



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE GRENOBLE-ALPES – ENQUÊTE URGENCES

(Département de l'Isère)

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 24 septembre 2024.

AVANT-PROPOS

La chambre régionale des comptes d'Auvergne-Rhône-Alpes a procédé au contrôle du centre hospitalier universitaire Grenoble Alpes (CHUGA), et notamment de ses services d'urgences pour les exercices 2018 à 2022, en veillant à intégrer les données les plus récentes. Le présent rapport concerne le contrôle de la gestion des urgences du CHUGA, effectué dans le cadre d'une enquête menée conjointement par la Cour des comptes et les chambres régionales des comptes ayant pour objet la qualité du service rendu par les services des urgences. Un second rapport traite de la gestion du centre hospitalier dans son ensemble.

Le contrôle a été engagé par lettre du 26 septembre 2023, adressée à Mme Sorrentino, directrice générale du CHUGA depuis le 1^{er} septembre 2018. Le contrôle a également été notifié à Mme Hubert, directrice générale jusqu'au 18 juin 2018, et à Mme Fazi-Leblanc, directrice par intérim entre les deux directrices générales.

Conformément à la note méthodologique de l'enquête urgences, les investigations ont porté sur le niveau de service attendu au regard de l'environnement du CHUGA, les moyens mis en œuvre et le fonctionnement pour répondre à la mission d'accueil des urgences, et la gestion des flux de patients depuis l'entrée du service jusqu'à la sortie.

Les entretiens de fin de contrôle prévus par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières ont eu lieu le 4 mars avec Mme Sorrentino, le 5 mars avec Mme Hubert et le 6 mars avec Mme Fazi-Leblanc.

Le rapport d'observation provisoire délibéré le 18 mars 2024 a été adressé à Mme Sorrentino, directrice générale du CHUGA, le 2 mai 2024, et réceptionné par ses services le 13 mai 2024. Les deux anciennes ordonnatrices sur la période, Mmes Hubert et Fazi-Leblanc, ont chacune été destinataires d'une lettre de fin de contrôle envoyée le 2 mai 2024. L'Agence Régionale de Santé a reçu une copie du rapport le 3 mai 2024.

Après avoir pris connaissance des réponses reçues, la chambre a arrêté les observations définitives qui suivent lors de sa séance du 24 septembre 2024.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	4
RECOMMANDATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	8
1 UNE ORGANISATION DES URGENCES SUR LE SUD ISÈRE QUI NE RÉPOND PLUS AUX BESOINS DE LA POPULATION	10
1.1 Une population nombreuse et vieillissante sur un territoire urbain et montagnoux	10
1.2 Une offre fragile de soins non programmés de journée	11
1.3 Une permanence de soins non programmés organisée.....	13
1.4 Une offre d’aval insuffisante pour les personnes âgées	14
1.5 La place centrale du CHUGA pour l’accueil des urgences.....	15
2 UNE ÉVOLUTION DE L’ACTIVITÉ QUI REFLÈTE LES CARENCES DE L’OFFRE DE SOINS	17
2.1 Une activité du SAU Nord qui explose malgré la baisse du nombre de passages.....	18
2.1.1 Une part d’entrées en soirée et la nuit qui entraîne des difficultés d’organisation de la permanence des soins ambulatoires.....	18
2.1.2 Des arrivées spontanées qui baissent légèrement au profit de la régulation du SAMU	20
2.1.3 L’augmentation des profils de patients avec une pathologie psychiatrique	20
2.1.4 Un délai de prise en charge médicale qui se dégrade.....	22
2.1.5 Des durées de passage plus longues, source d’un accroissement de la charge de travail	22
2.1.6 Un nombre de patients présents au sein des urgences mécaniquement plus élevé	24
2.1.7 Des sorties en majorité vers le domicile.....	24
2.2 Une activité en légère hausse au SAU pédiatrique.....	26
2.2.1 Une activité marquée par un effet saisonnier lié aux épidémies hivernales	26
2.2.2 Des situations en général de faible gravité.....	27
2.2.3 Un délai de prise en charge médicale en augmentation sensible	27
2.2.4 Une durée de prise en charge qui augmente plus rapidement que les passages.....	28
2.2.5 Un nombre de patients présents globalement contenu	29
2.2.6 Des sorties en majorité vers le domicile et une hausse des transferts internes au CHUGA	30
2.3 Une augmentation continue du nombre de passages et du volume d’activité pour le SAU Sud	30
2.3.1 Un nombre de passages en hausse avec un faible effet saisonnier.....	30

2.3.2 Une activité concentrée sur les cas stables nécessitant une intervention médicale technique.....	31
2.3.3 Une durée de prise en charge qui augmente plus rapidement que les passages.....	32
2.3.4 Un délai de prise en charge médicale en forte dégradation.....	33
2.3.5 Des sorties en majorité vers le domicile.....	33
2.4 Des indicateurs de qualité qui montrent une augmentation des faits de violence dans les SAU.....	34
3 UNE ORGANISATION INTERNE INADAPTÉE À L'ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ.....	35
3.1 Des moyens matériels globalement sous-dimensionnés	35
3.1.1 Un bâtiment récent et du matériel inadaptés à la stagnation des patients au SAU Nord	35
3.1.2 Un SAU pédiatrique en manque de places en période de pointe	37
3.1.3 Des locaux vieillissants et centrés sur la traumatologie au SAU Sud.....	37
3.2 Un manque de personnel médical au SAU Nord	38
3.3 Un financement qui ne couvre pas les charges du service	40
4 DE NOMBREUSES ACTIONS MISES EN PLACE.....	42
4.1 Une succession d'audits des SAU sans formalisation dans un projet de service.....	42
4.2 Une gouvernance de plus en plus présente et participative.....	44
4.3 En amont, un travail de coopération important avec les acteurs du territoire	44
4.3.1 La cellule territoriale, un support de coopération efficace.....	44
4.3.2 Une expérimentation du SAS à finaliser	45
4.3.3 Des dispositifs de coopération avec les établissements médico-sociaux qui ont permis de limiter certains passages évitables	46
4.4 Une organisation interne souvent réaménagée pour mieux prendre en charge les patients	47
4.4.1 Les entrées directes des urgences vitales ou très spécifiques dans des filières spécialisées permettent de limiter le flux de patients vers le SAU	47
4.4.2 La mise en place d'une orientation des patients vers les différentes filières internes de prise en charge des SAU	47
4.4.3 Les aménagements pour fluidifier les prises en charge.....	48
4.4.4 Les difficultés engendrées par le nombre important de patients présents.....	49
4.4.5 Une difficile prise en charge des patients psychiatriques	50
4.5 Un problème d'aval persistant.....	50
4.5.1 Des unités d'hospitalisation de courte durée qui ne jouent plus leur rôle de tampon entre les SAU et les services	50
4.5.2 Le « bed management » permet de libérer du temps médical	51
4.5.3 La problématique centrale des lits d'aval à créer ou réouvrir	52
4.5.4 Des sorties vers l'extérieur soumises à la disponibilité de lits et de transport sanitaire	52

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier universitaire Grenoble Alpes (CHUGA), premier établissement de santé du département de l'Isère, gère plusieurs services d'accueil des urgences (SAU), à destination des adultes et des enfants, situés en périphérie de Grenoble Alpes Métropole et à Voiron : un SAU adultes (dit SAU Nord) et un SAU pédiatrique (dit SAU HCE pour hôpital couple enfants) sur le site principal du CHUGA sur la commune de La Tronche, un SAU spécialisé dans la traumatologie sur le site Sud à Echirolles, et deux SAU adultes et pédiatrique sur le site du centre hospitalier de Voiron. Plusieurs filières de soins spécialisés, qui ne sont pas des services d'accueil des urgences au sens de la loi, prennent également en charge des urgences souvent vitales : le déchocage pour les urgences vitales chirurgicales, l'unité de soins intensifs cardiaques, la filière accident vasculaire cérébral (AVC), les urgences gynécologiques et obstétriques, et les urgences ophtalmologiques. Le rapport est centré sur les trois SAU de l'agglomération grenobloise.

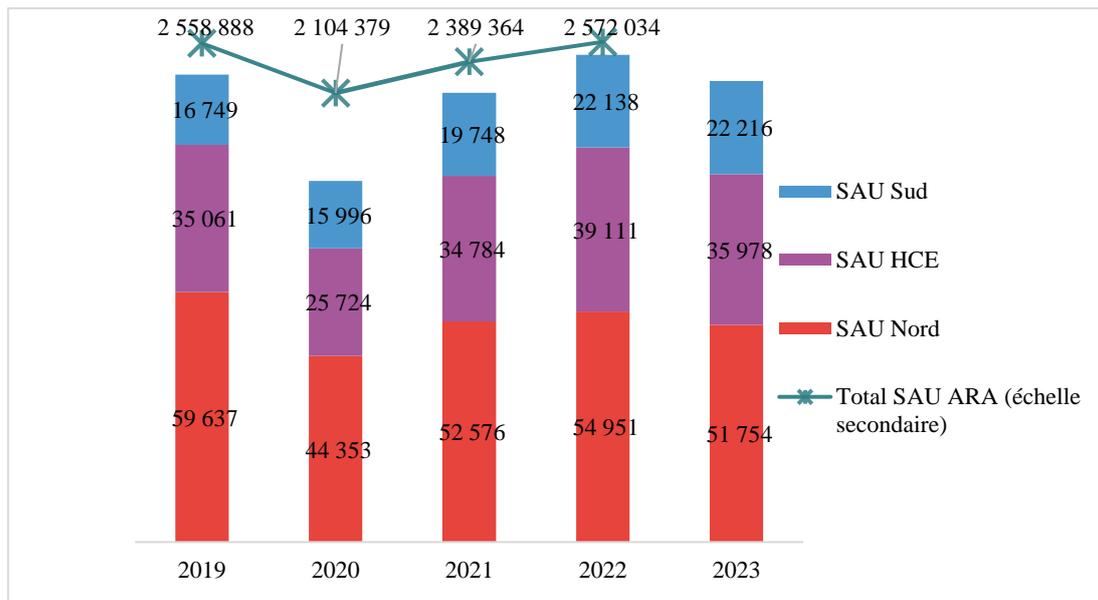
La dégradation des SAU est le reflet de celle du système de santé dans son ensemble. Ainsi, les carences de l'offre de soins non programmés, notamment la nuit, les difficultés de recrutement aboutissant à la fermeture des autres services d'urgences du territoire la nuit, ou encore le nombre insuffisant de lits d'aval, surtout pour les personnes les plus fragiles (personnes âgées polypathologiques ou personnes présentant des troubles psychiatriques), ont des conséquences sur l'activité des urgences.

Sur le bassin de vie grenoblois, le CHUGA occupe une place singulière en matière d'urgences puisqu'il gère la plupart des services et qu'il est le seul établissement à avoir maintenu un accueil aussi large sur la période. L'accessibilité des soins la nuit repose en grande partie sur lui.

En 2018, les situations de crises affectant les urgences étaient liées aux périodes d'épidémies saisonnières, mais dès 2019, le phénomène de crise est devenu permanent, avec un engorgement massif du SAU Nord. Le phénomène est plus mesuré pour les deux autres SAU qui connaissent malgré tout des difficultés.

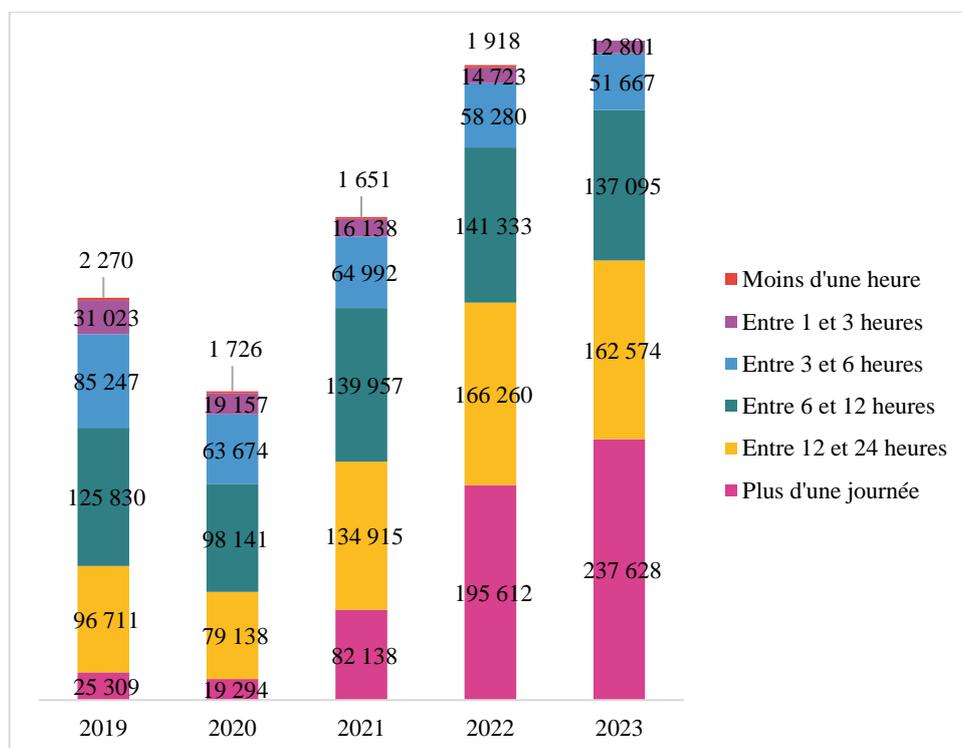
Après avoir connu une baisse du nombre de passages en 2020 du fait de la crise sanitaire, l'activité des SAU a augmenté pour dépasser en 2022 le niveau de 2019, puis redescendre en 2023. Cette évolution est légèrement différente pour le SAU Nord dont l'activité n'a pas retrouvé son niveau d'avant la crise sanitaire. le nombre de passages baissant légèrement pour ce service.

Évolution du nombre de passages dans les SAU du CHUGA de l'agglomération grenobloise



Cependant, malgré le nombre de passages en légère baisse, la durée de présence et le nombre de patients présents aux urgences explose, notamment au SAU Nord, service qui cristallise toutes les difficultés des SAU. Un tiers des séjours dépasse désormais les 12 heures, dont 9 % plus d'une journée, le temps de présence des patients au sein du service augmentant fortement, ce qui révèle une activité encore plus lourde que ne laisse voir le nombre de passages.

Évolution du temps de présence (en heures) pour le SAU Nord



Cette augmentation sans précédent des temps de présence aux urgences tend à rapprocher le SAU Nord d'un service d'hospitalisation classique alors même qu'il n'est pas prévu pour ce type de prise en charge. Ainsi les locaux, le matériel et les procédures de travail ne permettent pas des conditions d'accueil en hébergement correctes, qui soient à la fois conformes des points de vue de la sécurité, de la qualité des soins et de l'éthique des soignants. Ces conditions d'accueil dégradées pèsent sur la pénibilité du travail des soignants. Si l'effectif de l'équipe paramédicale est maintenu, ce n'est pas le cas de l'effectif médical qui apparaît particulièrement bas en 2022, avec seulement 49 % des postes pourvus. Cette carence de médecins entraîne une spirale de dégradation difficile à enrayer.

Autre fait marquant pour le SAU Nord, la part de patients présentant des troubles psychiatriques augmente fortement pour aboutir à 2 516 passages en 2023. La part de personnes âgées est également plus élevée que dans la population.

Pour autant, l'établissement a mis en place de nombreuses actions et a fait preuve d'agilité pour adapter son fonctionnement. Des actions concernant le flux amont des urgences ont permis de faire baisser le nombre de passages, à l'image du service d'accueil de santé (SAS), nouvelle modalité d'organisation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), pour lequel l'Isère a été département expérimentateur. Si quelques freins sont encore à lever, le SAS permet d'offrir une réponse à des demandes de soins pouvant attendre l'ouverture des cabinets médicaux.

L'organisation interne a été ajustée à de multiples reprises, avec un effort pour développer l'accueil et l'orientation des patients, des aménagements pour dégager du temps médical et du temps soignant, et pour mieux prendre en charge les patients psychiatriques.

Concernant l'accueil des patients en aval des urgences, l'unité d'hospitalisation de courte durée est engorgée par des séjours qui dépassent les 24 heures d'observation normalement requis, ce qui ne lui permet plus de jouer son rôle de tampon entre les urgences et les services. Une cellule de gestion des lits « bed management », a été créée et permet d'améliorer les hospitalisations des patients. Pour autant le manque de lits d'aval en interne est un problème majeur. Le CHUGA a pu ouvrir vingt places de post-urgence fin 2022-début 2023, mais aucune autre ouverture n'a eu lieu depuis et le nombre de lits autorisés mais non-opérationnels reste élevé.

Les carences de l'offre de soins psychiatriques pénalisent également les urgences, ainsi que les difficultés en matière de transport sanitaire.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1. : Formaliser des projets de services pour les services d'accueil des urgences en se basant sur les nombreux audits, plans et concertations.

Recommandation n° 2. : Rendre opérationnel la totalité des lits de post-urgences prévus.

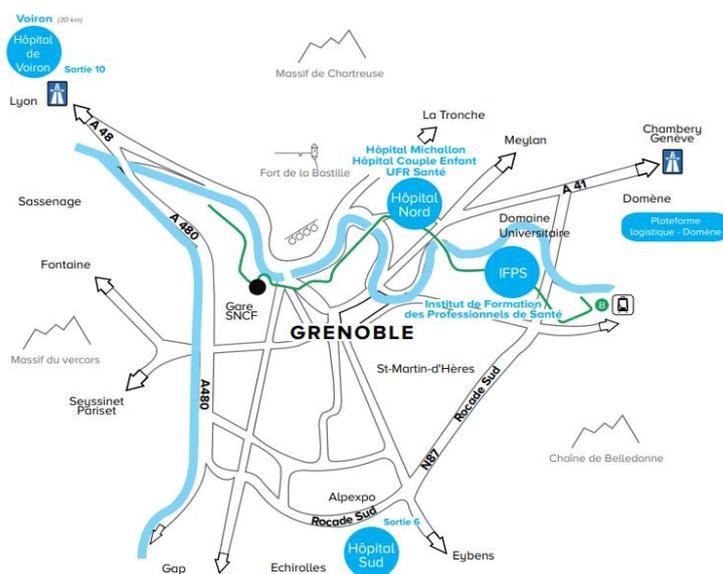
INTRODUCTION

Le centre hospitalier universitaire Grenoble Alpes (CHUGA) est le principal établissement de soins de l'Isère. Il couvre notamment le sud du département et plus particulièrement le bassin de vie grenoblois. Il se situe au sein d'une aire urbaine de 828 000 habitants répartis dans onze intercommunalités, dont Grenoble Alpes Métropole (450 000 habitants et 49 communes). Sa zone d'attractivité recouvre tout le centre et le sud du département de l'Isère, ainsi que l'ouest de la Savoie (région de Chambéry). Il est à la fois l'établissement de référence du département de l'Isère et l'établissement de premier recours pour les bassins de vie grenoblois et voironnais.

L'Isère est le 2^{ème} département le plus peuplé de la région ARA avec 1,2 millions d'habitants. Le département présente un taux de natalité de 1,2 naissance pour 100 habitants, dans la moyenne régionale, et 18,3 % personnes de plus de 65 ans, inférieur à la moyenne régionale de 19,8 %. Le bassin de vie grenoblois a un profil démographique et sanitaire identique pour le taux de natalité et le taux de personnes de plus de 65 ans¹.

L'activité de soins du CHUGA est déployée sur plusieurs sites géographiques : le site principal, dit site Nord, comprenant notamment l'hôpital Michallon et l'hôpital couple enfants (HCE), situé à La Tronche, commune joutant Grenoble, le site Sud situé à Echirolles, toujours dans l'agglomération grenobloise, et désormais le site de Voiron, depuis la fusion avec le centre hospitalier de cette commune au 1^{er} janvier 2020.

Carte n° 1 : Sites du CHUGA



Source : CHUGA

¹ Source : Base Locale d'Informations Statistiques En Santé de l'Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes.

Le CHUGA est autorisé pour 1 424 lits et 313 places de médecin chirurgie obstétrique (MCO), 234 places en services de soins médicaux de réadaptation (SMR), 226 places en unité de soins de longue durée (USLD), et 174 places en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ; à périmètre constant (hors site de Voiron), les lits de MCO ont baissé de 3 % mais les places MCO ont augmenté de 10 %. Le plateau technique comporte six scanners, six appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM), un TEP-Scan (appareil de tomographie par émission de positons), quatre salles de radiologie vasculaire, 44 blocs opératoires, et une maternité de niveau 3.

En 2022, 10 959 personnels travaillent au CHUGA. Les services de soins fonctionnent grâce à 1 123 médecins, 5 837 personnels soignants, et 297 agents du bureau des entrées et des services d'organisations des soins². 796 personnels médicaux et non-médicaux travaillent dans les services médico-techniques (pharmacie, laboratoire de biologie et service d'imagerie), 713 agents dans les fonctions supports logistiques (blanchisserie, restauration, approvisionnement, services techniques, matériel biomédical et services numériques), et 530 personnes dans les fonctions supports administratives. Le CHUGA, de par sa vocation universitaire, accueille en outre 750 internes, 741 étudiants. Il gère plusieurs écoles de formation à destination des infirmiers diplômés d'État (IDE), aides-soignants (AS), ou ambulanciers, et des centres de formation continue, qui mobilisent 105 personnels. Enfin, 67 personnels travaillent à la direction de la recherche, en lien avec des équipes universitaires.

Plusieurs services des établissements de santé concourent à l'« activité de soins de médecine d'urgence »³ :

- les services d'aide médicale urgente (SAMU) pour la régulation des appels urgents ;
- les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) pour la prise en charge de patients dont le déplacement n'est pas possible ;
- les services d'accueil des urgences (SAU) qui doivent : « accueillir en permanence (...) toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui (leur) est adressée (...) »⁴.

Un SAU est caractérisé par trois éléments : la permanence, la non programmation des soins et l'accueil de situations d'urgence, ce dernier critère étant toutefois tempéré par la possibilité d'adresser une personne au service en dehors d'urgence. Aucune définition de la situation d'urgence n'est prévue par le législateur, mais de manière générale, la mise en œuvre de l'aide médicale urgente pèse à la fois sur les établissements de santé dans le cadre de la permanence des soins (PDS) et sur les professionnels libéraux dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires (PDSA).

Le CHUGA compte cinq services d'accueil des urgences (SAU) :

- le SAU Nord, situé sur la commune de La Tronche dans les locaux de l'hôpital Michalon, principal SAU du département, qui accueille des adultes ;
- le SAU pédiatrique, lui aussi situé sur la commune de La Tronche, sur le site Nord, dans l'hôpital couple enfant (HCE), principal SAU pédiatrique du département ;
- un SAU sur le site Sud du CHUGA à Echirolles, qui accueille des patients ayant subi des accidents ;

² Direction des soins, et des services aux patients comme les mandataires pour les tutelles.

³ Article R. 6123-1 du code de la santé publique.

⁴ Article R. 6123-18 du code de la santé publique.

- enfin, depuis la fusion avec l'hôpital de Voiron en 2020, un SAU adultes et un SAU pédiatrique sur le site de Voiron.

Il est également gestionnaire du SAMU du département de l'Isère et de plusieurs lignes de SMUR.

De plus, plusieurs filières spécialisées, hors SAU, accueillent des patients en situation d'urgence sur le site Nord, notamment le service de déchocage pour les urgences chirurgicales vitales, l'unité de soins intensifs cardiologiques, le service de neurologie pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC), le service de gynécologie-obstétrique, et le service d'ophtalmologie.

Des unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) sont adossées à tous les SAU, à l'exception de celui de l'hôpital Sud, pour les patients nécessitant une surveillance prolongée.

Enfin, des services d'aval complètent la prise en charge sur le site Nord, pour les situations sans solutions classiques : deux unités post urgences et un salon de sortie.

1 UNE ORGANISATION DES URGENCES SUR LE SUD ISÈRE QUI NE RÉPOND PLUS AUX BESOINS DE LA POPULATION

1.1 Une population nombreuse et vieillissante sur un territoire urbain et montagnoux

Le CHUGA est l'établissement de référence du département de l'Isère, qui compte 1 271 166 habitants en 2019, mais aussi le centre hospitalier de premier recours pour le bassin de vie grenoblois, où vivent 531 503 habitants. La part d'habitants de plus de 65 ans sur ce bassin de vie est de 18 %, un taux légèrement inférieur à la moyenne régionale de 20 %. Les moins de 20 ans représentent un taux identique à celui de la région de 24 %. 17 % de la population de plus de 15 ans a au moins une affection longue durée (ALD), part identique à celle de la région. Les ALD psychiatriques sont plus fréquentes dans le bassin de vie grenoblois (2,49 %). Le taux de patients sous traitement psychotrope est légèrement inférieur à celui de la région (9,8 % contre 10,3 %), mais parmi eux, la part de patients sous neuroleptiques est plus importante (18 % contre 16 % sur l'ensemble de la région). Le taux de décès prématurés (0,14 %) est légèrement plus bas que ceux des autres départements de la région.

En 2021, 77,8 % de la population a consulté un médecin généraliste, taux de recours moindre qu'au niveau régional (78,8 %). A l'inverse, 3 % de la population du bassin de vie grenoblois a consulté un psychiatre, contre seulement 2,1 % de la population régionale. Les hospitalisations du bassin de vie et celles de la région se situe à un niveau similaire, 18 %⁵.

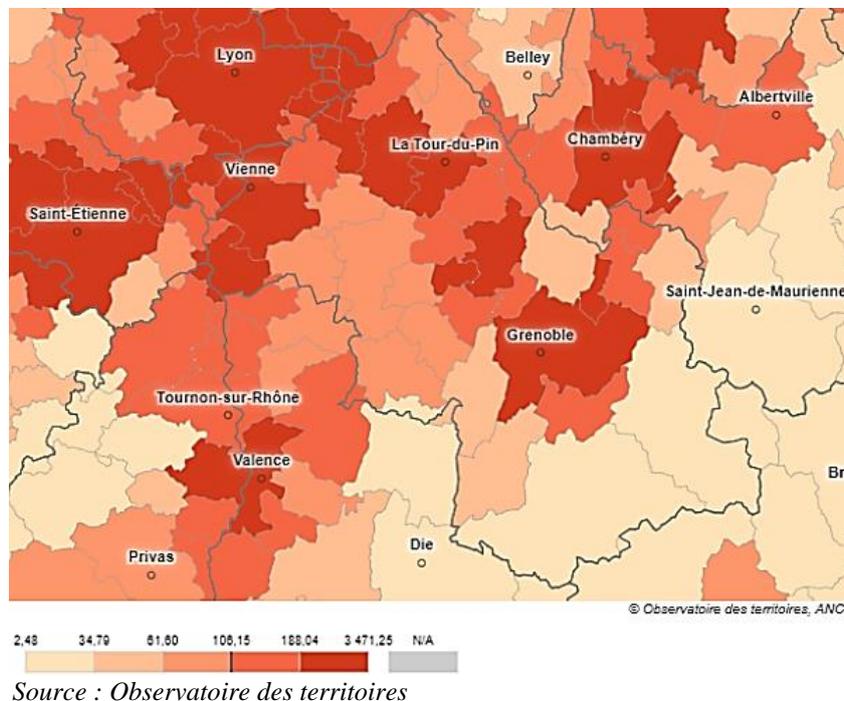
La population du bassin de vie grenoblois apparaît dans la moyenne de la population régionale, sans particularité.

La zone desservie par le CHUGA est à la fois très urbaine pour son environnement immédiat, avec une densité de population de 741 habitants au km² dans le bassin de vie grenoblois, mais aussi montagnoux pour le sud du département de l'Isère, pour lequel la densité

⁵ Source : Base Locale d'Informations Statistiques En Santé de l'Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes.

chute à 14,42 pour le bassin de vie du Bourg-d'Oisans. Le Sud Isère connaît une forte activité de tourisme de montagne avec des pics de fréquentation particulièrement élevés en hiver.

Carte n° 2 : Densité de population par bassin de vie



1.2 Une offre fragile de soins non programmés de journée

Au 1^{er} janvier 2022, le bassin de vie grenoblois compte 581 médecins généralistes libéraux, soit 109,3 pour 100 000 habitants, un ratio supérieur à ceux du département (93 pour 100 000 habitants) et de la région (91).

Une étude réalisée par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de l'Isère sur le territoire des trois établissements de coopération intercommunale (EPCI) entourant Grenoble, montre que le nombre de médecins généralistes libéraux a augmenté entre 2018 et 2023. L'augmentation d'effectifs de médecins est un peu plus rapide que celle de la population.

Tableau n° 1 : Évolution du nombre de médecins généralistes libéraux

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Évolution 2018-2023	Évolution de la population entre 2018 et 2022
<i>Grenoble Alpes Métropole</i>	488	493	500	499	486	495	+ 1,43 %	+ 0,76 %
<i>CA du Pays Voironnais</i>	100	99	97	98	97	99	- 1,00 %	+ 0,99 %
<i>CC Le Grésivaudan</i>	114	122	125	121	118	121	+ 6,14 %	+ 0,52 %
<i>Total des 3 EPCI</i>	702	714	722	718	701	715	+ 1,85 %	+ 0,76 %

Source : CPAM pour les données sur les médecins, INSEE pour la population

434 297 personnes de plus de 15 ans ont déclaré un médecin traitant en 2023, ce qui représente 85,5 % des assurés. L'étude permet de constater qu'une part importante d'assurés bénéficiaires de la complémentaire de santé solidaire est sans médecin traitant. Inversement, les assurés plus fragiles sur le plan de la santé, du fait d'une ALD ou de leur âge, sont plus nombreux à avoir déclaré un médecin traitant.

Tableau n° 2 : Part d'assurés sans médecin traitant en 2023 en Isère

	Dans l'ensemble des assurés	Pour les assurés bénéficiant d'une complémentaire de santé solidaire	Pour les assurés déclarés en ALD	Pour les assurés de + de 75 ans
<i>Grenoble Alpes Métropole</i>	17 %	24 %	5 %	6 %
<i>CA du Pays Voironnais</i>	12 %	15 %	5 %	7 %
<i>CC Le Grésivaudan</i>	10 %	15 %	3 %	5%

Source : CPAM

Plusieurs facteurs sont néanmoins à surveiller, pouvant conduire à une dégradation rapide de la situation. 33 % des médecins généralistes ont plus de 60 ans sur le territoire de Grenoble Alpes Métropole (GAM) ; ce taux est de 26 % pour les deux autres EPCI. À GAM, les médecins de plus de 60 ans suivent actuellement 114 000 patients en tant que médecins traitants. Sur la commune de Grenoble, la situation est plus problématique avec une part de médecins de plus de 60 ans de 46 %. De même, l'augmentation du nombre de médecins à exercice particulier (MEP)⁶, qui ne prennent pas de patients en tant que médecins traitants, est surveillée. Ainsi, 10 % des médecins généralistes sont des MEP en Isère, et ce taux monte à 19 % pour la commune de Grenoble.

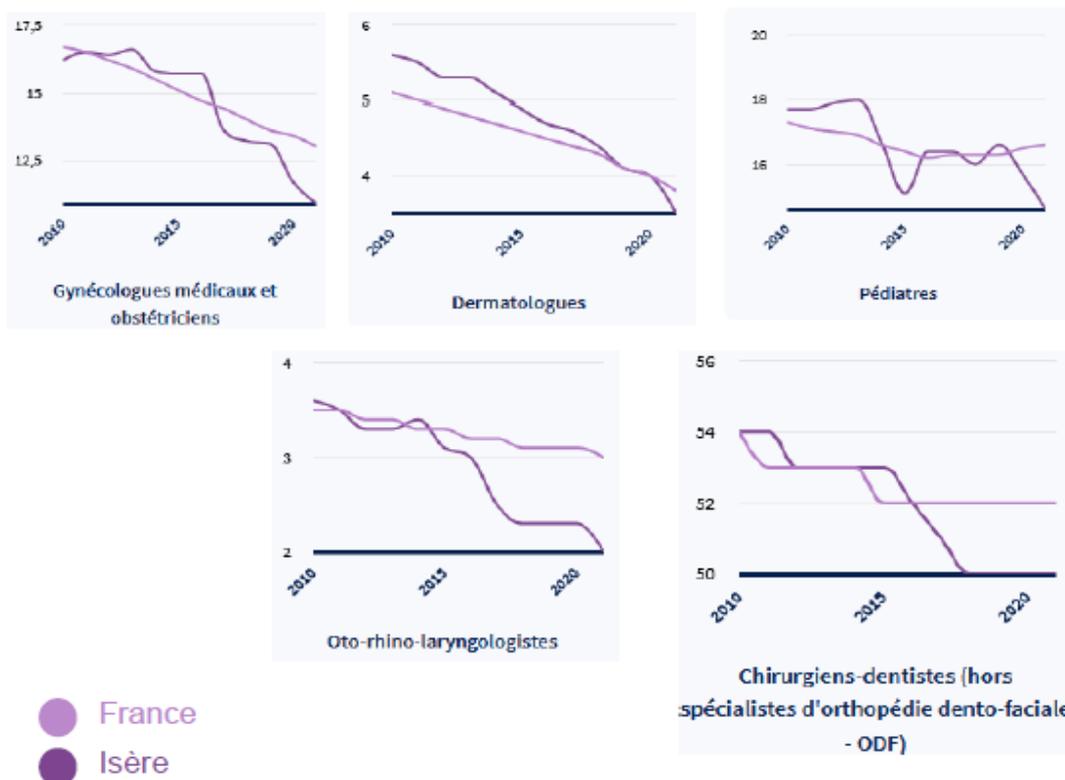
Malgré des chiffres plutôt favorables en matière de généralistes, les acteurs de terrain signalent des difficultés concernant les délais de prise en charge de l'offre libérale qui peuvent parfois être élevés et ne répondent pas à un besoin de soins semi urgent. Des retards de prise en charge et une aggravation de l'état des patients peuvent découler de ce paramètre qui ne fait pas l'objet d'un suivi.

Sur le volet de la psychiatrie, l'atlas de santé montre un taux de psychiatres libéraux en baisse entre 2016 et 2020, passant de 11,2 pour 100 000 habitants, à 10,7, ce qui reste supérieur à la moyenne nationale de 9,4.

La démographie des médecins libéraux des autres spécialités est plus fragile en Isère que pour le reste du territoire national.

⁶ La catégorie des médecins à expertise particulière (MEP) est une catégorie hétérogène où l'on regroupe diverses pratiques comme par exemple la médecine vasculaire (angiologie/phlébologie), l'homéopathie, l'acupuncture, la médecine d'urgence ou encore SOS Médecins (source assurance-maladie). Ces médecins libéraux ne sont pas spécialistes, mais peuvent ne pas exercer en tant que généralistes « classiques ».

**Graphique n° 1 : Évolution des densités de médecins libéraux de spécialités
(en nombre de libéraux / 100 000 habitants)**



Source : CPAM

1.3 Une permanence de soins non programmés organisée

La permanence des soins est une mission de service public partagée entre les établissements de santé et les acteurs libéraux⁷. Les établissements de santé doivent assurer une permanence des soins (PDS) qui se traduit par des lignes de gardes et d'astreinte et par l'ouverture permanente des SAU. Les médecins libéraux assurent une permanence des soins ambulatoires (PDSA) et doivent s'organiser pour pouvoir accueillir les patients aux heures de non ouverture des cabinets libéraux, soit la nuit, ainsi que les week-end et jours fériés de 8h à 20h⁸. Cette participation est basée sur le volontariat et peut faire l'objet de réquisitions en cas de carence. L'ARS peut néanmoins fixer les modalités d'organisation de cette PDSA en incluant les établissements de santé dans la couverture de certaines plages horaires. La permanence des soins nécessite des médecins régulateurs, qui reçoivent et analysent les appels, et des médecins de soins, à même de prendre en charge les patients nécessitant des soins immédiats.

⁷ Articles L. 6314-1 et suivants du code de la santé publique.

⁸ Article R. 6315-1 du code de la santé publique.

L'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a élaboré un cahier des charges de la PDSA⁹ qui prévoit une participation à la PDSA des médecins généralistes, de SOS médecins et des deux maisons médicales de garde (MMG) présentes sur le territoire de l'agglomération grenobloise. Une MMG est notamment située dans les locaux du CHUGA sur le site Nord, et accueillent les patients de 20h à minuit, et les week-ends et jours fériés.

Dans le cahier des charges, dans certains secteurs géographiques, les services d'urgence sont inscrits comme seuls effecteurs¹⁰ de soins, notamment sur les nuits (0h-8h). Les SAU du CHUGA de Grenoble ne sont pas inscrits dans ce tableau, mais ceux de Voiron et La Mure le sont. Cette inscription de services d'urgence dans le tableau de PDSA n'est pas conforme aux textes qui prévoient la couverture de la PDSA par les médecins libéraux, les établissements ayant quant à eux des obligations en matière de PDS.

En complément de la PDSA, l'ARS a étoffé l'accès aux soins de premier recours en créant un statut de « *médecin correspondant SAMU* » (MCS) pour les territoires distants de plus de 30 minutes d'une SAU. Ces MCS sont formés à l'urgence et interviennent en avant-coureur du SMUR. Le cahier des charges de l'ARS sur ce dispositif montre que les deux tiers du département sont éligibles pour bénéficier de MCS. En 2024, 54 MCS interviennent en Isère.

La Fédération Iséroise pour la Permanence des Soins d'Exercice Libéral (FIPSEL), une association qui coordonne les médecins libéraux pour organiser la PDSA, réalise les plannings de permanence des soins qui sont envoyés à l'ordre des médecins, puis transmis à l'ARS pour validation. L'association envoie également les plannings réalisés et les bordereaux de paiement à la CPAM.

Le pacte de refondation des urgences a créé un nouvel outil d'organisation de la PDSA, le service d'accès aux soins (SAS), pour apporter une réponse téléphonique à toutes demandes de soins urgents ou non programmés 24h/24 et 7 jours/7. Une régulation médicale existait déjà en Isère depuis plusieurs années : des médecins libéraux étaient présents dans les locaux du SAMU pour prendre les appels de médecine et orienter les patients. Le SAS poursuit les mêmes objectifs, et les médecins libéraux régulateurs peuvent désormais proposer aux patients de prendre un rendez-vous auprès d'un médecin effecteur de soins. Le SAS a vocation à se substituer à ce système, déjà très avancé, d'organisation de la PDSA. Le département de l'Isère a fait partie des trois départements expérimentant le SAS dès 2021 (*cf. infra*).

1.4 Une offre d'aval insuffisante pour les personnes âgées

L'offre médico-sociale à destination des personnes âgées est insuffisante en Isère. L'état des lieux de l'offre médico-sociale à destination des personnes âgées, produit par l'ARS dans le cadre de l'élaboration du schéma régional de santé, note que la situation est particulièrement déficitaire dans le sud du département

Le taux d'équipement en hébergement médicalisé de l'Isère est le plus faible de la région avec 82 places d'établissements pour personnes âgées dépendantes pour 1 000 habitants de plus de 75 ans. Le taux est légèrement plus élevé en incluant les résidences autonomes, mais reste en-dessous des moyennes régionale et nationale. En 2016, seuls trois établissements disposaient

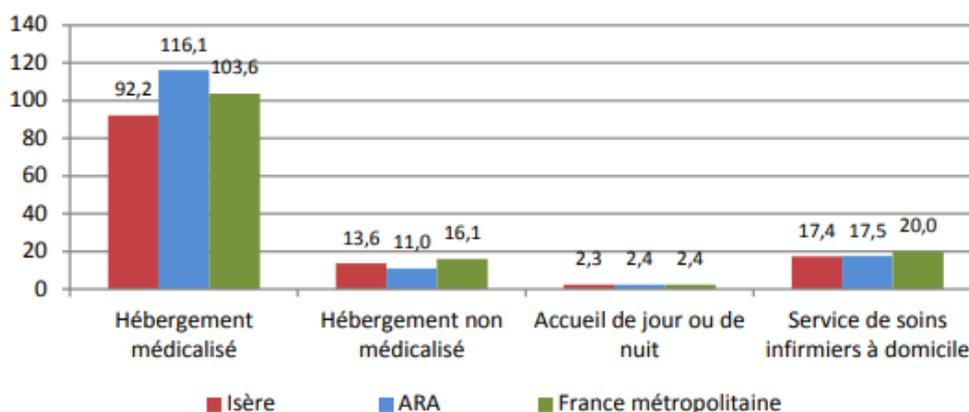
⁹ Prévu à l'article R. 6315-6 du code de la santé publique.

¹⁰ Un médecin effecteur est identifié comme disponible pour recevoir les gens et donner un soins, mais pas forcément comme médecin de garde ; les effecteurs travaillent aussi hors plages horaires de la PDSA.

d'unités renforcées d'hébergement destinées à accueillir les personnes présentant des troubles cognitifs importants.

La situation est plus favorable pour les services de soins infirmiers à domicile, qui permettent à une personne âgée de rester à son domicile malgré un besoin de soins important. Le taux d'équipement est identique à la moyenne régionale, mais inférieur à la moyenne nationale.

Graphique n° 2 : Taux d'équipement en places installées selon le type d'accueil (places installées pour 1000 habitants de plus de 75 ans)



Source : projet régional de santé Auvergne Rhône Alpes 2018, état des lieux médico-social

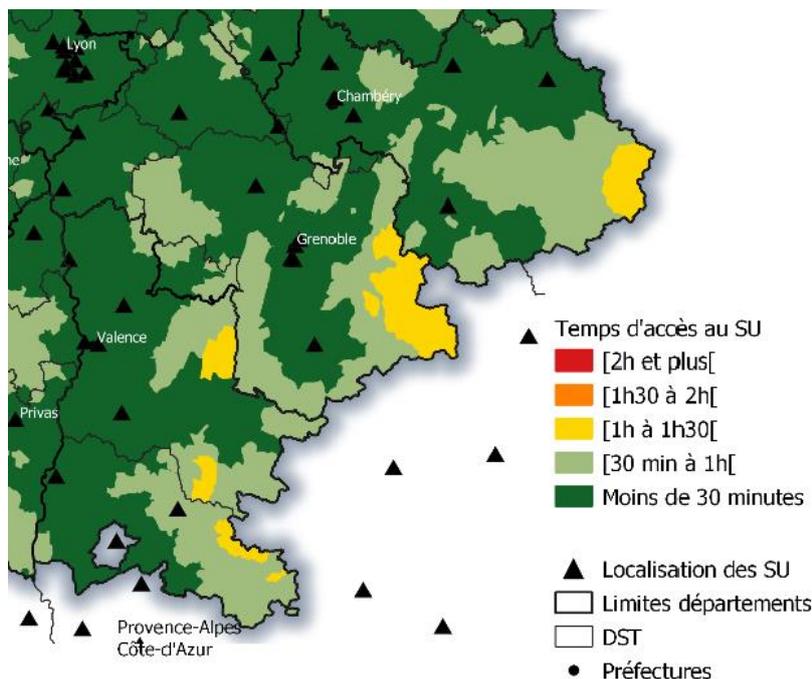
Le taux de places installées pour 1 000 habitants de plus de 75 ans est de 5,5 pour les unités de soins de long séjour, contre 5,7 au niveau régional.

1.5 La place centrale du CHUGA pour l'accueil des urgences

Concernant l'accessibilité territoriale, le département compte 11 SAU, dont trois gérés par des établissements privés. Le CHUGA gère cinq des 11 SAU.

Dans le sud du département, huit SAU sont présents, dont deux à Voiron, cinq dans l'agglomération grenobloise, et un seul plus au sud à La-Mure. Cette zone est moins bien couverte en termes d'accès à un service d'urgences ; les zones situées à plus de 30 min d'un SAU sont plus nombreuses et correspondent aux massifs montagneux. La partie sud-est du département est même située à plus d'une heure d'un SAU. Ces territoires sont concernés par le recrutement de médecins correspondants SAMU évoqué supra.

Carte n° 3 : Temps d'accès à un service d'urgences



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

Le CHUGA gère tous les SAU publics du sud du département : il compte dans ses services cinq SAU dont trois dans l'agglomération grenobloise, et deux à Voiron depuis 2020, et il est en direction commune avec le CH de La Mure.

Concernant l'accessibilité dans le temps, à compter de 2021, le Groupement hospitalier mutualiste, établissement de soins situé à Grenoble, a fermé ses urgences la nuit. De même, faute de médecins, les urgences adultes de Voiron ont été contraintes de fermer, avec des réouvertures certains soirs de la semaine sur de courtes périodes. Ainsi, depuis mai 2024, le SAU de Voiron réouvre deux soirs par semaine. En outre, le SAU de la clinique des Cèdres, de taille plus modeste, se déclare à présent saturé, et le SAMU évite de réguler sur cet établissement, notamment la nuit. Le SAU Sud étant fermé la nuit, les deux SAU adulte et pédiatrique du site Nord du CHUGA sont les seuls à être restés ouverts 24h/24h entre 2018 et 2023.

Dès 2018, le CHUGA regrettait une régulation territoriale opaque, entre des acteurs privés et publics dont les efforts à la permanence des soins (PDS) apparaissent variables. Des conséquences étaient visibles sur l'augmentation de l'activité des urgences du CHUGA et la rareté de la ressource médicale, avec des phénomènes d'intérim.

Cette situation aboutit à une responsabilisation singulière du CHUGA quant à l'accessibilité géographique ou temporelle de la prise en charge des urgences.

2 UNE ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ QUI REFLÈTE LES CARENCES DE L'OFFRE DE SOINS

Encadré méthodologique

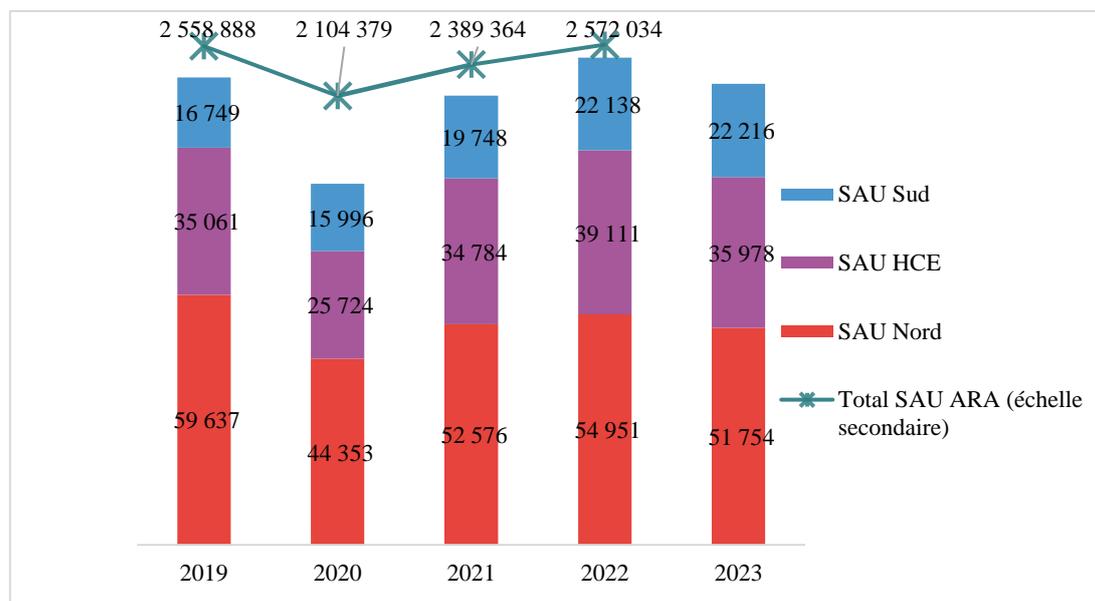
L'analyse a été réalisée à partir des bases de données extraites des dossiers patients informatisés. Des retraitements ont été faits pour enlever les dossiers ouverts par erreur (exercices 2019 à 2020), et pour ne garder par année que les entrées effectuées au cours de l'année. Ces retraitements aboutissent à une légère divergence avec les résumés de passages aux urgences (RPU) transmis à l'Observatoire régional des urgences, et faisant l'objet d'un rapport annuel d'analyse. Les données analysées dans le présent rapport sont donc légèrement plus basses ce qui ne modifie pas les tendances de l'analyse¹¹. Le déploiement progressif du nouveau dossier patient informatisé (DPI) ne permet pas d'avoir l'intégralité des données pour tous les SAU ; les SAU pédiatrique et Sud, notamment, ne disposent de certaines données que pour 2023. Les données du site de Voiron, fusionné en 2020 avec le CHUGA, ne seront pas exploités au vu de l'absence de recul.

Les trois SAU du CHUGA situés dans l'agglomération grenobloise ont des activités différentes et ne font pas face aux mêmes problématiques (*cf. supra*). Les données de l'activité n'ont donc pas été consolidées et font l'objet d'analyses séparées pour tenir compte de ces spécificités.

Le nombre de passages dans les SAU du CHUGA a légèrement baissé de 1,3 % entre 2019 et 2023 passant de 111 447 passages à 109 948.

Le SAU adultes Nord fait partie des services d'urgences ayant les plus gros nombres de passages, 51 754 en 2023, en baisse de 13 % par rapport à 2019. La tendance est différente pour les autres SAU du CHUGA : l'activité du SAU pédiatrique est en légère hausse, et celle du SAU Sud augmente de 33 % entre 2019 et 2023.

¹¹ Différences entre les RPU et les données retraitées pour le SAU Nord : 95 RPU en plus en 2019, 80 en 2020, 57 n 2021, et 43 en 2022.

Graphique n° 3 : Évolution du nombre de passages dans les SAU du CHUGA de l'agglomération grenobloise

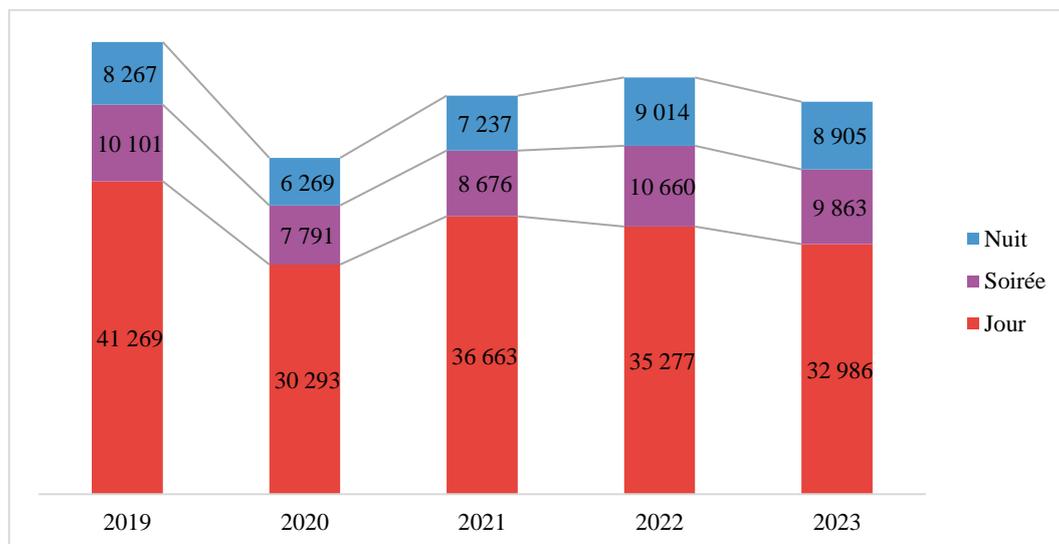
Source : bases de données CHUGA et état des lieux ARS, retraitement CRC

2.1 Une activité du SAU Nord qui explose malgré la baisse du nombre de passages

2.1.1 Une part d'entrées en soirée et la nuit qui entraîne des difficultés d'organisation de la permanence des soins ambulatoires

La part d'entrées réalisées entre 20h et minuit (soirée), et entre minuit et 8h (nuit) augmente fortement, car le SAU Nord est seul pour gérer les urgences la nuit, du fait d'abord de la fermeture des autres SAU de l'agglomération, et aussi des limites de la PDSA pour proposer des soins la nuit au-delà de la régulation. En 2019, 69 % des entrées ont eu lieu en journée, 17 % en soirée, et 14 % la nuit. En 2023, les entrées en journée représentent 64 % du total, en soirée 19 % et en nuit 17 %. Le jour d'arrivée, entre semaine et week-end, ne varie pas avec une proportion de 72 % d'entrée en semaine et 28 % les samedis et dimanches. Ces deux journées enregistrent donc en moyenne légèrement moins d'entrées que les autres jours de la semaine.

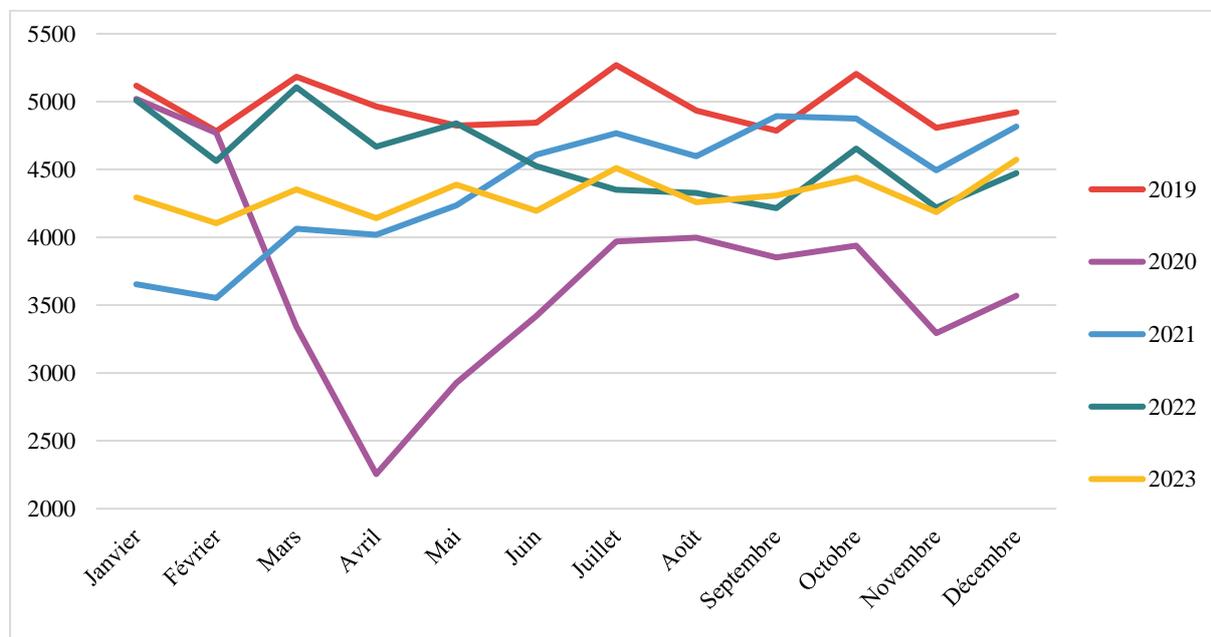
Graphique n° 4 : Évolution du nombre d'entrées au SAU Nord selon l'heure de la journée



Sources : bases de données CHUGA, retraitement CRC.

L'analyse des entrées par mois ne montre pas d'effet saisonnier récurrent comme observé pour le SAU pédiatrique (cf. infra). Les effets des périodes de confinement et de couvre-feu sont visibles en 2020 et 2021, avec un effet rebond fin 2021 et début 2022.

Graphique n° 5 : Évolution du nombre d'entrées au SAU Nord selon le mois



Sources : bases de données CHUGA, retraitement CRC

2.1.2 Des arrivées spontanées qui baissent légèrement au profit de la régulation du SAMU

La répartition des modes d'arrivée est stable, avec 54 % de patients qui arrivent par leur véhicule personnel, 23 % par ambulance non-médicalisée, et 20 % par les pompiers¹².

Les deux principales origines de la venue aux urgences sont les patients à leur initiative et le SAMU par le biais de la régulation. Le premier tend à baisser légèrement, au profit du second. Les venues spontanées représentaient 43 % des entrées en 2021, puis 39 % en 2023. A l'inverse, la régulation était à l'origine de 39 % des entrées en 2021, et 45 % en 2023, en lien avec les messages passés à la population de contacter le SAMU avant de venir aux urgences, et avec la régulation à l'entrée du service depuis juin 2022 (cf. infra).

Graphique n° 6 : Origine des entrées au SAU Nord



Sources : bases de données CHUGA, retraitement CRC ; les occurrences vides ou non renseignées n'ont pas été intégrées et représentent respectivement 15 941, 555 et 533 entrées.

2.1.3 L'augmentation des profils de patients avec une pathologie psychiatrique

La classification clinique des malades aux urgences (CCMU)

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

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

Le médecin urgentiste est chargé de classer le patient dans l'une des catégories de la CCMU, à l'issue de l'examen clinique initial.

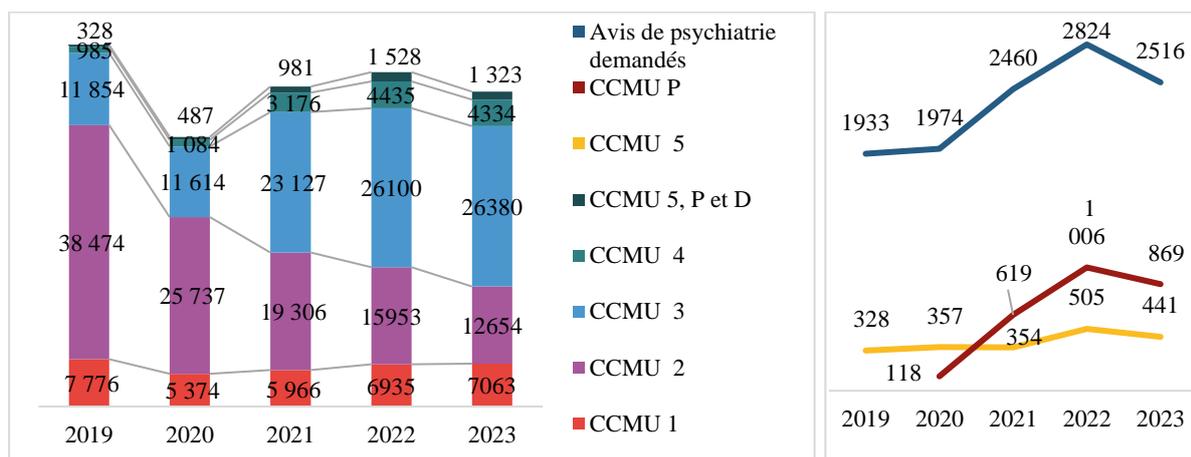
¹² Les informations du mode d'arrivée et de l'adressant ne sont renseignées qu'à partir de mai 2021.

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

Le niveau de gravité des patients admis augmente : le nombre de patients en CCMU 1 est stable mais celui de ceux en CCMU 2 baisse de 67 % entre 2019 et 2023. À l'inverse, le nombre des patients classés en CCMU 3 fait plus que doubler. La part de cas les plus critiques (CCMU 3 et 4), qui était de 22 % en 2019, atteint 59 % en 2023. Une première explication tient à l'amélioration du codage par les équipes. Ensuite, la diminution des cas les moins graves résulte d'un recentrage du SAU sur sa vocation première de traitement des urgences et d'une plus grande efficacité des recommandations à la population pour éviter un mauvais usage des urgences.

Les patients enregistrés avec un CCMU psychiatrique sont en nette augmentation, passant de 118 cas en 2020 à 869 en 2023. Au-delà de ces patients, côtés CCMU P, la part de patients pour lesquels un avis psychiatrique final a été rendu, en cumul avec la pathologie clinique initiale et qui peut être ainsi classée avec un autre CCMU, augmente de 30 % entre 2019 et 2023 et représente 4,9 % des entrées en 2023.

Graphique n° 7 : Évolution du niveau de gravité des patients admis, avec un focus sur les patients classés CCMU 5, P et les avis finaux psychiatriques



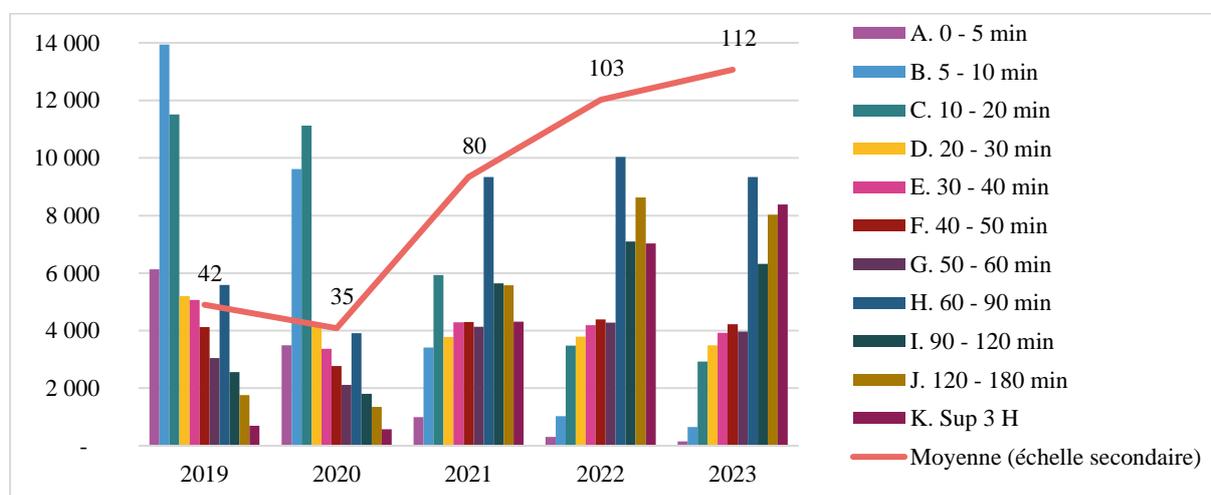
Sources : bases de données CHUGA, retraitement CRC

La part de personnes âgées de plus de 65 ans est stable entre 2021 et 2023, à 31 % des entrées, soit une part plus importante que dans la population (18 %).

2.1.4 Un délai de prise en charge médicale qui se dégrade

La politique du service est d'enregistrer rapidement les patients qui se présentent. Lors de l'enregistrement, le patient est interrogé par un personnel infirmier d'accueil et d'orientation qui prend ses constantes avant de l'installer dans une zone de soins. Le délai entre l'enregistrement dans le service et le premier examen médical se dégrade : le délai moyen pour bénéficier d'un premier examen médical est multiplié par 2,5, passant de 42 minutes en 2019 à 112 minutes en 2023. En 2019, la moitié des patients étaient vus par un médecin dans les 20 minutes suivant leur enregistrement. En 2023, 62 % des patients sont vus dans un délai dépassant une heure, dont 16 % dans un délai de plus de trois heures, délai à mettre en lien avec l'augmentation du nombre de patients présents et la baisse des effectifs médicaux.

Graphique n° 8 : Évolution du délai de prise en charge médicale au SAU Nord (en nombre de passages) et délai moyen (en min)

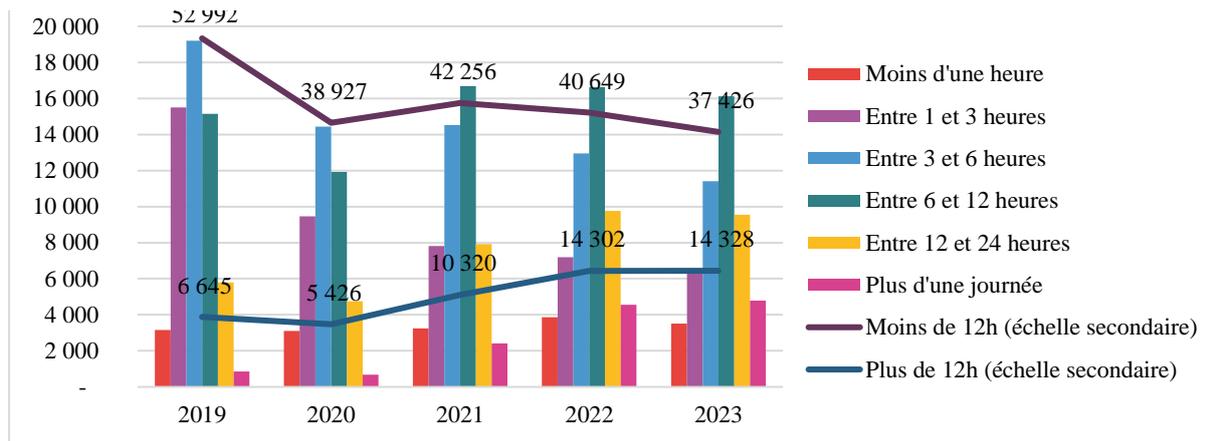


Sources : bases de données CHUGA, retraitement CRC

Les informations sur les examens médicaux ne sont pas suivies.

2.1.5 Des durées de passage plus longues, source d'un accroissement de la charge de travail

L'indicateur classique du nombre de passages ne suffit pas à retracer l'évolution de l'activité des urgences. La durée des passages évolue, avec une baisse des passages de moins de 12 heures et une augmentation de ceux de plus de 12 heures. Les passages de plus d'une journée, rares en 2019 (1 %), augmentent progressivement pour atteindre 9 % du nombre de passages en 2023, ce qui montre la difficulté à faire sortir les patients.



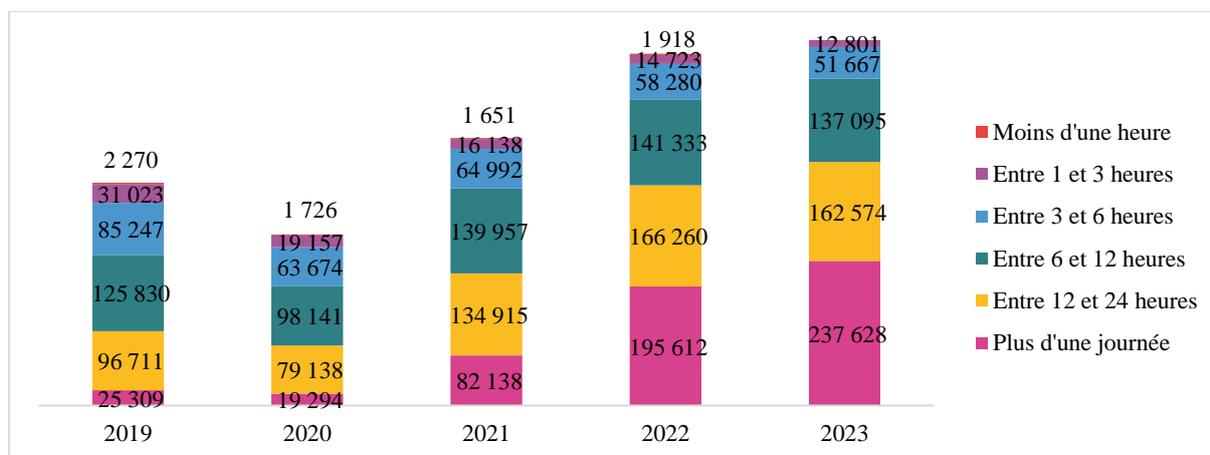
Sources : bases de données CHUGA, retraitement CRC

En 2023, une centaine de passages ont dépassé la semaine, et le séjour le plus long a duré 23 jours. 24 % des passages de plus d'une journée concernent des patients psychiatriques. Les patients de plus de 65 ans sont à l'origine de 52 % de ces séjours, représentant 43 % du temps.

En 2021, seuls quatre séjours dépassaient la semaine, dont un de trois mois. La part de patients avec un avis final psychiatrie était déjà de 24 %. Les patients de plus de 65 ans étaient déjà à l'origine de 46 % des séjours, pour 51 % du temps.

Cette augmentation des durées des passages impacte très fortement la charge totale de travail. Le nombre d'heures de présence des patients augmentent de 65 % entre 2019 et 2023, soit respectivement 366 391 heures ou 15 266 journées en 2019, et 604 349 heures ou 25 181 journées en 2023. Cette hausse de la charge de travail a lieu alors que le nombre de passages au service des urgences a baissé de 13 % entre 2019 et 2023 (cf. supra).

Graphique n° 10 : Évolution du temps de présence au SAU Nord (en heures)



Sources : bases de données CHUGA, retraitement CRC

2.1.6 Un nombre de patients présents au sein des urgences mécaniquement plus élevé

Même si le nombre de passages a baissé de 13 % entre 2019 et 2023, l'augmentation des durées de séjour fait mécaniquement augmenter le nombre de patients présents aux urgences au même moment. Il a atteint des sommets en 2023 avec un maximum de 204 patients présents le 8 décembre dans l'après-midi, alors même que le service ne comptait physiquement que 60 places. En 2019, 48 patients étaient présents en moyenne dans le service. Ce nombre a presque doublé en 2023 avec une moyenne de 74 patients présents, ce qui pose des problèmes matériels au-delà du simple nombre de places (*cf. infra*).

Tableau n° 3 : Nombre de patients physiquement présents dans le service (en moyenne par mois)

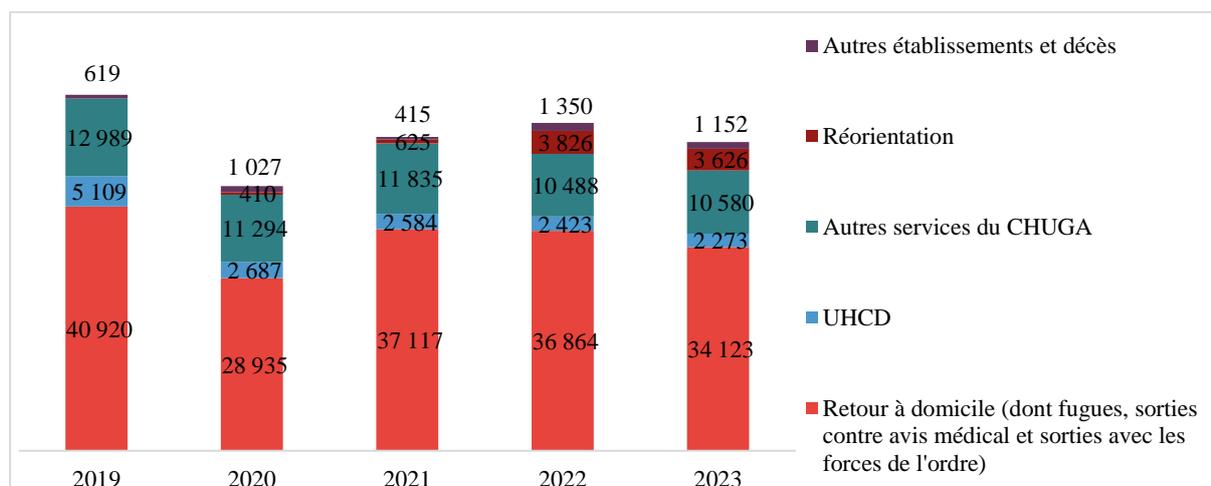
	2019	2020	2021	2022	2023
Janvier	54	50	38	69	79
Février	54	48	44	78	80
Mars	51	29	48	76	84
Avril	50	21	44	68	68
Mai	47	26	50	66	61
Juin	46	33	61	66	65
Juillet	47	41	63	66	66
Août	41	42	58	64	72
Septembre	46	46	70	70	73
Octobre	49	43	68	81	76
Novembre	48	31	60	77	83
Décembre	46	37	69	87	82

Sources : bases de données CHUGA, retraitement CRC

2.1.7 Des sorties en majorité vers le domicile

En moyenne, 67 % des patients sortent des urgences pour aller vers leur domicile, 28 % sont transférés dans un autre service du CHUGA, dont 6 % à l'UHCD, et seulement 2 % sont transférés dans un autre établissement.

Graphique n° 11 : Répartition des sorties par destination au SAU Nord



Sources : bases de données CHUGA, retraitement CRC

Le nombre de patients transférés à l'UHCD ou dans un autre service du CHUGA a baissé de 23 % entre 2019 et 2020, et continue de baisser après la crise sanitaire (- 29 % entre 2019 et 2023).

Le taux d'hospitalisation a diminué entre 2019 et 2023, mais reste relativement élevé avec 25 % des passages donnant lieu à une hospitalisation en UHCD ou dans un autre service.

Tableau n° 4 : Taux d'hospitalisation (UHCD et autres services du CHUGA) au SAU Nord

	2019	2020	2021	2022	2023
Hospitalisation (UHCD et autres)	30 %	32 %	27 %	23 %	25 %
Hospitalisation en UHCD	9 %	6 %	5 %	4 %	4 %
Hospitalisation autres services	22 %	25 %	23 %	19 %	20 %

Sources : bases de données CHUGA, retraitement CRC

À l'inverse, mais avec des ordres de grandeur bien moindres, le nombre de transferts vers les autres établissements a augmenté de 84 %, passant de 569 à 1 046 entre 2019 et 2023. Parmi ces transferts, une part importante concerne le centre hospitalier Alpes-Isère (CHAI) dédié aux soins psychiatriques, mais l'effort diffère selon les années (le CHAI a admis selon les années entre 269 et 752 patients en provenance du SAU Nord).

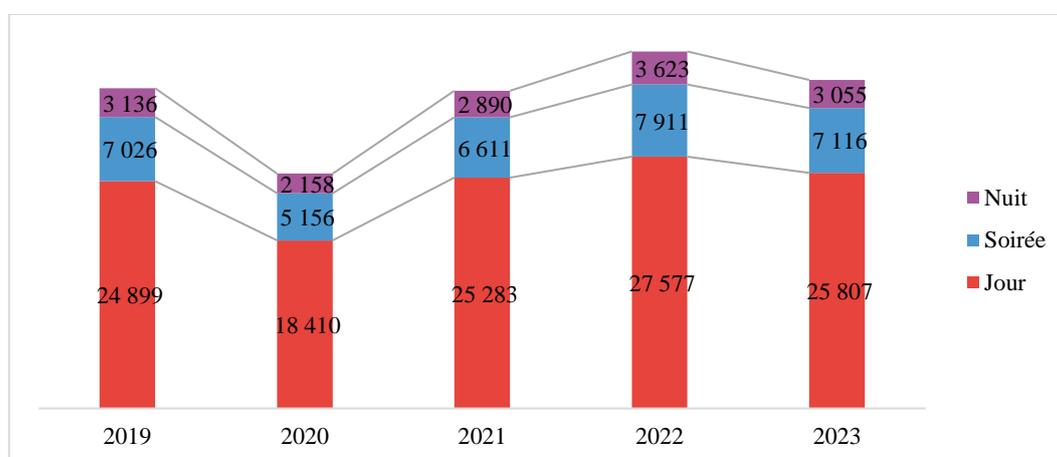
Le fait d'utiliser un transport sanitaire ou un taxi pour sortir, que ce soit pour rentrer au domicile ou pour un transfert, n'est pas précisé dans le DPI, contrairement au mode d'arrivée dans le service. L'attente d'un transport sanitaire fait pourtant partie des éléments fréquemment cités par les services comme un élément allongeant les séjours. Le CHUGA aurait ainsi intérêt à suivre cet indicateur pour mieux identifier les problèmes de sortie liés au transport sanitaire.

2.2 Une activité en légère hausse au SAU pédiatrique

2.2.1 Une activité marquée par un effet saisonnier lié aux épidémies hivernales

Le nombre de passages aux urgences pédiatriques a peu évolué entre 2019 et 2023, passant de 35 061 passages à 35 988 (+ 2,6 %). La structure des entrées par heures est également stable avec 72 % des entrées entre 8 h et 20h, 20 % entre 20h et minuit (soirée), et 8 % entre minuit et 8h (nuit). De même, le jour d'arrivée, entre semaine et week-end, ne varie pas et est quasi-identique à la répartition du SAU adultes avec 71 % d'entrée en semaine et 29 % les samedis et dimanches.

Graphique n° 12 : Évolution du nombre d'entrées selon l'heure de la journée au SAU pédiatrique



Sources : bases de données CHUGA, retraitement CRC.

En revanche, l'effet saisonnier est plus net que pour le SAU adultes : l'activité augmente de septembre à mars puis connaît une baisse très marquée en été, ce qui résulte des épidémies hivernales affectant les plus jeunes.

Comme pour le SAU adultes, les années 2020 et 2021 sont atypiques du fait des périodes de confinement.

Tableau n° 5 : Évolution du nombre d'entrées par rapport au mois précédent (en bleu baisse d'activité, en jaune hausse, en rouge forte hausse)

	2019	2020	2021	2022	2023
Janvier		3 %	6 %	- 8 %	- 26 %
Février	0 %	7 %	9 %	1 %	- 1 %
Mars	- 2 %	- 47 %	35 %	26 %	11 %
Avril	- 10 %	- 37 %	- 17 %	- 21 %	- 16 %
Mai	- 1 %	31 %	9 %	10 %	14 %
Juin	0 %	20 %	21 %	0 %	- 1 %
Juillet	- 4 %	12 %	- 17 %	- 19 %	- 18 %

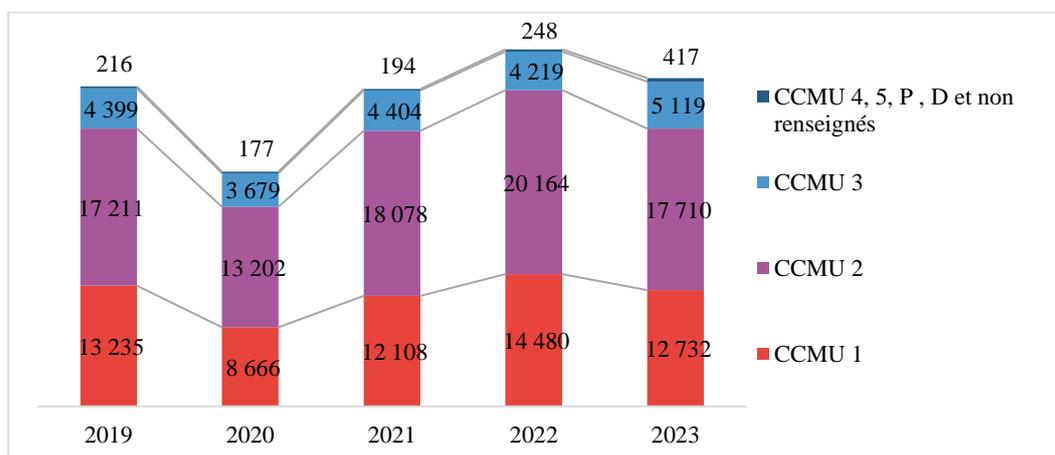
	2019	2020	2021	2022	2023
<i>Août</i>	- 24 %	- 3 %	- 19 %	- 19 %	- 15 %
<i>Septembre</i>	33 %	24 %	37 %	34 %	40 %
<i>Octobre</i>	2 %	- 11 %	15 %	25 %	6 %
<i>Novembre</i>	0 %	- 14 %	- 15 %	- 2 %	1 %
<i>Décembre</i>	12 %	6 %	9 %	9 %	20 %

Sources : bases de données CHUGA, retraitement CRC

2.2.2 Des situations en général de faible gravité

La part de CCMU 1 et 2 se maintient aux alentours de 85 %, le recours aux urgences étant plus systématique pour les enfants que pour les adultes.

Graphique n° 13 : Évolution du niveau de gravité des patients admis



Sources : bases de données CHUGA, retraitement CRC

Les données sur le mode d'arrivée ne sont renseignées que depuis mi-2022. Sur cette période, plus de 80 % des entrées sont le fait d'une initiative familiale. Seules 5 % des entrées sont adressées par le SAMU.

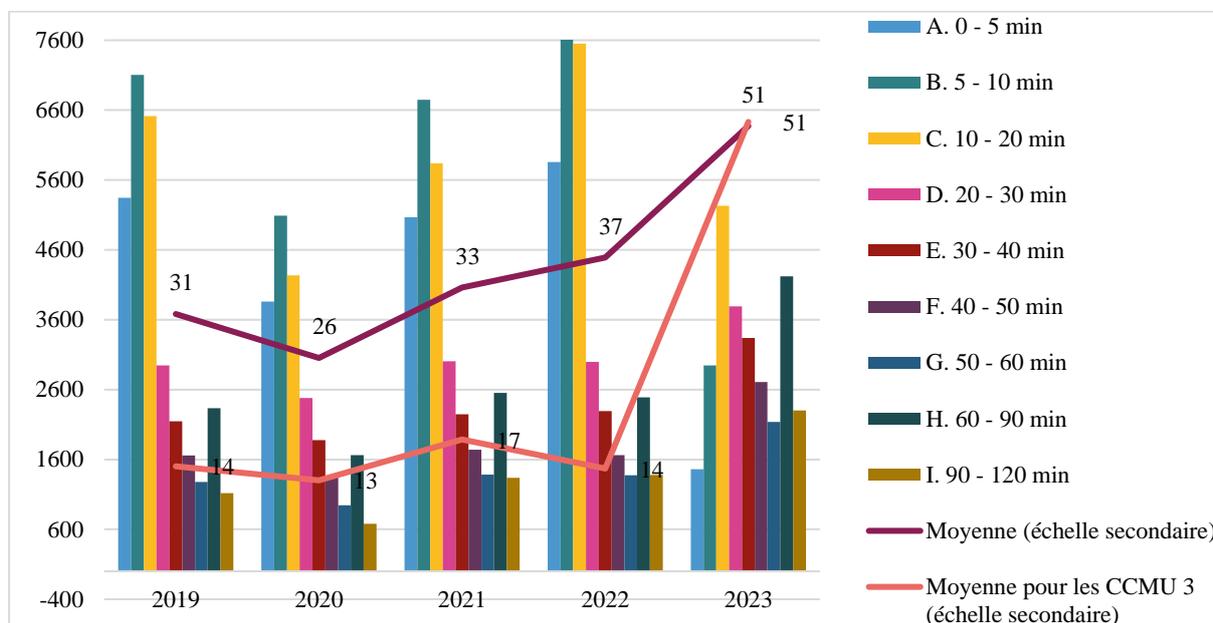
Les demandes d'avis spécialisés sont peu renseignées dans le dossier patient informatisé : en 2023, 99 % des avis ne sont pas précisés. Il n'est donc pas possible d'identifier une part importante de pédopsychiatrie alors même que les acteurs de terrain indiquent qu'il s'agit d'une problématique majeure du SAU.

2.2.3 Un délai de prise en charge médicale en augmentation sensible

Le délai entre l'enregistrement dans le service, hors attente avant d'avoir vu l'infirmier d'accueil, et le premier examen médical se dégrade. Le délai moyen pour avoir un premier examen médical passe de 31 à 51 minutes. En 2019, la moitié des patients étaient vus par un médecin dans les 20 minutes suivant leur enregistrement. En 2023, ils n'étaient plus que 38 %. Cette même année, 7 % des patients ont été vus dans un délai dépassant une heure. Le délai

moyen était meilleur pour les CCMU 3 jusqu'en 2022 mais il a rejoint le délai moyen global en 2023.

Graphique n° 14 : Évolution du délai de prise en charge médicale (par nombre de passages) et délai moyen (en min) au SAU pédiatrique

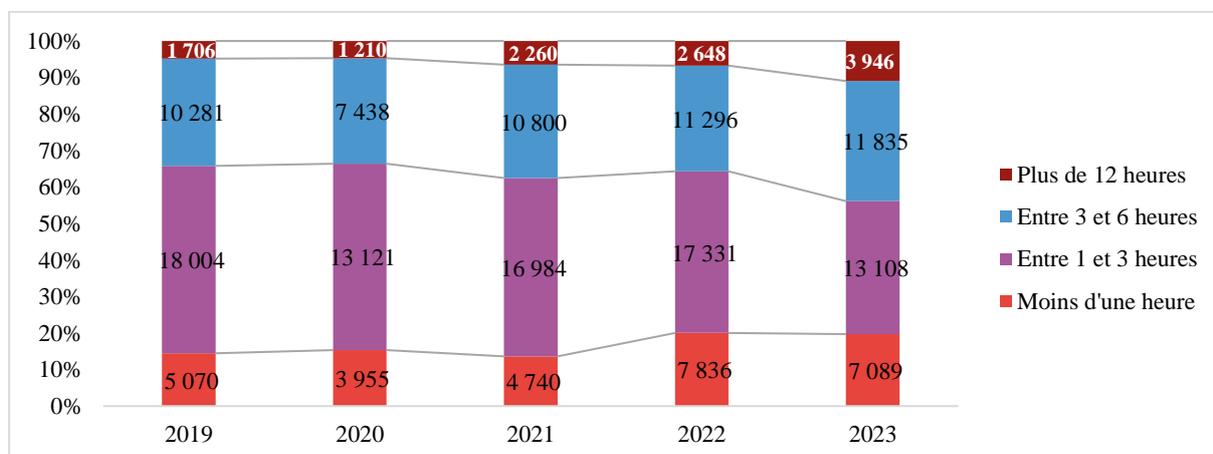


Sources : bases de données CHUGA, retraitement CRC en enlevant les séjours présentant une heure de prise en charge médicale postérieure à l'heure de sortie

2.2.4 Une durée de prise en charge qui augmente plus rapidement que les passages

99 % des passages durent moins de 12 heures. Les passages d'une à trois heures baissent légèrement, et ceux entre 6 et 12 heures augmentent plus fortement. Cependant, s'ils restent marginaux dans le nombre de passages, les séjours de plus de 12 heures augmentent fortement entre 2019 et 2023, passant de 164 à 390.

Graphique n° 15 : Évolution des durées des séjours au SAU pédiatrique (en nombre de passages)

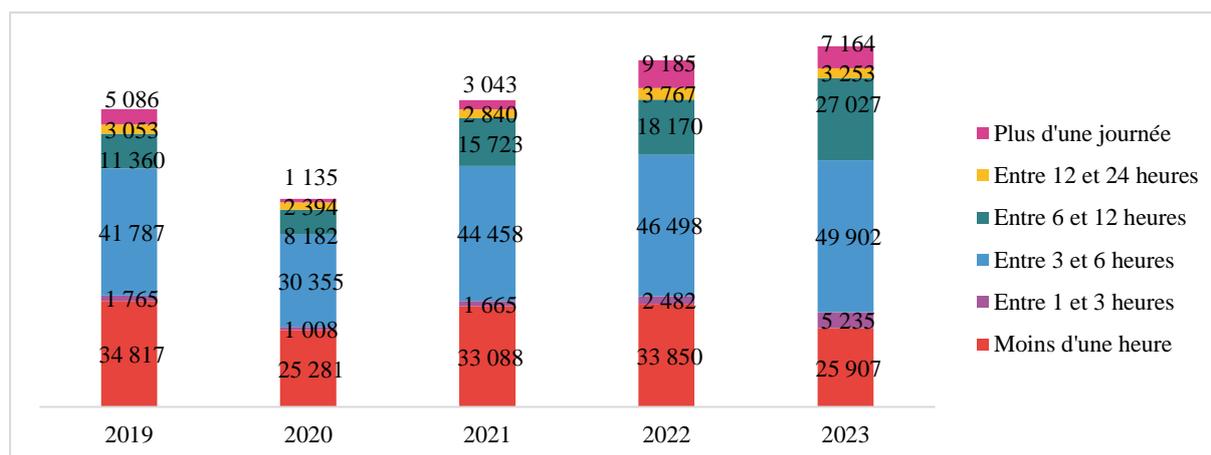


Sources : bases de données CHUGA, retraitement CRC

En 2023, 55 passages ont dépassé les 24 heures, dont un seulement la semaine. En 2022, dix passages ont dépassé la semaine, dont un de plus d'un mois.

Les passages longs restent exceptionnels mais l'allongement des durées de passage conduit à un accroissement de la charge de travail : entre 2019 et 2023, le nombre d'heures de présence des patients aux urgences a augmenté de 21 %, passant de 97 869 heures à 118 488 heures, soit 4 937 journées.

Graphique n° 16 : Évolution du temps de présence au SAU pédiatrique (en heures)



Sources : bases de données CHUGA, retraitement CRC

2.2.5 Un nombre de patients présents globalement contenu

La moyenne de patients présents au même moment augmente chaque année, mais de manière moins forte que pour le SAU adultes, passant de 15 patients présents en moyenne en 2019 à 18 en 2023, alors que le service dispose de 14 places. Les valeurs maximales sont également plus fortes en 2023. A l'instar du SAU adultes, le nombre de patients présents augmente fortement en 2023 avec un pic à 60 patients le 29 mai 2023 dans la soirée.

Tableau n° 6 : Nombre de patients physiquement présents au SAU pédiatrique (en moyenne par mois)

	2019	2020	2021	2022	2023
Janvier	17	18	11	17	14
Février	21	20	13	19	17
Mars	18	9	16	20	17
Avril	15	6	14	19	18
Mai	15	8	17	18	23
Juin	14	10	20	17	20
Juillet	13	10	15	13	13
Août	9	10	11	10	12
Septembre	14	13	16	16	18
Octobre	14	11	19	20	18
Novembre	15	11	18	21	21
Décembre	18	10	19	21	22

Sources : bases de données CHUGA, retraitement CRC

2.2.6 Des sorties en majorité vers le domicile et une hausse des transferts internes au CHUGA

En moyenne, 80 % des patients sortent des urgences pour aller vers leur domicile, et 16 % sont transférés dans un autre service du CHUGA, dont 10 % à l'UHCD. La part de transferts dans d'autres établissements est infime.

Le service a la possibilité soit de poursuivre l'observation, les soins et la surveillance, soit d'orienter le patient directement dans une unité d'hospitalisation de courte durée, ou dans un autre service ou vers une consultation. Le nombre de patients transférés dans un autre service du CHUGA a augmenté de 26 %.

Graphique n° 17 : Répartition des sorties par destination



Sources : bases de données CHUGA, retraitement CRC

Le taux d'hospitalisation a connu son point le plus haut en 2020, probablement du fait du Covid, mais il est globalement stable autour de 15 %.

Tableau n° 7 : Taux d'hospitalisation (UHCD et autres services du CHUGA)

2019	2020	2021	2022	2023
16 %	18 %	16 %	14 %	15 %

Sources : bases de données CHUGA, retraitement CRC

2.3 Une augmentation continue du nombre de passages et du volume d'activité pour le SAU Sud

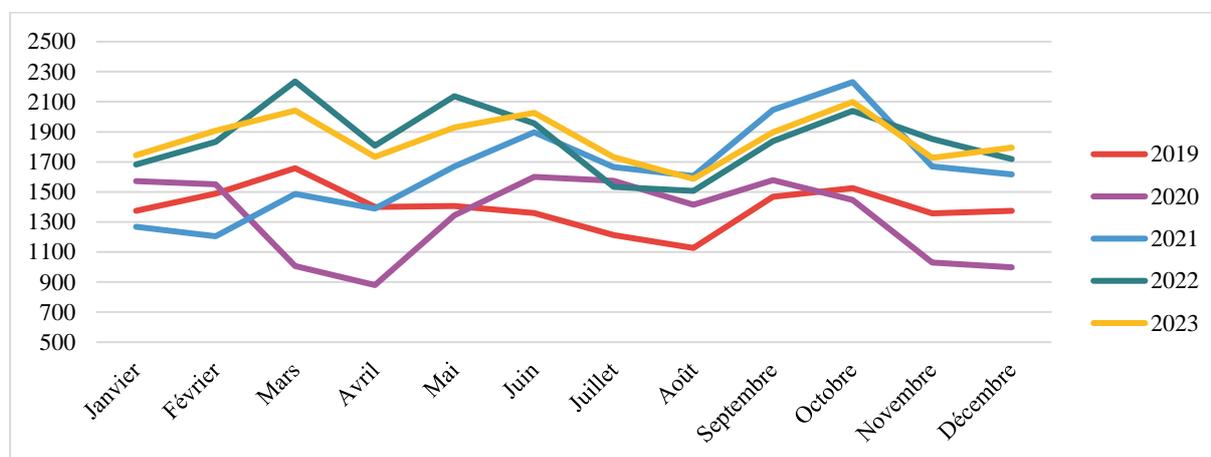
2.3.1 Un nombre de passages en hausse avec un faible effet saisonnier

Le nombre de passages au SAU Sud a fortement augmenté entre 2019 et 2023, passant de 16 749 passages en 2019 à 22 216 en 2023 (+ 33 %).

Le SAU sud étant fermé la nuit, toutes les entrées sont réalisées en journée, avec de rares exceptions d'entrées peu après 20h ou peu avant 8h. À l'instar des deux autres SAU, le jour d'arrivée, entre semaine et week-end, ne varie pas, et se répartit de manière identique aux deux autres SAU : 74 % d'entrées en semaine et 26 % les samedis et dimanches.

L'effet saisonnier n'est pas aussi net qu'attendu au vu de la spécialisation de ce SAU en traumatologie, et de sa proximité géographique avec la montagne dans une région très touristique, que ce soit en hiver ou en été. Les mois de mai et de septembre sont ceux qui ont la plus forte activité alors que les mois d'ouverture des stations de ski, de décembre à mars, enregistrent des augmentations d'activité modérées. À l'inverse, les mois d'août et de novembre sont systématiquement en baisse d'activité par rapport aux mois précédents. L'ARS a favorisé le fait que les cabinets des stations de montagne soient dotés de plateaux techniques spécifiques, ce qui peut expliquer l'absence de pic hivernal.

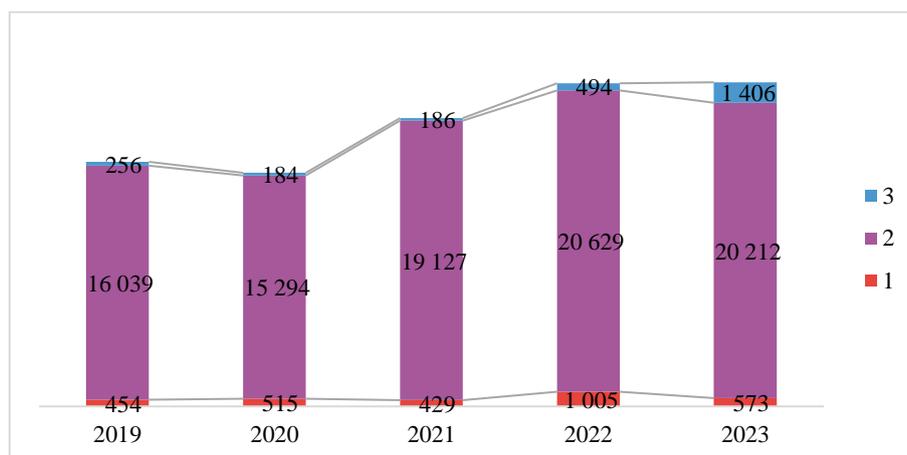
Graphique n° 18 : Évolution du nombre d'entrées au SAU Sud selon le mois



Source : bases de données CHUGA, retraitement CRC

2.3.2 Une activité concentrée sur les cas stables nécessitant une intervention médicale technique

Les passages sont à 94 % côté CCMU 2. A la marge, la part de CCMU 3 augmente pour représenter 6 % des séjours en 2023.

Graphique n° 19 : Évolution du niveau de gravité des patients admis au SAU Sud

Sources : bases de données CHUGA, retraitement CRC

Les données sur le mode d'arrivée ne sont renseignées que depuis 2023 en année pleine. Sur cette période, 87 % des entrées sont le fait d'une initiative personnelle. Le SAMU est le deuxième adressant avec 9 % des séjours. Enfin, les professionnels de santé libéraux ont adressé 4 % des patients, notamment les médecins libéraux et les médecins de montagne.

2.3.3 Une durée de prise en charge qui augmente plus rapidement que les passages

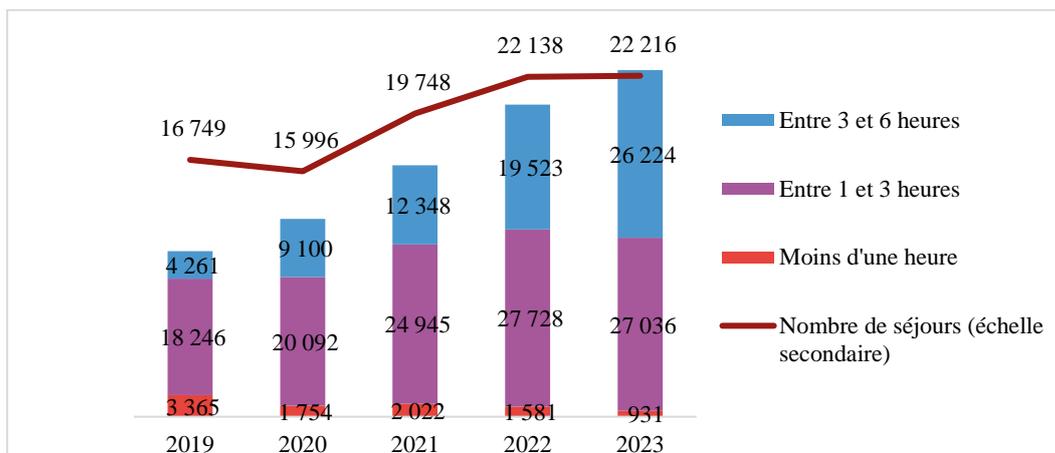
Le service étant fermé la nuit, les séjours dépassant les 12 heures sont marginaux. Les passages sont fluides avec les deux tiers des cas traités entre une et trois heures.

Graphique n° 20 : Évolution des durées des séjours au SAU Sud (en nombre de passages)

Sources : bases de données CHUGA, retraitement CRC

La durée moyenne des passages étant plus élevée, le nombre d'heures de présence des patients au même moment augmente beaucoup plus rapidement que le nombre de passages : + 128 % entre 2019 et 2023, contre + 33 % pour les passages.

Graphique n° 21 : Évolution du temps de présence au SAU Sud (en heures)

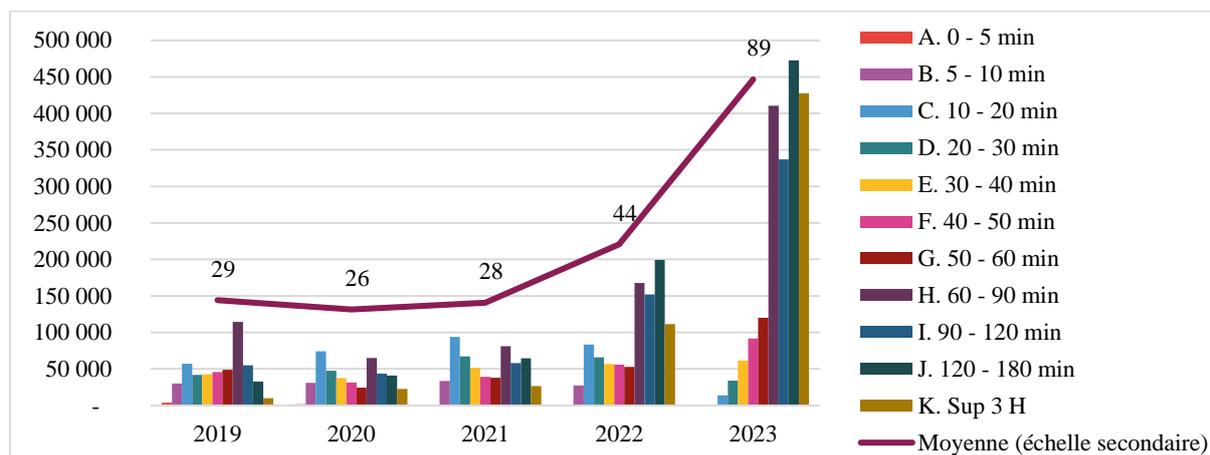


Sources : bases de données CHUGA, retraitement CRC

2.3.4 Un délai de prise en charge médicale en forte dégradation

Le délai de prise en charge médicale se dégrade fortement en 2023. L'augmentation globale du volume d'activité (cf. supra) pourrait en être l'explication. Le délai moyen pour avoir le premier examen médical est ainsi passé de 29 minutes en 2019 à 89 minutes en 2023. Jusqu'en 2021, 88 % des patients voyaient un médecin en une heure. En 2023, ils n'étaient plus que 37 %. Cette dernière année, 40 % des patients ont été vus entre une et deux heures après leur arrivée, et 23 % au-delà de deux heures.

Graphique n° 22 : Évolution du délai de prise en charge médicale (par nombre de séjours, en min)



Sources : bases de données CHUGA, retraitement CRC en enlevant les séjours présentant une heure de prise en charge médicale postérieure à l'heure de sortie et les séjours non renseignés ou autres

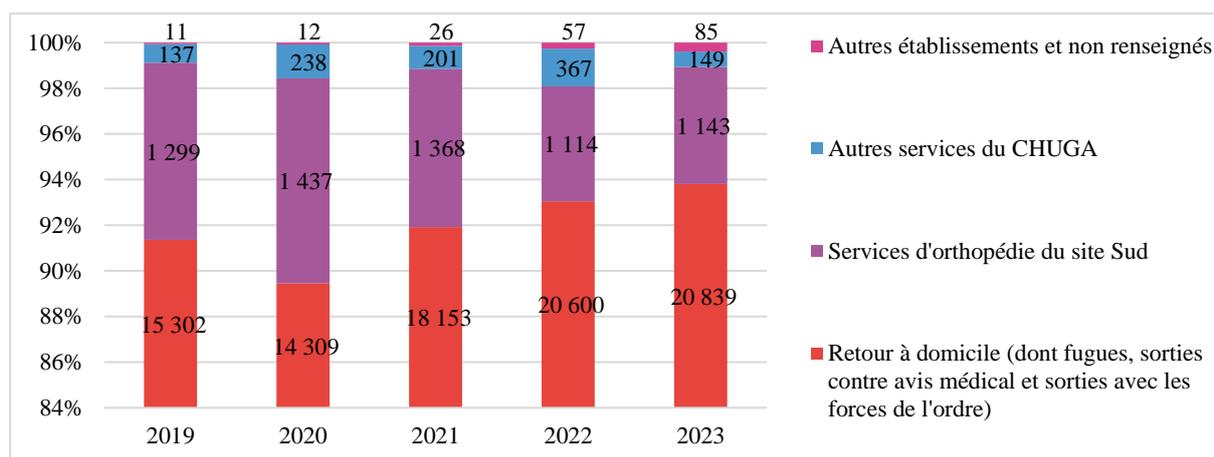
2.3.5 Des sorties en majorité vers le domicile

En moyenne, 92 % des patients sortent vers leur domicile, le taux le plus haut des SAU du CHUGA, ce qui s'explique par la spécialisation en traumatologie. 7 % sont transférés dans

les services d'orthopédie du site Sud, et 1 % dans les autres services du CHUGA. La part de transferts dans d'autres établissements est infime.

Les sorties à domicile peuvent être proposées avec une indication chirurgicale vers un autre établissement (donnée non précisée). Le nombre de patients transférés dans les services d'orthopédie baisse de 12 %.

Graphique n° 23 : Répartition des sorties par destination



Sources : bases de données CHUGA, retraitement CRC

2.4 Des indicateurs de qualité qui montrent une augmentation des faits de violence dans les SAU

La Haute autorité de santé (HAS) a certifié avec mention le CHUGA le 12 octobre 2022¹³. Le rapport de certification relève l'adaptation du fonctionnement des urgences au contexte tendu en ressources humaines, notamment l'accès limité la nuit pour les sites de Voiron et des urgences générales de Michallon.

La satisfaction des patients des SAU n'est pas mesurée actuellement. L'enquête de satisfaction E-satis réalisée auprès des patients¹⁴ ne concerne pas les urgences, mais une adaptation locale de cette enquête pour les SAU est en cours d'élaboration à la demande des services.

Les réclamations des patients sont suivies. Leur nombre fluctue de manière aléatoire et ne semble pas lié à l'augmentation d'activité ou à la dégradation de la prise en charge.

¹³ La certification est une procédure d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins, obligatoire, réalisée tous les quatre ans par des experts-visiteurs de la HAS. Elle concerne tous les établissements de santé, publics et privés qui reçoivent une certification sur une échelle de quatre niveaux : non certifié, certifié sous conditions, certifié, ou certifié avec mention. Tous les résultats sont publiés sur le site de la HAS : Haute Autorité de Santé - Résultats de la certification (has-sante.fr)

¹⁴ E-satis est un dispositif national de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés, mis en place depuis 2016, et piloté par la HAS.

L'ensemble des services d'urgences a été l'objet de respectivement de 116, 70, 93, 128, puis 66 réclamations entre 2019 et 2023.

Les événements indésirables graves (EIG) doivent obligatoirement être déclarés à l'ARS¹⁵. Au sein du CHUGA, ils font l'objet, en surplus, de commissions de retour d'expérience sur tous les sites. Peu d'EIG sont déclarés de 2020 à 2023 (entre 1 et 7 selon les années), alors que l'activité de SAU est importante, et que les déclarations d'événements indésirables montrent des conditions de prise en charge qui se dégradent.

Au niveau interne, la direction de la qualité a mis en place un système de recueil et d'analyse des événements indésirables (EI), au-delà des EIG. Le dispositif de recueil a été simplifié pour faciliter les déclarations. Les EI « Violences » font l'objet d'un traitement par une commission particulière. Environ 7 000 EI sont déclarés par an pour tout le CHUGA. Les services d'urgences déclarent souvent un peu plus de 5 % de ce volume, à l'exception de 2022, année au cours de laquelle les personnels du SAU Nord ont chacun déclaré systématiquement les patients restant plus d'une journée, ce qui a fait augmenter le nombre d'EI.

Tableau n° 8 : Nombre d'événements indésirables déclarés

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<i>SAU Nord</i>	72	125	129	286	1 054	215
<i>Dont risques professionnels</i>	23	2	34	40	69	67
<i>Dont violences</i>		2	29	32	57	56
<i>UHCD Nord</i>	109	120	68	27	214	27
<i>SAU pédiatrique</i>	1	7	4	14	25	10
<i>UHCD pédiatrique</i>	5	4	26	25	10	8
<i>SAU Sud</i>	26	29	15	25	14	23

Source : extraction événements indésirables

3 UNE ORGANISATION INTERNE INADAPTÉE À L'ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ

3.1 Des moyens matériels globalement sous-dimensionnés

3.1.1 Un bâtiment récent et du matériel inadaptés à la stagnation des patients au SAU Nord

Précédemment situé au rez-de-chaussée du bâtiment principal, Michallon, le SAU Nord occupe actuellement le rez-de-chaussée d'un bâtiment neuf, dit Nouveau Plateau Technique (NPT), installé en novembre 2021. Il compte 60 places réparties comme suit (*cf. infra* pour le fonctionnement des différents secteurs de soin) :

- accueil : cinq box ;

¹⁵ Article R. 1413-67 et suivants du code de la santé publique.

- filière courte : cinq box et une salle d'attente ambulatoire ;
- filière intermédiaire 1 : neuf box de consultations et huit box d'attente ;
- filière intermédiaire 2 : neuf box de consultations et huit box d'attente ;
- salle chaude : 12 places ;
- salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) : deux places ;
- une salle de plâtre ;
- une salle de suture.

Le bâtiment est facilement accessible à pied et par les transports sanitaires. Les réanimations sont situées dans les étages supérieurs, de même que l'accès au déchocage qui jouxte le bloc opératoire d'urgences (*cf. infra*).

L'entretien des locaux de soins est assuré par une équipe interne d'agents des services hospitaliers. L'entretien des parties commune est fait par une société extérieure.

La taille et la qualité des locaux actuels sont en nette amélioration, les précédents locaux ne comprenant pas de box d'accueil et un seul secteur intermédiaire. Au total, le nombre de places a doublé.

Cependant, au vu de l'augmentation du nombre de patients présents, ce nombre se révèle très insuffisant pour un accueil de qualité. Sur l'ensemble de l'année 2023, le nombre de patients présents simultanément a été régulièrement supérieur à la capacité d'accueil. En cas de dépassement, les patients sont installés dans les couloirs.

De même, le matériel biomédical et les brancards présents au SAU ne sont pas en nombre suffisant pour permettre l'accueil d'un tel nombre de patients.

Le régime d'autorisation impose un accès à un plateau technique de chirurgie, d'imagerie médicale et d'analyses de biologie médicale¹⁶. Un bloc opératoire est réservé aux urgences (*cf. infra*) et les prélèvements biologiques utilisent le système de tubes sous vide commun à tout l'établissement pour être envoyé au laboratoire interne. Le plateau technique d'imagerie est resté dans le bâtiment Michallon. Plusieurs appareils (radiologie et scanner) sont dédiés aux urgences et sont ouverts 24h/24. La radiologie est relativement proche, étant sur le même niveau. Le scanner d'urgences est plus éloigné et l'IRM nécessite un circuit très long qui passe par les souterrains du bâtiment principal. Hormis les services de réanimation situés dans le même bâtiment, l'ensemble des autres services sont éloignés.

Cette configuration impose des temps de transfert longs, ce qui nécessite la présence d'une équipe de brancardiers en permanence aux urgences et peut augmenter le temps de présence des patients. Ainsi, six brancardiers sont présents la journée, quatre la nuit, et deux ambulanciers du SMUR sont présents à l'accueil et renforcent l'équipe en cas d'absence de transport sanitaire. Un projet est en cours de déploiement pour effectuer une régulation des brancards et optimiser les trajets ; cette organisation se fera à moyens constants avec le redéploiement des équipes sur les fonctions de régulation et dans le service.

Les nouveaux locaux se sont donc assez rapidement révélés inadaptés pour suivre l'évolution de l'activité du service. De même, le matériel ne permet pas une prise en charge d'hébergement, un SAU n'étant pas conçu pour ce type d'activité.

¹⁶ Article R. 6123-6 du code de la santé publique.

3.1.2 Un SAU pédiatrique en manque de places en période de pointe

Le SAU pédiatrique est situé dans l'hôpital couple enfant (HCE), qui a ouvert en 2011, et est éloigné d'une centaine de mètres du bâtiment Michallon. En 2018, des travaux ont permis la création de deux box supplémentaires.

Les locaux du SAU sont répartis comme suit :

- une banque d'accueil ;
- 12 places dont un box de consultation filière courte, huit box d'examen, une salle de plâtre, un box de prélèvements et un box de dégravillonnage (disposant d'une douche pour enlever les gravillons des plaies) ;
- deux places en SAUV ;
- plusieurs salles d'attente qui permettent de ne pas mélanger les patients en fonction de leur pathologie.

Le nombre de patients moyens correspond globalement au nombre de places du SAU, mais pas aux pics de fréquentation qui sont régulièrement atteints sur l'ensemble de la période. En cas d'affluence, le service constate des difficultés concernant le nombre inadapté de brancards.

Sauf exception, les patients ne restent pas plus d'une journée, et ils sont toujours accompagnés par un parent, ce qui limite les problèmes de prise en charge de « nursing¹⁷ ».

La radiologie est éloignée dans le bâtiment, et le HCE ne dispose pas d'un scanner sur place. L'accès à l'imagerie n'est donc pas aisé, mais la présence d'un parent qui peut emmener son enfant est un avantage.

3.1.3 Des locaux vieillissants et centrés sur la traumatologie au SAU Sud

Le SAU Sud est situé en rez-de-chaussée du bâtiment principal de l'hôpital Sud.

La spécialisation du site nécessite des équipements qui ne sont pas présents dans les autres SAU. En sus du bureau d'accueil et de cinq box généralistes, le service comprend une salle de traction équipée de matériels pour étirer les membres afin de réaligner l'ossature, une salle de parage pour traiter les plaies, et une salle de plâtre. Le service de radiologie est situé au sous-sol du bâtiment, indiqué par une signalisation efficace, et la présence de plusieurs unités d'hospitalisation et d'un bloc opératoire spécialisés en orthopédie complète le plateau technique qui permet une prise en charge globale des patients. Cette organisation est permise par la spécialisation du SAU.

Avec l'augmentation du nombre d'entrées, le service a organisé une deuxième filière courte pour la traumatologie légère avec un bureau de consultation médicale.

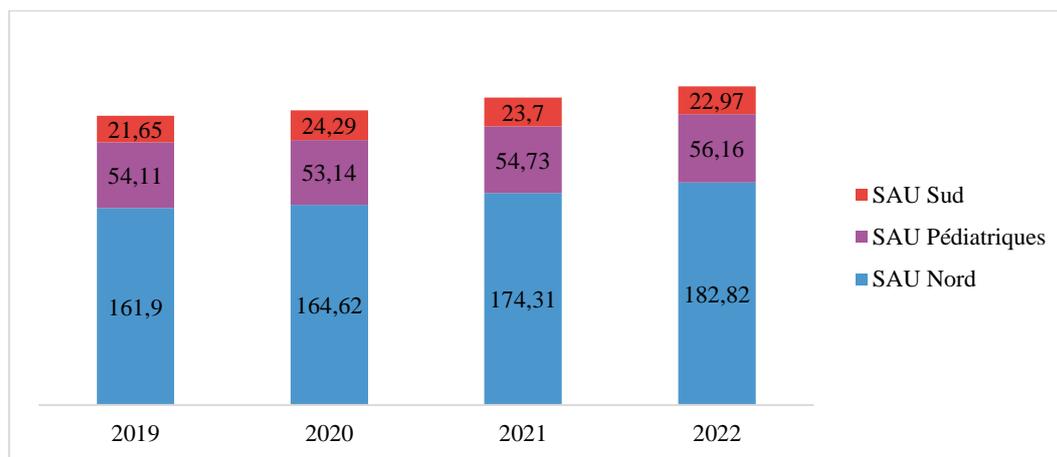
Les locaux, dont le dimensionnement ne pose pas de difficulté du fait de la 2^{ème} filière, sont plus vieillissants que les autres SAU du CHUGA et des aménagements ont été réalisés pour améliorer l'accueil en 2023.

¹⁷ Ensemble des soins d'aides à l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne (toilette, habillage, aide aux repas, prévention ou traitement de l'incontinence).

3.2 Un manque de personnel médical au SAU Nord

Sur l'ensemble de la période, le personnel non-médical affecté dans les services, en ETP, est supérieur à celui prévu au tableau des emplois. Seul le SAU Sud connaît une situation de vacance de postes en 2022. L'effectif affecté augmente pour les trois SAU, respectivement de 13 % pour le SAU Nord, de 4 % pour le SAU pédiatrique et de 6 % pour le SAU Sud entre 2019 et 2022. Le recrutement des personnels non-médicaux ne semble donc pas poser de problème. Cependant, le taux d'arrêts de travail minore l'effectif disponible et oblige à des aménagements fréquents de planning qui fragilisent les équipes.

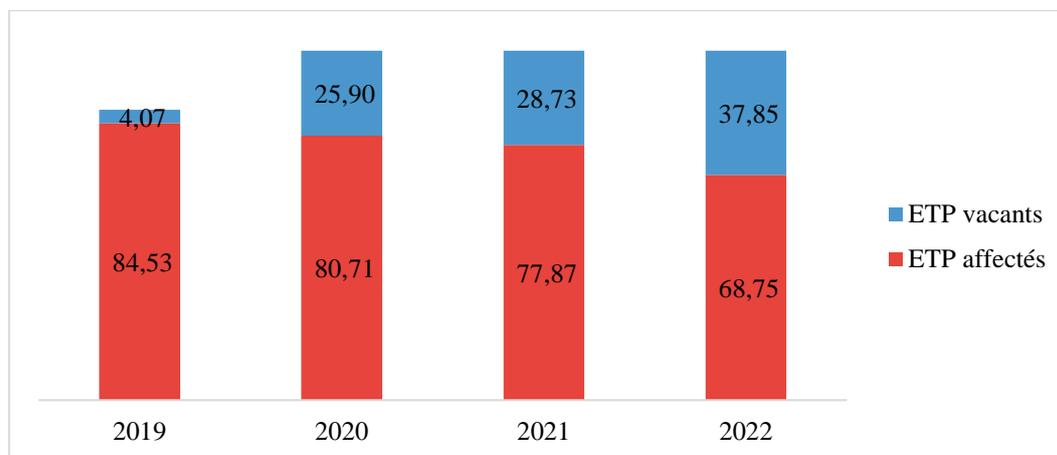
Graphique n° 24 : Évolution des effectifs réellement affectés en ETP pour le personnel non médical



Source : CHUGA, retraitement CRC

La situation est par contre plus dégradée pour les personnels médicaux, avec une forte perte d'effectifs médicaux entre 2019 et 2022, et ce malgré la hausse des effectifs budgétaires faisant suite à la fusion avec le centre hospitalier de Voiron. Le taux de vacance de postes a atteint 36 % en 2022.

Graphique n° 25 : Évolution des ETP affectés et des ETP vacants pour l'ensemble des SAU du CHUGA (Voiron compris) pour le personnel médical



Source : CHUGA, retraitement CRC

La situation est différente selon les trois SAU. Les SAU pédiatrique et Sud ont en 2022 un effectif complet, alors que le SAU Nord ne réussit à pourvoir que la moitié de ses postes. Les acteurs de terrain avancent la pénibilité du travail dans un service surchargé. La mise en place de postes partagés entre plusieurs services est proposée pour éviter le départ des médecins.

Tableau n° 9 : Part de postes de médecins pourvus pour les trois SAU de l'agglomération grenobloise en 2022

	Effectif affecté	Effectif cible	Part de postes pourvus
SAU Nord	18,24	37,4	49 %
SAU pédiatrique	13,56	13,56	100 %
SAU Sud	4,2	4,2	100 %

Source : CHUGA, retraitement CRC

Ce manque de personnel médical au SAU Nord n'est pas sans conséquence sur l'organisation du travail.

Le maintien de cinq lignes médicales en journée au SAU Nord a pu être tenu jusqu'en avril 2023, grâce à l'organisation interne et à l'intérim, puis une ligne a dû être fermée en raison des difficultés pour recruter en intérim. Sur l'ensemble de la période, trois lignes de nuit ont été maintenues. Une ligne de jour et une ligne de nuit sont pourvues par des médecins intérimaires. L'établissement a fait le choix de dépasser le maximum autorisé pour ces médecins face à la pénurie et à la nécessité de maintenir trois médecins seniors la nuit, mais l'application de la loi RIST n'a pas permis de maintenir cette possibilité après avril 2023

Les médecins de spécialités ont été très sollicités pour renforcer l'effectif et permettre au service de fonctionner. Depuis 2018, une demi-garde, tenue par les médecins de spécialités, a été créée pour renforcer l'effectif en soirée (18h – minuit). Cette demi-garde a été arrêtée sur certaines périodes, mais est rétablie régulièrement. De même, en 2022, des médecins d'autres services ont été affectés sur le planning de l'UHCD pour dégager du temps d'urgentiste pour le SAU. Depuis mars 2023, l'intervention des médecins spécialistes est encore renforcée avec le projet d'avoir trois spécialistes présents aux urgences sur une plage horaire de quatre à sept heures chacun : un cardiologue, un neurologue et un médecin d'une autre spécialité (pneumologue, infectiologue, gastro-entérologue ou néphrologue). Une procédure avait été rédigée, et si la présence de la cardiologie perdure, ce n'est plus le cas pour les autres spécialités (*cf. infra*).

L'effectif présent permet de calculer un taux de présence du personnel pour 100 patients. Le calcul a été fait à partir de six dates des mois de mars et avril 2023. Au SAU Nord, pour s'occuper de 100 patients, les ratios de personnel sont de 36 % en journée : 7 % de médecins, 16 % d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE), 6 % d'aides soignants (AS), 4 % d'agents des services hospitaliers (ASH), et 3 % de brancardiers. La nuit, le taux descend à 24 personnels pour 100 patients, dont 4 % de médecins, 11 % d'IDE, 5 % AS, 1% d'ASH et 3 % de brancardiers.

Pour le SAU pédiatrique, les taux sont plus élevés. Au mois de mars, 17 patients étaient présents simultanément en moyenne dans le service, avec un pic à 40. Les taux de présence du personnel du SAU, hors UHCD, varient donc fortement selon la date et l'horaire. Sur les six dates étudiées, en moyenne, les taux de présence en journée, étaient de 88 %, dont 24 % de

médecins, 34 % de puéricultrices, et 30 % d'auxiliaires de puéricultures (AP). La nuit, le taux passe à 60 %, dont 12 % de médecins, 25 % de puéricultrices, et 23 % d'AP.

3.3 Un financement qui ne couvre pas les charges du service

Une réforme du financement des SAU a été mise en œuvre graduellement en 2021 et 2022. Les recettes issues de l'assurance-maladie comprennent une part forfaitaire et une partie basée sur le nombre de passages.

L'établissement n'a pas édité de compte de résultat analytique sur la période ; les données ci-après sont donc issues de retraitement des grands livres en isolant les unités fonctionnelles concernées, hors masse salariale ajoutée à partir des données de paie.

La forte augmentation des recettes entre 2018 et 2022 (+ 200 %) est due en partie à la fusion avec le centre hospitalier de Voiron, ce qui ne permet pas d'isoler les effets de la réforme. En 2020, les SAU de Voiron sont déjà comptés, mais l'activité ayant été bien moindre, les recettes augmentent peu.

Tableau n° 10 : Recettes perçues par le CHUGA pour les SAU (en k€)

	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Dotation populationnelle activité et qualité</i>	-	-	-	21 512	25 291
<i>Forfait accueil et traitement des urgences</i>	7 728	8 512	11 378	2 663	106
<i>Consultations et actes externes non pris en charge par l'AM</i>	-	219	173	237	0
<i>Forfaits Accueil et traitement des urgences non pris en charge par l'AM</i>	411	150	114	165	662
<i>Autres recettes non prises en charge par l'AM</i>	-	0	-	0	0
<i>Prestations délivrées à des patients étrangers</i>	502	25	15	27	39
<i>Prestations délivrées au profit des patients d'un autre établissement</i>	-	2	2	2	-
<i>Autres recettes</i>	67	10	5	13	20
Total recettes SAU (hors UHCD)	8 708	8 918	11 686	24 619	26 118

Source : grands livres, retraitement CRC

Les dépenses augmentent moins rapidement (+ 46 %) mais restent supérieures aux recettes, ce qui est d'autant plus critique que les recettes englobent le fonctionnement d'autres services comme le SAU de Voiron. La masse salariale augmente de 48 %, sous l'effet cumulé des mesures de revalorisation liées aux accords du Ségur de la santé et d'un nombre important de contrats pour couvrir le planning médical. Sa part dans les dépenses totales est stable à 95 %.

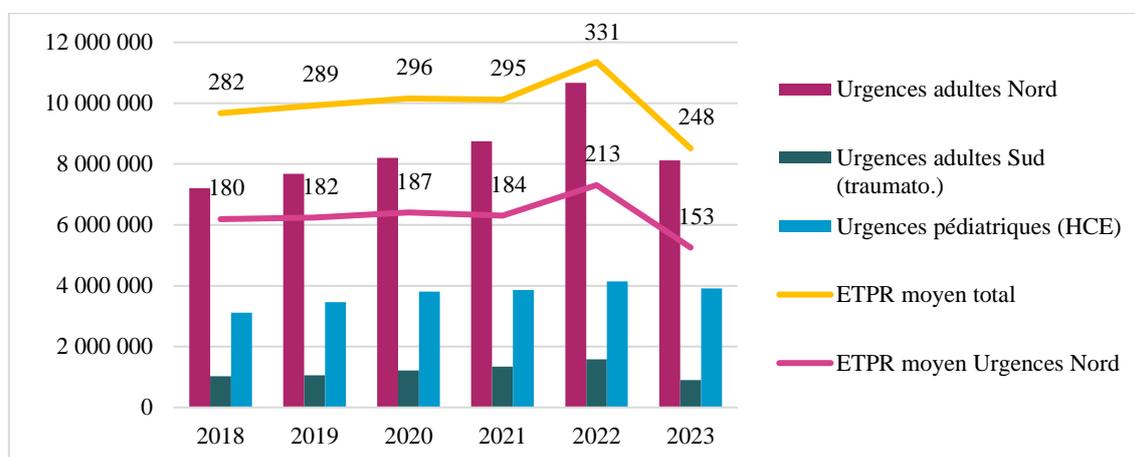
Tableau n° 11 : Dépenses des SAU Nord, pédiatrique et Sud (en k€)

	2018	2019	2020	2021	2022
<i>Masse salariale estimée SAU Nord</i>	12 235	13 422	13 750	15 161	18 492
<i>Dépenses de matériel et services SAU Nord</i>	714	748	629	775	796
<i>Masse salariale estimée SAU pédiatrique</i>	5 286	6 050	6 391	6 698	7 192
<i>Dépenses de matériel et services SAU pédiatrique</i>	236	260	129	131	289
<i>Masse salariale estimée SAU Sud</i>	1 735	1 844	2 043	2 332	2 748
<i>Dépenses de matériel et services SAU Sud</i>	84	74	79	77	82
Total masse salariale	19 256	21 317	22 185	24 191	28 432
Total dépenses de matériel et services	1 034	1 082	837	983	1 167
Total	20 290	22 399	23 021	25 174	29 599

Source : grands livres en isolant les UF3834, 6000, 6002, 6005 et 4035, et paies.

Le fléchissement de l'effectif moyen en 2023 (en emplois temps plein rémunérés) après une hausse quasi continue de 2018 à 2022 se traduit par une contraction du volume financier des salaires nets versés aux personnels. Toutefois, si les effectifs 2023 sont en dessous de ceux de 2018, le volume financier est supérieur à ceux observés en 2018 et 2019, toutes catégories de personnel confondues, du fait des revalorisations salariales intervenues sur la période.

Graphique n° 26 : Rémunération des SAU Nord, pédiatrique et Sud



Source : paies, retraitement CRC

4 DE NOMBREUSES ACTIONS MISES EN PLACE

4.1 Une succession d’audits des SAU sans formalisation dans un projet de service

Chaque année, un plan hôpital en tension était mis en place sur la période hivernale pour faire face aux épidémies avec l’ouverture de lits supplémentaires pour accueillir les patients sortant des urgences. Ces périodes de crise ponctuelles se sont multipliées puis sont devenues permanentes lors du déclenchement d’un plan blanc territorial urgences en novembre 2021, encore en place aujourd’hui, et qui a même été modifié avec une régulation de l’entrée au SAU Nord à partir de juin 2022.

Des « crises » étaient déjà évoquées dans le projet d’établissement 2016-2020, notamment du fait de pics d’activité saisonniers liés aux épidémies de grippe pour tous les patients et de bronchiolite pour les enfants. Le projet faisait le constat d’une mise en tension de l’établissement avec une offre de lits insuffisante au moment des pics. Il était question d’éviter les hospitalisations inutiles et d’accroître l’agilité de l’organisation pour améliorer les prises en charge, mais aucune action concrète n’a été précisée. Ce projet évoquait aussi la construction du bâtiment « nouveau plateau technique » (NPT), qui regroupe aujourd’hui plusieurs services de soins critiques, dont les urgences adultes.

L’ensemble des évolutions qui ont suivi ont principalement été centrées sur les difficultés majeures du SAU Nord.

Dans le plan Qualité de Vie au Travail de 2018, la création de lits d’aval permanents était prévue pour améliorer la fluidité des urgences. Un comité de pilotage a été monté et s’est réuni à plusieurs reprises en 2018 et 2019.

À l’automne 2019, un premier plan d’actions a été proposé pour améliorer la fluidité des SAU : téléconsultation avec SOS Médecins, protocoles avec Les Cèdres et le Groupement Hospitalier Mutualiste (GHM), création d’un poste d’accueil dédié aux familles, travail sur les circuits imagerie et laboratoire pour les SAU. Même si plusieurs audits ont suivi, aucun bilan de ce plan ne semble avoir été élaboré.

Face au constat des difficultés rencontrées par les urgences, et notamment d’une longue période de grève en 2019 pour les urgentistes et les assistants de régulation médicale au SAMU, le CHU a mis en place un premier audit en juin 2020, qui a surtout eu pour effet d’améliorer le management et la communication, mais ne faisait que quelques préconisations générales sans entrer dans le détail d’un plan d’actions. Les problèmes de flux, par les carences de l’amont ou de l’aval, étaient rappelés, et l’audit renvoyait au dialogue interne au service pour une recherche commune de solutions.

En 2021, des facteurs de tension ont déjà été identifiés et présentés dans différentes instances, ainsi qu’à l’ARS : les fermetures de services sur le territoire, la régulation de l’amont encore inaboutie, les recrutements d’urgentistes difficiles, l’insuffisance d’ouverture de lits d’aval et les difficultés des sociétés d’ambulances privées.

En 2022, les constats étaient identiques. Les actions sur l’amont étaient engagées, mais avançaient lentement, et la situation sur les ressources médicales et l’aval continuait de se dégrader.

Deux nouveaux rapports d'audit ont été rendus en 2022 spécifiquement sur le SAU Nord, dont un à la demande de l'ARS et un à l'initiative de l'établissement. Le premier a émis 19 recommandations sur tous les sujets, que ce soit le management, des actions pour fluidifier le flux de patients en amont et en aval, ou des points d'organisation interne du service. Le second, mené par la société française de médecine d'urgence, a mis en avant la priorité de la réouverture de lits d'aval et retient 39 suggestions pour le SAU et quatre pour le SAMU.

Un audit interne mené par la commission médicale d'établissement, présenté en mai 2022, arrivait aux mêmes conclusions et axait les solutions sur la réouverture de lits avec un objectif de 60 lits de post-urgences.

Les préconisations de ces audits, et le travail du comité de pilotage urgences (*cf. infra*), ont été repris dans un nouveau plan d'actions spécifique pour les urgences, présenté en janvier 2023 qui contient un plan dédié à la psychiatrie. Un suivi est d'ores et déjà mis en place et a été présenté à l'ARS.

Le projet d'établissement 2023-27 reprend l'historique des difficultés rencontrées par les services d'urgences du CHUGA et des mesures prises pour les résoudre et renvoie au plan urgences de 2023.

L'ensemble des évolutions stratégiques et opérationnelles ont été réalisées en suivant les préconisations nationales, notamment le pacte de refondation des urgences, y compris pour l'expérimentation d'un service d'accès aux soins (SAS), l'objectif « 0 passage aux urgences pour les personnes âgées », la télémédecine intégrée au SAMU, la lutte contre les dérives de l'intérim médical, le renforcement de la sécurité, la fluidification de l'aval.

De même, le CHUGA a progressé dans le suivi des données dont une partie est accessible à tous sur l'intranet et se met à jour en continu. Cependant, le choix des indicateurs n'est pas intégré dans une stratégie globale et ne permet pas toujours la mesure des actions mises en place.

Même si une partie du problème échappe aux seuls services des urgences et relève d'autres services internes et externes au CHUGA, la mise en place d'un projet de service serait utile pour faire un bilan chiffré de l'ensemble des mesures et plans mis en place, et pouvoir fixer un cap au service. Les indicateurs à suivre pourraient ainsi être affinés. La démarche participative initiée fin 2020 (*cf. infra*) et l'ensemble des plans urgence élaborés constituent un matériau intéressant pour formaliser le projet de service du SAU Nord. En réponse aux observations provisoires, le CHUGA indique que le plan d'actions de 2023 s'apparente à un projet de service.

Recommandation n° 1. : Formaliser des projets de services pour les services d'accueil des urgences en se basant sur les nombreux audits, plans et concertations.

4.2 Une gouvernance de plus en plus présente et participative

Les trois SAU de l'agglomération grenobloise ne sont pas situés dans les mêmes pôles¹⁸. Chaque pôle est piloté par un trio composé d'un médecin chef de pôle, d'un cadre supérieur de santé et d'un directeur délégué de pôle. Un chef de service et un ou plusieurs cadres de santé gèrent les services.

Concernant le SAU Sud, chaque matin une réunion reprend les cas de la veille pour confirmer les diagnostics, et est l'occasion d'adapter l'organisation si besoin.

La gouvernance du SAU Nord est plus difficile au vu du nombre d'agents et de la difficulté à faire circuler l'information. Entre 2018 et 2019, le nombre de réunions de service a augmenté mais est resté modeste. À la suite de l'audit de 2020, un comité de pilotage spécifique au SAU Nord a été constitué ainsi que neuf groupes de travail pour mettre en place les préconisations de co-construction de l'audit. Ce comité de pilotage s'est réuni très fréquemment, 11 fois de septembre à décembre 2020, 40 fois en 2021 et 29 fois en 2022. Ce dispositif peut être assimilé à des réunions de service dans la mesure où les personnels des urgences ont été intégrés.

Par ailleurs, la gouvernance de l'établissement, à savoir le directoire, la Commission médicale d'établissement (CME), le Comité social d'établissement (CSE) et le conseil de surveillance, est très présente sur le sujet des urgences, évoqué de manière fréquente en début de période, voire à chaque instance à partir de 2022.

4.3 En amont, un travail de coopération important avec les acteurs du territoire

4.3.1 La cellule territoriale, un support de coopération efficace

Durant la crise sanitaire de 2020, des cellules de crise territoriales ont réuni quotidiennement l'ensemble des acteurs de soins du territoire pour organiser les prises en charge. Ce support a perduré dans le temps et la cellule se réunit encore une fois par semaine. Elle se compose des établissements de santé publics et privés, des représentants de la médecine de ville (ordre des médecins, Union régionale des professionnels de santé (URPS), communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)), du conseil de l'ordre infirmier, d'acteurs médico-sociaux.

Dès juin 2020, cette cellule a travaillé sur les soins non programmés. Elle a ensuite organisé son travail avec des groupes dédiés pour chaque sujet, notamment la coordination des acteurs de soin pour la prise en charge des soins non programmés, la régulation des urgences,

¹⁸ Un pôle d'activité clinique et médico-technique est un échelon de la gouvernance de l'hôpital, regroupant plusieurs services.

la réorientation des patients pour éviter les hospitalisations, et l'organisation et la coordination de l'aval.

Plusieurs actions ont vu le jour grâce à ce travail, notamment l'inventaire des spécialités et des interlocuteurs regroupés dans un annuaire, et la mise en place de hotlines des établissements pouvant être contactées par les médecins libéraux. Les groupes ont aussi posé les bases d'une régulation plus poussée des soins ambulatoires avec un partage des rendez-vous d'effecteurs de soins, objectif qui pourra être rempli par le Service d'accès aux soins (SAS).

4.3.2 Une expérimentation du SAS à finaliser

Dès 2021, un collectif composé du CHUGA, de l'URPS, et de l'ordre des médecins s'est porté candidat pour expérimenter un SAS.

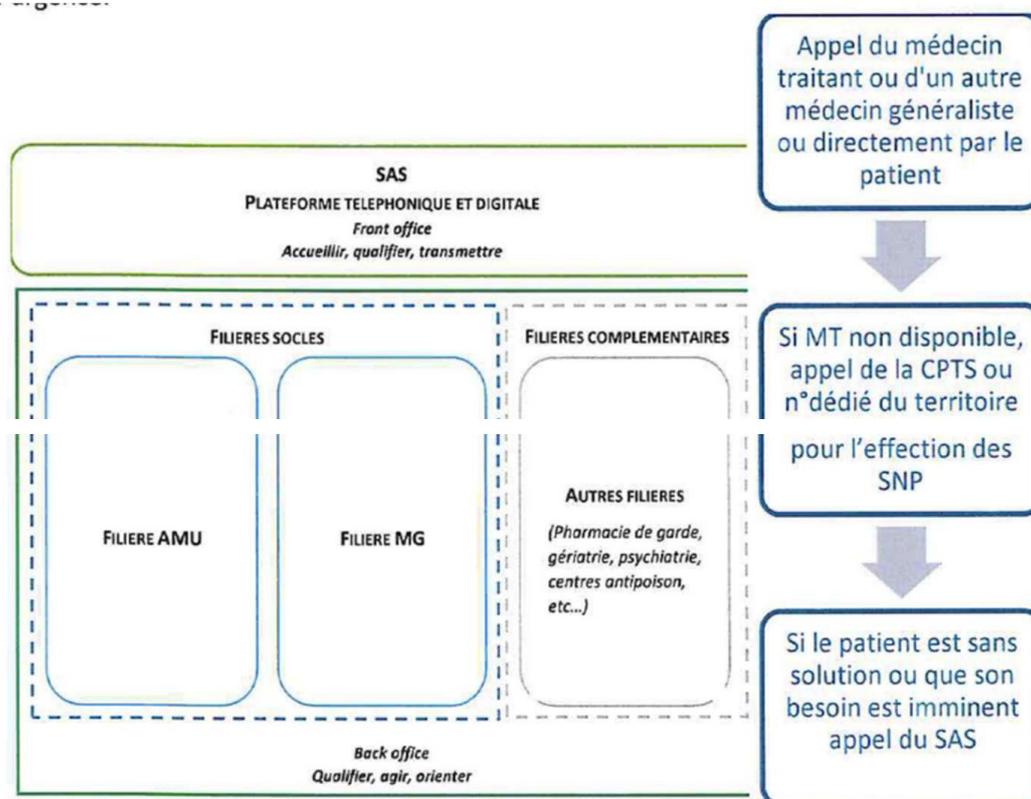
La régulation de la permanence des soins ambulatoires existait déjà depuis plusieurs années dans les locaux du SAMU, coorganisée avec la Fédération iséroise pour la permanence des soins (FIPSEL), l'association organisant la PDSA en Isère. Le SAS permet d'approfondir ce dispositif en développant l'organisation des effecteurs de soins (*cf. supra*).

Le projet mis en place renforce donc la permanence existante et autorise des incitations financières qui n'étaient pas possibles précédemment. Une convention de gouvernance a été passée entre les différents protagonistes. Le poids du CHUGA dans la gouvernance est important sans être majoritaire, avec quatre voix sur neuf. Le financement est porté par le CHUGA, qui règle ensuite les frais de fonctionnement de la FIPSEL pour son rôle d'acteur opérationnel avec le SAMU. En 2022, le CHUGA a ainsi reçu 646 708 € pour 995 forfaits de régulation et 10 800 € pour 74 forfaits d'effecteurs. À titre de comparaison, la CPAM a versé 2,5 M€ pour la PDSA la même année. Le CHUGA a reversé 21 131 € aux effecteurs de soins dont certains pour une prestation de 2021. La fluidité dans la circulation des crédits est un élément important de réussite du dispositif.

La régulation est maintenue dans les locaux du SAMU, à l'instar de la régulation des médecins libéraux préexistante. Le CHUGA en porte l'infrastructure technique. La recherche du bon support logiciel pour organiser les rendez-vous des effecteurs de soins a posé problème et beaucoup de médecins libéraux s'étaient désengagés, ce qui explique le faible nombre de forfaits d'effecteurs en 2022. Un changement de logiciel en décembre 2023 semble avoir résolu ce problème.

La question de la communication vers les médecins pour leur faire connaître le dispositif s'appuie beaucoup sur les communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS), associations qui regroupent les libéraux médicaux et paramédicaux sur un territoire afin de mieux coordonner les soins. Les CPTS n'ont pas été intégrées au comité de pilotage du SAS et si des réunions de présentation ont eu lieu, il y a peu de supports pour leur permettre de faire la promotion de l'outil SAS.

Schéma n° 1 : Organisation du SAS prévue dans le dossier d'expérimentation



Source : dossier d'expérimentation du SAS

Les comités de pilotage réguliers permettent une évaluation du service. Après les difficultés liées au logiciel, le SAS semble fonctionner avec plus d'effecteurs. Ce système reste cependant dépendant de l'implication des médecins libéraux, dont la participation reste facultative. Au vu des difficultés préexistantes pour organiser la PDSA, la réussite du SAS demeure fragile.

4.3.3 Des dispositifs de coopération avec les établissements médico-sociaux qui ont permis de limiter certains passages évitables

Le CHUGA a signé des conventions avec 32 EHPAD pour faciliter les hospitalisations dans le secteur de gériatrie, et avec 29 pour le déploiement de l'hospitalisation à domicile (HAD) dans les EHPAD.

Il est ainsi prévu d'éviter le passage aux urgences pour les personnes âgées en provenance d'un EHPAD et de faciliter la venue de l'hôpital dans l'EHPAD avec la HAD.

De même une « hotline » gériatrique a été mise en place à l'instar d'autres spécialités (cf. supra). Sur la période de juin 2021 à mars 2023, 995 appels ont été traités, dont 80 % conduisent à des hospitalisations, ce qui représente autant de passages en moins au SAU.

4.4 Une organisation interne souvent réaménagée pour mieux prendre en charge les patients

4.4.1 Les entrées directes des urgences vitales ou très spécifiques dans des filières spécialisées permettent de limiter le flux de patients vers le SAU

Au CHUGA, les urgences vitales sont orientées vers plusieurs services spécialisés, ce qui contribue à détourner un flux de patients du SAU, et également à augmenter les chances de ces patients par une prise en charge rapide et ciblée.

Le service de déchocage comporte trois places pour prendre en charge les urgences chirurgicales vitales. Le service est situé dans le bâtiment Michallon, accessible par une passerelle puis un étage en ascenseur depuis l'hélistation du Nouveau Plateau Technique. Il est adossé au bloc opératoire dédié aux urgences qui accueille environ un tiers des patients du déchocage. L'ensemble forme le Trauma center du CHUGA. Le service voit passer environ 1 400 à 1 500 patients par an.

Les urgences cardiaques sont organisées de longue date au CHUGA avec une prise en charge directe des patients dans l'unité de soins intensifs cardiaques (USIC) qui comporte 16 lits avec un plateau technique et des compétences adaptées, à laquelle sont adossés huit lits de surveillance continue. De manière générale, l'arc alpin (GHT Annecy, Chambéry, Grenoble) a été précurseur pour la prise en charge des urgences cardiaques et l'objectif d'un traitement dans les 120 minutes est tenu. Malgré des durées de séjour très courtes, le service manque de lit, et les lits d'aval sont également un sujet.

De même, le service de neurologie a mis en place une filière AVC depuis 1987, qui prend en charge directement les patients en journée et en semaine depuis 2017. Le service a pour projet l'augmentation progressive de la plage horaire. Le patient est conduit directement à l'IRM, sans passage au SAU, et peut bénéficier rapidement d'un traitement chimique (en moyenne 150 cas par an), ou si besoin être orienté pour un traitement interventionnel (150 cas par an). L'ensemble des patients ne peut cependant pas poursuivre son séjour en unité neurovasculaire, faute de places, ce qui constitue une perte de chance pour la récupération. L'activité augmente fortement ces dernières années sous l'effet des avancées scientifiques qui permettent des traitements efficaces.

Enfin, les services de gynécologie obstétrique et d'ophtalmologie accueillent les urgences, dont un accueil permanent pour le premier.

4.4.2 La mise en place d'une orientation des patients vers les différentes filières internes de prise en charge des SAU

Dans tous les SAU du CHUGA, un ou plusieurs infirmiers d'accueil et d'orientation (IAO) et un médecin d'accueil et d'orientation (MAO) sont en théorie postés à l'accueil lorsque le planning le permet. Les IAO sont des infirmiers expérimentés qui reçoivent une formation spécifique. Cette équipe effectue une prise de constantes qui lui permet d'évaluer la situation des patients avec une échelle de tri. Les patients sont ensuite orientés vers différentes filières au sein des urgences selon leur besoin en soin :

- au SAU Nord : les patients sont orientés en zone courte pour ceux nécessitant un acte rapide, en intermédiaire si besoin d'examen complémentaires, en zone chaude¹⁹ pour les patients nécessitant une surveillance continue ou en SAUV pour les urgences médicales vitales ; les patients ne peuvent pas être accompagnés d'un proche dans le service au vu de la suroccupation des locaux, ce qui pose des problèmes pratiques et éthiques avec l'allongement de la durée des séjours ;
- au SAU pédiatrique : les patients sont accompagnés d'un parent et sont orientés dans des salles d'attente différente selon le motif de consultation ;
- au SAU Sud : l'orientation peut se faire sur la filière rapide sans soins infirmiers, ou vers la filière longue dans la salle appropriée à la pathologie ; un protocole permet d'adapter la situation en cas de manque de lits d'aval ;

Depuis 2022, les IAO peuvent également proposer une réorientation s'ils jugent que l'état du patient ne relève pas d'une urgence. La réorientation donne lieu à un paiement forfaitaire de 60 €. Le CHUGA visait 5 % de réorientation des patients dont le passage n'est pas suivi d'une hospitalisation. Ce chiffre a été largement dépassé en 2022 et 2023 pour le SAU Nord avec respectivement 3 826 réorientations, soit 10 % des passages suivis d'un retour à domicile en 2022, et 3 626 en 2023, soit 11 %. Le SAU pédiatrique était sur une tendance de hausse des réorientations, 4 % en 2021 et 10 % en 2022, mais leur nombre a chuté en 2023 et est passé à 633, soit 2 % des 29 902 passages aboutissant à un retour à domicile.

À compter de l'été 2022, un filtrage de l'entrée du SAU Nord a été mis en place entre 20h et 8h : les patients se présentant sont régulés par l'IOA ou par le médecin régulateur du SAMU en cas de doute. Un bilan présentait une baisse de passages par rapport à 2019 ; cependant le nombre de passages au SAU Nord régulés par le SAMU augmente, mais le total des entrées par initiative personnelle baisse peu et le nombre de patients présents dans le SAU reste élevé. Cette action n'a donc eu que peu d'effet sur l'activité.

Des agents de sécurité sont également présents à l'entrée des SAU.

4.4.3 Les aménagements pour fluidifier les prises en charge

Plusieurs renforts de personnel ont été mis en place pour tenter de fluidifier les prises en charge :

- un poste d'accueil pour la gestion des familles au sein des urgences depuis septembre 2019 ;
- un poste d'infirmier de coordination au sein du SAU depuis fin février 2023 ;
- un médecin gériatre en 2023 pour optimiser la prise en charge des patients âgés.

Des délégations de tâches aux infirmiers diplômés d'Etat (IDE) ont fait l'objet de protocoles pour pouvoir décharger les médecins. Les IDE inscrits dans le protocole peuvent demander une radio de manière anticipée, ou réaliser une suture simple.

Le recueil des avis des médecins spécialistes est souvent réorganisé pour permettre d'obtenir des avis rapidement. Un cardiologue est désormais présent dans les locaux du SAU, mais ce n'est plus le cas d'un neurologue. En dehors de la cardiologie, les spécialistes se

¹⁹ zone chaude : salle qui permet une surveillance rapprochée des patients (scope) par rapport aux zones courtes et intermédiaires qui n'ont pas de scope.

déplacent donc aux urgences pour donner leur avis. Côté SAU, les différents échanges relèvent l'importance de bien identifier l'avis attendu et de renseigner la localisation du patient au sein des urgences pour faciliter le travail du médecin spécialiste.

Sur la 2^{ème} moitié de 2023, une démarche de cartographie des risques menée par le service et la direction de la qualité a permis de formaliser le processus de prise en charge du patient et d'identifier 49 risques dont les moyens de maîtrise contribuent également à la fluidité de la prise en charge.

4.4.4 Les difficultés engendrées par le nombre important de patients présents

Le dépassement de capacité engendre des problèmes majeurs de sécurité, de qualité et de confidentialité des soins pour les patients installés dans les couloirs, malgré les efforts de l'équipe pour maintenir une prise en charge correcte, mais qui ne peut pas toujours isoler les patients pour les soins :

- les patients ne peuvent plus être identifiés par le lieu où ils sont positionnés alors que c'est le cas lorsqu'ils ont un box numéroté, ce qui engendre des problèmes d'identitovigilance, de surveillance, et de confidentialité, les soignants étant amenés à appeler la personne par son nom à haute voix ;
- le nombre de brancards peut se révéler insuffisant pour pouvoir allonger les patients le nécessitant ;
- certains soins sont réalisés dans les couloirs ;
- des patients sont amenés à passer une nuit sur un brancard dans les couloirs, et il n'est pas toujours possible de maintenir la lumière éteinte pour la réalisation de soins sur d'autres patients.

L'augmentation des durées de présence tend à transformer le service en service d'hospitalisation. Or le matériel n'est pas prévu pour ce type de séjour. Ainsi, le logiciel utilisé ne gère pas les prescriptions au-delà de 6 heures, ce qui oblige les médecins à renouveler la prescription si le patient reste plus longtemps.

Concernant les traitements médicamenteux, une présence plus longue implique une distribution des traitements de fond des patients présents, particulièrement nécessaire pour les personnes âgées et les personnes atteintes d'une affection psychiatrique qui prennent généralement des traitements de fond quotidiens. Or le service n'est pas équipé en piluliers, les traitements normalement distribués ne l'étant que ponctuellement. Les équipes doivent donc prendre du temps pour préparer les piluliers, et la distribution se fait en mettant les traitements dans des gobelets qui restent sur le chariot de soins durant les soins. Cette distribution anormale dans ce type de service engendre des problèmes de sécurité, concernant l'identitovigilance des patients et la présence de piluliers non sécurisés sur un chariot, et une charge de travail conséquente pour les soignants.

Pour les soins de nursing, hygiène et distribution alimentaire, qui ne sont normalement réalisés qu'exceptionnellement dans les SAU, la présence sur plusieurs jours de certains patients impose aux équipes une adaptation. Le service n'est pas équipé pour ce type de soins. Il n'y a pas de plateau repas, mais seulement des collations, principalement des sandwiches et des compotes. Les personnes restant plusieurs jours n'ont pas accès à des repas complets. De même pour les toilettes, le service dispose d'une seule salle d'eau pour les personnes autonomes et n'a pas d'équipement pour réaliser des toilettes, au contraire d'un service d'hébergement.

De manière générale, l’allongement des durées et la stagnation de patients, phénomènes pour lesquels les SAU ne sont pas conçus, font peser sur les équipes des choix éthiques, notamment dans la priorisation des prises en charge, et aucune démarche n’a été menée sur ce point.

4.4.5 Une difficile prise en charge des patients psychiatriques

La part des patients psychiatriques est en augmentation constante et contribue à la stagnation des patients au SAU Nord (*cf. supra*). Le problème de la pédopsychiatrie a aussi été évoqué par les équipes du SAU pédiatrique, mais aucune donnée exploitable n’est présente dans le dossier patient informatisé (DPI) pour pouvoir mesurer le phénomène.

La coopération avec le centre hospitalier Alpes Isère (CHAI) pour améliorer la prise en charge des patients psychiatriques passant par les urgences est ancienne. Une unité de consultation et d’avis psychiatrique (UCAP), composée d’un psychiatre et de deux IDE du CHAI, est basée dans les anciens locaux des urgences qui jouxtent les locaux actuels. Si le diagnostic est rapide à poser, le traitement est plus problématique puisque les lits d’aval font défaut dans ce secteur (*cf. infra*).

Le CHUGA a mis en place des aménagements pour améliorer la prise en charge de ces patients. En septembre 2021, une zone d’apaisement a été créée dans une chambre de l’UHCD pour les patients agités avec la présence d’une IDE psychiatrique dédiée. Le CHAI avait mis un ETP à disposition du CHUGA pour couvrir en partie ce poste, mais n’a pu maintenir cette affectation et le dispositif n’est plus opérationnel

Une chambre d’isolement est également présente à l’UHCD dont une partie a récemment été transformée en unité d’hébergement temporaire accueillant exclusivement des patients psychiatriques.

L’ensemble des dispositifs se trouve vite saturé avec des durées de séjour qui dépassent le temps normal pour un lit d’UHCD, et renvoie à un problème d’aval en psychiatrie.

4.5 Un problème d’aval persistant

4.5.1 Des unités d’hospitalisation de courte durée qui ne jouent plus leur rôle de tampon entre les SAU et les services

Hormis le SAU Sud, tous les services d’urgences du CHUGA ont des unités d’hospitalisation de courte durée (UHCD) adossées. Les UHCD font partie intégrante des SAU²⁰ et permettent de garder en observation des patients qui le nécessitent.

Le SAU pédiatrique dispose de 12 lits d’UHCD, auxquels six lits supplémentaires sont ajoutés dans le cadre du plan de gestion saisonnier des épidémies.

L’UHCD du SAU Nord comporte en théorie 20 lits. Elle a été fermée au début de la crise sanitaire et a pu rouvrir en juin 2021. Une partie des lits de l’UHCD a été dédiée à la

²⁰ Article D. 6124-22 du code de la santé publique.

psychiatrie au printemps 2023 avec la création de l'unité d'hébergement temporaire de neuf lits en plus de la chambre d'isolement surveillée.

La majorité des séjours dépasse la journée, même si cette part tend à baisser entre 2019 et 2022, signe d'une amélioration. Les durées de séjour rapprochent l'UHCD du SAU Nord d'un service d'hospitalisation classique et ne lui permettent pas de jouer son rôle de tampon entre le SAU et les services.

Tableau n° 12 : Part des séjours selon leur durée

	2019	2020	2021	2022	2023
<i>Part des séjours d'une journée maximum</i>	36 %	47 %	49 %	34 %	46 %
<i>Part des séjours de plus d'une journée</i>	64 %	53 %	51 %	66 %	54 %

Source : données CHUGA, retraitement CRC

4.5.2 Le « bed management » permet de libérer du temps médical

Le bon appariement entre les patients sortants du SAU nord et les services de spécialité n'est pas évident. En effet, les patients ne peuvent pas être admis dans des spécialités inadaptées. Or, pour le cas des patients polyopathologiques, aucun service n'est prédominant et les lits de médecine interne ou de gériatrie sont ceux qui font le plus défaut au CHUGA. Dans le cas de la psychiatrie, le CHUGA ne dispose pas d'une offre importante en interne et les lits sont rapidement embolisés, ce qui rend le CHUGA dépendant d'autres établissements, notamment le CHAI.

La gestion de lits est structurée de longue date au CHUGA avec une cellule de gestion des lits existante depuis 2013 et une cellule d'ordonnancement au HCE. Ce dispositif ne donnait pas satisfaction concernant les urgences, en raison d'un état des lits disponibles mis à jour seulement deux fois par jour, et donc rapidement obsolète, et la faible intervention pour aider les SAU à gérer les flux de patients sortants. En 2021, un audit interne global du dispositif a été réalisé pour permettre une mutation de la gestion des lits vers un rôle actif afin de fluidifier les flux de patients.

Les services du contrôle de gestion et de la data ont mis en place un outil pour générer automatiquement un état des lits disponibles à partir des mouvements d'entrée et de sortie dans le dossier patient informatisé. Les services devaient auparavant déclarer les lits disponibles ; ils doivent désormais être rigoureux sur le renseignement du DPI.

Une cellule de « bed-management » a vu le jour en novembre 2022. D'abord doté d'un cadre de santé, il comprend trois personnes supplémentaires à partir de mars 2023. La cellule intervient de 9h30 à 17h les jours ouvrés. À 17h, le relais est pris par deux cadres de santé de permanence. Pour les week-end et jours fériés, une garde de cadre de flux a été créée. Un poste d'infirmier coordinateur a été créé pour assurer la continuité du « bed-management ».

Concrètement, les agents de cette cellule passent deux fois par jour au SAU pour valider des listes de sorties avec les médecins, puis utilisent les mises à jour des disponibilités pour placer les patients en appelant les services d'accueil. Ce système libère un temps considérable pour les médecins, qui va encore augmenter puisque le bon remplissage du DPI avec des indications de sorties précises pourrait limiter le nombre de réunions bed-manager / médecin.

4.5.3 La problématique centrale des lits d’aval à créer ou réouvrir

L’allongement des durées de séjour est dû en majorité à l’absence de lits d’aval en interne. Cet élément reste le problème majeur identifié depuis 2018. La crise sanitaire a abouti à rendre non-opérationnels de nombreux lits, et le CHUGA n’a pas recouvré sa pleine capacité. 321 lits sont non opérationnels en 2023, soit 14 % de la capacité autorisée, dont 192 lits en hospitalisation complète.

En 2018, des lits de post urgence étaient créés lors des épidémies. Le SAU pédiatrique fonctionne encore sur ce modèle avec l’ouverture de lits d’UHCD supplémentaires dans le cadre de plans de gestion hivernaux.

Une unité de post urgence (UPU) a été ouverte de manière permanente avec dix lits à partir de novembre 2022, puis dix lits supplémentaires fin janvier 2023.

L’objectif de 60 lits d’UPU, qui avait pu être évoqué dans plusieurs instances du CHUGA, n’est pas encore atteint, faute de personnel suffisant pour faire fonctionner l’unité.

Recommandation n° 2. : Rendre opérationnel la totalité des lits de post-urgences prévus.

4.5.4 Des sorties vers l’extérieur soumises à la disponibilité de lits et de transport sanitaire

À partir de 2023, une cellule de régulation des patients psychiatriques s’est réunie d’abord deux fois par semaine, puis quotidiennement au printemps, puis deux fois par semaine depuis l’automne 2023. Elle incluait le CHAI, mais également les deux cliniques privées réalisant des soins psychiatriques.

Au printemps 2023, l’ARS a obtenu l’engagement des établissements de psychiatrie de prendre les patients dans les 48h suivant l’indication d’hospitalisation en psychiatrie. Le dispositif n’a pas tenu dans le temps, et les carences sur l’offre de soins en psychiatrie pénalisent durablement les SAU.

La création d’un salon de sorties début 2022 a permis de créer un sas pour les personnes sortantes en attente de transport sanitaire. Le salon est ouvert de 9h à 19h30. Le territoire connaît des difficultés concernant le nombre d’ambulances, lequel pose également problème au SAU Sud dont la majorité des patients repartent à domicile et nécessitent un transport.

ANNEXE 1 GLOSSAIRE

1. Termes techniques

ALD	Affection de Longue Durée
AP	Auxiliaire de Puériculture
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide Soignant
ASA	Autorisation Spéciale d'Absence
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BDE	Bureau des Entrées
BEGES	Bilan des Émissions des Gaz à Effet de Serre
CAC	Commissaire Aux Comptes
CAF	Capacité d'AutoFinancement
CAP	Commission Administrative Paritaire
CAPL	Commission Administrative Paritaire Locale
CCMU	Classification Clinique des Malades aux Urgences, référentiel qui permet d'évaluer la gravité de l'état de santé des patients en allant d'un état de santé stable (CCMU 1 et 2) à un état engageant le pronostic vital (4 et 5)
CCP	Commission Consultative Paritaire
CH	Centre Hospitalier
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Établissement instance de consultation et de pilotage du personnel médical
CNIS	Comité de Pilotage de l'Investissement Sanitaire
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens convention obligatoire passée entre l'ARS et les CH
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé regroupement de plusieurs professionnels de santé libéraux, médicaux et paramédicaux, sur un territoire
CRUQ	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité
CSE	Comité Social d'Établissement instance de consultation du personnel non-médical
CTE	Comité Technique d'Établissement ancienne appellation du CSE
DAF	Dotation Annuelle de Financement
DIM	Département de l'Information Médicale service des CH en charge du traitement des données issues des DPI
DPI	Dossier Patient Informatisé
DPO	Data Protection Officer expression communément utilisée pour désigner le délégué à la protection des données
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, service d'hébergement accueillant les personnes âgées dépendantes
EI	Événement Indésirable, dysfonctionnement du service constaté par les agents faisant l'objet d'une remontée interne pour traitement et amélioration la qualité des soins
EIG	Événement Indésirable Grave dysfonctionnement grave devant obligatoirement être signalé à l'ARS
EPCI	Établissement de Coopération Intercommunale
ETP	Emploi Temps Plein unité de mesure de l'effectif en personnel
F3SCT	Formation Spécialisée en matière de Santé, de Sécurité et de Conditions de Travail nouvelle appellation du CHSCT
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GIE	Groupement d'Intérêt Économique structure permettant la coopération entre des personnes publiques et des personnes privées

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

HAS	Haute Autorité de Santé, agence nationale en charge de la qualité des soins
IDE	Infirmier Diplômé d'État
LDG	Lignes De Gestion
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique, appellation des services délivrant exclusivement des soins de santé aigus, sans hébergement ou en hébergement de courte durée
MEP	Médecin à Exercice Particulier, médecin libéral ayant une pratique nécessitant une formation particulière, et n'exerçant pas en tant que médecin généraliste
MIGAC	Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MMG	Maisons Médicales de Garde
OS	Organisation Syndicale
PDS	Permanence Des Soins
PDSA	Permanence Des Soins Ambulatoires
PGFP	Plan Global de Financement Prévisionnel
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information programme national qui permet de coter l'activité des CH
PNM	Personnel non-médical
RGPD	Règlement Général de Protection des Données
RPU	Résumés de Passages aux Urgences, comptage du nombre de passages aux urgences, transmis à l'observatoire régional des urgences
RSSI	Responsable de la Sécurité des Systèmes d'Information
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAS	Service d'Accueil de Santé, nouveau dispositif issu des mesures du plan Braun, pour mettre en place une plateforme téléphonique pour la médecine de ville
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SAUV	Salle d'Accueil des Urgences Vitales, secteur des SAU bénéficiant de matériel biomédical spécifique pour la prise en charge des patients les plus graves

SDSI	Schéma Directeur des Systèmes d'Information
SI	Systèmes d'Information
SMR	Service Médical et de Réadaptation, service d'hébergement de moyenne durée permettant la rééducation des patients suite à des soins aigus en MCO ; anciennement appelé service de soins et de réadaptation (SSR)
SMUR	Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
TTA	Temps de Travail Additionnel temps supplémentaire effectué par les médecins en plus de leur service habituel
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée, service adossé au SAU pour permettre de garder les patients en observation pour une courte durée
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé association des professions de santé libérales qui représentent les professions libérales dans les relations avec les ARS
USLD	Unité de Soins de Longue Durée, service d'hébergement accueillant les personnes âgées dépendantes nécessitant un niveau de soins élevé

2. Termes spécifiques au CHUGA

CHAI	Centre Hospitalier Alpes Isère établissement public de santé psychiatrique situé à St Egrève dans l'agglomération grenobloise
CHUGA	Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes nouvelle appellation de l'établissement suite à la fusion du CHU de Grenoble et du CH de Voiron
CHV	Centre Hospitalier de Voiron
DSN	Direction des Services Numériques
GHM	Groupement Hospitalier Mutualiste principal établissement privé de l'agglomération grenobloise
HCE	Hôpital Couple Enfants bâtiment proche de l'hôpital Michallon accueillant les services pédiatriques, gynécologiques, obstétriques et de médecine de reproduction

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

HCL	Hospices Civiles de Lyon
NHM	Nouvel Hôpital Michallon appellation des travaux d'aménagements prévus sur l'hôpital Michallon, projet devenu le nouveau SDI
NPI	Nouveau Plateau Interventionnel projet de rénovation des blocs opératoires
NPT	Nouveau Plateau Technique bâtiment attenant à l'hôpital Michallon, mis en service en 2021, abritant notamment les urgences adultes Nord
SDI	Schéma Directeur Immobilier



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>