



Observatoire régional des urgences

PANORAMA

2015



2016

Mai



Cire Pays de la Loire



Groupe technique ORU

Dr Jacques Bacher (ARS), Dr Jean-François Buyck (ORS), Dr Jacques Denis-Laroque (ARS), Dr Christophe Duvaux (ARS), Noémie Fortin (Cire), Dr Mélanie Goument (ORS), Dr Bruno Hubert (Cire), Anthony Lehée (GCS e-santé), Françoise Lelièvre (ORS), Dr Anne Tallec (ORS), François Tuffreau (ORS).

Auteurs

Dr Jean-François Buyck, Dr Jacques Denis-Laroque, Dr Mélanie Goument, Françoise Lelièvre, Dr Anne Tallec, François Tuffreau.

Remerciements

Merci aux médecins et aux personnels des services d'urgences qui collectent quotidiennement les informations qui sont à la base de ce panorama.

Merci aux Drs Jacques Choukroun, Betty Mazet et Bruno Poujol, pour leur précieuse contribution.

Financement

Agence régionale de santé Pays de la Loire.

Citation suggérée

ORU (Observatoire régional des urgences) Pays de la Loire. (2016). Panorama 2015. 62 p.



L'ORU autorise l'utilisation et la reproduction des informations présentées dans ce document, sous réserve de la mention des sources.

Cette publication est téléchargeable sur www.oru-paysdelaloire.fr

ORS Pays de la Loire. Tél. 02 51 86 05 60 - oru@orspaysdelaloire.com

Préambule

Les services d'urgences de la région ont comptabilisé environ 863 000 passages en 2015 dans les Pays de la Loire. Ils connaissent une croissance continue de leur activité, + 3,7 % par an entre 2004 et 2014. Faisant face à des pics d'activité fréquents, les services hospitaliers doivent adapter continuellement leur organisation à l'évolution de la demande de soins de la population.

L'Agence régionale de santé a souhaité mettre en place une **observation régionale des urgences et des soins non programmés** dès la fin de l'année 2014, dans le cadre du déploiement des résumés « dématérialisés » des passages aux urgences (RPU), rendus accessibles sur la base de l'informatisation des services d'urgences de la région. Cette observation a été rendue possible en croisant les compétences déjà existantes en matière de surveillance sanitaire (Cire), de système d'information (GCS e-santé) et d'observation de la santé (ORS), et bien entendu avec l'appui des urgentistes eux-mêmes. Je souhaite les remercier pour leur engagement et investissement sans lequel ce travail n'aurait pu être réalisé.

L'année 2015 a été une année de consolidation visant à s'assurer de disposer de données exhaustives et de qualité et de régler les problèmes techniques de circulation de l'information.

Ce premier « panorama » contient tout d'abord une présentation succincte des principaux acteurs qui contribuent au réseau des urgences dans la région, en amont de la prise en charge (centres 15), pour l'aide médicale urgente (SMUR), et pour la prise en charge des patients proprement dite. Le « réseau » des services d'urgences comprend dans les Pays de la Loire 30 points d'accueil, répartis sur les cinq départements de la région. L'ensemble des sites prennent en charge en moyenne chaque jour près de 2 400 patients, soit 79 patients par site.

La durée moyenne de passage est de 3h27 pour les patients qui retournent à leur domicile (5h19 pour les patients de plus de 75 ans) et de 6h18 pour les patients hospitalisés (7h16 pour les plus de 75 ans !). Globalement, 62 % des patients sont pris en charge en moins de 4 heures, 71 % pour les patients qui retournent à domicile et 36 % pour ceux qui sont hospitalisés.

Au plan national, les Pays de la Loire font partie des régions qui ont le plus faible taux de recours aux urgences. Les premiers travaux effectués par l'Observatoire mettent également en évidence des écarts très importants de recours aux urgences à l'intérieur de la région Pays de la Loire. Par ailleurs, certains établissements font l'objet de « tensions » récurrentes en particulier sur certaines périodes de l'année qui interrogent sur les comportements des usagers mais aussi sur la réponse fournie dans tout le champ des acteurs du premier recours en particulier sur certaines heures en matière de demandes non programmées et de prévention médicalisée en particulier sur des pathologies récurrentes comme gripes, bronchiolites, gastroentérites, réactions allergiques qui forment une partie du cortège des pathologies rencontrées sur certaines périodes. De nombreux passages de faible gravité peuvent interroger sur la pertinence du recours systématique aux urgences.

Je souhaite que ce premier panorama contribue à une meilleure compréhension des enjeux de cette activité de soins de premier plan, dont la croissance continue retient toute notre attention. Il faudra sans doute pour cela croiser plus d'informations (appels SAMU et affaires régulées, données des issues de la PDSA). Les écarts constatés d'un territoire à un autre devront aussi être mieux documentés et contribuer ainsi à des diagnostics partagés avec l'ensemble des acteurs concernés de façon à disposer de plans d'actions adaptés à la réalité de chacun.

Ce document met également en lumière la nécessité d'améliorer le système d'information des services d'urgences et la qualité des données statistiques recueillies.

Cécile Courrèges
Directrice Générale
Agence régionale de santé Pays de la Loire

Sommaire

1. Le réseau des urgences et l'ORU.....	8
1.1. La notion « d'urgences »	8
1.2. Sources d'information	8
1.3. Les structures de médecine d'urgence en Pays de la Loire.....	9
<i>Service d'aide médicale urgente (SAMU)</i>	<i>9</i>
<i>Centres de réception et régulation des appels - CRRRA - (centres 15).....</i>	<i>9</i>
<i>Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).....</i>	<i>11</i>
<i>Services d'urgences (SU).....</i>	<i>12</i>
1.4. ORU Pays de la Loire	16
<i>Présentation</i>	<i>16</i>
<i>Activité 2015</i>	<i>17</i>
<i>FÉDORU (Fédération nationale des ORU)</i>	<i>18</i>
2. Analyses qualité de la base des RPU	20
2.1. Contenu et circuit de transmission des RPU	20
<i>Contenu des résumés de passage aux urgences (RPU).....</i>	<i>20</i>
<i>Circuit de transmission des données.....</i>	<i>20</i>
2.2. Méthodologie et conduite de la démarche qualité	22
<i>Méthodes d'analyses qualité (indicateurs).....</i>	<i>22</i>
<i>Conduite d'autodiagnostic qualité dans les établissements.....</i>	<i>22</i>
2.3. Bilan qualité.....	23
<i>Principaux résultats.....</i>	<i>23</i>
<i>Les systèmes d'information des services d'urgences</i>	<i>24</i>
<i>Contribution à la connaissance épidémiologique.....</i>	<i>25</i>
2.4. Plan qualité 2016.....	25
<i>Transmettre la totalité des RPU sur le concentrateur régional.....</i>	<i>25</i>
<i>Améliorer la qualité des données des RPU</i>	<i>26</i>
<i>Faciliter l'accès aux données.....</i>	<i>26</i>
3. Activité des services d'urgences	30
3.1. Méthodologie	30
3.2. Résultats.....	30
<i>Nombre total de passages aux urgences en 2015</i>	<i>30</i>
<i>Évolution 2004-2015.....</i>	<i>31</i>
<i>Variations temporelles.....</i>	<i>32</i>
<i>Durée de passage</i>	<i>35</i>
<i>Caractéristiques des patients et de leur prise en charge</i>	<i>38</i>
<i>Mouvements de patients.....</i>	<i>41</i>

4. Analyses des recours aux services d'urgences.....	44
4.1. Méthodologie	44
<i>Indicateurs</i>	44
<i>Sources</i>	45
4.2. Variabilité des recours selon l'âge et le sexe (RPU 2015)	45
4.3. Comparaisons interdépartementales (SAE 2014).....	46
4.4. Cartographie des recours aux services d'urgences des habitants des Pays de la Loire, selon le code postal de résidence (RPU 2015)	48
4.5. Analyse des variations territoriales	51
Annexes	54
A1. Définitions et sources	54
A2. Liste des items du RPU Pays de la Loire.....	58
A3. Repères bibliographiques	61

1

**LE RÉSEAU DES URGENCES
ET L'ORU**

1. Le réseau des urgences et l'ORU

1.1. La notion « d'urgences »

Il n'y a pas de définition qui fasse véritablement consensus pour définir l'urgence en matière de santé, professionnels de santé et patients pouvant avoir des perceptions très différentes quant à la nécessité d'une prise en charge « en urgence ».

La notion d'urgence est souvent associée à une détresse vitale, mais, parmi les 800 000 patients pris en charge chaque année dans les services d'urgences de la région, environ 1 % ont leur pronostic vital engagé.

A l'inverse, l'activité des services d'urgences ne reflète pas l'intégralité des prises en charge « en urgence » ou non programmées par les différents acteurs du système de soins.

Un certain nombre de patients sont en effet directement admis dans les services hospitaliers. Dans de nombreux cas en effet, la régulation est effectuée en amont par le centre 15, qui oriente le patient vers le service hospitalier susceptible de le prendre en charge, sans passage préalable par les urgences (accident vasculaire cérébral, menace d'accouchement prématuré...).

Des plateaux techniques spécialisés prennent également directement en charge des patients pour des hospitalisations non programmées, sans que leur activité soit reconnue en tant que telle comme services d'urgences par l'Agence régionale de santé.

Enfin, en médecine ambulatoire, les médecins libéraux des différentes spécialités (généralistes, ophtalmologistes, cardiologues...), les associations types « SOS médecins », mais aussi d'autres professionnels de santé sont également appelés à prendre en charge des patients en urgence.

1.2. Sources d'information

► L'essentiel de ce rapport repose sur l'exploitation des résumés de passage aux urgences (RPU), dont le remplissage a été rendu obligatoire par l'arrêté du 24 juillet 2013.

Pour rédiger ce rapport, l'Observatoire régional des urgences (ORU) Pays de la Loire s'est appuyé sur les recommandations et sur les données publiées par la Fédération nationale des ORU (FÉDORU), afin de s'assurer de la validité des informations issues des RPU.

► L'enquête SAE (Statistique annuelle des établissements), renseignée annuellement par les hôpitaux et cliniques, rassemble de nombreuses données relatives à l'activité et aux ressources (moyens humains) des établissements de santé. Elle comprend trois « bordereaux de synthèse », concernant respectivement l'activité des services d'urgences, celle des SAMU et SMUR, et la permanence des soins.

► Une troisième source d'information a été utilisée pour ce rapport : l'enquête réalisée un jour donné par la Drees en partenariat avec la Société française de médecine d'urgence (SFMU), en juin 2013.

Ce panorama dresse, pour la première fois dans la région, un état des lieux de l'activité des services d'urgences et des recours de la population à ces services. Toutefois, le système d'information relatif aux activités d'urgences est encore loin d'être stabilisé, comme en témoigne le bilan qualité des RPU présenté au chapitre 2. De nombreux « contrôles qualité » ont été effectués pour s'assurer de la cohérence des données produites. Mais des progrès importants restent à accomplir pour améliorer la qualité des données.

1.3. Les structures de médecine d'urgence en Pays de la Loire

Outre les services d'urgences, les structures de médecine d'urgence englobent les services d'aide médicale urgente (SAMU), les centres de régulation et de réception des appels (centres 15), et les services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR).

Avant de rentrer dans le détail de l'analyse des activités des services d'urgences (chapitre 3), nous présentons ici un certain nombre d'éléments descriptifs relatifs aux missions de ces différentes structures.

Service d'aide médicale urgente (SAMU)

► Dans le Code de la santé publique, l'**aide médicale urgente**¹ est définie de la manière suivante : « L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état ».

► Le **SAMU**² est un service hospitalier chargé de la mise en œuvre de l'aide médicale urgente, en coordination notamment avec les services d'incendie et de secours (pompiers). Le SAMU comporte en son sein un centre de réception et de régulation des appels (centre 15).

L'organisation de la médicalisation d'événements exceptionnels ou la couverture médicale des grands rassemblements de population font également partie des missions du SAMU.

Par ailleurs, le SAMU contribue à la formation initiale et continue des acteurs de santé au sein des centres d'enseignement des soins d'urgence (CESU) [1].

► Il existe un SAMU par département, implanté en général dans l'hôpital de la ville de préfecture. En Pays de la Loire, les SAMU sont implantés dans les établissements de santé suivants :

- . CHU de Nantes (Loire-Atlantique)
- . CHU Angers (Maine-et-Loire)
- . Centre hospitalier de Laval (Mayenne)
- . Centre hospitalier du Mans (Sarthe)
- . Centre hospitalier de La Roche-sur-Yon (Vendée).

Centres de réception et régulation des appels - CRRA - (centres 15)

Missions

► Ce service est chargé :

- d'assurer une écoute médicale permanente,
- de déterminer et déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature des appels (conseil médical simple, envoi d'un médecin de proximité, envoi d'une ambulance privée,...),
- de s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation adaptés à l'état du patient,
- d'organiser le transport,
- de veiller à l'admission du patient.

Les centres 15 assurent 24h/24h, 365 jours par an, une écoute et une réponse permanente pour faire face aux situations d'urgence et aux demandes de soins non programmées et apporter au patient le juste soin, sans lui faire perdre de chance.

¹ Article L6311-1 (Code de la santé publique).

² Articles R6311-1* (Code de la santé publique).

► L'appel est reçu par un **assistant de régulation médicale (ARM)** - personnel non médical qui assiste le médecin régulateur - chargé de renseigner les éléments non médicaux (téléphone de l'appelant, adresse..) et le motif de recours. Dans les situations engageant le pronostic vital, l'ARM a la possibilité de mettre en œuvre une action réflexe avec engagement immédiat de moyens lourds (SMUR ou départ réflexe pompier) sans validation préalable par le médecin régulateur (qui en est informé dans un 2^e temps).

► L'appel est ensuite transmis au **médecin régulateur** qui analyse l'appel à son tour (motif de recours, contexte, symptômes décrits ou perçus, antécédents, demandes et attentes du patient). Au terme de cette analyse, le médecin régulateur peut délivrer un conseil médical simple, orienter le patient vers un médecin traitant, l'adresser vers le service d'urgences de proximité... Il est susceptible de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles (médecins généralistes, SMUR, ambulances) et si besoin, le Service départemental d'incendie et de secours, SDIS (pompiers).

En cas de pathologie grave nécessitant une médicalisation rapide, le SAMU déclenche l'intervention d'une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

Dans les cinq départements des Pays de la Loire, des **médecins libéraux** participent à la régulation dans le cadre de la Permanence des soins ambulatoires (PDSA), à côté des praticiens hospitaliers, au sein du centre 15.

► **L'acte de régulation médicale est une décision médicale** qui implique la responsabilité individuelle du médecin.

► Les départements des Pays de la Loire disposent tous d'un centre de réception et de régulation des appels, dont l'interopérabilité est en cours de déploiement (projet ARESA). Les cinq centres 15 de la région partagent dorénavant le même outil d'enregistrement des appels.

► En 2014, selon l'enquête SAE, près de 1,5 million d'appels ont été **présentés** aux centres 15 de la région. Les appels décrochés ont abouti à près de 800 000 **dossiers** différents : une même situation est en effet susceptible de générer plusieurs appels différents, lors d'un accident par exemple, les appels provenant de témoins distincts, ou parce que l'état de santé du patient évolue, parce que l'orientation proposée n'a pas abouti...

Globalement, dans les Pays de la Loire, les services d'urgences ont pris en charge au cours de l'année 2014 un nombre de patients (de l'ordre de 800 000) comparable au nombre de dossiers générés par les centres 15.

Ces deux « patientèles » ont la même importance numérique mais ne se recoupent que partiellement. En effet, selon l'enquête Drees (juin 2013/un jour donné), la majorité des patients (53 % dans les Pays de la Loire, 63 % en France) se rendent aux urgences de leur propre initiative sans avoir entrepris dans les 24 heures précédentes de démarche au sujet de leur état de santé (comme un appel au centre 15). Dans la région, environ 11 % des patients accèdent aux urgences sur avis du centre 15. Le pourcentage de personnes ayant contacté le centre 15 dans les heures précédant l'admission aux urgences est vraisemblablement plus important sans qu'il soit possible de le quantifier précisément.

Structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)

Missions

► Le **SMUR**³ a pour mission d'apporter 24h sur 24h, sur décision du médecin régulateur, les soins d'aide médicale urgente à l'aide d'une équipe d'intervention, en tous lieux. Le SMUR est engagé en intervention à la demande du SAMU territorialement compétent.

Chaque SMUR intervient sur un territoire théorique d'intervention qui lui est affecté et peut être déclenché en tant que de besoins par un SAMU voisin (lors de plans de secours ou de toute situation concernant de nombreuses victimes par exemple).

L'équipe médicale se déplace en général avec son propre véhicule. Une fois l'état du patient stabilisé, celui-ci est transporté par le moyen de transport disponible et le plus adapté. En fonction de ses besoins de soins, le patient est pris en charge directement par un plateau technique spécialisé (service de réanimation, unité neurovasculaire...), ou adressé au service des urgences.

► Les **Unités Mobiles Hospitalières** (UMH) sont les effecteurs du SMUR associant une équipe (comprenant légalement un médecin urgentiste, un infirmier et un conducteur ou pilote), un lot de matériel technique et médical de soins et de réanimation, et un vecteur (moyen terrestre, aérien ou maritime) [2].

► Une **mission (ou transport) primaire** correspond à la prise en charge médicale spécialisée et à l'éventuel transport du lieu de prise en charge jusqu'à l'établissement de santé d'un ou plusieurs patients. Une **mission secondaire** est un transport entre hôpitaux lorsqu'un patient nécessite des soins ou une surveillance médicale intensive pendant son trajet. Cette activité est dévolue le plus souvent aux SMUR situés aux sièges de SAMU.

► Une **antenne** SMUR est une UMH dépendant d'une SMUR installée hors de l'établissement de santé siège de cette SMUR. Cette antenne peut fonctionner de manière continue ou discontinue, en permanence ou saisonnière.

Le **SMUR pédiatrique** est un SMUR spécialisé dans la prise en charge et le transport sanitaire d'urgence des enfants y compris des nouveau-nés et des nourrissons.

SMUR des Pays de la Loire

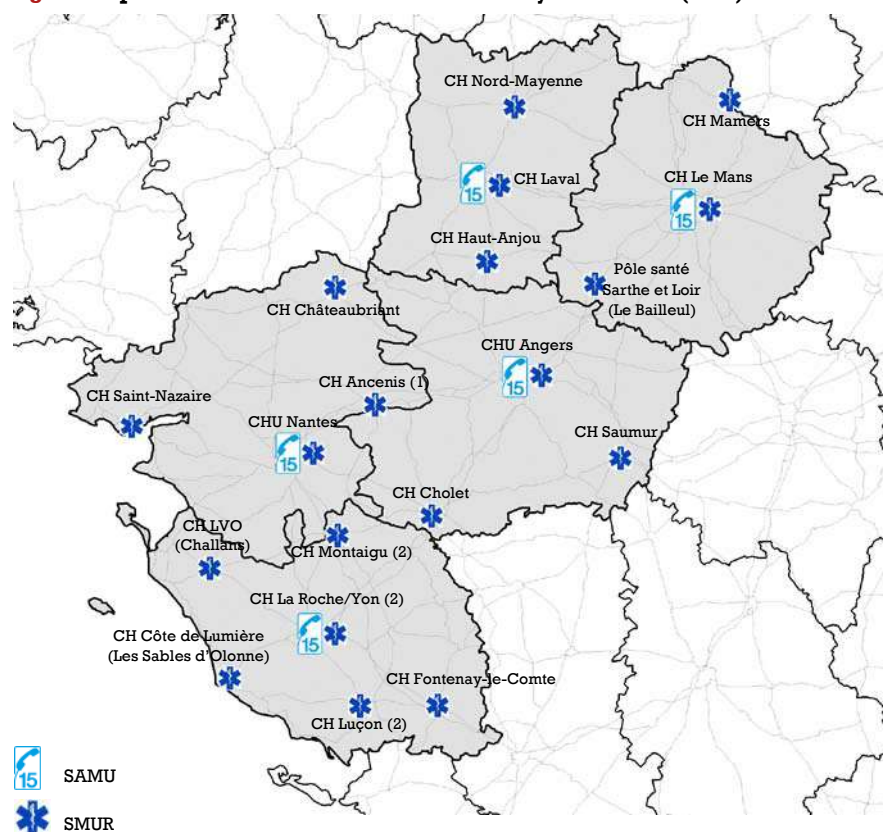
► Dans les Pays de la Loire, 19 établissements de santé disposent d'un SMUR, ou d'une antenne en 2015. Parmi ces établissements, le Centre hospitalier d'Ancenis dispose d'une antenne journalière du SMUR de Nantes depuis très récemment (novembre 2015) (**Fig1.1**).

Le SMUR pédiatrique régional est basé au CHU de Nantes (le CHU d'Angers et le CH du Mans ayant également une activité locale de SMUR pédiatrique).

► D'après l'enquête SAE, les SMUR de la région ont effectué 25 000 sorties en 2014, dont un peu plus de 800 sorties aériennes. Parmi les sorties terrestres, 77 % sont des sorties primaires, et 33 % des sorties secondaires.

³ Le Code de la santé publique (Articles R6123-2, 14^{***}) fait référence à une structure mobile d'urgence et de réanimation. Dans l'usage courant, il est plutôt fait référence à un service mobile d'urgence et de réanimation.

Fig 1.1 Implantation des SAMU et des SMUR en Pays de la Loire (2015)



Source : ORU Pays de la Loire

1. Le SMUR du Centre hospitalier d'Ancenis est une antenne du SMUR du CHU de Nantes. Il assure un accueil en journée, 7 jours sur 7.

2. Les Centres hospitaliers de La Roche-sur-Yon, Montaigu et Luçon dépendent de la même entité juridique.

Services d'urgences (SU)

Missions

Les SU hospitaliers ont pour mission d'organiser l'accueil, l'orientation et la prise en charge des patients, 24h/24h, 7 jours sur 7, à toute période de l'année, que ce soit pour des pathologies graves ou pour des situations médicales « inopinées » (petite traumatologie par exemple).

Dans la mesure où ils doivent prendre en charge des flux continus de patients, les SU sont amenés à travailler étroitement avec les structures en amont (aide médicale urgente, transports sanitaires...), et surtout en aval, pour la préparation des sorties.

De manière générale, les services d'urgences font face, plus ou moins fréquemment, à des pics d'activité et connaissent une croissance régulière de leur activité, qui nécessitent une organisation fortement structurée, susceptible de s'adapter à des situations de forte tension. Longtemps considérés comme les parents pauvres de l'organisation hospitalière, les services d'urgences se sont progressivement professionnalisés, leurs moyens humains et matériels ayant été considérablement renforcés.

La médecine d'urgence s'affirme aujourd'hui comme une spécialité médicale à part entière, notamment par la production d'un référentiel métier qui en décline les différentes composantes, et par la création du diplôme d'études spécialisées (DES) de médecine d'urgence qui en définit le cursus de formation hospitalo-universitaire.

Les autorisations d'exercer la médecine d'urgence sont délivrées par l'Agence régionale de santé (ARS) (Articles R6123-1 à 12 notamment, Code de la santé publique).

Financement

► Le financement des activités des services d'urgences est composé de trois parties : le **forfait annuel des urgences (FAU)**, le **forfait d'accueil et de traitement des urgences (ATU)**, et une rémunération variable calculée en fonction des **actes**.

Le FAU est un financement global, destiné à couvrir les charges fixes (personnel, matériels...) du service d'urgences. Ce forfait est fonction du volume d'activité du service. Il est versé par l'ARS.

L'ATU est un financement forfaitaire versé par l'assurance maladie, pour chaque passage aux urgences d'un patient retournant ensuite à son domicile (ainsi le nombre d'ATU d'un service d'urgences n'est pas synonyme du nombre de passages dans ce service). Les ATU visent à couvrir les dépenses résultant de l'admission et du traitement des patients accueillis dans les services d'urgences. Ils sont identiques pour tous les types de soins. Lorsqu'un patient est reconvoqué (ablation de fils, de plâtres, etc.), un deuxième ATU ne peut lui être facturé.

Les services d'urgences facturent en sus à l'assurance maladie les actes médicaux de soins, et les examens complémentaires (imagerie, biologie ...), selon les nomenclatures en vigueur (NGAP, CCAM). Les soins infirmiers (AMI) ne sont pas facturables.

► Lorsque les patients sont hospitalisés suite à leur passage aux urgences, les forfaits ATU ne sont pas versés, et la facturation des actes s'effectue selon d'autres modalités (dans ce cas, et en complément du FAU, les coûts de soins réalisés aux urgences sont intégrés dans le tarif forfaitaire du groupe homogène de séjours (GHS) dont relève le patient).

► Durant leur séjour aux urgences, les patients peuvent être admis dans une **unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)**, au sein du service d'urgences, souvent appelée lits-portes⁴. En matière de facturation, une UHCD a exactement le même statut qu'une unité fonctionnelle d'hospitalisation (facturation à la pathologie). Lorsqu'un patient est hospitalisé en UHCD, l'établissement ne peut facturer à l'assurance maladie ni le forfait ATU, ni les actes liés à ce passage. La tarification s'effectue selon les bases habituelles du PMSI en groupe homogène de séjours (GHS).

Services d'urgences des Pays de la Loire

Dans la région des Pays de la Loire, on dénombre 30 points d'accueil (2015), dont 3 unités d'urgences pédiatriques (CHU de Nantes et Angers, Centre hospitalier du Mans), autorisés par l'Agence régionale de santé (ARS), pour exercer une activité d'urgences hospitalières et bénéficier des moyens financiers alloués à ce type de structures. Ces points d'accueil sont répartis dans 27 établissements différents, dont cinq privés (**Fig1.2 et 1.3**).

Selon l'enquête SAE, les services d'urgences de la région disposent de 220 lits d'UHCD en 2014, 196 pour les urgences adultes, et 24 pour les urgences pédiatriques. Ils emploient 238 médecins en moyenne sur l'année (ETP), dont 17 pédiatres et 7 psychiatres (2014). Les effectifs non médicaux représentent 933 emplois (ETP), dont 32 cadres de santé, 636 infirmiers et 413 aides-soignants.

⁴ Les données issues des RPU n'intègrent pas les prises en charge effectuées dans le cadre des UHCD.

Fig 1.2 Établissements et services d'urgences des Pays de la Loire (2015)

Département	Ville	Établissements (n=27)	Statut	Services d'urgences (n=30)
Loire-Atlantique	Nantes	CHU de Nantes	Public	Urgences pédiatriques
				Urgences adultes
		Nouvelles cliniques nantaises (NCN)	Privé	Urgences générales
		Clinique Jeanne d'Arc (1)	Privé	Urgences Mains
	Saint-Nazaire	Centre hospitalier de Saint-Nazaire	Public	Urgences générales
	Châteaubriant	Centre hospitalier de Châteaubriant	Public	Urgences générales
	Ancenis	Centre hospitalier d'Ancenis	Public	Urgences générales
Maine-et-Loire	Angers	CHU d'Angers	Public	Urgences pédiatriques
				Urgences adultes
		Clinique de l'Anjou	Privé	Urgences générales
	Cholet	Centre hospitalier de Cholet	Public	Urgences générales
	Saumur	Centre hospitalier de Saumur	Public	Urgences générales
Mayenne	Laval	Centre hospitalier de Laval	Public	Urgences générales
	Mayenne	Centre hospitalier du Nord-Mayenne	Public	Urgences générales
	Château-Gontier	Centre hospitalier du Haut-Anjou	Public	Urgences générales
Sarthe	Le Mans	Centre hospitalier du Mans	Public	Urgences pédiatriques
				Urgences adultes
		Centre médico-chirurgical du Mans (CMCM)	Privé	Urgences générales
	Château-du-Loir	Centre hospitalier de Château-du-Loir	Public	Urgences générales
	Saint-Calais	Centre hospitalier de Saint-Calais	Public	Urgences générales
	La Ferté-Bernard	Centre hospitalier de La Ferté-Bernard	Public	Urgences générales
	Le Bailleul	Pôle Santé Sarthe et Loir (PSSL)	Public	Urgences générales
	Mamers	Centre hospitalier de Mamers (2)	Public	Urgences générales
Vendée	La Roche-sur-Yon	Centre hospitalier départemental Vendée (3)	Public	Urgences générales
			Clinique Saint-Charles	Privé
	Luçon	Centre hospitalier départemental Vendée (3)	Public	Urgences générales
	Montaigu	Centre hospitalier départemental Vendée (3)	Public	Urgences générales
	Challans	Centre hospitalier Loire-Vendée-Océan (LVO)	Public	Urgences générales
	Les Sables d'Olonne	Centre hospitalier Côte de Lumière	Public	Urgences générales
	Fontenay-le-Comte	Centre hospitalier de Fontenay-le-Comte	Public	Urgences générales

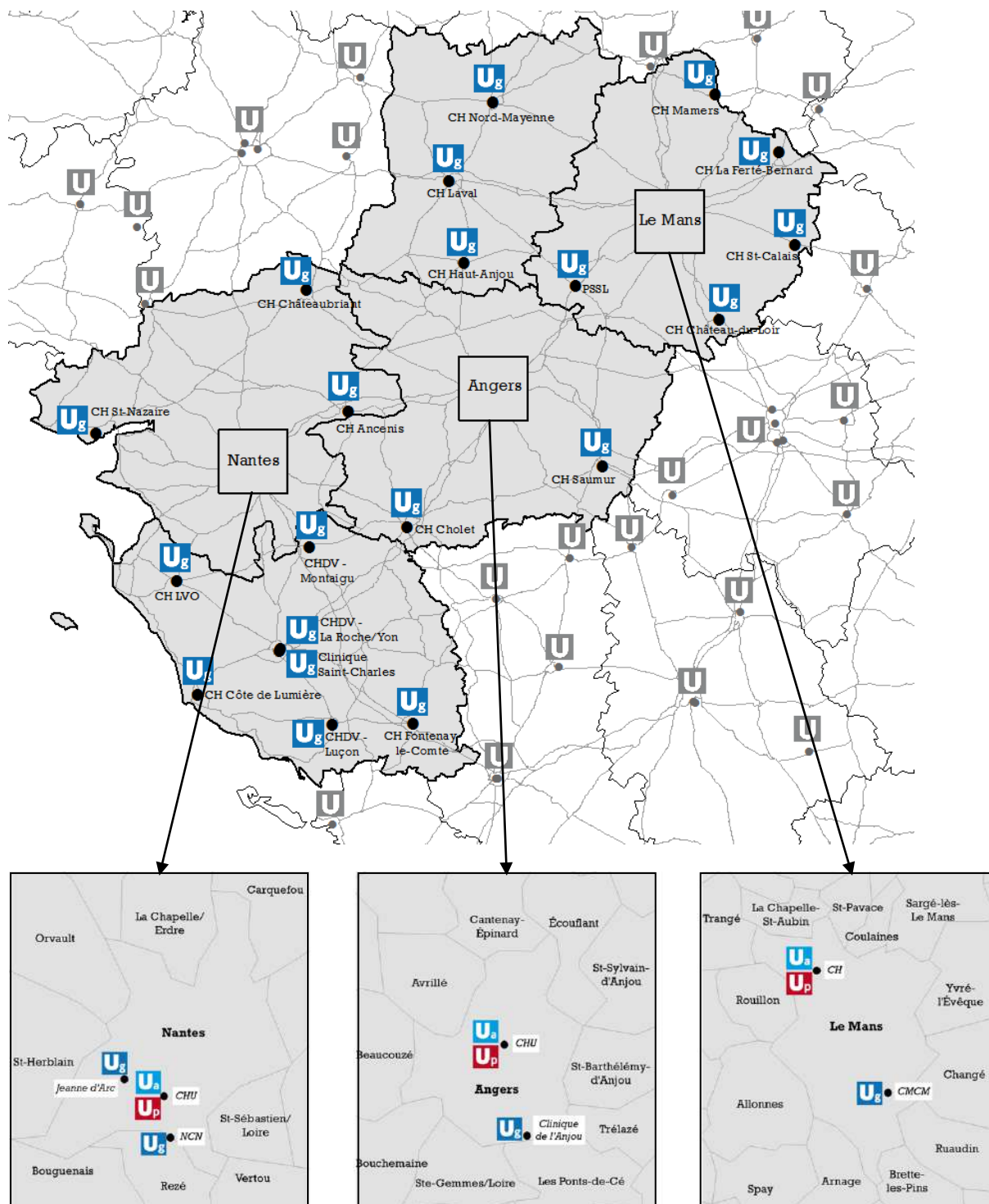
Source : ORU Pays de la Loire

1. La clinique Jeanne d'Arc (urgences spécialisées de la main) ne dispose pas d'une autorisation de l'ARS en tant que service d'urgences. Elle fait partie toutefois du réseau des services d'urgences de la région, dans le cadre d'une convention avec le CHU de Nantes.

2. Le Centre hospitalier de Mamers est rattaché au Centre hospitalier d'Alençon, situé dans la région Normandie. En 2015, les RPU de cet établissement n'étaient pas transférés sur le concentrateur régional des Pays de la Loire ; les données d'activité décrites au chapitre 3 ne prennent donc pas en compte l'activité de cet établissement.

3. Les Centres hospitaliers de La Roche-sur-Yon, Luçon et Montaigu appartiennent à la même entité juridique (Centre hospitalier départemental Vendée).

Fig1.3 Services d'urgences des Pays de la Loire et des départements limitrophes (2015)



Légende

- Service d'urgences générales des Pays de la Loire
- Service d'urgences adultes des Pays de la Loire
- Service d'urgences pédiatriques des Pays de la Loire
- Ville des départements limitrophes disposant d'un service d'urgences

Source : ORU Pays de la Loire

1.4. ORU Pays de la Loire

Présentation

► Les services d'urgences ayant une activité autorisée par l'Agence régionale de santé doivent désormais collecter, pour chaque personne qui y passe, un certain nombre de données selon un format standardisé, le résumé de passages aux urgences (RPU) [3].

Afin d'améliorer la qualité de ce recueil et d'assurer l'analyse des données ainsi collectées par les services d'urgences des Pays de la Loire, l'Agence régionale de santé (ARS) a mis en place un Observatoire régional des urgences (ORU) à la fin de l'année 2014.

L'ORU des Pays de la Loire a été créé en s'appuyant sur les compétences déjà existantes dans la région, et notamment sur celles de l'Observatoire régional de la santé (ORS) et du Groupement de coopération sanitaire (GCS) e-santé. L'ORS assure la coordination technique de l'ORU, ainsi que l'exploitation et le partage des données collectées. Le GCS e-santé a notamment en charge l'organisation des transmissions des données issues des RPU, extraites des différents systèmes d'informations des établissements, vers le concentrateur régional.

L'ensemble des services d'urgences des Pays de la Loire qui sont amenés à produire et transmettre des RPU font partie de l'ORU.

Le pilotage de l'ORU est assuré par un groupe technique régional (GT-ORU) composé de l'Observatoire régional de la santé (ORS), qui en assure l'animation, du GCS e-santé, de l'ARS et de la Cire, cellule d'intervention en région de l'Institut de veille sanitaire (InVS, devenu Santé publique France à compter du 1^{er} mai 2016).

L'ORU est installé dans les locaux de l'ORS.

► Au sein de l'ARS, l'ORU est sous la responsabilité du Dr Jacques Denis-Laroque, conseiller médical au sein de la Direction de la prévention et de la protection de la santé (DPPS), dirigée par le Dr Christophe Duvaux.

► L'ORS est un organisme scientifique indépendant créé au début des années 1980, qui contribue à l'observation de la santé à travers la production de connaissances sur l'état de santé des habitants de la région et les différents facteurs qui le déterminent. Au sein de l'ORS, les travaux relatifs à l'ORU sont assurés par François Tuffreau (Dr Jean-François Buyck à compter du 1^{er} avril 2016), chef de projet, et Françoise Lelièvre, technicienne chargée des traitements de la base RPU, sous la responsabilité du Dr Anne Tallec, directrice de l'ORS. Le Dr Mélanie Goument, praticien hospitalier, urgentiste au CHU de Nantes, est mise à disposition de l'ORS, à temps partiel, pour apporter une compétence métier.

► Le GCS e-santé Pays de la Loire a été créé en juillet 2011, afin de répondre aux problématiques régionales de déploiement de Systèmes d'Informations partagés au bénéfice des professionnels de santé et du médico-social dans la région. Les questions relatives à l'ORU sont sous la responsabilité d'Anthony Lehee, chef de projet, sous la responsabilité de François Tesson, directeur du GCS e-santé.

► La Cire Pays de la Loire assure les missions en région de Santé publique France, tout en apportant à l'ARS une expertise scientifique opérationnelle, disponible et réactive, pour la veille et l'alerte sanitaire. Depuis 2004, les données issues des RPU alimentent quotidiennement le réseau OSCOUR®, mis en place pour contribuer à la surveillance épidémiologique, à la veille et aux alertes sanitaires. Ce réseau est intégré dans le dispositif SURSAUD® qui prend en compte, outre les données réseau OSCOUR®, celles provenant des associations SOS Médecins, et les données de mortalité (Insee-INSERM CépiDC) [4]. Le Dr Bruno Hubert, responsable de la Cire, et Noémie Fortin, épidémiologiste, participent aux travaux de l'ORU.

Activité 2015

Le GT-ORU, chargé du pilotage de l'ORU, s'est réuni à trois reprises en 2015, les 2 février, 1^{er} juillet, et 5 octobre.

L'activité de l'ORU s'est construite tout au long de l'année autour des axes suivants :

- . analyses qualité,
- . tableaux de bord trimestriels,
- . espace collaboratif,
- . rencontres avec les services d'urgences.

Analyses qualité

L'ORU a axé ses premiers travaux sur l'analyse du contenu des RPU transmis sur le concentrateur régional, afin d'identifier les points forts et les limites des données collectées, et d'engager une démarche qualité conjointement avec les établissements (voir chapitre 2).

Tableaux de bord trimestriels

Une des priorités de l'ORU a été d'organiser un retour d'information aux services d'urgences qui, pour un certain nombre d'entre eux, ne disposaient d'aucun « miroir » des informations transmises sur le concentrateur régional.

L'ensemble des services d'urgences sont ainsi destinataires chaque trimestre d'un tableau de synthèse qui rassemble les principaux indicateurs de suivi-qualité, avec une comparaison de la situation des établissements des Pays de la Loire entre eux.

Ce tableau de bord est diffusé auprès d'environ 200 destinataires dans la région :

- les directeurs et chefs de service des urgences des 26 établissements de santé qui transmettent des RPU sur le concentrateur régional,
- les personnes autorisées, au sein de chaque établissement, à accéder à l'espace collaboratif de l'ORU (voir ci-après),
- les membres du GT-ORU.

Espace collaboratif

L'ORU a ouvert en novembre 2015 un espace collaboratif destiné à partager les informations produites, grâce à un outil mis à disposition par le GCS e-santé.

Cet espace, accessible via le site www.oru-paysdelaloire.fr, rassemble différents documents techniques organisés de la façon suivante :

- A - Tableaux de bord trimestriels
- B - Panorama
- C - Autodiagnostic qualité par établissement
- D - Groupe technique régional
- E - Réunions plénières ORU
- F - Outils
- G - Sécurité et confidentialité des données
- H - Analyses à la demande

Chaque établissement a été sollicité pour désigner les différents correspondants autorisés à accéder à cet espace de partage.

Rencontres avec les services d'urgences

Le GT-ORU a réuni deux fois les services d'urgences de la région en 2015 (25-27 mars et 5 novembre) : une première réunion pour présenter l'ORU, et une deuxième pour restituer les résultats du bilan qualité.

FÉDORU (Fédération nationale des ORU)

Les ORU et structures ayant une activité similaire ont créé le 8 octobre 2013 une fédération nationale, la FÉDORU.

Les objectifs de cette structure, de statut associatif, sont les suivants :

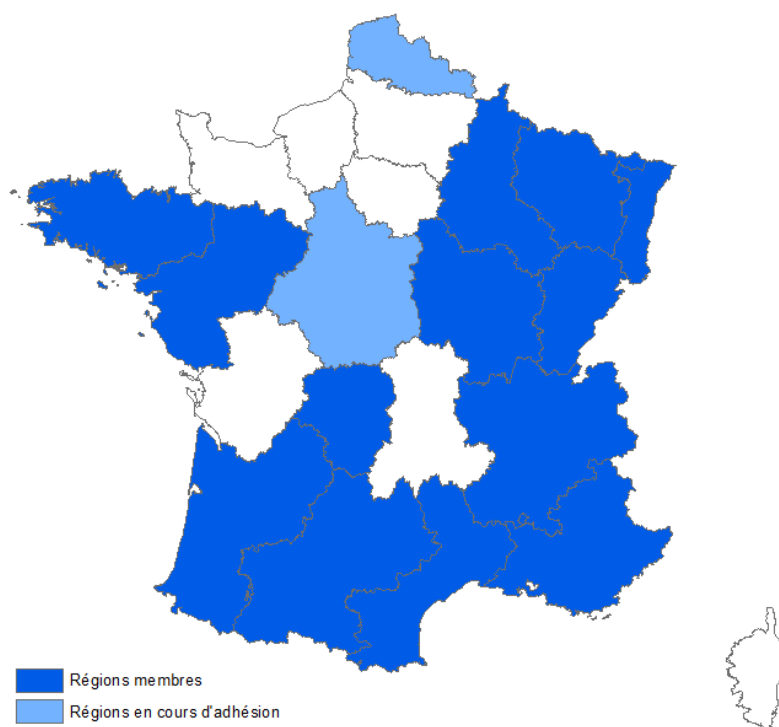
- promouvoir les observatoires régionaux des urgences et les structures ayant une activité similaire,
- promouvoir toutes les actions visant à améliorer la connaissance sur les soins de premiers recours,
- partager les expertises dans le domaine du recueil, de l'analyse et de l'évaluation de la qualité des données relatives à l'activité des urgences,
- assurer toutes les actions de représentations pour ce domaine d'expertise.

Les statuts, missions et organisation des ORU sont très différents d'une région à l'autre, et toutes les régions ne disposent pas encore d'un ORU (**Fig1.4**).

L'ORU des Pays de la Loire est officiellement membre de la FÉDORU depuis le 14 janvier 2016.

La FÉDORU a publié en 2015 le premier Panorama des ORU, qui rassemble, les principaux indicateurs d'activité des différents ORU au plan national [5].

Fig1.4 Régions avec ORU membre de la FÉDORU en avril 2016



Source : FÉDORU

2

**ANALYSES QUALITÉ
DE LA BASE DES RPU**

2. Analyses qualité de la base des RPU

2.1. Contenu et circuit de transmission des RPU

Contenu des résumés de passage aux urgences (RPU)

Le parcours des patients au sein des SU peut être décomposé en huit étapes :

1. l'arrivée aux urgences,
2. l'inscription administrative,
3. l'évaluation et le tri initial,
4. l'examen médical en box,
5. les éventuels examens complémentaires (biologiques/radiologiques) et avis spécialisés,
6. les éventuels actes de soins,
7. l'hospitalisation éventuelle dans une unité de soins de courte durée (UHCD) aux urgences,
8. la préparation de la sortie, vers le domicile ou dans un service hospitalier, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement.

L'arrêté du 24 juillet 2013 détermine le contenu des 18 items qui composent le RPU (un descriptif de ces informations et de leurs modalités de codage est présenté en annexe 2). Les items peuvent être regroupés de la manière suivante :

- . **Caractéristiques démographiques des patients** : date de naissance, sexe, code postal de résidence, commune de résidence,
- . **Horodatage** : date et heure d'entrée aux urgences, date et heure de sortie,
- . **Mouvements** : mode d'entrée, provenance, mode de transport, mode de prise en charge durant le transport, mode de sortie, destination, orientation,
- . **Prises en charge** : motifs de recours aux urgences, classification Clinique des Maladies aux Urgences (CCMU), diagnostic principal, diagnostics associés, actes CCAM.

La plupart des étapes du parcours de soins sont retranscrites dans le RPU, à l'exception :

- de l'heure d'arrivée aux urgences (seule l'heure d'inscription administrative étant enregistrée dans le RPU). A noter que l'heure de première identification médicale (examen médical en box) est prise en compte dans le cahier des charges régional mais pas au plan national [3], [6] ;
- de la prise en charge dans le cadre d'une hospitalisation en UHCD (le passage du patient dans ce type d'unité clôturant de fait le RPU).

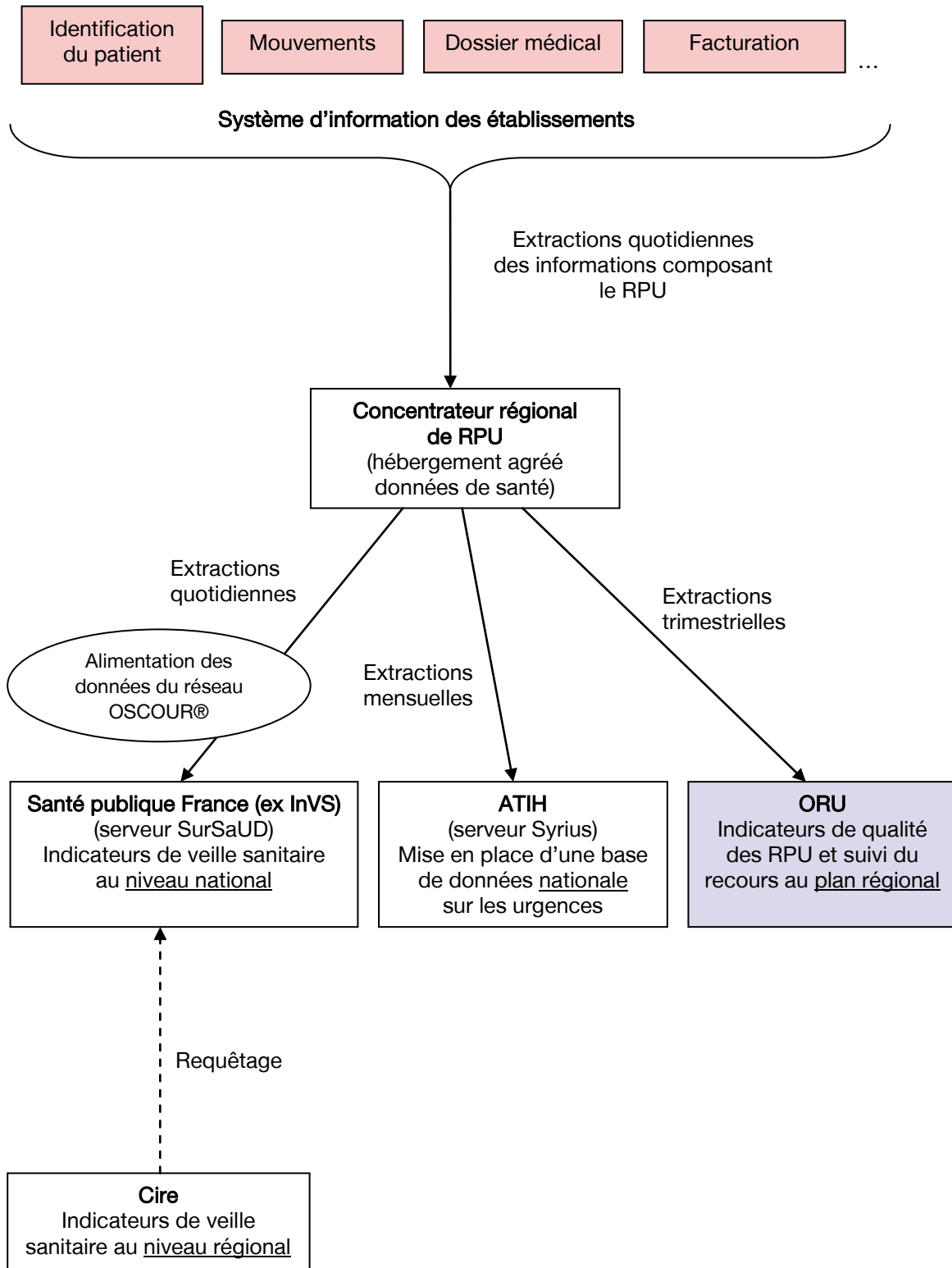
Circuit de transmission des données

La transmission des RPU s'effectue **quotidiennement**, de manière automatique, par les services d'urgences, vers un concentrateur régional, sur un site respectant les contraintes propres aux « données de santé ». L'ORU dispose en retour, tous les trois mois, d'une copie de ces données qui sont à la base de ce rapport et des tableaux de bord qualité produits trimestriellement.

Une fois parvenues sur le concentrateur régional, les données des établissements sont transmises, elles aussi de manière automatique, quotidiennement vers Santé publique France (ex InVS) pour alimenter OSCOUR®, et mensuellement à l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation).

La Cire accède à ces données (J+1), sur le serveur de Santé publique France dédié à OSCOUR®, après un certain nombre de sélections et de tris effectués par le département de l'institut ayant en charge ce système.

Fig 2.1 Circuit de transmission et accès aux données relatifs aux RPU (2015)



2.2. Méthodologie et conduite de la démarche qualité

La première mission de l'ORU des Pays de la Loire a été de conduire une analyse de la qualité des informations contenues dans les RPU, et de la manière dont ces informations ont été produites.

Méthodes d'analyses qualité (indicateurs)

Trois niveaux de contrôle qualité ont été mobilisés pour évaluer la qualité de chaque item des RPU : exhaustivité, exploitabilité, qualité.

- ▶ Le taux d'exhaustivité correspond au taux de remplissage : il est égal au nombre de RPU pour lesquels une information est renseignée pour l'item, divisé par le nombre total de RPU transmis⁵.
- ▶ Le taux d'exploitabilité correspond au taux de « bon » remplissage : il est égal au nombre de RPU pour lesquels l'information renseignée pour l'item est conforme au cahier des charges [6], divisé par le nombre total de RPU transmis⁶.
- ▶ La qualité des informations est ensuite appréciée par des comparaisons entre établissements. Cette comparaison laisse parfois apparaître des répartitions atypiques qui reflètent le plus souvent un problème de transcodage entre l'information contenue dans le système d'information de l'établissement et celle transmise sur le concentrateur régional.

Conduite d'autodiagnostic qualité dans les établissements

L'ORU a élaboré au début de l'année 2015 une méthodologie pour conduire des évaluations qualité auprès de chaque service d'urgences, qui a été présentée lors de la première réunion de l'ORU en mars 2015.

Cette démarche comprenait cinq étapes :

- a. Établissement d'un premier contact avec chaque SU, de manière à présenter la démarche et à identifier les différents correspondants au sein de l'établissement susceptibles de contribuer à cette évaluation : médecins urgentistes, mais aussi responsables de systèmes d'information, médecins DIM, cadre de santé, directeur d'établissement, directeur des soins,
- b. Envoi à chaque SU de son tableau de bord qualité, contenant différents indicateurs qualité de la base RPU de l'établissement du 1^{er} trimestre 2015, avec des comparaisons avec la situation régionale,
- c. Programmation de réunions téléphoniques avec le ou les correspondants de l'établissement,
- d. Réalisation de l'autodiagnostic proprement dit, qui se déroule par téléphone (une heure environ), les membres de l'ORU et de l'établissement analysant en commun les difficultés rencontrées et recherchant les solutions susceptibles d'y remédier,
- e. Rédaction par l'ORU d'un compte-rendu succinct, avec les principaux constats, adressé à l'établissement pour validation.

Ces autodiagnostic qualité ont été conduits dans 21 établissements différents. Un bilan a été présenté aux SU lors de la réunion de l'ORU de novembre 2015. Cinq Centres hospitaliers n'ont pas bénéficié de cet autodiagnostic en 2015 : Châteaubriant, Château-Gontier, La Ferté-Bernard, Château-du-Loir, Saumur.

⁵ Méthodologie FÉDORU.

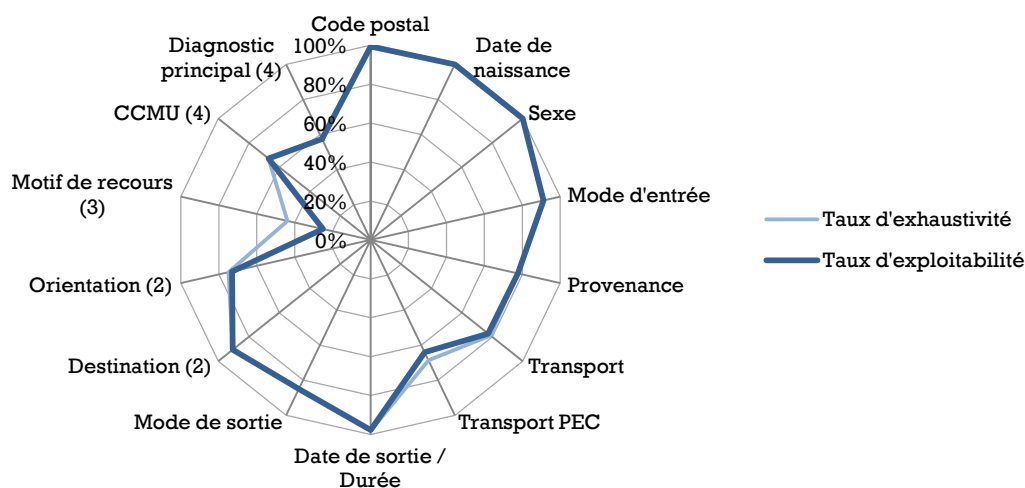
⁶ Méthodologie FÉDORU, qui utilise également un indicateur appelé « Taux de conformité » nombre de RPU pour lesquels l'information renseignée pour l'item est conforme au cahier des charges, divisé par le nombre de RPU avec une information renseignée pour cet item.

2.3. Bilan qualité

Principaux résultats

Le graphique ci-dessous (**Fig 2.2**) présente le taux d'exhaustivité et d'exploitabilité de chacun des items issus des RPU. De manière générale, le taux d'exhaustivité est très satisfaisant pour les variables démographiques (proche de 100 %) mais beaucoup moins pour les diagnostics principaux, les codes CCMU, le mode de transport...

Fig2.2 Radar d'exhaustivité et d'exploitabilité des items du RPU (1) (4^e trimestre 2015)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

1. tous les passages aux urgences ne donnent pas lieu à la réalisation d'actes, ou à la spécification de diagnostics associés. Les items Actes et Diagnostics associés ne sont donc pas inclus dans cette analyse.

2. Parmi les RPU avec mode de sortie transfert ou mutation.

3. Hors RPU avec orientation 'fugue', 'parti sans attendre'.

4. Hors RPU avec orientation 'fugue', 'parti sans attendre' et 'réorientation'.

Les analyses qualité, menées tout au long de l'année 2015, mettent en lumière un certain nombre de constats convergents, que l'on peut résumer ainsi.

Données démographiques

► De manière générale, les caractéristiques démographiques et de domiciliation des patients (âge, sexe, code postal de domicile, commune de domicile) sont très bien renseignées, avec très peu de valeurs manquantes.

Mouvements des patients

► De nombreuses anomalies ont été constatées dans l'enregistrement des modalités d'entrée et de sortie des patients, à la fois en terme de complétude et d'interface.

► Les mouvements (provenance et destination) des patients en Ehpad ou en foyers pour personnes handicapées sont très mal, voire pas du tout enregistrés.

Selon l'enquête Drees 2013, 3 % des patients proviennent d'un établissement médico-social (maisons de retraite et foyers pour handicapés) en Pays de la Loire, mais ce pourcentage est beaucoup plus important pour les 75 ans et plus (12 %). Le nombre de passages aux urgences de patients en provenance des maisons de retraite est pourtant un indicateur particulièrement pertinent de la qualité du parcours de soins des patients âgés.

► L'enregistrement des mouvements de sortie s'effectue à partir de trois variables des RPU « mode de sortie », « destination », « orientation ».

Fig2.3 Enregistrement des données relatives aux conditions de sortie

Variables	Valeurs
Mode de sortie	Mutation, transfert, domicile, décès
Destination	MCO, SSR, SLD, PSY, HAD, EMS (établissement médico-social)
Orientation	Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), hospitalisation d'office (HO), surveillance continue (SC), soins intensifs (SI), réanimation (REA), hospitalisation dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), médecine (MED), chirurgie (CHIR), obstétrique (OBST), fugue, parti sans attendre (PSA), sortie contre avis médical (SCAM), réorientation (REO).

Dans plusieurs établissements, le croisement de ces différentes variables, liées entre elles, fait apparaître de nombreuses incohérences.

Horodatage et durées de passage

► L'enregistrement de l'heure de sortie des urgences est effectué de manière incorrecte dans plus du quart des établissements. Cette information est parfois générée de manière automatique, sans lien avec l'heure réelle de sortie, ou avec un retard de plusieurs heures.

Informations cliniques et actes

► Le RPU contient cinq informations dont le recueil nécessite une expertise médicale : motifs de recours, CCMU, diagnostics principaux, diagnostics associés, actes.

Les taux d'exhaustivité des trois premières informations (motif de recours : 44 % ; CCMU : 67 % ; diagnostics principaux : 58 %) doivent pouvoir être améliorés afin de se rapprocher de 100 %. Concernant les diagnostics associés (7 %) et les actes (34 %), il est difficile de fixer un objectif global à atteindre étant donné que tous les passages aux urgences ne donnent pas lieu à la spécification de diagnostics associés ou à la réalisation d'actes.

Les systèmes d'information des services d'urgences

Des insuffisances propres aux systèmes d'information

► Pour l'essentiel, les anomalies constatées sont imputables aux systèmes d'information eux-mêmes :

- . non prise en compte des nomenclatures officielles, ou prise en compte partielle,
- . erreurs d'interface (la variable est codée correctement dans le logiciel métier, mais la transcription sur le concentrateur régional est incorrecte),
- . absence d'outils, ou outils obsolètes d'aide au codage des diagnostics,
- . items non proposés (provenance, destination pour les établissements médico-sociaux).

Par ailleurs, certains systèmes d'information ne sont pas en mesure de fournir aux utilisateurs une image des données transmises.

Une extrême dispersion des logiciels utilisés, et de leur paramétrage

► Suite au recensement des logiciels utilisés par les services d'urgences effectué lors du bilan qualité 2015, dix logiciels différents ont été identifiés, dans les 21 sites dans lesquels les autodiagnostic ont été réalisés : Urqual (7), Resurgence (3), Dxcare (3), Emed (2), Cora, DMU, Osiris, Medqual, Millenium, Sigems. Ce recensement est cependant incomplet car la production des RPU mobilise en réalité plusieurs logiciels, interconnectés entre eux - logiciel de gestion des admissions, logiciel métier, dossier médical informatisé, voir logiciel de facturation (pour les actes).

Certains de ces logiciels sont déployés auprès d'un nombre souvent limité d'établissements, dans les Pays de la Loire comme dans les autres régions de France [7]. Le modèle économique des sociétés qui assurent leur développement est parfois fragile, et certains établissements peuvent éprouver des difficultés à obtenir les aménagements qu'ils souhaitent.

Par ailleurs, le paramétrage du recueil d'informations et notamment le choix de rendre obligatoire la saisie de certains items des RPU (champs dits « bloquants ») est variable selon les services d'urgences, et peut également évoluer dans le temps.

L'impact de la performance des logiciels sur le temps consacré aux tâches de saisie est insuffisamment pris en compte

► Les services hospitaliers partagent tous les contraintes liées à l'enregistrement des données administratives, la gestion du dossier médical, la traçabilité des actes et du parcours de soins des patients, ou la facturation. Ces contraintes pèsent particulièrement pour les services d'urgences, en raison notamment de périodes de pics d'activité.

Les problèmes d'ergonomie des logiciels constatés peuvent nuire à la qualité de l'information produite dans les RPU, mais impactent aussi la disponibilité des médecins et des autres professionnels pour les autres tâches soignantes.

Ces questionnements ne concernent pas que la France, comme en témoigne un article paru dans le *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, qui fait état de l'importance du temps médical consacré à la saisie des données dans les hôpitaux américains. Aux États-Unis, des « scribes médicaux » sont ainsi employés par les établissements de santé, pour décharger les praticiens de ces tâches [8].

Toutefois, ce constat empirique n'est pas suffisant, et une réflexion plus approfondie semble nécessaire pour conforter ces jugements, et rechercher des solutions susceptibles d'améliorer à court terme les systèmes d'information des services d'urgences.

Contribution à la connaissance épidémiologique

► Actuellement, les RPU ont trois fonctions principales :

- . alimenter les systèmes de surveillance et d'alerte (Cire/Santé publique France),
- . analyser l'activité des services d'urgences, notamment en termes de variations temporelles et d'identification des périodes « en tension »,
- . contribuer à la connaissance du parcours de soins des patients.

Mais les RPU peuvent aussi contribuer à renforcer la connaissance de l'épidémiologie des accidents domestiques, de travail, de la circulation notamment... 30 à 40 % des passages aux urgences ayant une origine traumatologique. La version actuelle des RPU offre la possibilité d'enregistrer les circonstances de l'accident, à l'origine du recours aux urgences, dans la variable « diagnostics associés ». Cette variable reste peu renseignée actuellement. Une nouvelle version de la classification des « motifs de recours », à l'étude (SFMU), devrait toutefois faciliter leur prise en compte.

2.4. Plan qualité 2016

Suite aux diagnostics qualité conduits avec les établissements, un plan qualité a été élaboré et discuté lors d'une réunion de l'ORU associant les services d'urgences, à Angers, le 5 novembre 2015.

Ce plan qualité comprend trois axes prioritaires :

- . transmettre la totalité des RPU sur le concentrateur régional,
- . améliorer la qualité des RPU,
- . favoriser l'accès aux données.

Transmettre la totalité des RPU sur le concentrateur régional

L'objectif prioritaire de l'ORU est de parvenir le plus rapidement possible à ce que l'ensemble des établissements transmettent leurs données quotidiennement sur le concentrateur.

En 2015, les défauts de transmission des données concernaient 5 des 30 services d'urgences de la région (urgences générales des Centres hospitaliers de Château-Gontier, Châteaubriant, Mamers ; urgences mains de la Clinique Jeanne d'Arc ; urgences pédiatriques du Centre hospitalier du Mans).

Depuis la fin du premier trimestre 2016, la situation s'est nettement améliorée et les RPU de la totalité des services d'urgences de la région sont maintenant transmis, ou en voie de l'être, sur le concentrateur régional :

- le Centre hospitalier de Château-Gontier est passé en phase de production et transmet dorénavant les RPU en routine,
- les problèmes techniques relatifs aux transmissions des données de la Clinique Jeanne d'Arc et du service d'urgences pédiatriques du Mans sont résolus,
- les RPU du Centre hospitalier de Châteaubriant ne sont toujours pas transmis en routine sur la plateforme régionale, mais un nouveau logiciel permettant ce transfert quotidien sera déployé en 2016,
- concernant les RPU du service d'urgences générales du Centre hospitalier de Mamers, rattaché au Centre hospitalier d'Alençon (région Normandie), l'éditeur est dorénavant en mesure de distinguer les flux, par n° finess d'établissement. Ceci devrait permettre d'isoler, dans le courant de l'année 2016, les RPU produits par le Centre hospitalier de Mamers et de les transmettre également vers le concentrateur de la région Pays de la Loire.

Améliorer la qualité des données des RPU

Le deuxième objectif du plan qualité 2016 est d'améliorer la qualité des données.

Sept objectifs prioritaires ont été retenus qui nécessitent, dans de nombreux cas, l'intervention des services informatiques des établissements (voire des éditeurs) pour corriger les défauts d'exhaustivité ou de qualité des données, pour les variables :

- . « provenance » et « destination » EMS,
- . « mode de transport »,
- . « diagnostic principal »,
- . « actes »,
- . « CCMU »,
- . « modes de sortie/destination/orientation »,
- . « heure de sortie ».

Faciliter l'accès aux données

Un des moyens de l'ORU pour améliorer la qualité des données est de développer et faciliter leur utilisation. Comme indiqué précédemment, l'ORU met à disposition des SU différents outils collaboratifs :

- . tableaux de bord qualité trimestriels,
- . espace collaboratif,
- . panorama annuel,
- . analyses à la demande.

► Le contenu du **tableau de bord trimestriel** intégrera en 2016 des données sur les actes.

► **L'espace collaboratif** de l'ORU s'enrichira en 2016 de nouveaux documents : panorama 2015, tableaux de bord trimestriels, diagnostics qualité...

► Lors de la réunion de l'ORU de novembre 2015, des règles ont été adoptées afin de déterminer les modalités selon lesquelles l'ORU est autorisé à effectuer des **traitements à la demande** de la base des RPU.

La règle suivante a été adoptée pour les demandes d'exploitations de données auprès de l'ORU : *pour chaque demande effectuée auprès de l'ORU, celui-ci, après une étude de faisabilité, informera l'ensemble des correspondants du contenu de la demande, et de sa faisabilité (délai de réalisation notamment). En l'absence d'opposition d'un membre, sous sept jours ouvrés, les traitements seront effectués, et les résultats mis à disposition de l'ensemble des membres dans le répertoire « Analyses à la demande » de l'espace collaboratif.*

► Enfin, une réflexion a été engagée fin 2015 par l'ORU de manière à mettre à disposition une application dite « **RPU en ligne** », afin d'offrir aux membres de l'ORU la possibilité de requêter directement la base régionale des RPU à J+1, dans le respect des règles de sécurité et de confidentialité.

3

ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCES

3. Activité des services d'urgences

3.1. Méthodologie

Les données qui suivent reposent sur l'exploitation de 840 000 RPU concernant l'activité en 2015, soit environ 97 % du nombre de passages estimé dans les services d'urgences de la région au cours de cette année.

Les RPU ont été transmis sur le concentrateur régional par 29 des 30 services d'urgences des Pays de la Loire. Concernant un de ces services (Urgences générales du Centre hospitalier du Haut-Anjou, Château-Gontier), les RPU transmis concernent néanmoins une très faible part de l'activité 2015 (mais ce service transmet dorénavant les RPU en routine).

Les RPU 2015 du service d'urgences générales du Centre hospitalier de Mamers ne sont pas exploités car ils ont été transmis sur le concentrateur de la région Normandie et il n'est pas possible de les distinguer de ceux provenant du Centre hospitalier d'Alençon, entité juridique de rattachement de ce service d'urgences.

A ces défauts d'exhaustivité s'ajoutent une complétude et une qualité des informations variables selon les établissements et selon le type de données (voir chapitre 2).

Pour mener à bien l'analyse de l'activité des services d'urgences de la région, les exploitations statistiques ont été effectuées à partir des données considérées comme « exploitables » selon les règles établies par la FÉDORU, en excluant les données jugées aberrantes. Des précisions sur ces choix méthodologiques et ces sélections sont apportées pour chaque variable, et en dessous de chaque graphique.

Aucun redressement statistique, visant à s'assurer que ces données partielles soient représentatives de l'activité de l'ensemble des établissements de la région, n'a été effectué.

Pour s'assurer de la cohérence des analyses, des comparaisons systématiques ont été effectuées entre les données issues de ces traitements et celles produites par la FÉDORU au plan national, ou bien à l'occasion d'enquêtes (enquête Drees 2013).

3.2. Résultats

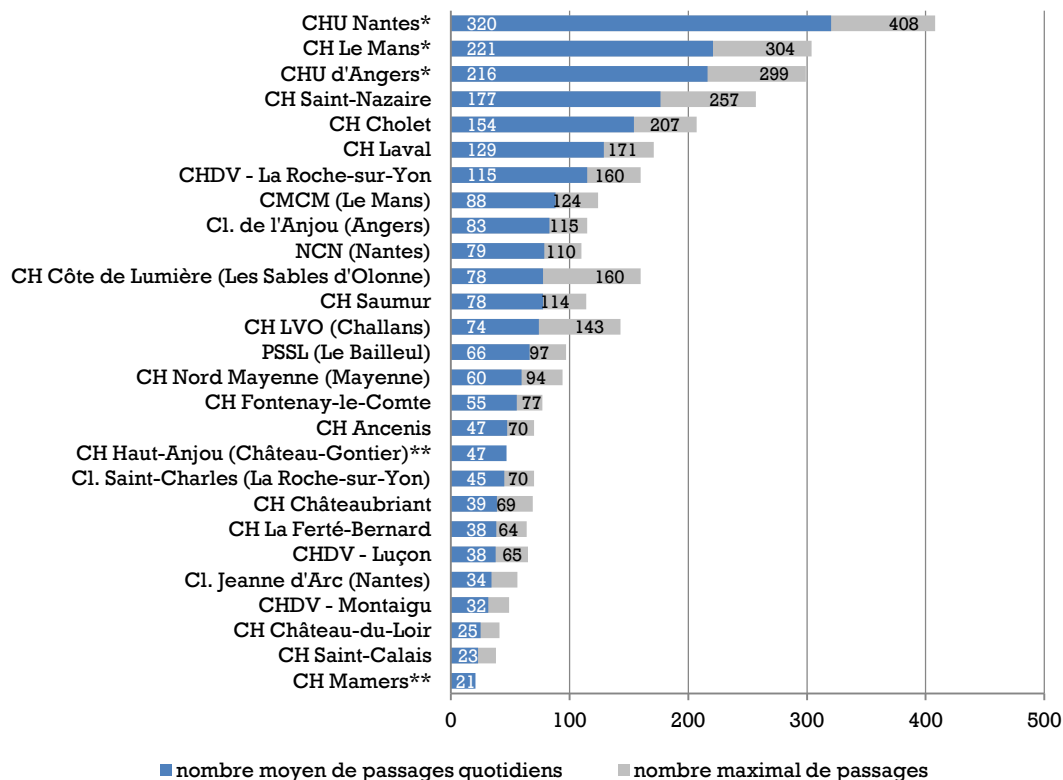
Nombre total de passages aux urgences en 2015

Le nombre de passages dans les services d'urgences de la région peut être estimé à 863 000 en 2015, dénombrement effectué à partir des RPU transmis sur le concentrateur régional, et de données communiquées directement par les établissements pour deux services d'urgences.

87 % des passages aux urgences ont lieu dans les établissements publics de santé, dont 23 % dans les deux CHU de Nantes et Angers, et 13 % dans les cliniques privées.

L'ensemble des services d'urgences prennent en charge en moyenne chaque jour près de 2 400 patients, soit 79 patients par site. Ce dernier chiffre varie de 21 pour le Centre hospitalier de Mamers à 320 au CHU de Nantes (urgences adultes et pédiatriques) (**Fig3.1**).

Fig3.1 Nombre moyen et maximal de passages quotidiens dans les services d'urgences par établissement (2015)



Sources : RPU et données déclaratives (ORU Pays de la Loire)

* Cumul des activités des services d'urgences adultes et pédiatriques.

** Données déclaratives, nombre maximal de passages non disponible.

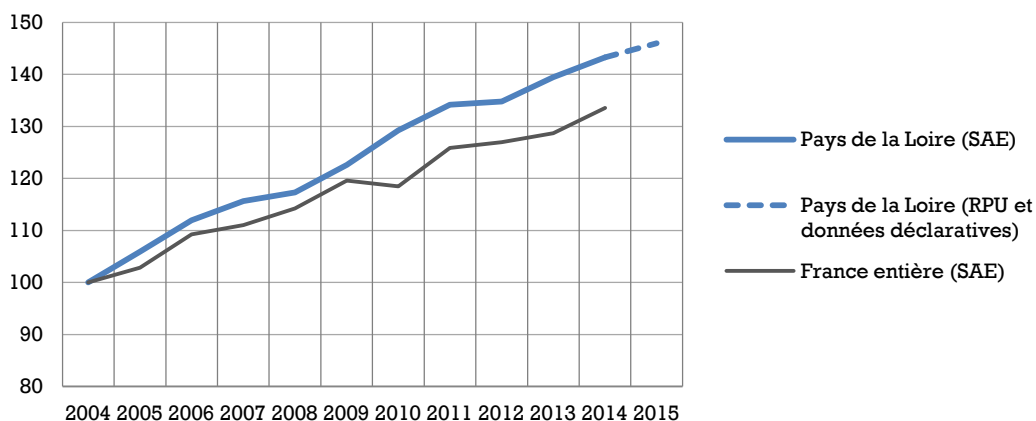
Évolution 2004-2015

L'estimation du nombre de passages dans les services d'urgences en 2015 s'inscrit dans la tendance évolutive observée à partir des données des enquêtes SAE 2004 à 2014 (Fig3.2).

Selon ces enquêtes, le nombre de passages dans les services d'urgences de la région a progressé, sur cette période, au rythme annuel moyen de + 3,7 % dans les Pays de la Loire (de 591 000 en 2004 à 847 000 en 2014), contre + 2,9 % au plan national.

Fig 3.2 Évolution comparée du nombre annuel de passages aux urgences (base 100 en 2004)

Pays de la Loire, France entière (2004-2015)



Sources : 2004 à 2014 : SAE (Drees), 2015 : RPU pour 25 établissements et données déclaratives pour 2 établissements (ORU Pays de la Loire)

Variations temporelles

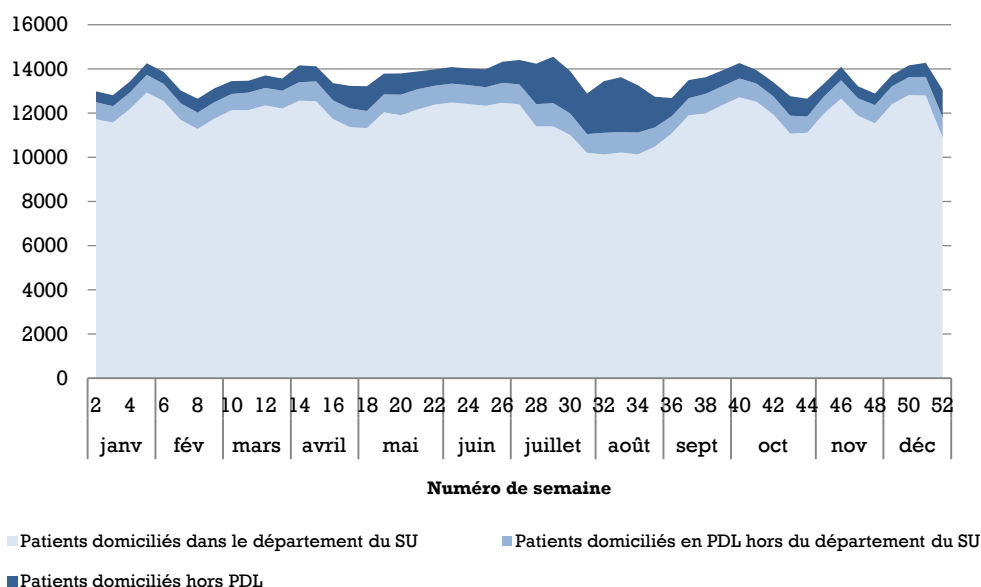
Éléments de méthodologie

Les analyses portent sur 713 439 RPU (85 % du total des RPU). Ont été exclues les données des établissements qui n'avaient pas été en mesure de produire des RPU sur l'ensemble de l'année.

Faits marquants

- ▶ L'activité des services d'urgences est soumise à d'importantes **variations saisonnières**, particulièrement marquées dans les établissements situés sur la côte atlantique (**Fig3.4**), conséquences de l'afflux touristique, mais qui peuvent être liées aussi aux épidémies saisonnières hivernales (grippe, gastroentérite aiguë, bronchiolite) (**Fig3.6**).
- ▶ Les variations saisonnières n'ont pas le même profil selon les **groupes d'âge**. Le nombre de passages des moins de 18 ans (**Fig3.5**) est étroitement corrélé au calendrier scolaire, avec un recours aux services d'urgences nettement moins fréquent pendant les vacances, alors que l'effectif des passages des **75 ans** et plus est relativement « stable » d'un mois à l'autre, sauf en période épidémique (**Fig3.6**).
- ▶ Le **lundi** est le jour de plus forte fréquentation des services d'urgences (**Fig3.7**).
- ▶ La répartition des passages aux urgences dans la journée (**Fig3.8**) est profondément différente selon les groupes d'âge (**Fig3.9**).

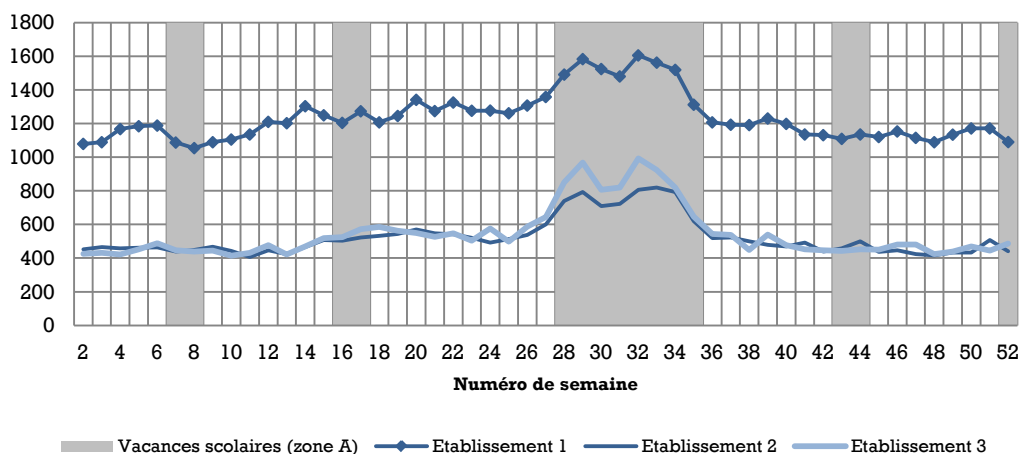
Fig 3.3 Nombre de passages hebdomadaires dans les services d'urgences (2015)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

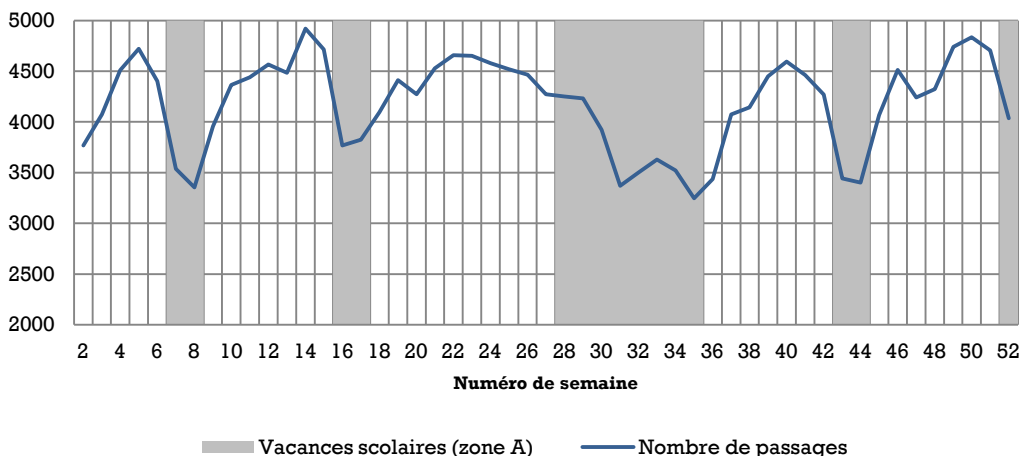
Ces traitements portent sur 21 établissements et 713 439 RPU, soit 85 % du nombre total de RPU. Données non redressées.

Fig 3.4 Nombre de passages hebdomadaires (2015), pour trois établissements ayant une forte activité saisonnière



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

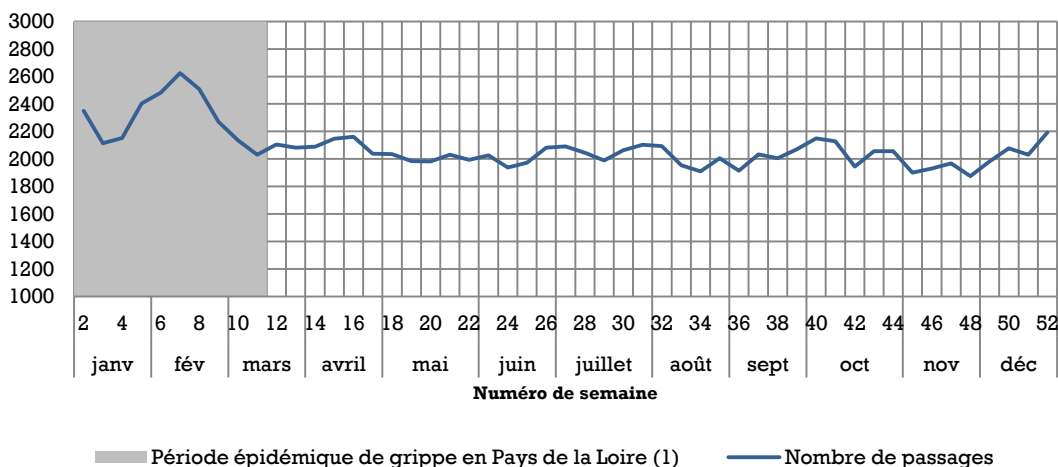
Fig 3.5 Nombre de passages hebdomadaires (2015), de patients âgés de moins de 18 ans



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Ces traitements portent sur 21 établissements et 217 371 RPU, soit 94 % des RPU de personnes âgées de moins de 18 ans. Données non redressées.

Fig 3.6 Nombre de passages hebdomadaires (2015), de patients âgés de 75 ans et plus

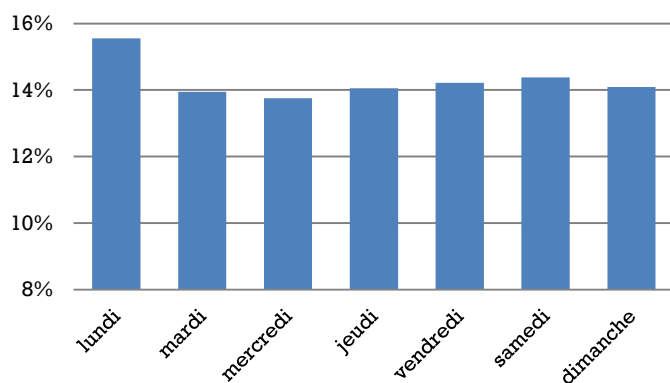


Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Ces traitements portent sur 20 établissements et 108 970 RPU, soit 82 % des RPU de personnes âgées de 75 ans et plus. Données non redressées.

1. Franchissement du seuil d'alerte pour la proportion de syndromes grippaux dans les consultations de SOS Médecins [9].

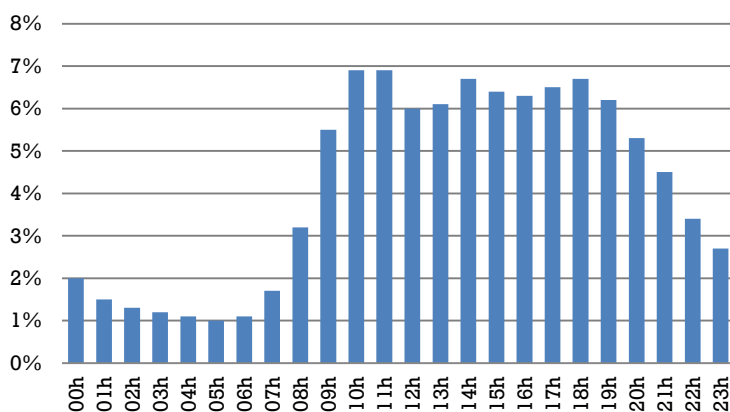
Fig 3.7 Répartition des passages aux urgences selon le jour de la semaine (2015)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Ces traitements portent sur 21 établissements et 713 439 RPU, soit 85 % du nombre total de RPU. Données non redressées.

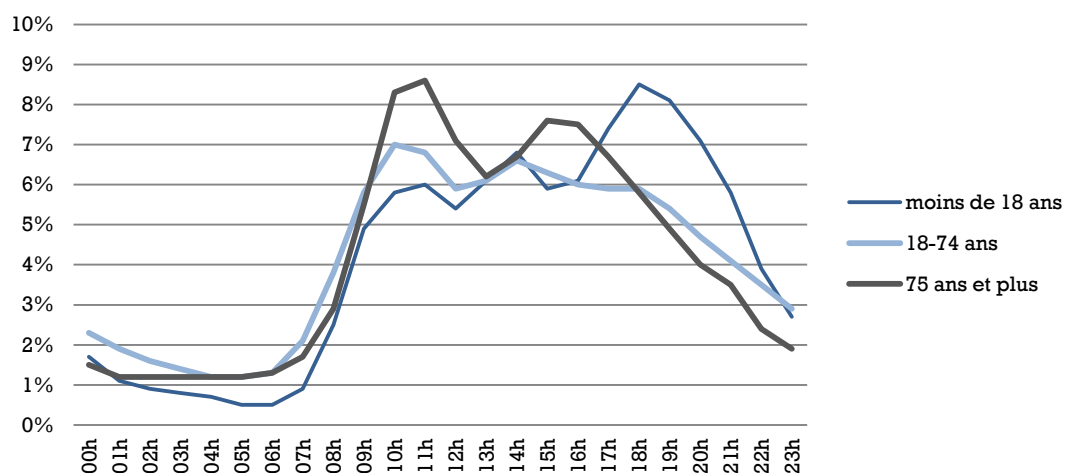
Fig 3.8 Répartition des passages aux urgences selon l'heure d'entrée (2015)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Ces traitements portent sur 21 établissements et 713 439 RPU, soit 85 % du nombre total de RPU. Données non redressées.

Fig 3.9 Répartition des passages aux urgences selon l'heure d'entrée par groupe d'âge (2015)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Ces traitements portent sur 21 établissements et 713 439 RPU, soit 85 % du nombre total de RPU. Données non redressées.

Durée de passage

Éléments de méthodologie

La durée de passage est calculée par différence entre l'heure de sortie et l'heure d'entrée. Cette durée est fortement liée au mode de sortie : hospitalisation ou retour au domicile.

Le temps passé en UHCD n'est pas pris en compte dans le calcul de la durée de passage. Les UHCD étant des unités d'hospitalisation, l'heure d'admission dans cette unité correspond, dans les RPU, à l'heure de sortie du service des urgences.

Pour effectuer les analyses, ci-dessous, une double sélection des données a été effectuée. Dans un premier temps ont été exclus les établissements pour lesquels les variables « heure de sortie » et « mode de sortie » n'étaient pas correctement renseignées. Puis, ont été exclus les RPU ayant une durée négative, nulle ou supérieure ou égale à 72 heures. La base d'analyse comprend 597 812 RPU (71 % du total des RPU).

Faits marquants

- ▶ Les durées de passage aux urgences sont extrêmement variables, en fonction de l'importance de la file d'attente, des moyens mobilisables par le SU, de l'organisation du service, des possibilités d'accueil en aval de l'admission, mais aussi de la gravité du problème de santé du patient. Dans un SU, les soins ne sont pas délivrés en fonction de l'ordre d'arrivée, mais selon les critères médicaux de priorité de prise en charge.
- ▶ La durée moyenne de passage calculée pour les établissements dont l'information a été considérée comme exploitable est de **4 heures et 11 minutes**. Elle est presque deux fois plus importante pour les patients hospitalisés (6h18) que pour ceux qui retournent à leur domicile (3h27) (**Fig3.10**). Cette durée croît de manière presque linéaire avec l'âge (**Fig3.13, 3.14**) : moins de 3 heures en moyenne pour les moins de 15 ans contre plus de 6 heures pour les plus de 75 ans.
- ▶ 12 % des patients ont une durée de passage de moins d'une heure, 32 % de moins de 2 heures, et 62 % de moins de 4 heures. En revanche, 11 % des patients ont une durée de passage supérieure à 8 heures (**Fig3.11**).
- ▶ Il est possible d'estimer, à partir des RPU, le nombre de patients présents à une heure donnée (**Fig3.15**).

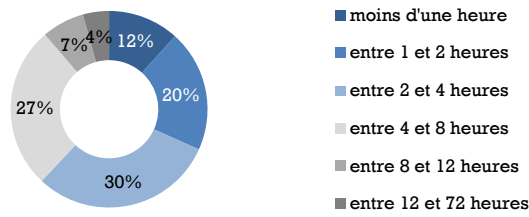
Fig 3.10 Durée moyenne de passage globale et selon le mode de sortie (2015)

	Ensemble des patients	Patients hospitalisés	Patients rentrés au domicile
Moyenne	4h11	6h18	3h27
Médiane	3h03	5h12	2h33
Écart-type	4h12	5h14	3h29
	(n=597 812)	(n=163 147)	(n=397 867)

Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Ces traitements portent sur 19 établissements et 597 812 RPU, soit 71 % du nombre total de RPU. Données non redressées.

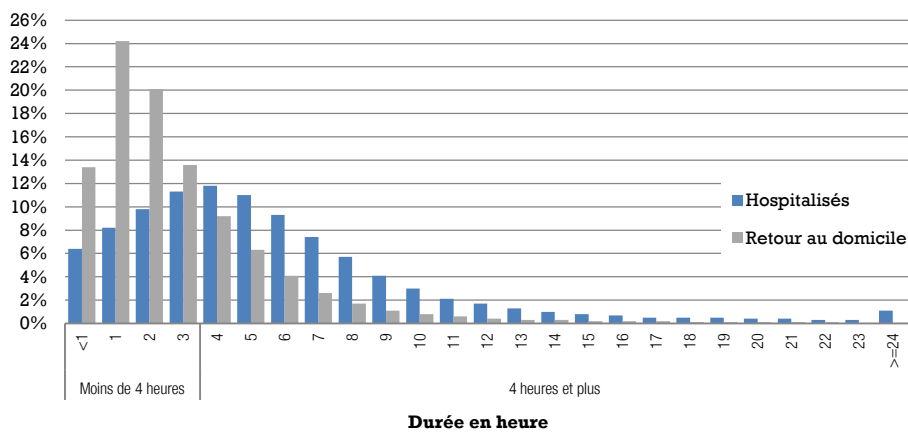
Fig 3.11 Répartition des passages aux urgences selon la durée (2015)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Ces traitements portent sur 19 établissements et 597 812 RPU, soit 71 % du nombre total de RPU. Données non redressées.

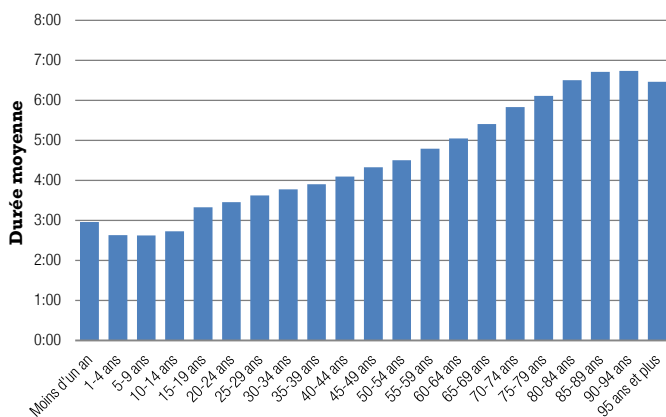
Fig 3.12 Répartition des passages selon la durée et le mode de sortie (2015)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Ces traitements portent sur 19 établissements et 551 014 RPU, soit 77 % du nombre de RPU avec mode de sortie mutation, transfert ou retour à domicile. Données non redressées.

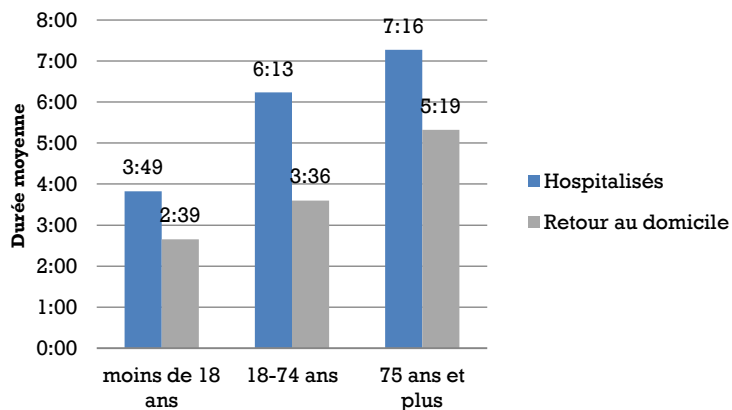
Fig 3.13 Durée moyenne de passage selon l'âge (2015)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Ces traitements portent sur 19 établissements et 597 812 RPU, soit 71 % du nombre total de RPU. Données non redressées.

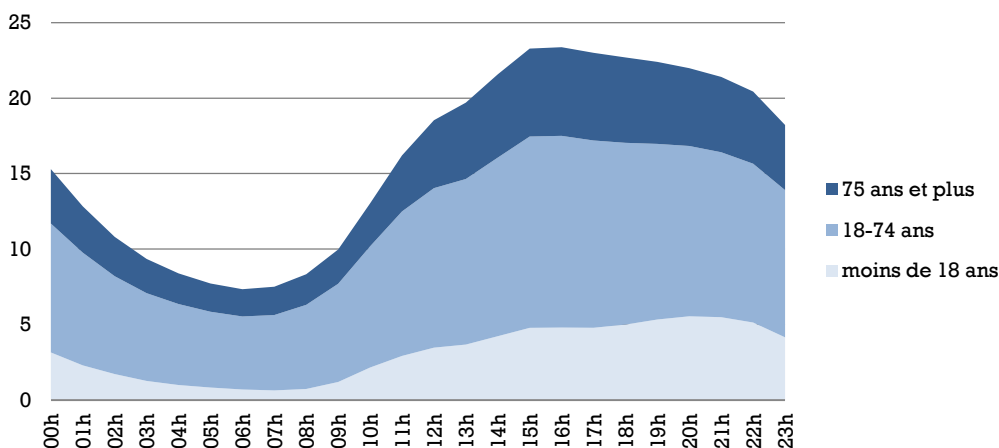
Fig 3.14 Durée moyenne de passage selon l'âge et le mode de sortie (2015)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Ces traitements portent sur 19 établissements et 551 014 RPU, soit 77 % du nombre de RPU avec mode de sortie mutation, transfert ou retour à domicile. Données non redressées.

Fig 3.15 Estimation du nombre de patients présents à une heure donnée, en moyenne par établissement, selon l'âge (2015)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire).

Ces traitements portent sur 17 établissements et 530 866 RPU, soit 63 % du nombre total de RPU. Données non redressées.

Lire le graphique : en moyenne par établissement (parmi les 17 établissements sur lesquels portent les traitements), on estime à 23 le nombre de patients présents à 15h : 4 patients âgés de moins de 18 ans, 13 patients âgés de 18 à 74 ans et 6 patients de 75 ans et plus.

Caractéristiques des patients et de leur prise en charge

Éléments de méthodologie

Dans la **Fig3.16** (Pyramide des âges), l'analyse porte sur les 840 000 RPU enregistrés dans les établissements de la région.

Pour les données relatives à la CCMU (**Fig3.17**) n'ont été pris en compte que les établissements disposant d'un taux d'exploitabilité supérieur à 95 %, soit au total 238 727 RPU, provenant de 13 établissements différents (29 % du total des RPU).

En ce qui concerne les diagnostics principaux (**Fig3.18, 3.19**), ont été pris en compte les établissements disposant d'un taux d'exploitabilité supérieur à 95 %, soit au total 240 908 RPU, provenant de 10 établissements différents (29 % du total des RPU). Les services d'urgences ayant les volumes d'activité les plus importants de la région ne font pas partie de ce sous-échantillon.

Les regroupements de diagnostics sont ceux préconisés par la FÉDORU.

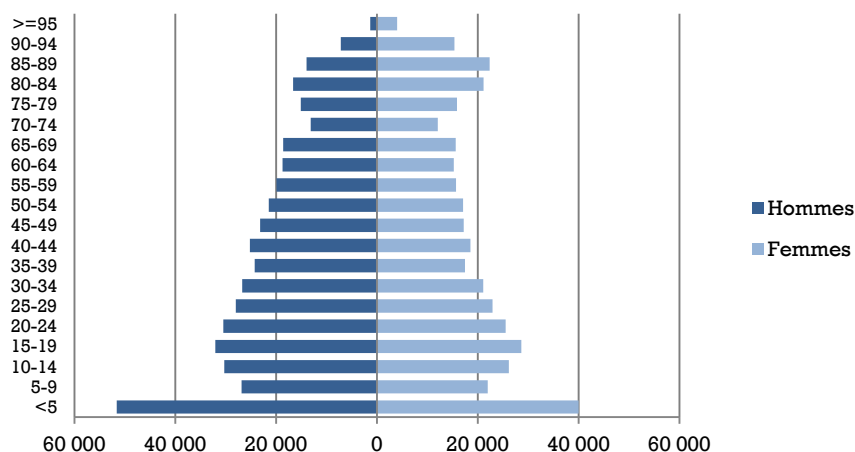
Faits marquants

► Les **moins de 18 ans** représentent 28 % des passages, les 18-74 ans, 56 % et les 75 ans et plus, 16 %. Les passages aux urgences des hommes sont plus nombreux que ceux des femmes, pour tous les groupes d'âge, jusqu'à 74 ans (**Fig3.16**).

► 13 % des passages concernent des patients ayant bénéficié essentiellement d'une consultation externe, sans acte complémentaire (**CCMU1**), et trois patients sur quatre relèvent de la CCMU 2. 1 % des passages concernent des patients dont le pronostic vital est engagé (**Fig3.17**).

► Les deux groupes de **diagnostics** les plus fréquents sont le groupe dit « médico-chirurgical », qui représente un peu plus de la moitié des passages (53 %), devant la traumatologie (37 %). Les diagnostics d'hospitalisation varient fortement selon l'âge des patients. Les trois quarts des passages aux urgences des « 75 ans et plus » relèvent du groupe médico-chirurgical, contre 36 % pour les moins de 18 ans. A l'inverse, la traumatologie représente la majorité des prises en charge pour les moins de 18 ans (59 %), contre 21 % pour les patients âgés de 75 ans et plus (**Fig3.18**).

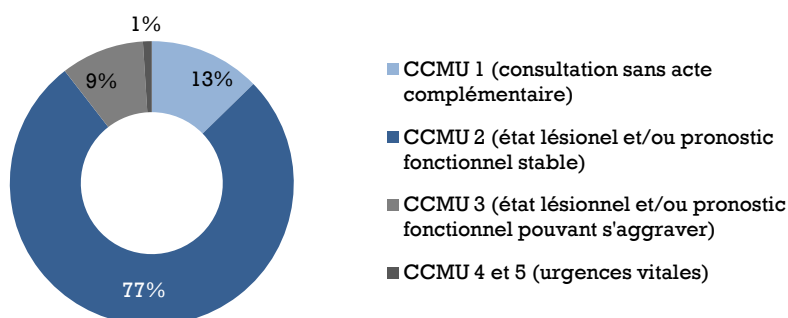
Fig 3.16 Pyramide des âges (2015)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Ces traitements portent sur l'ensemble des établissements.

Fig 3.17 Répartition des patients selon le « degré de gravité » (2015)

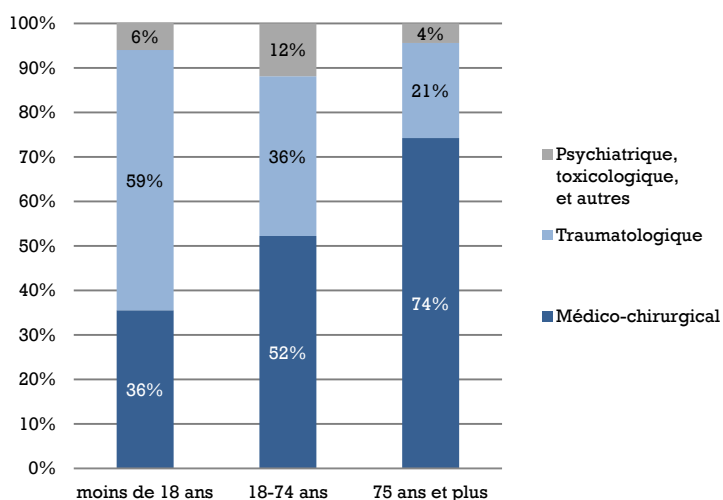


Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Hors RPU avec orientation 'fugue', 'parti sans attendre' ou 'réorientation'

Ces traitements portent sur 13 établissements et 238 727 RPU, soit 29 % du nombre de RPU hors orientation 'fugue', 'parti sans attendre' ou 'réorientation'. **Données non redressées et à interpréter avec précaution en raison d'une faible exhaustivité.**

Fig 3.18 Répartition du nombre de patients selon l'âge et le type de diagnostic principal (1) (2015)



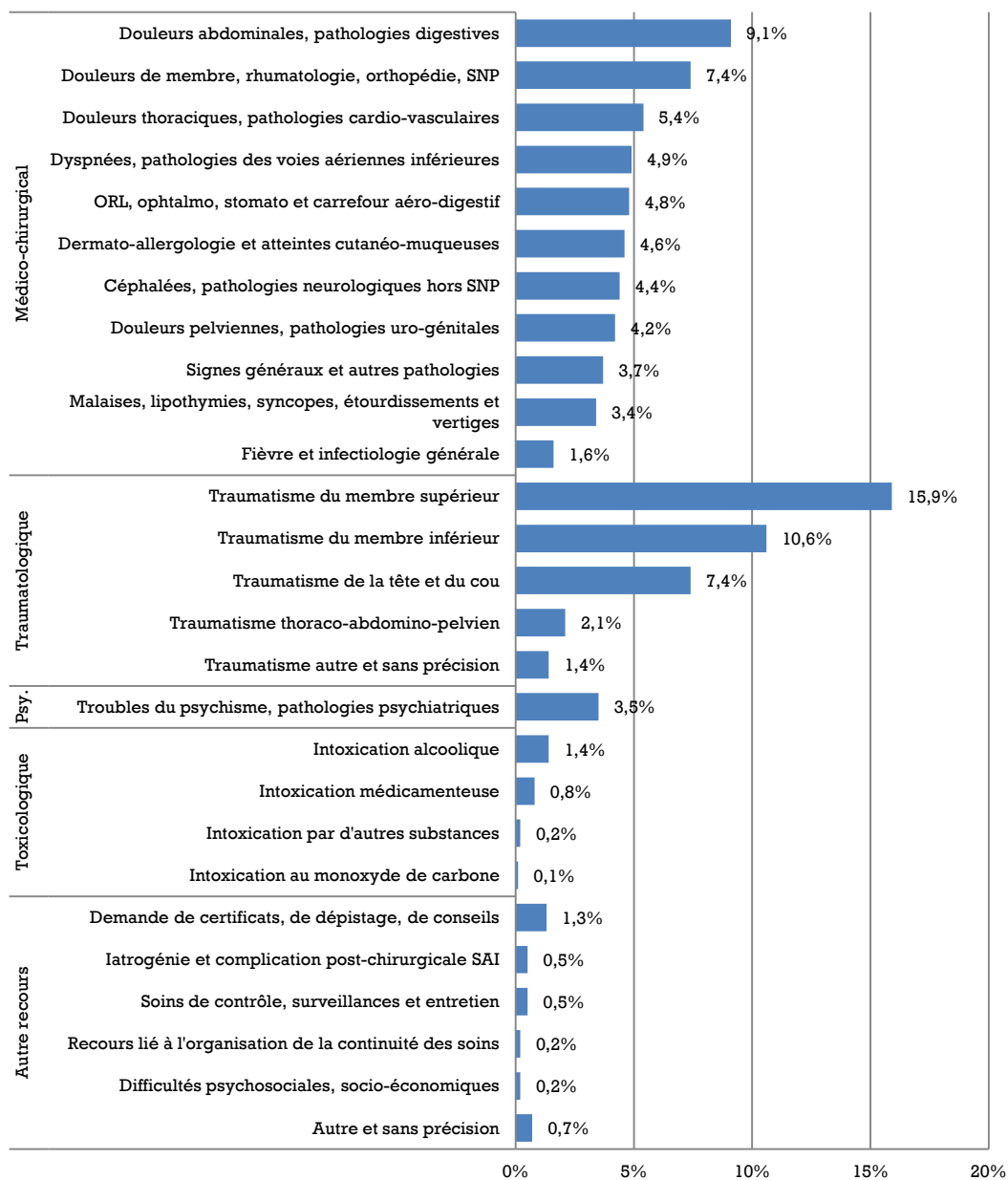
Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Hors RPU avec orientation 'fugue', 'parti sans attendre' ou 'réorientation'

Ces traitements portent sur 10 établissements et 240 908 RPU, soit 29 % du nombre de RPU hors orientation 'fugue', 'parti sans attendre' ou 'réorientation'. **Données non redressées et à interpréter avec précaution en raison d'une faible exhaustivité.**

(1) Méthodologie de regroupement de diagnostics principaux FÉDORU

Fig 3.19 Répartition du nombre de patients selon leur diagnostic principal détaillé (2015)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Hors RPU avec orientation 'fugue', 'parti sans attendre' ou 'réorientation'

Ces traitements portent sur 10 établissements et 240 908 RPU, soit 29 % du nombre de RPU hors orientation 'fugue', 'parti sans attendre' ou 'réorientation'. **Données non redressées et à interpréter avec précaution en raison d'une faible exhaustivité.**

Mouvements de patients

Éléments de méthodologie

Pour l'analyse des données relatives au mode de transport et au mode de sortie, ont été pris en compte les établissements disposant d'un taux d'exploitabilité supérieur à 95 % et pour lesquels aucun problème de transcodage n'a été identifié. Les RPU avec un codage non conforme au cahier des charges ont été exclus.

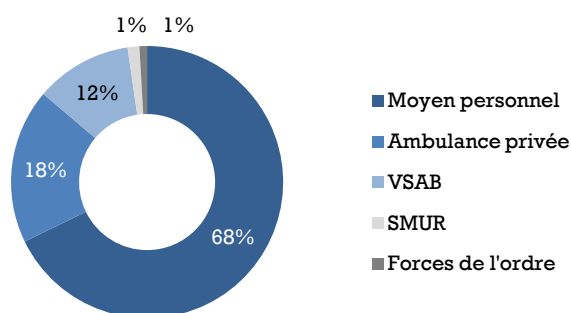
La base d'analyse comprend :

- pour l'item mode de transport, 415 640 RPU provenant de 14 établissements différents (50 % du total des RPU),
- pour l'item mode de sortie, 551 065 RPU provenant de 18 établissements différents (66 % du total des RPU).

Faits marquants

- ▶ Les entrées en provenance des établissements médico-sociaux (EHPAD, foyers pour handicapés) ne peuvent être repérées dans l'état actuel du système d'information des urgences (voir chapitre 2).
- ▶ Plus de deux patients sur trois (68 %) se rendent aux urgences par leurs « moyens personnels ». 18 % des patients sont transportés par une ambulance privée, et 12 % bénéficient d'un transport des pompiers (VSAB). Environ 1 % des RPU ont bénéficié d'une intervention de l'aide médicale urgente (SMUR). Le pourcentage de patients amenés aux urgences par les forces de l'ordre est de 1 % également (**Fig3.20**).
- ▶ Près de trois patients sur quatre retournent à leur **domicile** (72 %), tandis que 28 % sont hospitalisés : parmi les patients hospitalisés, 26 % sont pris en charge au sein de l'établissement lui-même (UHCD ou dans un autre service), et 2 % sont transférés vers un autre établissement de santé. Le taux d'hospitalisation varie fortement selon l'âge (14 % pour les moins de 18 ans vs 62 % pour les personnes âgées de 75 ans et plus) (**Fig3.21**).

Fig 3.20 Répartition des passages aux urgences selon le mode de transport (2015)

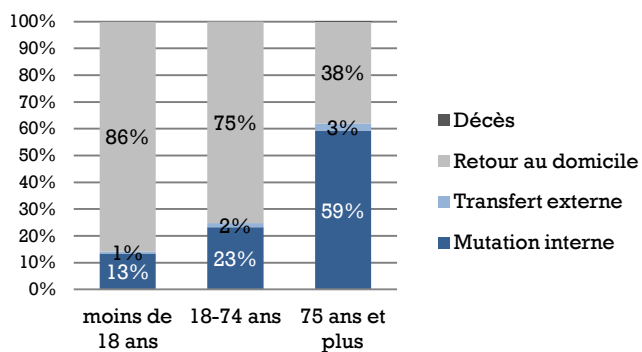


Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Ces traitements portent sur 14 établissements et 415 640 RPU, soit 50 % du nombre total de RPU. Données non redressées.

VSAB : véhicule de secours aux asphyxiés et aux blessés (pompiers).

Fig 3.21 Mode de sortie des patients selon l'âge (2015)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Ces traitements portent sur 18 établissements et 551 065 RPU, soit 66 % du nombre total de RPU. Données non redressées.

4

ANALYSE DES RECOURS AUX SERVICES D'URGENCES

4. Analyses des recours aux services d'urgences

Dans cette dernière partie, l'objectif est d'analyser la variabilité des recours aux services d'urgences en fonction des caractéristiques démographiques (âge, sexe) et territoriales des patients.

Deux sources statistiques ont été utilisées pour effectuer ces comparaisons, la SAE, et la base des RPU (2015).

Les premiers éléments qui sont délivrés ici mettent en lumière des écarts considérables de recours, entre départements (source SAE), ou, à l'intérieur des Pays de la Loire, entre territoires (source RPU).

De nombreux facteurs sont susceptibles d'expliquer ces variations, avec, en premier lieu, le fait que les données RPU 2015 ne soient pas exhaustives. Mais, comme vu plus loin (chapitre 4.5), d'autres facteurs « d'environnement » ou organisationnels contribuent à influencer la demande de soins dans ce domaine.

A ce stade, les éléments proposés ici ne sont que des **pistes d'analyses**.

4.1. Méthodologie

Indicateurs

Données dites « enregistrées » vs « domiciliées »

► En démographie, le dénombrement des naissances s'effectue en distinguant les statistiques enregistrées vs domiciliées. Les **naissances enregistrées** sont comptabilisées au lieu d'accouchement, quel que soit le domicile de la mère. Les **naissances domiciliées** sont comptabilisées, à la commune de domicile de la mère, quelle que soit la commune d'accouchement.

► Nous avons fait appel à la même distinction pour analyser la fréquence des recours aux soins d'urgences selon les territoires.

Les données **enregistrées** désignent les passages aux urgences dans les territoires dans lesquels ont été délivrés les soins. Les passages (enregistrés) dans les services d'urgences des Pays de la Loire concernent des habitants des Pays de la Loire, mais aussi des personnes habitant en dehors de la région.

Les données **domiciliées** comptabilisent les recours aux urgences **des habitants** des Pays de la Loire, quel que soit le lieu de prise en charge (dans les Pays de la Loire ou en dehors). Les RPU collectés sur le concentrateur régional correspondent seulement aux RPU produits par les établissements de la région. L'ORU ne dispose pas des RPU concernant les personnes domiciliées en Pays de la Loire prises en charge dans les services d'urgences d'autres régions.

Taux brut

► Le taux brut de recours aux services d'urgences est calculé en rapportant le nombre de passages aux urgences à l'effectif de population correspondant. Ce taux peut être calculé, pour un groupe d'âge, selon le sexe, mais aussi en fonction du domicile (code postal, département).

Indice comparatif

► L'indice comparatif est utilisé pour comparer la fréquence d'un événement dans une zone géographique donnée, à une zone de référence (la France, la région...), en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge.

L'indice comparatif est un rapport, en base 100, du nombre d'événements observés dans le territoire, au nombre d'événements qui serait obtenu si les taux d'événements pour chaque tranche d'âge dans le territoire étaient identiques aux taux de France métropolitaine (méthode de standardisation indirecte).

Sources

Statistique SAE

► La SAE est établie pour chaque établissement de santé, ce qui permet de comptabiliser, par agrégation, pour un territoire donné, le nombre de recours aux urgences dans les services d'urgences de ce territoire. Il s'agit de données « enregistrées » : ces passages aux urgences concernent des personnes habitant le territoire observé, ou habitant en dehors de ce territoire.

RPU

► La base des RPU 2015 comprend les RPU de l'ensemble des services d'urgences de la région, à l'exception du Centre hospitalier de Mamers. Cette base représente environ 97 % du nombre total des RPU des SU de la région.

Dans la mesure où les RPU enregistrent le code postal de domicile, il est possible d'extraire de cette base ceux qui concernent des personnes ayant un code postal de la région des Pays de la Loire. Parmi les 840 000 RPU enregistrés dans la base régionale, 93 % sont dans ce cas.

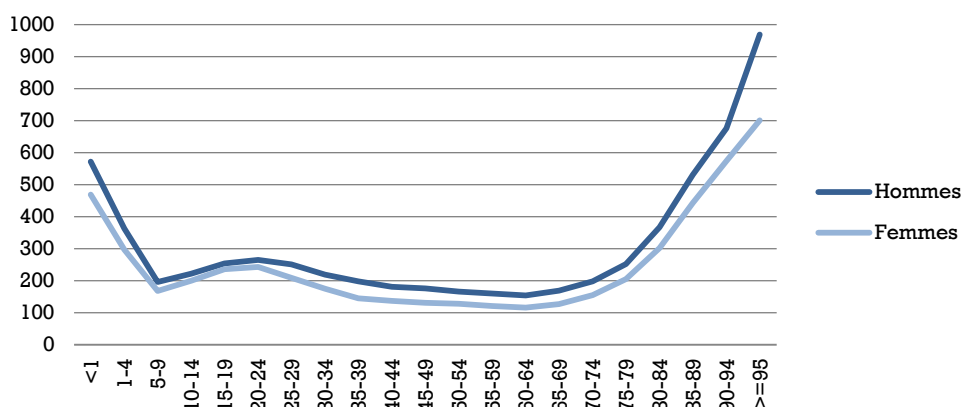
Le département de la Vendée est celui dans lequel la proportion de patients hors région est la plus élevée (8,7 %) devant la Sarthe (6,9 %) et le Maine-et-Loire (6,5 %). Dans la grande majorité des cas, ces patients sont domiciliés dans les départements limitrophes.

4.2. Variabilité des recours selon l'âge et le sexe (RPU 2015)

► **Les taux de recours** aux urgences varient fortement selon l'âge, avec des taux sensiblement plus élevés aux âges extrêmes, comme en témoigne le graphique ci-après établi à partir des RPU 2015 (**Fig 4.1**). Les différences sont également assez sensibles selon le sexe, avec, à tous les âges de la vie, des recours aux soins plus fréquents pour les hommes que pour les femmes.

Fig 4.1 Taux de recours aux urgences selon le sexe et l'âge, pour 1 000 habitants

Pays de la Loire (2015)



Sources : RPU (ORU Pays de la Loire), estimations de population au 1^{er} janvier (Insee)

Champ : RPU des patients domiciliés en Pays de la Loire, avec âge et sexe exploitable (777 627 RPU)

► Chez les **moins d'un an**, le taux de recours est respectivement de 572 passages pour 1 000 nouveau-nés de sexe masculin vs 469 pour les nouveau-nés de sexe féminin, soit un taux supérieur de 22 % chez les garçons.

► Les **personnes âgées** ont les taux de recours les plus élevés. Au-delà de 95 ans, le taux de recours atteint pratiquement mille passages pour mille personnes de sexe masculin (une même personne est comptabilisée deux fois si elle est admise deux fois aux urgences dans l'année), contre 700 passages pour les femmes.

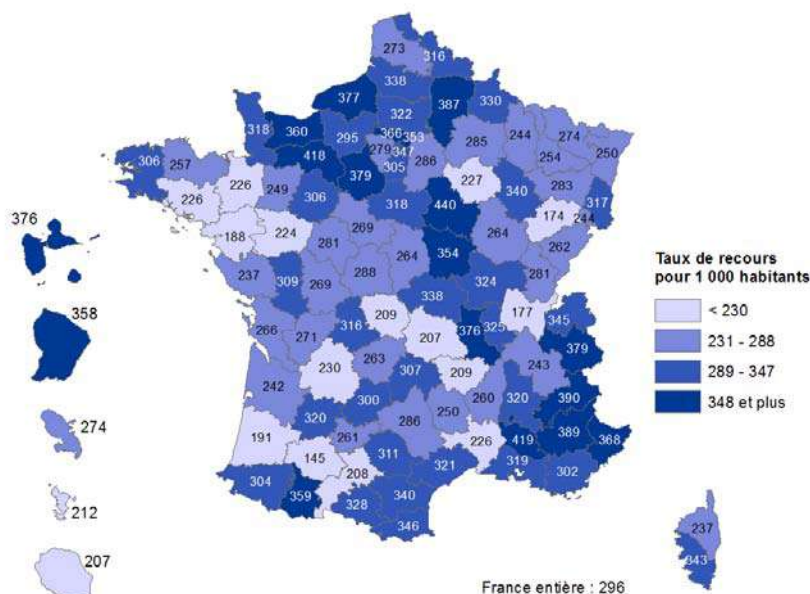
Le taux de recours plus élevé du groupe d'âge des **15-24 ans** peut notamment être rapproché de causes accidentelles, fréquentes à cette période de la vie (accidents de la circulation, accidents sportifs....).

4.3. Comparaisons interdépartementales (SAE 2014)

Les données mobilisées pour ces comparaisons proviennent de la statistique SAE (2014). Les cartes présentées ci-après reflètent l'activité des services d'urgences dans les départements où ils sont implantés, quel que soit le domicile du patient. Il s'agit donc de données « enregistrées », les indicateurs utilisés étant des taux bruts, tous âges, et pour les plus de 80 ans.

Fig 4.2 Taux de recours aux services d'urgences (tous âges)

France entière (2014)



Sources : SAE 2014 (Drees) ; estimations de population au 1^{er} janvier (Insee)

► **Le taux brut** (tous âges) de recours aux urgences hospitalières est de 296 passages pour mille habitants en moyenne en France. Ces taux varient du simple au double selon les départements. Cinq départements ont un taux de recours inférieur à 200 passages pour mille habitants : Gers, Haute-Saône, Loire-Atlantique, Ain, et Les Landes. Ce taux est supérieur à 400 dans l'Yonne, le Vaucluse, et l'Orne.

Le taux de recours aux urgences s'élève globalement à 228 pour 1 000 habitants dans les Pays de la Loire. Seul le département de la Sarthe a un taux de recours légèrement supérieur à la moyenne nationale.

► **Le taux de recours des patients âgés de 80 ans ou plus** est de 448 passages pour mille habitants âgés, en moyenne en France.

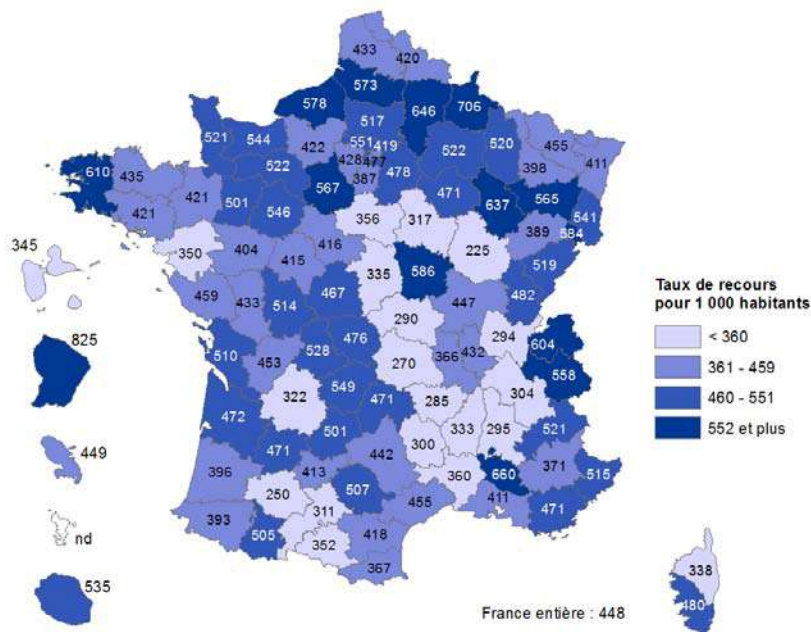
Les écarts observés sont de même ampleur que pour les taux « tous âges confondus », du simple au double selon les départements, mais le classement des départements est

profondément différent. Quatre départements ont un taux de recours inférieur à 290 passages pour mille habitants de plus de 80 ans : Côte d'Or, Gers, Puy-de-Dôme et Haute-Loire. Ce taux est supérieur à 650 en Guyane, dans les Ardennes, et dans le Vaucluse.

Le taux de recours aux urgences des personnes âgées de 80 ans ou plus s'élève globalement à 432 pour 1 000 habitants dans les Pays de la Loire. Les départements de la Sarthe, de la Mayenne et de la Vendée ont un taux de recours supérieur à la moyenne nationale.

Fig 4.3 Taux de recours aux services d'urgences de personnes âgées de 80 ans ou plus

France entière (2014)



Sources : SAE 2014 (Drees) ; estimations de population au 1^{er} janvier (Insee)
 nd : non disponible

4.4. Cartographie des recours aux services d'urgences des habitants des Pays de la Loire, selon le code postal de résidence (RPU 2015)

L'analyse des variations territoriales pour la région des Pays de la Loire a été effectuée à partir des RPU 2015 disposant d'un code postal « exploitable » appartenant à la région (n=777 534 RPU, soit 93 % du total des RPU).

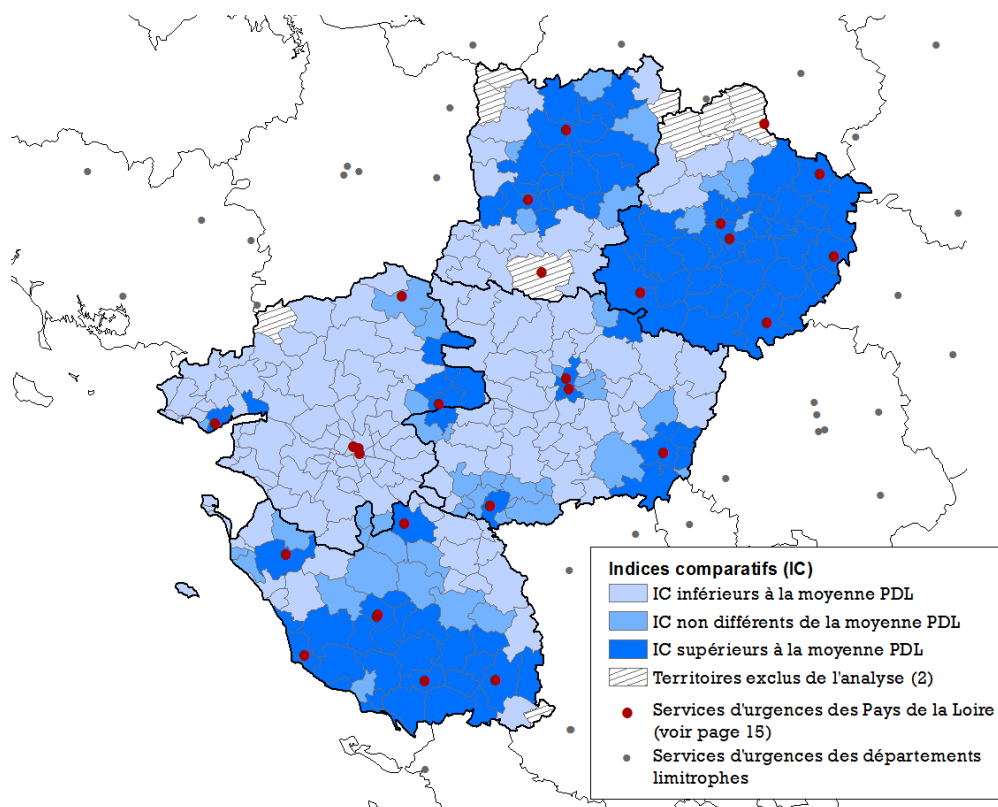
Comme indiqué pages 26 et 30, cette base est incomplète puisqu'elle ne comprend pas :

- les RPU du Centre hospitalier de Mamers,
- une grande partie des RPU du Centre hospitalier du Haut-Anjou à Château-Gontier,
- les RPU des patients de la région qui ont eu recours à des services d'urgences hors région.

Trois cartes ont été établies à partir de ces données :

- . une carte des indices comparatifs de recours, tous âges confondus,
- . une carte des taux bruts de recours des moins de 18 ans,
- . une carte des taux bruts de recours des 75 ans et plus.

Fig 4.4 Indices comparatifs (1) de recours aux urgences (2015) - base 100 Pays de la Loire



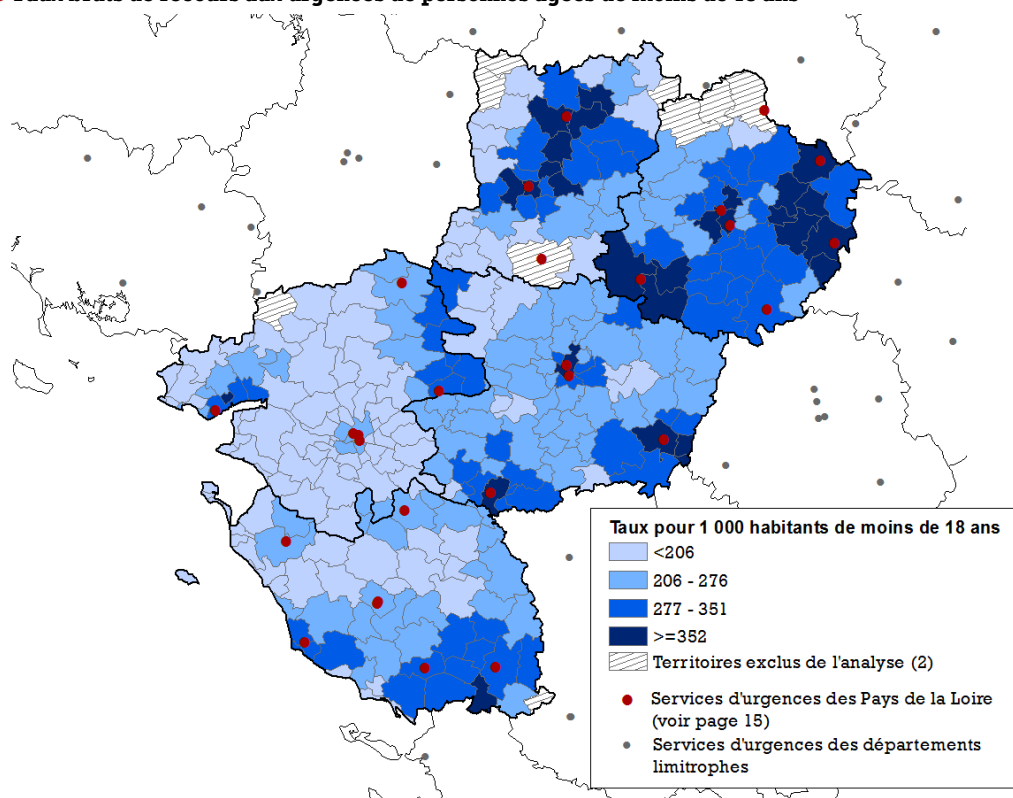
Sources : RPU (ORU Pays de la Loire), recensement de la population (Insee)

Champ : RPU des patients domiciliés en Pays de la Loire, avec code postal exploitable (774 403 RPU).

1. Voir définitions et sources page 54.

2. Territoires non pris en compte dans l'analyse compte tenu de valeurs d'indices comparatifs de recours aux urgences anormalement basses (identification des valeurs aberrantes par diagramme "boîte à moustaches").

Fig 4.5 Taux bruts de recours aux urgences de personnes âgées de moins de 18 ans



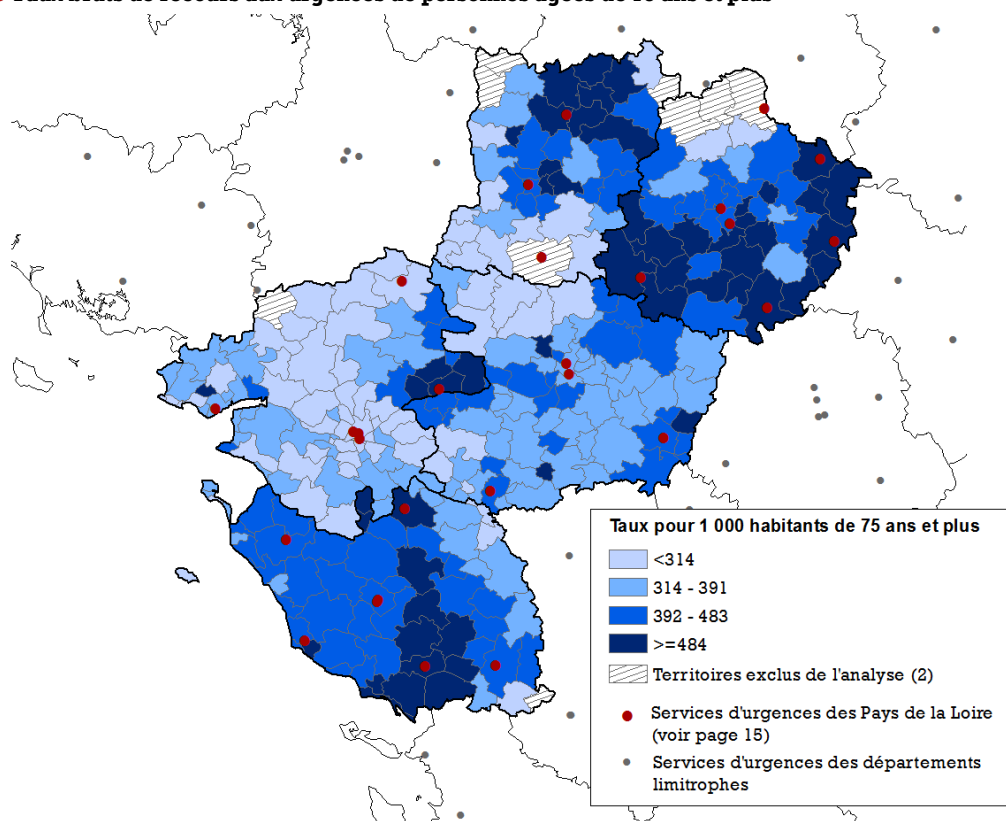
Sources : RPU (ORU Pays de la Loire), recensement de la population (Insee)

Champ : RPU des patients âgés de moins de 18 ans, domiciliés en Pays de la Loire, avec code postal exploitable (212 726 RPU).

1. Classification des taux en quatre catégories selon la méthode de Jenks (ruptures naturelles).

2. Territoires non pris en compte dans l'analyse compte tenu de valeurs d'indices comparatifs de recours aux urgences anormalement basses (identification des valeurs aberrantes par diagramme "boîte à moustaches").

Fig 4.6 Taux bruts de recours aux urgences de personnes âgées de 75 ans et plus



Sources : RPU (ORU Pays de la Loire), recensement de la population (Insee)

Champ : RPU des patients âgés de 75 ans et plus, domiciliés en Pays de la Loire, avec code postal exploitable (127 006 RPU).

1. Classification des taux en quatre catégories selon la méthode de Jenks (ruptures naturelles).

2. Territoires non pris en compte dans l'analyse compte tenu de valeurs d'indices comparatifs de recours aux urgences anormalement basses (identification des valeurs aberrantes par diagramme "boîte à moustaches").

4.5. Analyse des variations territoriales

Cette première approche a permis d'identifier notamment quatre groupes de facteurs susceptibles d'expliquer les écarts territoriaux des taux de recours aux services d'urgences :

- . données manquantes et incomplètes,
- . structure par âge de la population,
- . zones touristiques,
- . organisation des soins dans le territoire.

Données manquantes et incomplètes

► Les défauts d'exhaustivité des RPU 2015 sont particulièrement visibles sur la cartographie des indices comparatifs de recours aux urgences (**Fig4.4**). Le recours apparaît en effet anormalement faible parmi les habitants des zones d'attractivité des Centres hospitaliers de Mamers et de Château-Gontier, qui sont les deux établissements ayant présenté les plus importants défauts d'exhaustivité en 2015.

► Certaines zones situées en périphérie de la région Pays de la Loire apparaissent comme ayant un faible recours aux services d'urgences. Cela tient au fait que la base de données des RPU n'inclut pas les passages des habitants de ces territoires dans les services d'urgences des établissements situés en dehors de la région (notamment ceux de Redon, Fougères, Alençon et Niort).

Influence de la structure par âge

Le taux de recours aux urgences varie fortement selon l'âge des patients, avec des recours nettement plus fréquents aux âges extrêmes, et en particulier aux âges élevés.

► Les données des RPU permettent de tenir compte de ce facteur, par le biais d'analyses par groupe d'âge détaillé (**Fig4.1**), ou par le calcul d'indices comparatifs (**Fig4.4**).

► A l'inverse, les taux bruts calculés au plan départemental à partir de la SAE (**Fig4.2**) sont influencés par la structure démographique de la population, un département avec une population plus âgée étant susceptible d'avoir un taux de recours plus élevé.

Zones touristiques

► En zone touristique, les passages aux urgences de personnes n'habitant pas le territoire peuvent être importants, et par conséquent influencer de manière notable la valeur du taux de recours aux services d'urgences.

Lorsque l'on s'intéresse plus particulièrement au recours aux services d'urgences de la population locale, il devient nécessaire de tenir compte d'informations sur le lieu de domicile des patients. A cet égard, les données des RPU sont particulièrement précieuses car elles permettent d'extraire uniquement les passages aux urgences des personnes habitant le territoire, par le biais du code postal de domicile⁷. Les indicateurs de recours basés sur les RPU 2015 et présentés ci-avant (**Fig4-4, 5, 6**) ont ainsi été calculés en rapportant le nombre de passages des personnes habitant le territoire, à l'effectif de population correspondant.

► A l'inverse, les données des enquêtes SAE sont dites « enregistrées », et les taux de recours sont calculés en rapportant le nombre de passages dans les services d'urgences d'un territoire donné (que les personnes habitent ou non dans ce territoire) à la population de ce territoire.

⁷ Il ne peut toutefois pas être exclu que pour certains RPU, le code postal enregistré corresponde à la localisation d'une résidence secondaire.

Organisation des soins dans le territoire

De nombreux facteurs relatifs à l'organisation des soins sont également susceptibles d'influencer la demande de soins d'urgences.

Densité médicale

► Un certain nombre de territoires sont confrontés à une baisse des effectifs, et a fortiori, à une baisse de la densité de généralistes. L'effectif actuel des généralistes libéraux est, au plan national, inférieur à son niveau de 1996, alors que la France a six millions d'habitants supplémentaires. Le recours aux urgences devient, dans un certain nombre de territoires, un mode d'accès aux soins de premier recours.

Associations « SOS médecins »

► Le plus faible recours aux services d'urgences de certains centres urbains peut en partie s'expliquer par l'importance des recours auprès d'associations types « SOS médecins », notamment dans les plages horaires correspondant à la permanence des soins, sans filtrage par le centre 15. Dans les Pays de la Loire, deux métropoles - Nantes et Saint-Nazaire - bénéficient de l'intervention de SOS médecins.

Taux d'équipement en EHPAD

► Dans les EHPAD, les résidents bénéficient de la présence d'un personnel soignant (médecin, infirmier, aide-soignant) dans la journée : l'adressage aux urgences s'effectue dans ce contexte quand l'état de santé du patient nécessite réellement une prise en charge en urgence. Lorsqu'un patient vit seul à son domicile, son médecin traitant peut être plus « facilement » amené à prescrire une hospitalisation en l'absence de ce cadre protecteur. Or, les disparités de taux d'équipement en EHPAD sont particulièrement fortes selon les territoires.

Circuits d'admission dans les établissements de santé

► Les modalités pratiques d'admissions programmées dans les services hospitaliers sont extrêmement diverses. Dans un certain nombre d'établissements de santé, les admissions dans les services hospitaliers s'effectuent systématiquement via les services d'urgences. Des plateaux techniques hospitaliers ne disposant pas d'un service d'urgences reconnu comme tel prennent en charge des patients « en urgence », sans passage par les urgences [10].

Organisation de la permanence des soins

► Historiquement, la permanence des soins a été organisée au plan départemental, par les Conseils de l'Ordre des médecins, les Préfets, puis par l'ARS, avec des modes d'organisation qui peuvent être sensiblement différents d'un département à l'autre.

L'analyse cartographique met en lumière des écarts épousant les limites administratives des départements (**Fig4-4, 5, 6**), soulevant l'hypothèse d'une influence de l'organisation départementale de la permanence des soins sur le recours aux soins d'urgences de la population.

ANNEXES

Annexes

A1. Définitions et sources

Aide médicale urgente

« L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgences appropriés à leur état » (L6311-1, Code de la santé publique).

ATU (forfait « Accueil et traitement des urgences »)

Forfait attribué par l'assurance maladie pour chaque passage aux urgences dans le cas d'un retour à domicile. Lorsque le patient est hospitalisé pendant son séjour, le système de facturation est différent. Le tarif de l'ATU est fixé par arrêté. Il est identique quel que soit l'état de santé du patient pris en charge, mais diffère légèrement selon le statut de la structure. En 2015, le montant de l'ATU était de 25,32 € pour les établissements publics et privés à but non lucratif, et de 24,75 € pour les établissements privés.

Centre de réception et de régulation des appels (centre 15)

Le centre de réception et régulation des appels (centre 15) est un centre d'appel téléphonique, installé au sein du SAMU, qui est chargé :

- d'assurer une écoute médicale permanente,
- de déterminer et déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature des appels (conseil médical simple, envoi d'un médecin de proximité, envoi d'une ambulance privée,...),
- de s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation adaptés à l'état du patient,
- d'organiser le transport,
- de veiller à l'admission du patient.

Le médecin régulateur évalue la gravité de la situation et mobilise si nécessaire l'ensemble des ressources disponibles (médecins généralistes, SMUR, ambulances). Il peut aussi solliciter le Service départemental d'incendie et de secours, SDIS (pompiers), en vue d'apporter la réponse la plus appropriée à l'état du patient. En cas de pathologie grave nécessitant une médicalisation rapide, le SAMU déclenche l'intervention d'une structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

Durée de passage

Dans l'exploitation des données des RPU, la durée de passage est le délai entre l'heure d'entrée et l'heure de sortie dans le service d'urgences.

De manière générale, la date d'arrivée aux urgences n'est pas connue, et la date d'entrée qui est prise en compte correspond à la date d'enregistrement du patient, information qui est en général générée de manière automatique par le système d'information de l'établissement, au moment où l'agent hospitalier crée le dossier administratif.

La date de sortie correspond à la date à laquelle le patient quitte le service d'urgences. Dans le cas où le patient est admis dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), la date de sortie correspond à la date d'entrée dans l'UHCD.

Enquête du 11 juin 2013 (Drees)

Cette enquête [11] - réalisée en partenariat entre la Drees, la Société française de médecine d'urgence (SFMU), SAMU-Urgences de France (SUdF) et l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF) - s'adressait aux 732 services d'urgences ayant une activité d'urgences autorisée par l'ARS.

Elle comportait deux volets complémentaires, recueillis les 11 et 12 juin 2013, de 8 heures à 8 heures :

- un recueil administratif décrivant l'organisation des services (732), en lien avec les moyens humains mobilisés le jour du recueil,
- une enquête auprès de l'ensemble des patients vus (52 000 patients interrogés).

Parmi l'ensemble des établissements de santé, deux seulement n'ont pas participé au recueil, dont le Centre hospitalier du Mans dans les Pays de la Loire.

Dans la mesure où il s'agit d'une enquête « un jour donné », ce recueil présente un certain nombre de singularités.

L'activité d'urgences présente en effet des variations saisonnières importantes (voire très importantes pour certains services d'urgences), à la fois sur le plan quantitatif (dans les zones touristiques en particulier et en période d'épidémies hivernales), mais aussi en termes de motifs d'admission (importance plus ou moins grande des causes traumatiques par exemple).

Indice comparatif (de recours aux urgences)

En épidémiologie, il est fréquent de faire appel aux indices comparatifs pour comparer la fréquence d'un événement (décès, hospitalisation, admission en ALD...) dans une zone géographique donnée, avec celle d'une zone géographique de référence (moyenne nationale ou régionale), en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge.

L'indice comparatif est un rapport, en base 100, du nombre d'évènements observés dans le territoire, au nombre d'évènements qui serait obtenu si les taux d'évènements pour chaque tranche d'âge dans le territoire étaient identiques aux taux de la zone de référence (méthode de standardisation indirecte).

EXEMPLE - L'indice comparatif Pays de Loire étant fixé à 100 (référence), un indice comparatif de 114 signifie une fréquence des passages en services d'urgences supérieure de 14 % à la moyenne régionale, à structure d'âge comparable. Un indice comparatif de 86 signifie une fréquence des passages inférieure de 14 % par rapport à cette moyenne.

Infirmier organisateur de l'accueil (IOA)

Comme le prévoient les recommandations professionnelles, des soignants organisateurs de l'accueil (infirmier IOA ou médecin MOA) sont présents dans la majorité des services d'urgences. Leur rôle est d'organiser l'accueil des patients et de trier les patients par niveau de gravité afin de hiérarchiser l'accès à l'évaluation médicale, qui n'intervient que dans un deuxième temps. A ce stade, l'initialisation d'une prise en charge thérapeutique de la douleur et diagnostique devant certains symptômes peut être envisagée (réalisation d'un ECG par exemple). Le tri est surtout opérant lorsque l'affluence des patients est forte.

Interface

Les personnels hospitaliers n'ont pas forcément connaissance du fait qu'ils renseignent des RPU. En effet, dans la plupart des établissements, les données des RPU sont extraites des différents logiciels utilisés par l'établissement (identification des patients, gestion des mouvements, dossier médical, parcours de soins, facturation...) par une interface qui permet de produire des RPU sans ressaisie des informations.

Mission (ou transport) primaire

Dans le cadre de l'aide médicale urgente (AMU), une mission primaire désigne une prise en charge médicale spécialisée et à l'éventuel transport du lieu de prise en charge jusqu'à l'établissement de santé d'un ou plusieurs patients.

Mission (ou transport) secondaire

Dans le cadre de l'aide médicale urgente (AMU), une mission secondaire désigne un transport entre hôpitaux lorsqu'un patient nécessite des soins ou une surveillance médicale intensive pendant son trajet.

MOA - Voir IOA

Permanence des soins

La permanence des soins concerne l'organisation de la réponse médicale aux demandes de soins aux horaires de fermeture des cabinets médicaux :

- . de 20 h le soir à 8 h le lendemain matin, en semaine,
- . le week-end : du samedi 12 h au lundi 08 h,
- . les jours fériés à partir de la veille à 20 h jusqu'au lendemain matin 08 h,
- . le lundi quand il précède un jour férié, les vendredis et samedis quand ils suivent un jour férié.

On distingue la permanence des soins ambulatoire (PDSA) et celle des établissements de santé (PDSES). L'accès à la permanence des soins s'effectue, via le centre 15, ou via un numéro spécifique, dans les départements dans lesquels les médecins libéraux contribuent à la régulation.

Salle d'accueil des urgences vitales (SAUV)

Les salles d'accueil des urgences vitales sont destinées à accueillir des personnes dont le pronostic vital est engagé.

Service d'aide médicale urgente (SAMU)

Le SAMU est un service hospitalier qui a en charge la mise en œuvre de l'aide médicale urgente, en coordination notamment avec les services d'incendie et de secours. Le SAMU comporte en son sein un centre de réception et régulation des appels (aussi appelé centre 15). Le SAMU coordonne l'activité des structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR).

Structure mobile d'urgences et de réanimation (SMUR)

La structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)⁸ a pour mission d'apporter 24h sur 24h, sur décision du médecin régulateur, les soins d'aide médicale urgente en tous lieux. Le SMUR est engagée en intervention à la demande du SAMU territorialement compétent.

Il existe éventuellement plusieurs SMUR dans un même département, tous étant rattachés au SAMU. Chaque SMUR intervient sur un territoire d'intervention qui lui est affecté. A la demande du médecin régulateur, il peut intervenir lors des plans de secours ou lors de toute situation concernant de nombreuses victimes. L'équipe médicale se déplace en général avec son propre véhicule. Une fois l'état du patient stabilisé, celui-ci est transporté par le moyen de transport disponible et le plus adapté. En fonction de ses besoins de soins, le patient est pris en charge directement par un plateau technique spécialisé (service de réanimation, unité neurovasculaire...), ou adressé au service des urgences.

Les SMUR peuvent également être appelés à effectuer des transports entre hôpitaux (transports secondaires) lorsqu'un patient nécessite des soins ou une surveillance médicale intensifs pendant son trajet. Les interventions des SMUR sont déclenchées et coordonnées par le SAMU.

Unités Mobiles Hospitalières (UMH)

Les UMH sont les effecteurs du SMUR associant une équipe (comprenant légalement un médecin urgentiste, un infirmier et un conducteur ou pilote), un lot de matériel technique et médical de soins et de réanimation, et un vecteur (moyen terrestre, aérien ou maritime).

Statistique annuelle des établissements (SAE)

Chaque année, les établissements de santé ont l'obligation de renseigner la statistique annuelle des établissements (SAE) [12], enquête qui décrit dans le détail l'activité des

⁸ Le Code la santé publique (Articles R6123-2, 14^{***}) fait référence à une structure mobile d'urgence et de réanimation. Dans l'usage courant, il est plutôt fait référence à un service mobile d'urgence et de réanimation.

établissements, et comprend un certain nombre de données relatives à l'activité des services d'urgences, mais également des SAMU et des SMUR.

SAE est la seule source d'information mobilisable pour construire des séries temporelles de l'activité des services hospitaliers. Le présent rapport mobilise les données 2004-2014, 2014 étant la dernière année disponible au moment de la rédaction du bilan.

Les données de la SAE sont classées en « bordereaux ». Avant 2013, un seul bordereau (Q13 - Médecine d'urgence) rassemblait les données des services d'urgences, des SAMU et des SMUR. Depuis 2013, trois bordereaux distincts sont renseignés par les établissements de santé :

- . structures des urgences,
- . SMUR et SAMU,
- . permanence des soins.

Taux (bruts) de recours aux urgences

Rapport entre le nombre de passages en services d'urgences, et le nombre de personnes domiciliées sur le territoire d'observation.

Taux d'exhaustivité (taux de remplissage)

Rapport entre le nombre de RPU pour lesquels une information est renseignée pour un item donné (numérateur), et le nombre total de RPU transmis⁹ (dénominateur).

Taux d'exploitabilité (taux de « bon » remplissage)

Rapport entre le nombre de RPU pour lesquels l'information renseignée est conforme au cahier des charges (numérateur), et le nombre total de RPU transmis⁹ (dénominateur).

Transcodage

Une donnée peut être saisie dans le système d'information de l'établissement selon une nomenclature différente de celle requise pour les RPU. Il est alors nécessaire de transcoder la valeur initiale pour qu'elle soit compatible avec la nomenclature officielle du cahier des charges.

Unité d'hospitalisation de courte durée

Chaque service d'urgences dispose d'un certain nombre de lits d'hospitalisation (autrefois appelés lits-portes) qui sont considérés comme des unités d'hospitalisation. Les hospitalisations en UHCD sont facturées de la même façon que les hospitalisations dans une unité de soins de court séjour.

Urgences pédiatriques

Sont considérées comme urgences pédiatriques, les prises en charge de patients âgés de moins de 18 ans (FÉDORU).

Urgences gériatriques

Les urgences gériatriques désignent les prises en charge de patients âgés de 75 ans ou plus (FÉDORU).

VSAB / VSAV

Véhicule de secours et d'aide aux blessés ou aux victimes.

⁹ Définitions FÉDORU.

A2. Liste des items du RPU Pays de la Loire

<FINESS> numéro Finess géographique de l'établissement

Format : 9 caractères

<ORDRE> numéro d'ordre donné par l'établissement

Format : 1 caractère (=0 si un seul envoi par établissement)

<CP> code postal de résidence

Format : 5 caractères

<COMMUNE> nom de la commune de résidence

Format : caractères

<NAISSANCE> date de naissance

Format : JJ/MM/AAAA

vide correspond à incertain

<SEXE>

Format : 1 caractère

Codes :

M - masculin

F - féminin

I - inconnu

<ENTREE> date et heure d'entrée

Format : JJ/MM/AAAA hh:mm:ss

<MODE_ENTREE>

Format : 1 caractère

Codes (Mode d'entrée PMSI) :

6 - mutation

7 - transfert

8 - domicile

<PROVENANCE>

Format : 1 caractère

Codes (Provenance PMSI) :

1 - mutation ou transfert du MCO

2 - mutation ou transfert du SSR

3 - mutation ou transfert du SLD

4 - mutation ou transfert du PSY

5 - prise en charge aux urgences autre que pour des raisons organisationnelles

6 - hospitalisation à domicile

7 - structure d'hébergement médicosociale

8 - prise en charge aux urgences pour des raisons organisationnelles¹⁰

<TRANSPORT> mode de transport

Format : 5 caractères

Codes :

PERSO - moyen personnel

AMBU - ambulance publique ou privée

VSAB - véhicule de secours et d'aide aux blessés

SMUR - véhicule de Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

HELI - hélicoptère

FO - force de l'ordre

¹⁰ Patient reconvoqué par le même service d'urgence pour des soins à distance de la prise en charge initiale (surveillance de plâtre, réfection de pansements, rappel de vaccination,...), ou patient déjà attendu avant sa prise en charge aux urgences dans un autre service et transitant aux urgences pour faciliter l'enregistrement administratif ou la réalisation des premiers examens complémentaires à la prise en charge qui va suivre.

<TRANSPORT_PEC> mode de prise en charge pendant le transport

Format : 7 caractères

Codes :

MED - médicalisée

PARAMED - paramédicalisée

AUCUN - sans prise en charge

<MOTIF> motif du recours aux urgences

Format : alphanumérique

Codes : thesaurus SFMU

<HMED> date et heure de première identification médicale

Format : JJ/MM/AAAA hh:mm:ss

<GRAVITE> classification CCMU modifiée

Format : 1 caractère

Codes :

1 - état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable après le premier examen clinique éventuellement complété d'actes diagnostiques réalisés et interprétés au lit du malade, abstention d'actes complémentaires ou de thérapeutique,

P - idem CCMU 1 avec problème dominant psychiatrique ou psychologique isolé ou associé à une pathologie somatique jugée stable,

2 - état lésionnel ou pronostic jugé stable, réalisation d'actes complémentaires aux urgences en dehors des actes diagnostiques éventuellement réalisés et interprétés au lit du malade et/ou d'actes thérapeutiques,

3 - état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver aux urgences sans mettre en jeu le pronostic vital,

4 - situation pathologique engageant le pronostic vital aux urgences sans manœuvre de réanimation initiée ou poursuivie dès l'entrée aux urgences,

5 - situation pathologique engageant le pronostic vital aux urgences avec initiation ou poursuite de manœuvres de réanimation dès l'entrée aux urgences,

D - patient décédé à l'entrée aux urgences sans avoir pu bénéficier d'initiation ou poursuite de manœuvres de réanimation aux urgences.

<DP> diagnostic principal

Format : CIM 10

<DA> diagnostic associé

Format : CIM 10

<ACTE> acte réalisé aux urgences

Format : CCAM

<SORTIE> date et heure de sortie

Format : JJ/MM/AAAA hh:mm:ss

<MODE_SORTIE>

Format : 1 caractère

Codes (Mode de sortie PMSI) :

6 - mutation

7 - transfert

8 - domicile

9 - décès

<DESTINATION>

Format : 1 caractère

Codes (Destination PMSI) :

1 - hospitalisation MCO

2 - hospitalisation SSR

3 - hospitalisation SLD

4 - hospitalisation PSY

6 - hospitalisation à domicile

7 - structure d'hébergement médico-sociale

<ORIENTATION>

Format : 5 caractères

Codes :

HDT - hospitalisation sur la demande d'un tiers
HO - hospitalisation d'office
SC - hospitalisation Unité Surveillance Continue
SI - hospitalisation Unité de Soins Intensifs
REA - hospitalisation unité de Réanimation
UHCD - hospitalisation dans une unité d'hospitalisation de courte durée
MED - hospitalisation unité de Médecine hors SC, SI, REA
CHIR - hospitalisation dans une unité de Chirurgie hors SC, SI, REA
OBST - hospitalisation dans une unité d'Obstétrique hors SC, SI, REA
FUGUE - sortie du service à l'insu du personnel soignant
SCAM - sortie contre avis médical
PSA - partie sans attendre prise en charge
REO - réorientation directe sans soins

A3. Repères bibliographiques

- [1] SUdF (Samu-Urgences de France), SFMU (Société française de médecine d'urgence). (2015). Samu. Centres 15. Référentiel et guide d'évaluation. 86 p.
- [2] SUdF (Samu-Urgences de France), SFMU (Société française de médecine d'urgence). (2013). Smur. Référentiel et guide d'évaluation. 43 p.
- [3] Arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires.
- [4] Fortin N, Ollivier R, Hubert B. (2014). Le système de Surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD®) en Pays de la Loire. *BVS. Bulletin de veille sanitaire*. Cire des Pays de la Loire. n° 25. 12 p.
- [5] Fedoru (Fédération des Observatoires régionaux des urgences). (2015). Panorama des Oru. Activités des structures d'urgences 2014. 76 p.
- [6] GCS e-santé Pays de la Loire. (2014). Cahier des charges RPU Pays de la Loire. Système d'information régional des urgences des Pays de la Loire. Procédure automatique d'extraction et de transmission des données. 12 p.
- [7] DGOS, ATIH. (2015). Atlas 2015 des SIH. État des lieux des systèmes d'information hospitaliers. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. 126 p.
- [8] Gellert GA, Ramirez R, Webster SL. (2015). The rise of the medical scribe industry: implications for the advancement of electronic health records. *JAMA*. vol. 313, n° 13. pp. 1315-1316.
- [9] Hubert B, Fortin N, Ollivier R, *et al.* (2015). La surveillance des épidémies de grippe à un niveau régional. Exemple de l'épidémie de l'hiver 2014-2015 dans les Pays de la Loire, France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. InVS. n° 32-33. pp. 604-611.
- [10] Morel S. (2014). L'urgence à plusieurs « vitesses » : Fracture territoriale et inégalité sociale dans l'accès aux soins d'urgence en France. Genèse et réalité d'un sous champ sanitaire. Thèse de doctorat de sociologie. Université de Nantes. 513 p.
- [11] Drees, Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013. [En ligne]. <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin-2013>.
- [12] Drees. Site de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). [En ligne]. <http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr>.



Observatoire régional des urgences (ORU) Pays de la Loire

Observatoire régional de la santé (ORS)

Hôtel de la région - 1 rue de la Loire

44966 NANTES Cedex 9

oru@orspaysdelaloire.com

Tél. 02 51 86 05 60 • Fax 02 51 86 05 75

www.oru-paysdelaloire.fr