état de santé du patient pris en charge par une structure d'urgence.

⁶ CCMU 1 = État clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique. Examen clinique simple.

CCMU 2 = État lésionnel et / ou pronostic fonctionnel stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.

CCMU 3 = État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé pouvant s'aggraver, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 = Situation pathologique engageant le pronostic vital sans gestes de réanimation immédiat.

Pour l'HPPS, cette information a seulement été renseignée dans les rapports ORU de 2019 et de 2022. Ces deux années présentent le même profil.

La proportion de CCMU 1 et 2 est particulièrement élevée : elle atteint environ 73 % en 2022, ce qui est cohérent avec l'ensemble du groupe de comparaison (71,2 % en 2022).

Les taux de la répartition entre les CCMU 1 et 2 sont en revanche atypiques. Alors que les services de la même catégorie déclarent 17,4 % de CCMU 1 et 53,8 % de CCMU 2 en moyenne, le SAU de l'HPPS n'indique que 3,6 % de CCMU 1 mais nettement plus de CCMU 2 (69 %). Cette répartition n'est pas sans conséquence sur la tarification car des suppléments tarifaires « prise en charge spécifique » sont facturés à partir de la CCMU 2.

La part des diagnostics principaux (DP) en traumatologie est moins importante aux urgences de l'HPPS que dans les autres SAU établissements de la catégorie (19,7 % de DP traumatologie à l'HPPS et 24,4 % pour la catégorie).

Graphique n° 5 : Répartition de la CCMU pour le SAU de l'HPPS et le groupe de comparaison

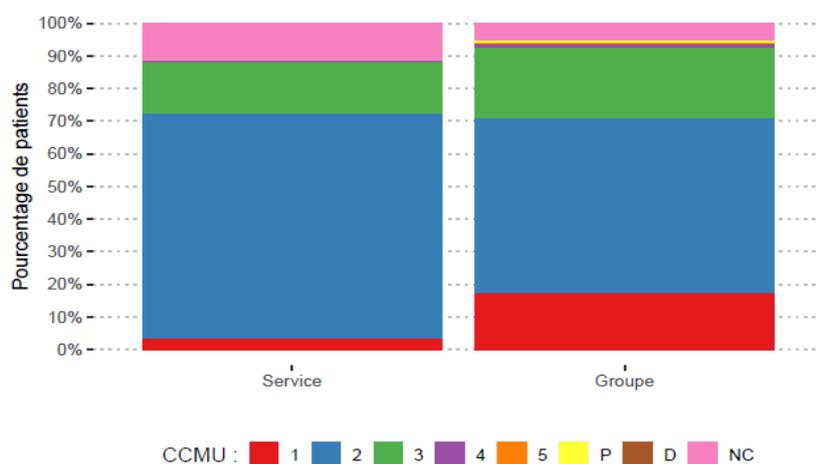


Figure 8: Répartition de la CCMU pour HOPITAL PRIVE PAYS DE SAVOIE et les établissements du groupe 30 à 50 000 passages

Source : Rapport ORU 2022.

Les urgences de l'HPPS se distinguent aussi sur la durée de passage des patients, très inférieure à celle des établissements du groupe de comparaison. Il existe une différence constante de 1h à 1h30 entre la médiane de la durée de passage aux urgences de l'HPPS et celle du groupe (par exemple, en 2022, 2h37 contre 3h45).

CCMU 5 = Pronostic vital engagé. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMU D = Patient déjà décédé à l'arrivée du SMUR ou du SU. Pas de réanimation.

CCMU P = Patient présentant/souffrant d'un problème psychologique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable associée.

NC = Donnée non renseignée ou non conforme.

Graphique n° 6 : Temps de passage au SAU de l’HPPS et groupe de comparaison

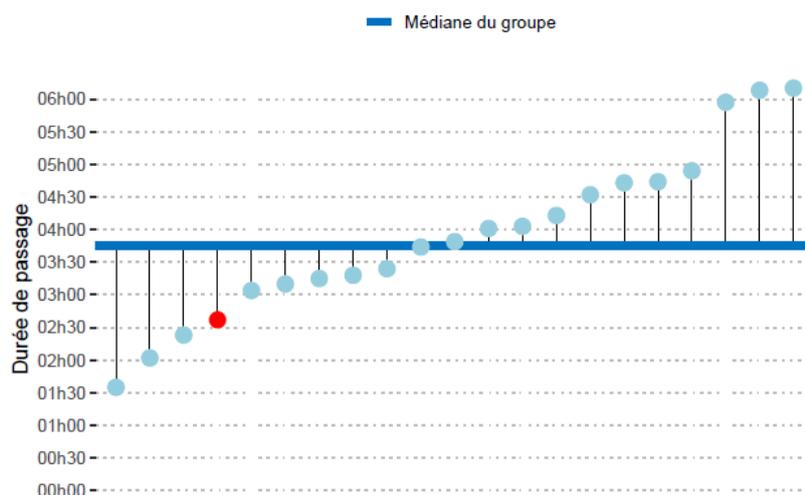


Figure 7: Temps de passage pour HOPITAL PRIVE PAYS DE SAVOIE (en rouge) et les établissements du groupe 30 à 50 000 passages

Source : Rapport ORU 2022.

Cet écart significatif ne s’explique pas par le niveau de gravité des prises en charge car l’HPPS présente un taux similaire de CCMU 1 et 2 par rapport au groupe de comparaison, et même une proportion plus importante de CCMU 2 qui impliquent la réalisation d’actes complémentaires, allongeant donc, au contraire, nécessairement le temps de passage.

Le faible nombre de personnes âgées prises en charge aux SAU de l’HPPS peut en revanche constituer une explication.

Pour le SAU de l’HPPS comme pour l’ensemble des services de dimension comparable, la durée de passage a tendance à augmenter⁷. Etant donné le nombre de passages en diminution et la stabilité des types de diagnostics, cette augmentation de la durée de passage pourrait s’expliquer par la baisse de l’effectif médical aux urgences de l’HPPS (cf. infra).

L’augmentation du nombre de patients partis sans attendre d’être pris en charge pourrait également être liée au manque d’effectif médical. Au premier trimestre 2022, un peu plus de 2,4 % des patients repartaient sans attendre. Au premier trimestre 2023, cette proportion a plus que doublé, atteignant 6 %⁸. Cette évolution vient aussi questionner la gravité des cas se présentant aux urgences.

Cette donnée concernant les patients partis sans attendre pourrait être utilement suivie par l’ORU, ce qui n’est pas le cas à ce jour.

En réponse aux observations de la chambre, le directeur général de l’HPPS a précisé que la codification CCMU n’était pas du ressort de l’établissement mais du médecin urgentiste qui exerce à titre libéral. Il a indiqué que le médecin coordinateur des urgences expliquait la surreprésentation des codifications en CCMU 2 par la faible densité des médecins généralistes

⁷ Pour les urgences de l’HPPS : médiane à 1h35 en 2018 ; et 2h37 en 2022.

Pour le groupe 30 à 50 000 passages : médiane à 3h en 2018 ; 3h45 en 2022.

⁸ Source : Statistiques Urgences 2023 de l’HPPS.

sur le territoire qui conduirait à prendre en charge aux urgences des patients dans une situation de santé dégradée nécessitant la plupart du temps des examens complémentaires.

Le directeur s'est engagé à mettre en place une démarche de complétude des résumés de passage aux urgences au deuxième semestre 2024.

2.4 Un taux de retour à domicile très élevé

En 2022, après leur passage aux urgences de l'HPPS, 94,5 % des patients retournaient à leur domicile (98 % pour les patients de moins de 15 ans), soit une proportion supérieure de 15 points à la moyenne du groupe de comparaison (78,9 %). Ce type d'écart se retrouve chaque année (+ 21 points en 2018, par exemple).

De fait, le taux d'hospitalisation suivant un passage aux urgences à l'HPPS est très faible. En 2022, ce taux n'était que de 5,5 %, en baisse par rapport aux années précédentes (s'élevant en moyenne à 10 %), tandis que les SAU de dimension comparable hospitalisent plus de 20 % de leurs patients chaque année.

Graphique n° 7 : Taux d'hospitalisation après passage aux urgences

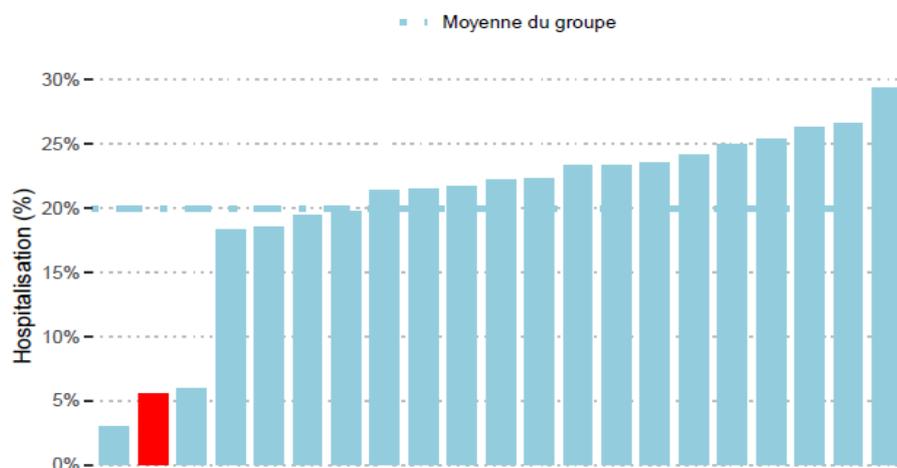


Figure 6: Taux d'hospitalisation après passage aux urgences pour HOPITAL PRIVE PAYS DE SAVOIE (en rouge) et les établissements du groupe 30 à 50 000 passages

Source : Rapport ORU 2022.

Le taux d'hospitalisation comprend les hospitalisations au sein de l'HPPS et les transferts vers d'autres hôpitaux. En 2022, alors que 5,2 % des patients sont mutés dans un service de l'HPPS, 0,3 % seulement sont transférés dans un autre hôpital (alors que la moyenne du groupe de comparaison est à 1,6 %). 42 % des transferts se font vers le CHAL (hôpital public

de la zone), et 41 % vers le CHANGE (33 % sur le site d'Annecy, 9 % sur le site de Saint-Julien)⁹.

L'HPPS n'a commencé à renseigner le service dans lequel le patient est hospitalisé qu'à partir de 2022, avec un taux encore très important de données non conformes (47,6 %). Toutefois, il peut être relevé que quasiment un patient hospitalisé sur deux est envoyé dans un service de chirurgie (41,2 %). L'UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée), n'accueille que 1 % des patients hospitalisés contre en moyenne 17 % pour les services d'urgence du groupe de comparaison.

2.5 Des fermetures récurrentes à partir de 2023

Depuis l'été 2023, en l'absence de personnel médical suffisant, l'HPPS procède régulièrement à des fermetures de son service d'accueil des urgences.

En 2023, le service a été fermé 27 journées complètes, 20 nuits et 3 demi-journées, ce qui représente environ 1 000 heures de fermeture, soit 11 % de l'année. Les fermetures se sont concentrées sur les périodes de congés : l'été, la Toussaint et les fêtes de fin d'année.

En janvier 2024, les urgences ont été fermées à trois reprises, deux jours et une nuit, alors qu'en janvier 2023 elles avaient été fermées six heures.

Tableau n° 7 : Les fermetures du service des urgences en 2023 et en janvier 2024

Périodes	Nombre d'heures	Journée complète	Demi-journée	Nuits
Premier semestre (01 / 01 – 21 / 06)	6	0	1	0
Été	560	13	0	16
Toussaint (29 / 10 – 5 / 11)	120	3	2	0
Autres périodes	157	6	0	2
Fêtes (23 / 12 – 31 / 12)	156	5	0	2
TOTAL 2023	999	27	3	20
Janvier 2024	60	2	0	1

Source : Déclarations faites par l'HPPS auprès de l'ARS – Retraitement CRC, Site internet HPSS

2.6 Le fonctionnement en mode dégradé

Le SAU de l'HPPS fonctionne normalement avec deux médecins présents par période de 24 heures (une ligne médicale de 8h à 8h le lendemain matin et une seconde ligne de 9h à 20h). En cas d'absence des deux médecins urgentistes sur le planning médical du service, une procédure de fonctionnement en mode dégradée¹⁰ est mise en place.

⁹ Source : données HPSS 2023.

¹⁰ Procédure mode dégradé absence d'urgentiste-HPSS-Rédigée et validée le 2 février 2023.

Dans un premier temps, la direction appelle des médecins urgentistes de repos, les médecins salariés de l'établissement et l'intérim médical afin de trouver un remplaçant. Si aucun médecin ne peut prendre le poste, les urgences sont fermées.

Une deuxième ligne d'astreinte « urgence vitale » assurée par les médecins anesthésistes est alors mise en place sur la base du volontariat, afin d'organiser la continuité des soins au sein de l'établissement, plus précisément afin de pouvoir répondre aux urgences vitales internes¹¹. Les services font appel au médecin anesthésiste d'astreinte en cas de détresse médicale d'un patient hospitalisé, et, lorsqu'il s'agit d'un arrêt cardio-respiratoire, après avoir appelé le Samu.

Les acteurs des urgences sur le territoire sont informés de la fermeture (centre 15, SAMU 74 + SAMU 01, le centre hospitalier voisin- CHAL, la gendarmerie, les médecins de ville via la communauté professionnelle territoriale de santé). L'ARS est alertée. Une affiche informe les patients au niveau de la barrière d'accès au site de l'établissement et à l'entrée des portes des urgences. L'information est également donnée sur le site internet de l'établissement.

En parallèle, les équipes non médicales du service sont réorganisées. La moitié de l'effectif infirmier (IDE) est maintenu sur le site pour réorienter les patients qui se présenteraient, assurer des tâches de rangement dans le service ou aider les autres services. Les IDE qui restent aux urgences accueillent et préparent également les patients qui sont attendus par les chirurgiens (orientation de médecin à médecin), notamment dans le cadre du dispositif SOS mains. L'aide-soignante et l'agent des services hospitaliers (ASH) ne sont pas maintenus sur le planning.

Les infirmiers qui ne sont pas maintenus au SAU de l'HPPS sont envoyés en renfort au centre hospitalier voisin, soit deux IDE en journée et un la nuit. L'HPPS leur attribue une prime de 100 € bruts. Aucune contrepartie financière à ce renfort de personnel n'est versée par le CHAL à la clinique.

Par ailleurs, un protocole de coopération avec le CHAL a été adopté en novembre 2023 pour gérer le flux des urgences entre les deux établissements dans ce contexte de fermeture. Il prévoit que le lendemain de fermeture des urgences de l'HPPS, afin de soulager les urgences du CHAL, il est mis en place une réorientation vers le SAU de l'HPPS de certains patients se présentant aux urgences du CHAL et relevant d'une prise en charge sans recourt important au plateau technique. Le protocole liste les prises en charge concernées et celles qui sont exclues des propositions de transfert. Il est prévu que l'HPPS puisse prendre au titre de cette action de coopération 30 passages supplémentaires par jour.

L'HPPS n'effectue pas de suivi de la mise en œuvre de ce protocole ni des procédures d'organisation dégradée aux urgences.

La chambre a pu vérifier que la coopération entre la clinique et l'hôpital était effective et reposait sur une communication fluide et régulière, grâce notamment à des réunions hebdomadaires, par visioconférence, de l'encadrement des deux SAU. Le prêt d'IDE au profit des urgences du CHAL est effectivement mis en œuvre lors des fermetures du SAU de l'HPPS. Le directeur du CHAL a toutefois précisé à la chambre que ce renfort en infirmiers du l'HPPS ne concernait que la semaine et ne s'appliquait ni les nuits ni les week-ends, et que depuis mars 2024, ce renfort n'était plus déployé, l'HPPS indiquant ne pas être en mesure de le faire.

¹¹ Protocole urgences vitales HPPS « organisation des soins lors de la fermeture des urgences ».

Le réadressage des patients des urgences du CHAL vers l'HPPS le lendemain de fermeture se traduit dans les faits par un très faible nombre de patients concernés. Au contraire, lors d'une fermeture de 24 heures des urgences de l'HPPS, entre 20 (selon l'HPPS) et 30 à 40 (selon le CHAL) passages supplémentaires sont constatés aux urgences du CHAL. Ce qui représente entre 13 % et 25 % d'activité supplémentaire pour le SAU du CHAL¹². En dépit des intentions, les flux de patients entre les deux SAU restent asymétriques.

Néanmoins, sans que cela fasse l'objet d'un protocole, l'HPPS accueille, même quand son SAU est fermé, des urgences chirurgicales du CHAL, lorsque ce dernier n'a pas suffisamment de lits d'hospitalisation disponibles. L'adressage se fait de médecin à médecin. Aucun suivi quantitatif n'est effectué mais le CHAL a confirmé cette organisation tout en précisant que la part importante de l'activité programmée à l'HPPS limitait parfois sa mise en œuvre.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'activité du service des urgences de l'HPPS est concentrée sur la journée. Elle se caractérise par un faible nombre de personnes âgées prises en charge et un taux d'hospitalisation particulièrement faible, essentiellement en chirurgie, reflétant en cela le profil majoritairement chirurgical de l'établissement. Le service présente une répartition atypique entre CCMU 1 et 2 en comparaison avec les SAU de même dimension, avec une part nettement plus importante de CCMU 2 qui impliquent la réalisation d'actes complémentaires. Pour autant, les urgences de l'HPPS enregistrent un temps de passage nettement inférieur aux autres établissements, même s'il s'est allongé en fin de période, sous l'effet de la baisse des effectifs médicaux.

Le nombre de passages aux urgences est en baisse continue depuis 2021 avec une diminution particulièrement marquée en 2023 (- 27 %). Depuis l'été 2023, en l'absence de personnel médical suffisant, l'HPPS procède régulièrement à des fermetures de son service d'accueil des urgences. Un mode de fonctionnement dégradé est alors mis en place pour prendre en charge les urgences vitales internes à l'établissement. Lors des fermetures, pour les périodes en journée et en dehors des weekends, la moitié de l'effectif infirmier du SAU de l'HPPS est envoyé en renfort au centre hospitalier voisin (CHAL) et un protocole de coopération a été adopté pour gérer le flux des urgences entre les deux établissements dans ces situations. Le renfort d'infirmiers vers le CHAL a toutefois cessé d'être déployé depuis mars 2024, l'HPPS n'étant plus en capacité de le faire.

¹² Sur la base d'une activité de 160 passages par 24 heures aux urgences du CHAL depuis la mise en place de la régulation par le 15 en juillet 2023. Avant l'accès régulé, l'activité était de 200 passages par jour.

3 L'ORGANISATION DU SERVICE

3.1 Les moyens

3.1.1 Des locaux et des équipements qui répondent globalement aux besoins

Le service des urgences est intégré au bâtiment principal de l'HPPS. Il est composé de deux salles d'accueil, l'une pour l'attente avant la première prise en charge par l'infirmière d'accueil et d'orientation, la seconde pour l'attente avant la prise en charge médicale. Le service dispose de :

- 1 salle de déchoquage ;
- 1 salle de consultations pédiatriques ;
- 1 salle de plâtre ;
- 2 salles de sutures et plaies ;
- 4 salles de consultations et soins polyvalents ;
- une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de six lits.

Ces locaux apparaissent dimensionnés aux besoins du service, selon le personnel d'encadrement. La salle de déchoquage est peu utilisée et les lits d'UHCD ne sont jamais tous occupés. Le projet d'extension du service prévu dans les orientations stratégiques de l'établissement pour la période 2021-2025 a été abandonné au vu de l'évolution de l'activité à la baisse.

Le service a accès à un plateau d'imagerie conventionnelle jouxtant les urgences et géré par un cabinet libéral de radiologues qui possède les autorisations, la SELARL Imagerie médicale du Léman. Un scanner et une IRM sont également accessibles au service.

Le scanner est exploité par la société « scanner d'Annemasse », détentrice de l'autorisation, dont la SELARL Imagerie médicale du Léman est l'actionnaire majoritaire (80 %). L'IRM appartient au groupement de coopération sanitaire (GCS) « IRM Faucigny et Genevois » qui en détient l'autorisation. L'HPPS est membre de ce GCS à 50 / 50 avec le CHAL. Il existe une IRM au CHAL et une IRM à l'HPPS. L'IRM situé à l'HPPS est exploitée par la société Imagerie médicale du Léman.

Une convention de collaboration entre l'HPPS et la société « scanner d'Annemasse » a pour objet de garantir la permanence des soins et le meilleur délai pour la réalisation des actes réclamés par l'état des patients. Les radiologues de la société s'engagent vis-à-vis de la clinique à garantir un système d'astreintes ou de garde, tant pour les médecins que pour les manipulateurs, de nature à répondre à tous les besoins de scanner de la clinique, en particulier de sa structure d'urgences. La convention prévoit une évaluation périodique des conditions de réalisation de ces engagements, laquelle n'est cependant pas mise en œuvre.

Cette convention relative au scanner est la seule. Il n'en existe pas pour la radiologie conventionnelle ni pour l'IRM.

Le personnel d'encadrement du SAU ne fait pas état de difficultés particulières pour obtenir des examens d'imagerie.

La biologie médicale est également externalisée. Les examens sont réalisés par un laboratoire extérieur, le laboratoire Oriade Noviale, installé dans les locaux du centre de consultations du Genevois, sur le site de la clinique. Aucune convention n’encadre les relations avec la clinique. Selon l’encadrement, les résultats d’examens sont adressés rapidement.

3.1.2 Des effectifs non médicaux stables et adaptés

En journée, le service fonctionne avec quatre infirmiers, dont un infirmier d’accueil et d’orientation (IAO) et un infirmier affecté spécifiquement au secteur de l’UHCD. Cet effectif est complété par un aide-soignant, deux secrétaires et un agent des services hospitaliers.

La nuit, l’équipe se compose de deux infirmiers, d’un aide-soignant et, les jours de semaine, d’une secrétaire présente jusqu’à 2 heures du matin.

Une procédure de fonctionnement en mode dégradé est applicable en cas d’absence d’un professionnel. Les postes sont notamment réorganisés de façon à maintenir trois infirmiers de jour et un de nuit.

Au total, pour assurer ce fonctionnement, ce sont 25 professionnels qui sont affectés aux urgences en 2023 (15,8 ETP d’IDE ; 5,8 ETP d’AS et 3,75 ETP de secrétaire). Les effectifs et leur répartition sont relativement stables sur les quatre dernières années, malgré la baisse constatée de l’activité.

Tableau n° 8 : Évolutions des effectifs du service (en équivalents temps plein)

	Exercice 2020-2021	Exercice 2021-2022	Exercice 2022-2023	Exercice 2023-2024	Variation
<i>Administratif</i>	4.8	4.5	3.2	3.75	- 22 %
<i>Aide-soignante</i>	5.9	5.9	7	5.8	- 1,7 %
<i>IDE</i>	16.6	15.3	16	15.8	- 4,8 %
<i>TOTAL</i>	27.3	25.7	26.2	25.3	- 7,3 %

Source : Données HPPS

3.1.3 Les moyens financiers

Une réforme importante du financement des urgences hospitalières est intervenue en 2021 via la création d’une dotation populationnelle et d’une dotation qualité. Ces nouvelles dotations ont pour objectifs d’intégrer aux financements une dimension territoriale basée sur les besoins en santé afin de réduire les inégalités en santé et de renforcer le financement à la qualité.

La réforme du financement des urgences

Avant la réforme portée par la loi de finances pour la sécurité sociale (LFSS) pour 2020, les recettes des établissements de santé au titre des urgences reposaient sur un système de tarification largement forfaitaire et dépendant principalement du volume de passages. Désormais, le financement combine dotation populationnelle (environ 60 % des crédits), recettes liées à l'activité (environ 38 % des crédits) et qualité de la prise en charge (environ 2 % des crédits¹³). Pour atténuer les éventuelles baisses de moyen liées à l'application de la réforme, une mise en œuvre progressive avec des mécanismes de compensation est prévue sur cinq ans.

La dotation populationnelle vise à réduire les inégalités entre les territoires et à renforcer l'articulation avec les soins non programmés.

L'activité est mesurée par le nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation. En cas d'hospitalisation, le financement de droit commun des établissements de santé s'applique. Les recettes liées à l'activité prennent en compte l'âge du patient, la gravité de son état de santé, la période d'arrivée (nuit, dimanche...), le mode d'arrivée (ambulance...), le recours aux plateaux techniques (biologie, imagerie) et à l'avis de spécialistes (cf. annexe).

Synthèse du mode de financement des urgences avant et après la réforme

<i>Financement à l'activité</i>			
<i>Financier</i>	<i>Bénéficiaires</i>	<i>Jusqu'en 2021</i>	<i>À partir du 1^{er} janvier 2022</i>
<i>Assurance maladie</i>	Établ.	Forfait ATU (Accueil et Traitement des Urgences) – 25,42 € par passage en 2020	<i>Crédits transférés dans la dotation populationnelle</i>
	Médecin (en clinique privée)	ACE – Actes et consultations externes Facturation des consultations et examens réalisés lors du passage aux urgences	Forfait selon âge patient De 27 à 49 € en 2022 Forfaits selon la prise en charge (gravité...)
<i>Patient</i>	Établ.	Ticket modérateur En moyenne, un patient non exonéré paye 20,3 €	Forfait patient urgence (FPU) fixé à 19,61 € Minoration possible
<i>Financement par dotation</i>			
<i>Financier</i>	<i>Bénéficiaires</i>	<i>Jusqu'en 2020</i>	<i>Depuis 1^{er} janvier 2021</i>
<i>Assurance maladie</i>	Établ.	Forfait annuel urgences (FAU) Par exemple, 1,4 M€. de 38 500 à 41 000 ATU.	Dotation populationnelle Selon caractéristiques de la population, des territoires et de l'offre de soins
			Dotation qualité

Source : Les comptes de la sécurité sociale, septembre 2021, pages 124-127, Ministère des Solidarités et de Santé, référentiels de financement des structures d'urgences et des SMUR, septembre 2022, diapositive 8, ATIH, le financement des urgences dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, non daté.

La réforme du financement des urgences semble plutôt favorable à l'HPPS s'agissant de la part dotation. Les dotations populationnelle et qualité perçues sont plus importantes que les anciens forfaits (« forfait annuel urgences » -FAU- et forfait « accueil et traitement des urgences » -ATU) ramenées au nombre de passages non suivis d'une hospitalisation.

¹³ Dans, Ministère des Solidarités et de la Santé, *Réforme de financement. Présentation*, (15 / 11 / 2021), diapositive 7.

Tableau n° 9 : Les crédits urgences de l’HPPS- partie dotations

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2018-23
ATU (K€)	988	1 024	987	946	573	SO	
FAU (K€)	1 299	1 483	1 456	780	SO	SO	
Dotations (K€)	SO	SO	SO	879	1 803	2 448	
Total crédits assurance maladie (K€)	2 287	2 508	2 443	2 605	2 377	2 448	+ 7 %
Nombre d’ATU (ou passages non suivis d’une hospitalisation)	40 069	42 034	40 380	37 689	42 072	30 990	- 24 %
Dotation / ATU	56 €	60 €	60 €	69 €	56 €	79 €	+ 40 %

Source : livres comptables et données transmises par l’ARS – DT Haute-Savoie

Cette donnée est cependant à prendre avec prudence. En effet, le caractère récent de la réforme, couplée au décalage entre la notification des crédits, par année civile, et l’exercice budgétaire de l’HPPS, clos au 30 juin, ne permet pas de disposer de données sur une période suffisamment longue.

De plus, en 2024, l’HPPS est susceptible de se voir retirer des crédits au titre des fermetures des urgences intervenues en 2023 et qui expliquent notamment la baisse du nombre de passages. En effet, le comité régional d’allocation des ressources¹⁴ (CRAR) a décidé, dans son avis du 7 avril 2023, de pénaliser financièrement les établissements de santé selon le nombre de jours de fermetures constatées en 2022 :

- 100 000 € entre 100 heures et 499 heures de fermetures (20 jours) ;
- 300 000 € entre 500 heures et 999 heures (41 jours) de fermetures ;
- 500 000 € au-delà de 1 000 heures de fermeture.

Au vu du nombre de fermetures constatés en 2023, avec une estimation de 1 000 heures de fermeture, si les modalités précédentes étaient reconduites, l’HPPS s’exposerait à une pénalité de 300 000 €.

L’HPPS conteste cette éventualité, en mettant en avant le fait que lors des fermetures de son SAU, la moitié de l’effectif infirmier du service est envoyé en renfort au centre hospitalier voisin, sans contrepartie financière et que le reste du personnel infirmier est maintenu dans le service pour assurer l’orientation des patients. La chambre note cependant que le renfort au CHAL n’est plus effectif depuis mars 2024 (cf. supra).

Par ailleurs, concernant les dépenses à la charge des patients, l’établissement estime que la réforme a conduit à une perte de recettes en raison d’un taux d’impayé important (près de 30 % selon la direction) du forfait patient urgence (FPU). Ce forfait à tarif unique (19,61 € en 2022) qui a remplacé le ticket modérateur visait pourtant, pour le patient, à limiter les situations de reste à charge très élevé et, pour les établissements de santé, à simplifier la facturation et à améliorer le recouvrement.

¹⁴ Le décret 2021-216 du 25 février 2021 relatif à la réforme du financement des urgences a créé, auprès de chaque ARS, un comité régional consultatif d’allocation des ressources relatif aux activités d’urgences, de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation. La section urgences du CRAR est composée de représentants des établissements de santé public (9), privé (3) et de représentant des médecins urgentistes (5).

3.2 L'organisation de la prise en charge

3.2.1 Des conventions avec l'hôpital pour les cas les plus lourds

Une convention entre L'HPPS et le CHAL prévoit que les accidents vasculaires cérébraux (AVC) sont réorientés vers l'unité neurovasculaire du service de neurologie du CHAL.

Tout patient se présentant aux urgences de l'HPPS avec des signes cliniques d'AVC aigus fait immédiatement et avant toute autre exploration l'objet d'une régulation via le 15 et d'un transfert vers le CHAL. Dans les situations d'AVC de moins de 48 heures ou d'accidents ischémiques transitoires (AIT) à haut risque, la décision d'orientation est prise après diagnostic et concertation avec un neurologue du CHAL.

Même si cela ne concerne pas spécifiquement les urgences, les deux établissements ont également conclu une convention pour l'activité de soins de réanimation. Le CHAL s'engage à accueillir tout patient dirigé par l'HPPS et présentant les risques d'une détresse des fonctions vitales.

3.2.2 Des dispositifs de prise en charge spécifique peu nombreux et peu formalisés

Contrairement à ce que l'établissement a indiqué dans son dossier de demande de renouvellement d'autorisation de son service d'urgences en juillet 2021¹⁵, il n'existe pas de filière courte de prise en charge au sein du SAU de l'HPPS, ni de parcours spécifique aux enfants.

De même, ce dossier mentionne la présence d'un urgentiste gériatre et l'existence d'un protocole de repérage des risques pour la prise en charge des personnes âgées alors qu'il n'en est rien.

Par ailleurs, si une convention signée en 2020 avec un EHPAD situé dans le Pays de Gex vise notamment à développer les admissions directes des résidents de cet EHPAD dans un service de médecine de l'HPPS, cette coopération reste très limitée. Elle est en effet isolée puisqu'elle ne concerne que l'EHPAD de Challex (80 lits), aucune autre convention de ce type n'ayant été signée avec d'autres établissements d'hébergement pour personnes âgées. De plus, les situations d'urgence sont exclues des cas d'indications d'admissions directes. Enfin, il est difficile d'apprécier l'effectivité de ce dispositif car son évaluation annuelle, prévue par la convention, n'est pas réalisée.

Néanmoins, s'agissant des personnes âgées, qui ne représentent que 5 % des patients pris en charge aux urgences de l'HPPS, la direction a indiqué qu'il était fait en sorte qu'elles

¹⁵ Dans l'attente de la mise en application du nouveau régime des autorisations sanitaires, entré en vigueur le 1^{er} juin 2023, cette demande n'a pas été traitée par l'ARS. L'autorisation a été prorogée. Une nouvelle demande de renouvellement doit être déposée avant le 10 mai 2024. <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/reforme-des-autorisations-sanitaires>.

soient vues par l’infirmière d’orientation dans les 15 minutes après leur arrivée. Toujours selon la direction les personnes âgées attendent ensuite en moyenne 2 heures avant une prise en charge médicale, soit un total légèrement en dessous de la médiane des urgences de l’HPPS (2h37 en 2022). La chambre n’a toutefois pas eu communication de données détaillées permettant le calcul de cette moyenne.

Il n’existe pas non plus de dispositif formalisé et mis en œuvre pour la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Alors que le dossier de renouvellement d’autorisation mentionne une convention avec la clinique des Trois Vallées, l’HPPS a transmis une convention avec un autre hôpital, l’établissement public de santé mentale de la Haute-Savoie (EPSM 74) qui vise à organiser les transferts de patients nécessitant une prise en charge dans un service de psychiatrie. Cependant, cette convention, signée en 2021, ne semble pas concerner les urgences. La direction de l’HPPS a indiqué que les urgentistes de l’HPPS transféraient les urgences psychiatriques au CHAL qui dispose en journée de la permanence d’un médecin psychiatre dans son service d’urgences.

En revanche, il existe une prise en charge spécifique pour les urgences chirurgicales de la main. Seul établissement du département à disposer du label « SOS mains », l’HPPS se trouve en première ligne pour traiter ce type d’urgence.

La prise en charge est organisée par une procédure. Le passage par le service des urgences n’est pas systématique.

Un circuit dit des « prières d’admettre » permet d’accueillir directement en chirurgie ambulatoire les patients qui sont adressés par un médecin extérieur à un chirurgien orthopédique du membre supérieur de l’HPPS. Si une convention a été expressément passée avec la clinique générale d’Annecy (groupe VIVALTO) pour prévoir les modalités de transfert des patients nécessitant une prise en charge pour une urgence de la main, l’adressage se fait généralement par téléphone.

Les patients se présentant par eux-mêmes ou ceux adressés mais sans mise en relation avec un chirurgien, sont pris en charge aux urgences. En cas de plaie ou de fracture ouverte, ils sont préparés pour l’intervention chirurgicale au sein de l’UHCD¹⁶, par les infirmiers des urgences. En cas de fracture fermée et sur avis chirurgical, ils sont reconvoqués le lendemain au centre de consultations de la main où consultent les chirurgiens orthopédiques du membre supérieur, ou, s’il s’agit du weekend, à nouveau aux urgences pour leur préparation.

Plus anecdotique, l’HPPS a conclu deux conventions l’une avec la ville d’Annemasse, l’autre avec la commune de Gaillard, relatives à la prise en charge des personnes interpellées en état d’ivresse publique et manifeste (IPM).

Ces conventions prévoient que la police peut se rendre aux urgences de l’HPPS « aux fins de requérir l’intervention du médecin urgentiste de permanence, qui s’engage à examiner la personne interpellée (...) dans un délai n’excédant généralement pas une heure, sauf urgence vitale dont l’HPPS aurait la charge ». Pour ce faire, l’HPPS met à disposition l’accès à son parking ainsi qu’une salle permettant l’accueil et le diagnostic.

En réponse aux observations de la chambre, le directeur général de l’hôpital a indiqué que le dernier dossier déposé en avril 2024 en vue du renouvellement de l’activité de médecine d’urgence ne mentionnait plus ces parcours et que l’organisation prévoyait une intégration des enfants et des personnes âgées dans le flux patient avec une priorisation temporelle et non géographique.

¹⁶ Dans l’un des box de l’UHCD, qualifié de « salon chir mains ».

3.2.3 Une prise en charge soignante encadrée par un projet de soins

La prise en charge soignante aux urgences est encadrée et guidée par le projet de soins 2021 à 2025 qui comporte un volet spécifique aux urgences. Ce projet définit des objectifs qui sont déclinés à travers des actions précises, assorties d'indicateurs et d'un calendrier de mise en œuvre dont l'état d'avancement fait l'objet d'un suivi.

Presque toutes les actions visant à optimiser les parcours de soins et contribuer à l'évolution des organisations ont été mises en œuvre conformément au calendrier fixé : développement de la prise en charge de la douleur (nomination de référents, formation des soignants, adaptation des moyens médicamenteux) ; adaptation des compétences soignantes (formation aux prises en charge spécifiques, notamment déchocage et immobilisations, à l'exception toutefois de la formation à la prise en charge pédiatrique qui reste à faire) ; optimisation des organisations de travail (création d'un poste d'IDE coordinateur en mars 2023, réorganisation des trames de travail des IDE et des secrétaires avec en particulier la mise en place d'un renfort de secrétariat en première partie de nuit pour libérer l'aide-soignante des tâches d'enregistrement administratif et de facturation).

En particulier, afin de fluidifier le passage des patients, un protocole d'anticipation de clichés radiographiques standards a été mis en place en septembre 2023. Dès la prise en charge par l'infirmier d'accueil et d'orientation, un examen radiographique peut être prescrit par un infirmier. Conformément aux dispositions réglementaires, le consentement du patient est recueilli.

Une des actions du projet de soins porte sur le développement d'un dispositif de dépistage des violences faites aux femmes. Le dispositif n'est pas encore pleinement déployé en raison du départ du médecin urgentiste référent et en attente de la désignation d'une IDE référente. L'équipe soignante peut néanmoins s'appuyer sur ce qui a déjà été mis en place à la maternité (protocole, livret à destination des professionnels et carte format discret à remettre aux patientes).

En matière de sécurisation du service, un agent de sécurité avait été mis en place, comme le prévoyait le projet de soins. Il a cependant été mis fin à cette action au bout d'un an en raison de son inefficacité (moyens d'action limités de cet agent qui n'était pas compétent pour intervenir physiquement). En revanche, selon le cadre des urgences, la réorganisation physique du service a permis de mieux le sécuriser (installation de trois portes supplémentaires pour canaliser et limiter les déplacements au sein du service et mise en place d'une salle d'attente spécifique pour les retours d'examens pour diminuer l'agressivité). En outre, le personnel du service a été formé à la gestion des conflits et de l'agressivité.

Quelques actions, néanmoins importantes pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge, n'ont pas encore été mises en place faute d'effectif médical suffisant. La création d'un circuit extra-court (patients reconvoqués, contrôles plâtres, ...) n'est ainsi pas réalisable sans la présence de deux médecins dans le service. De même, le projet de mise en place d'un staff bimensuel pour procéder à une revue de dossiers est reporté en attendant une que l'équipe médicale soit stabilisée.

3.2.4 Un processus de gestion des événements indésirables

Dans le cadre de la démarche qualité et de gestion des risques de l'établissement, chaque professionnel de l'HPPS a la possibilité de remplir une fiche d'événement indésirable (FEI) dans un logiciel dédié. En 2021, pour le service des urgences 104 événements indésirables ont été recensés, contre 69 en 2022 et 69 en 2023.

Ces événements sont d'abord classés par gravité, la cotation étant faite par chaque déclarant à l'aide d'une grille. Les événements sont ainsi d'importance modérée, mineure, importante, extrême ou catastrophique. En 2023 on compte 11 événements indésirables modérés, 7 mineurs, 33 importants, 10 extrêmes et 8 catastrophiques. Cette appréciation, qui relève du déclarant, est subjective.

L'ARS demande à ce que les établissements lui remontent les EI graves. Trois événements ont été transmis par les urgences de l'HPPS sur la période.

Ces EI sont également répertoriés par processus, selon qu'ils concernent la gestion des équipements, la gestion des RH, la sécurité des biens et des personnes, etc. Sur 242 événements au total sur la période 2021-2023, 44 % d'entre eux (107 EI) relevaient du processus « Parcours client ».

Tableau n° 10 : Classification des événements indésirables par processus

Processus	2021	2022	2023	Total
Dossier patient	6	5	4	15
Droit patients	11	9	5	25
Gestion déchets	0	2	1	3
Gestion équipements biomédicaux	13	1	7	21
Gestion infrastructures	1	1	0	2
Gestion RH	20	8	7	35
Gestion risques infectieux	0	1	0	1
Gestion systèmes informatiques	3	0	0	3
Identification patient	2	4	1	7
Management PEC patient risque	0	0	2	2
Management PEC médicamenteuse	1	0	2	3
Management qualité et risques	4	5	1	10
Parcours patient	39	30	38	107
Sécurité bien et personnes	4	3	1	8

Source : HPPS

Dans le détail, sur la période 2021-2023, les motifs des événements indésirables les plus fréquents avaient trait à : une permanence ou continuité des soins mal assurée ou non assurée (15 EI), une agression d'un personnel praticien par un autre (15), des perturbations liées à l'état du patient (agressivité, agression, geste déplacé) (12), des instruments inadaptés ou indisponibles (12), des effectifs insuffisants ou inadaptés (10), des conflits avec les praticiens, l'équipe paramédicale ou l'administration (10).

Pour traiter ces événements, l'HPPS a mis en place une cellule composée des responsables de services, de la direction des soins et du service qualité. Cette cellule se réunit chaque semaine afin d'analyser les FEI et apporter des actions d'amélioration. Les déclarants

peuvent suivre les réponses apportées aux FEI sur le logiciel. Un bilan trimestriel et annuel est réalisé par le comité de gestion de qualité et de prévention des risques.

Pour expliquer le nombre relativement peu élevé d'événements indésirables graves signalés à l'ARS au regard du nombre d'EI qualifiés d'extrêmes et de catastrophiques, le directeur général a indiqué que ces niveaux ne correspondaient pas souvent à la situation déclarée, les déclarants n'utilisant pas toujours la grille d'aide à la cotation des événements et l'établissement n'apportant pas toujours de rectification. Il s'est engagé à réévaluer la cotation et la classification de chaque fiche d'événement indésirable avec la cellule opérationnelle des risques afin d'identifier plus facilement les événements à analyser et à signaler.

3.3 La gestion de la ressource médicale

3.3.1 Un service en manque de médecins

Les médecins du service des urgences de l'HPPS sont tous employés sous le statut de médecin libéral. Selon le dossier d'autorisation d'activité, le service fonctionne avec deux lignes médicales, c'est-à-dire avec la présence sur place simultanée de deux médecins. À la suite d'un événement indésirable grave survenu en février 2017, qui avait déclenché une inspection de l'ARS, l'établissement s'était engagé à rendre effective ces deux lignes médicales. Il s'y conforme cependant de plus en plus de difficilement.

Si en 2018, deux médecins étaient effectivement présents sur 91 % des plages d'accueil aux urgences¹⁷, au deuxième semestre 2023, il ressort des plannings que deux médecins ont été présents pendant seulement 12 journées (soit 7 % du temps d'accueil), faute d'effectif médical suffisant. L'effectif est passé de 10 médecins en 2019 et jusqu'en 2020 à 8 en 2021, puis 6 à partir de 2022.

Cette situation a des conséquences importantes sur le fonctionnement du service. Elle affecte les conditions de prise en charge des patients avec un temps d'attente et une durée de prise en charge plus longs mais aussi parce qu'elle limite l'optimisation des circuits. Ainsi, la mise en place de filières extra-courtes (patients reconvoqués, contrôles de plâtre) inscrit dans le projet de soins n'est pas réalisable sans la présence de deux médecins urgentistes (cf. supra).

Surtout, le manque d'effectifs entraîne depuis l'été 2023 des fermetures récurrentes (cf. supra).

3.3.2 Des médecins qui cumulent une activité dans d'autres établissements

Depuis 2018, la plupart des médecins urgentistes de l'HPPS exercent également dans d'autres établissements. En 2023 et début 2024, c'est même la totalité des médecins qui cumulent d'autres activités médicales.

¹⁷ Source : suivi de la mise en œuvre du rapport d'inspection en janvier 2019.

En 2023-2024, les médecins urgentistes de l’HPPS exerçaient en moyenne dans deux voire trois établissements différents, et parfois particulièrement éloignés (environ 290 kms entre Annemasse et Le-Puy-en Velay, 550 kms avec la région parisienne, 450 kms avec Montpellier, etc.).

Si la chambre a vérifié que les règles de cumul d’activité étaient bien respectées s’agissant des médecins exerçant également à l’hôpital public¹⁸, cette situation n’est pas de nature à faciliter la cohésion au sein de l’équipe médicale ni la coordination, encore moins quand le médecin coordonnateur¹⁹ des urgences exerce également à Paris.

Le Dr D., médecin aux urgences de l’HPPS sur un poste à temps plein et coordonnateur du service, exerce en effet aussi dans la région parisienne, où il est domicilié. Il occupe un poste de médecin urgentiste à l’hôpital privé de Thiais (Val de Marne).

Les médecins domiciliés à Paris effectuent leurs trajets en avion jusqu’à Genève avec des horaires de vol contraignants qui restreignent la disponibilité et la flexibilité qu’impliquent un poste médical aux urgences.

Ce cumul d’activités est facilité par une organisation médicale par plage horaire (ou garde) de 24 heures. Les médecins sont en poste et exercent leur activité clinique aux urgences pendant 24 heures consécutives.

Le temps de travail des médecins sous statut libéral n’est encadré par aucun texte, contrairement à l’hôpital public où le temps travail hebdomadaire maximum est fixé à 48 heures sur quatre mois avec un repos de sécurité obligatoire de 11 heures après une garde de nuit²⁰.

Au-delà du fait que l’hôpital public a ainsi besoin de plus d’effectifs médicaux pour fonctionner²¹, ce qui le désavantage dans le contexte actuel de pénurie médicale, se pose la question de la sécurité de la prise en charge, comme a pu le relever l’IGAS dans un rapport sur la permanence des soins en établissements de santé en juin 2023 : *« la mission ne méconnaît pas le fait que l’application du repos de sécurité dans les établissements privés soulèvent d’autres problématiques que celle de la perte du revenu du professionnel libéral. Il n’en demeure pas moins hautement souhaitable que l’organisation des activités puissent permettre l’observation du repos de sécurité des praticiens, quel que soit le secteur d’hospitalisation. Les raisons qui le justifient dans le secteur public ne sont pas moins légitimes dans le secteur privé. »*

¹⁸ Un médecin à temps plein dans un établissement de santé public ne peut exercer en même temps dans un autre établissement ni avoir une activité libérale en cabinet.

¹⁹ Dans les autres établissements de santé privé à but lucratif, la structure de médecine d'urgence est coordonnée par un médecin justifiant d'une expérience professionnelle équivalente à au moins deux ans dans cette discipline (art D 6124-6 du code de la santé publique).

²⁰ L’arrêté du 30 avril 2003 relatif à l’organisation et à l’indemnisation de la continuité des soins, modifié par l’arrêté du 8 novembre 2013 et par une décision du Conseil d’État du 27 juillet 2015 (requête n° 374687), dispose notamment que les personnels hospitaliers « bénéficient d’un repos de sécurité d’une durée de 11 heures constitué dans les activités organisées en temps médical continu d’une interruption totale de toute activité, prise immédiatement après chaque garde de nuit effectuée ». Les praticiens libéraux, sont exclus de ce dispositif organisationnel, comme l’a confirmé le Conseil d’Etat dans une décision du 25 avril 2003 (CE du 25.04.2003, n° 240139 et 240223).

²¹ Le référentiel du ministère de la santé utilisé pour la réforme du financement des urgences retient comme base d’organisation un effectif de 5,54 ETP par équivalent 24 heures, soit 11 ETP de médecin pour faire fonctionner un service d’urgences avec deux lignes médicales (référentiels de financement des structures des urgences et SMUR- septembre 2022, page 16).

3.3.3 Des honoraires relativement élevés

Le total des honoraires enregistré annuellement aux urgences a évolué entre 2,2 M€ en 2018 et 1,8 M€ en 2022. Ces honoraires correspondent aux tarifs conventionnés, des dépassements ne pouvant être pratiqués aux urgences.

La baisse des honoraires est liée à celle de l'activité. De plus, sur la période les honoraires moyens par passage ont diminué de – 10 %.

Tableau n° 11 : Honoraires médicaux aux urgences

	2018	2019	2020	2021	2022
Total honoraires médecins urgentistes	2 226 875 €	2 341 829 €	1 967 806 €	1 815 198 €	1 838 242 €
Moyenne par médecin*	275 017 €	287 830 €	275 921 €	259 176 €	255 367 €
Nombre de passages	47 104	49 456	40 886	45 950	42 699
Montant honoraires moyen par passage	47 €	47 €	48 €	40 €	43 €

Source : CRC à partir des données HPSS et données ORU

(*) hors médecins dont la présence et l'activité ne sont pas significatives

Les honoraires perçus par médecin se sont élevés à 270 k€ en moyenne sur la période, ce qui apparaît élevé en comparaison avec les médecins des autres spécialités de l'établissement, qui pratiquent pour la plupart des dépassements d'honoraires. En 2022, trois urgentistes font partie des dix médecins de l'établissement ayant perçu les plus élevés.

Tableau n° 12 : Les honoraires par médecin les plus élevés – en euros

Année 2019					Année 2022				
Médecin	Secteur	Spécialité	Montant	Dont dépass.	Médecin	Secteur	Spécialité	Montant	Dont dépass.
A	Médecine	Cardiologie	619 962	0	A	Médecine	Cardiologie	587 418	0
B	Urgences	Urgences	383 042	0	D	Urgences	Urgences	428 850	0
C	Médecine	Ophthalmo.	372 466	146 225	G	Médecine	Ophthalmo.	427 481	209 266
D	Urgences	Urgences	361 622	0	C	Médecine	Ophthalmo.	356 053	156 356
E	Urgences	Urgences	361 567	0	K	Urgences	Urgences	344 650	0
F	Urgences	Urgences	353 009	0	B	Urgences	Urgences	340 788	0
G	Médecine	Ophthalmo.	351 072	150 794	L	Chirurgie	Neurochirurgie	322 288	287 682
H	Médecine	Anesthésiste-réa	351 043	236 738	M	Chirurgie	Chirurgie orthop. traumatologie	311 139	273 399
I	Médecine	Anesthésiste-réa	349 431	233 239	N	Chirurgie	Chirurgie orthop. traumatologie	299 637	190 510
J	Chirurgie	Chirurgie orthop. traumatologie	327 564	208 792	H	Médecine	Anesthésiste-réa	298 458	259 121

Lecture du tableau. En 2019, le médecin qui a perçu le plus d'honoraires est un cardiologue avec 619 962 € d'honoraires sans dépassement.

Source : CRC à partir des données transmises par la clinique

Même si ces données n’incluent pas les honoraires des consultations que les chirurgiens et les anesthésistes perçoivent par ailleurs, ces montants apparaissent d’autant plus élevés que les urgentistes sont les médecins, en exercice libéral, qui ont le moins de charges à couvrir à partir de leurs honoraires, à l’inverse des anesthésistes et des chirurgiens, qui, outre la redevance de 5 % versée à la clinique, doivent notamment rémunérer leur personnel (infirmière anesthésiste, aide-opérateur) et assumer un coût d’assurance plus élevé.

Des honoraires à la rémunération

Les honoraires correspondent au chiffre d’affaire du médecin. Les actes techniques sont plus rémunérateurs que les consultations, d’où des fortes disparités selon les spécialités. Les principaux tarifs conventionnés des consultations au 1^{er} novembre 2023 varient de 26,50 € (médecin généraliste) à 52,50 € pour un cardiologue.

L’équivalent du salaire net d’un médecin va correspondre au montant des honoraires, moins les charges :

- frais de fonctionnement du cabinet ;
- personnel ;
- matériel médical, très différent selon les spécialités ;
- charges sociales ;
- assurances professionnelles.

En outre, pour la quasi-totalité des urgentistes de l’HPPS, viennent s’ajouter à ces honoraires les rémunérations issues des activités médicales exercées dans d’autres structures (cf. supra).

Par rapport aux urgentistes praticiens hospitaliers temps plein à l’hôpital public, qui ne peuvent exercer une autre activité dans un autre établissement ou cabinet de ville et ne peuvent pratiquer d’activité libérale à l’hôpital, la différence de rémunération apparaît très importante. Au 1^{er} juillet 2022, la rémunération annuelle brute d’un praticien hospitalier temps plein, hors primes, s’élevait à 54 786 € en début de carrière et à 110 755 € en fin de carrière (au bout de 28 ans de service), plus une prime d’indemnité d’engagement de service public exécutif (IESPE) de 1 010 € par mois. À cela peuvent s’ajouter des indemnités de sujétion pour le temps de travail de nuit et le dimanche (268 € brut par nuit ou dimanche et jour férié) et des indemnités de temps de travail additionnel en cas de dépassement de la durée de 48 heures hebdomadaires en moyenne sur quatre mois (337 € pour une période de jour ou 503 € pour une période de nuit ou dimanche)²².

3.4 L’articulation avec le nouveau centre médical

Le groupe Ramsay a ouvert son premier centre de santé en France en décembre 2021 à Bourg-de-Péage (Drôme). Six centres ont ouvert en 2022 et six doivent ouvrir en 2023. Ramsay

²² Au 1^{er} janvier 2024, suite aux revalorisations, la rémunération annuelle brute est de 55 608 € en début de carrière et 112 416 € en fin de carrière. Les indemnités de sujétion pour le temps de travail de nuit et le dimanche ont été portées à 422 € brut par nuit ou dimanche et jour férié.

développe deux modèles : un mode de financement par capitation sur le modèle suédois et des centres médicaux financés à la consultation avec des équipes médicales salariées.

Le centre médical d'Annemasse a ouvert en novembre 2023²³, sous forme associative, dans des locaux disponibles au sein de l'HPPS. La clinique sous-loue les locaux au profit de l'association « centre médical Ramsay Santé – Annemasse ».

Le centre accueille les patients sur rendez-vous tous les jours de la semaine, de 9h à 19h pour des consultations de médecine générale à destination des adultes et des enfants, ainsi que pour des consultations de gynécologie. Deux médecins salariés assurent la prise en charge, avec l'aide d'une infirmière et d'un secrétariat. Les tarifs des consultations et actes sont conventionnés (secteur 1), sans dépassement d'honoraires.

L'HPPS ne voit pas de concurrence entre ce nouveau centre médical et son service d'urgences mais plutôt une complémentarité. Il est évident que ce centre de médecine générale du groupe Ramsay implanté au sein d'une clinique du groupe peut également être un vecteur de recrutement de patientèle pour l'activité programmée des différentes spécialités l'HPPS.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Les locaux et les équipements répondent aux besoins du service qui dispose d'effectifs non médicaux stables et adaptés à l'activité. La réforme du financement des urgences apparaît plutôt favorable à l'HPPS.

Les dispositifs de prise en charge spécifiques sont peu nombreux et peu formalisés, hormis pour les cas les plus lourds (AVC, réanimation), où un partenariat est mis en place avec le centre hospitalier voisin, et la prise en charge des urgences chirurgicales de la main pour lesquelles l'HPPS dispose du label « SOS mains » pour l'ensemble du département.

La prise en charge soignante est encadrée et guidée par un projet de soins relativement précis et qui fait l'objet d'un suivi. Presque toutes les actions visant à optimiser les parcours de soins et à contribuer à l'évolution des organisations ont été mises en œuvre conformément au calendrier fixé.

La difficulté majeure du service réside dans le manque de médecins. L'établissement ne parvient plus à maintenir les deux lignes médicales prévues dans le dossier d'autorisation. Par ailleurs, presque tous les médecins urgentistes exercent également dans d'autres établissements, parfois très éloignés d'Annemasse. Cette situation n'est pas de nature à faciliter la cohésion au sein de l'équipe médicale ni la coordination, encore moins quand le médecin coordonnateur des urgences est domicilié et exerce également à Paris.

Ce cumul d'activités est facilité par une organisation médicale par plage horaire (ou garde) de 24 heures, le temps de travail des médecins sous statut libéral n'étant encadré par aucun texte. Les honoraires perçus par les médecins urgentistes apparaissent, en outre, élevés en comparaison avec les médecins des autres spécialités de l'établissement, qui pratiquent pourtant pour la plupart des dépassements d'honoraires.

²³ <https://centre-medical-annemasse.ramsaysante.fr/>

ANNEXES

Annexe n° 1. Glossaire.....	45
Annexe n° 2. Le financement de l'activité des urgences	47
Annexe n° 3. Détails de certains motifs d'événements indésirables.....	48

Annexe n° 1. Glossaire

AIT : Accident ischémique transitoire
AS : Aide-soignant
ASH : Agent des services hospitaliers
AVC : Arrêt vasculaire cérébral
CCMU : Classification clinique des malades aux urgences
CCT : Convention collective de travail
CGS : Compagnie générale de Santé
CHAL : Centre hospitalier Alpes Léman
CHANGE : Centre hospitalier Annecy-Genévois
CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CME : Commission médicale d'établissement
CNCC : Commission nationale des commissaires aux comptes
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSE : Comité social d'entreprise
DDV : Droits de vote théorique
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DMS : Durée moyenne de séjour
EI : Evénements indésirables
ETP : équivalent temps plein
FHP : Fédération de l'Hospitalisation privée
GCS : Groupement de coopération sanitaire
GHM : Groupe homogène de malades
GHS : Groupe homogène de séjour
HAS : Haute Autorité de Santé
HZ : Zone qualifiée hors zonage
IAO : Infirmier d'accueil et d'orientation
IBODE : Infirmiers de bloc opération diplômés d'Etat
ICR : Indice coût relatif

IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IP : Indice de performance
IPM : Ivresse publique et manifeste
IRM : Imagerie par résonance magnétique
MCO : Médecine chirurgie obstétrique
ORU : Observatoire Régional des Urgences
PDSES : Permanence des soins en établissement de santé
PUI : Pharmacie à usage interne
RAAC : Récupération améliorée après chirurgie
RGDS : Ramsay Générale de Santé
RIAP : Relevé individuel d'activité et de prescriptions
RPU : Résumé de passage aux urgences
SAE : Statistique annuelle des établissements de santé
SAS : Service d'accès aux soins
SAU : Service d'accueil des urgences
SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation
SSR : Soins de suite et réadaptation
T2A : Tarification à l'activité
UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée
ZAC : Zone d'action complémentaire
ZIP : Zone d'intervention prioritaire
ZSP : Zone de soins de proximité

Annexe n° 2. Le financement de l'activité des urgences

		Incompatibilité	Code	Montant 2021	Montant 2023
Forfait socle – Selon l'âge du patient					
<i>Moins de 4 mois</i>		Exclusif l'un de l'autre	FU0	-	51,30 €
<i>De 4 mois à moins de 16 ans</i>			FU1	27,75 €	30,04 €
<i>De 16 à 45 ans</i>			FU2	34,86 €	35,13 €
<i>De 45 à 75 ans</i>			FU3	40,70 €	41,03 €
<i>Plus de 75 ans</i>			FU4	48,78 €	49,17 €
Suppléments forfaitaires					
Gravité de l'état de santé du patient	Autres		-	0 €	0 €
	CCMU 2 +	Exclusif l'un de l'autre	SU2	14,39 €	14,50 €
	CCMU 3,4 et 5		SU3	19,18 €	19,34 €
Mode d'arrivée	Ambulance, VSAV, hélicoptère		SUM	12,53 €	12,63 €
Recours au plateau technique	Biologie – Moins de 16 ans	Exclusif l'un de l'autre.	SUB	46,17 €	48,36 €
	Biologie – De 16 à 45 ans	Incompatible avec SSN et SSF	SB2	63,18 €	66,04 €
	Biologie – Plus de 45 ans		SB3	68,04 €	71,24 €
	Radio, échographie		SIM	37,74 €	38,42 €
	IRM		SIC	56,00 €	57,01 €
Recours avis de spécialistes	Un supplément pour chaque avis		SAS	25 €	25 €
Moment de la prise en charge - Urgentiste	Nuit profonde (22 H 00 – 8 H 00)	Exclusif l'un de l'autre	SUN	39,91 €	40 €
	Soirée (20-22 H 00), samedi (14-20 H 00), dimanche ou jour férié entre 8 et 20 H 00		SUF	10,31 €	10,60 €
Moment de la prise en charge – Spécialiste ou radiologue	Nuit profonde (20 H 00 – 8 H 00)	Exclusif l'un de l'autre.	SSN	25,15 €	25,15 €
	Dimanche ou jour férié entre 8 et 20 H 00	Incompatible avec SUB, SB3, SB4	SSF	19,06 €	19,06 €
Prise en charge pédiatrique	Selon diagnostic	Exclusif l'un de l'autre	PE1	-	27,52 €
			PE2	-	12,63 €

Source : CPAM, fiche d'information impact de la réforme de financement des urgences sur la facturation S3404 et B2 vers les AMO au 1^{er} janvier 2022, version 01/02/2022, arrêtés des 17 et 27 décembre 2021, arrêté du 31 mars 2023.

Annexe n° 3.Détails de certains motifs d'événements indésirables

DÉTAILS PARCOURS PATIENT	2021	2022	2023	Total
Agression physique	0	3	0	3
Ajout d'un acte non programmé	0	0	1	1
Annulation / report imprévu	1	0	1	2
Chambre non adaptée	1	0	0	1
Chute du patient	2	0	1	3
Circuit de prise en charge inadapté	4	3	2	9
Complications liées aux soins	1	0	0	1
Défaut / retard de réalisation de l'examen	0	1	1	2
Défaut accueil (agressivité)	0	2	3	5
Défaut de communication - transmission absente / incomplètes	2	3	2	7
Défaut de coordination intervenants	4	4	1	9
Délai de réponse inadapté	0	0	2	2
Désaccord sur la prise en charge	3	2	2	7
Manque de chambre	1	0	0	1
Stock d'urgences non vérifié	1	0	0	1
Permanence continuité des soins non assuré / mal assurée	5	3	7	15
Perturbations liées à l'état du patient (agressivité, agression verbale, geste déplacé)	6	4	2	12
Praticien ou personnel non joignable	1	1	1	3
Procédure d'entrée non respectée / défectueuse	2	0	5	7
Procédure de sortie non respectée / défectueuse	1	0	1	2
Refus de prise en charge d'un patient	1	1	0	2
Retard de réalisation d'un acte / soin	2	1	2	5
Retard de transfert d'un patient	0	0	1	1
Retard d'un résultat d'examen / labo / imagerie	1	1	1	3
Retour imprévu d'un patient pour complication	0	0	1	1
Transfert / décès non attendu	0	1	1	2

DÉTAILS DROIT PATIENT	2021	2022	2023	Total
Agression par un soignant / maltraitance	1	1	0	2
Conflit avec praticien, équipe para, administration	1	8	1	10
Conflit avec visiteur	0	0	1	1
Défaut d'information concernant pathologie et PEC	2	0	1	3
Non-respect de l'intimité	7	0	1	8
Non-respect du règlement intérieur / contrat de soins	0	0	1	1

DÉTAILS GESTION RH	2021	2022	2023	Total
Agression d'un personnel, praticien par un autre	7	4	4	15
Effectifs insuffisants / inadaptés	7	2	1	10
Estimation ressentie d'une charge de travail	2	0	2	4
Harcèlement / suspicion harcèlement (moral/physique)	0	1	0	1
Planning inadapté	0	1	0	1
Retard d'un personnel, d'un praticien	4	0	0	4

AUTRES EI MARQUANTS	2021	2022	2023	Total
Dossier incomplet ou perdu	1	4	1	5
Instruments inadaptés	5	0	0	5
Instruments indisponibles / rupture de stock	2	1	4	7



Chambre régionale des comptes Auvergne-Rhône-Alpes

124-126 boulevard Vivier Merle

CS 23624

69503 LYON Cedex 03

auvergnerhonealpes@crtc.ccomptes.fr

<https://www.ccomptes.fr/fr/crc-auvergne-rhone-alpes>