



RECOMMANDATIONS FEDORU

Création d'un ORU

GT2

V1.1 - 03/2015

Préambule

L'émergence récente de nouveaux observatoires régionaux des urgences (ORU), permet à la Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU) de disposer d'une large représentativité des différents modèles d'organisation régionale de collecte de données et d'animation du réseau des structures d'urgences.

Soucieuse de partager le fruit de ces retours d'expérience avec le plus grand nombre, la FEDORU vous propose ses recommandations en vue :

- d'aider et de guider les régions et/ou structures qui souhaitent se doter d'un ORU ;
- de contribuer à l'identification et à la reconnaissance des ORU en régions

Ce document a été élaboré dans le cadre d'un groupe de travail composé de représentants de différentes régions et validé par un groupe de relecture de la FEDORU (*Cf. ci-dessous*).

Les échanges se sont situés à trois niveaux :

- l'identification des fondements théoriques et opérationnels de l'Observatoire Régional des Urgences (Première partie)
- la présentation de l'historique des différents ORU et la description des expériences actuelles (Deuxième partie) ;
- L'élaboration des recommandations relatives à la création et à l'activité d'un ORU (Troisième partie).

Composition du groupe de travail

- CAREL Didier, ARS Franche-Comté
- CASERIO SCHÖNEMANN Céline, InVS
- DIALLO Abdoulaye, ORU Lorraine
- DOLVECK François, GCS D-SISIF
- DUBOUDIN Cédric, ARS Franche-Comté
- FAUGERAS Gilles, ORULIM
- GARCIA Yves, ORU Languedoc Roussillon
- LINASSIER Philippe, CH Orléans
- MAILLARD Laurent, ORU Aquitaine
- MAURIAUCOURT Patrick, Nord pas de Calais
- MORVAN Esra, CIRE Centre
- NOIZET Marc, ORU Champagne Ardenne
- PETITCOLIN Pierre-Bernard, ORULIM
- TITTON Monique, ARS Centre

Validation des travaux

- Conseil d'administration de la FEDORU

Corrections suggérées par des tiers après sa diffusion sur le site de la FEDORU (coordination@fedoru.fr).

Ce document bénéficie des mises à jour régulières itératives (Version) selon les mêmes modalités et selon une chronologie courte (au minimum annuelle).

Sommaire

I - Fondements théoriques de l'Observatoire Régional des Urgences 4

Quelques éléments de définition de l'ORU	4
Le Contexte légal et réglementaire.....	4
Les missions potentielles d'un ORU	5

II - Historique et existant..... 5

Historique des ORU existants membres de la FEDORU	5
Portage juridique	6
Personnel	9
Sources de financement (exemples, liste non exhaustive).....	10
Liens fonctionnels	10

III - Les recommandations..... 11

Le socle minimum commun.....	11
Système d'information et projets SI	11
Le réseau territorial des urgences	13
Répertoire opérationnel des ressources (ROR)	14
Outils opérationnels de pilotage.....	16
Évaluation de la tension hospitalière	16
Évaluation	17

IV - Conclusion..... 17

ANNEXE 1 - Synthèse des fonctionnements régionaux actuels18

ANNEXE 2 - Questions/réponses19

I - Fondements théoriques de l'Observatoire Régional des Urgences

La mise en œuvre du projet de création d'un Observatoire Régional des Urgences, défini à partir des éléments d'ordre fonctionnel, inclut nécessairement l'analyse du contexte légal et réglementaire et l'identification des missions susceptibles d'être confiées à ce type d'organisme.

Quelques éléments de définition de l'ORU

La FEDORU décrit l'Observatoire Régional des Urgences comme une entité

- impliquée dans la collecte et l'analyse des données des soins de premier recours d'une région¹ ;
- et disposant en son sein d'une expertise de médecine d'urgence.

En effet, l'ORU participe aux traitements des données telles que les résumés de passage aux urgences (RPU), les résumés de dossiers de régulation PDSA² / AMU³, le suivi des appels au CRRA⁴, le relevé d'activité des effecteurs etc. La mise en œuvre de tels traitements poursuit un triple objectif :

- améliorer la connaissance quantitative et qualitative de l'activité des services d'accueil des urgences ;
- améliorer les conditions de la prise en charge des patients par lesdits services ;
- ajuster l'offre de soins de premier recours aux besoins populationnels.

Au regard de cette activité, l'expertise médicale et la connaissance fine du fonctionnement des structures d'accueil des urgences constituent une composante indispensable à l'obtention des résultats pertinents.

Le Contexte légal et réglementaire

La création d'un ORU n'est pas érigée en obligation par les textes actuels. Il est néanmoins régulièrement fait référence à ce type d'entité au travers de différentes circulaires, instructions DGOS et rapports nationaux :

- **Test National des RPU de 2002 DHOS** Courrier de Mr Edouard COUTY
<http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1098/sollicit.pdf>
- **Programme Qualité et Efficience de l'Assurance Maladie 2010**
http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2010_plfss_pqe_maladie_3_3.pdf
- **Circulaire DGOS/R4/R3/PF3 n° 2012-106 du 6 mars 2012** relative à l'organisation des filières régionales de prise en charge des patients victimes d'AVC
http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0081.pdf
- **Instruction DGOS/R2/2013/261 du 27 juin 2013** relative aux plans d'actions régionaux sur les urgences (point 4.6)
http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/06/cir_37177.pdf

¹ Convention constitutive de l'association FEDORU

² PDSA : Permanence de soins ambulatoire

³ AMU : Aide médicale urgente

⁴ CCRA : Centre de réception et de régulation des appels

- **Instruction DGOS/R2/DGS/DUS/2013/315 du 31 juillet 2013** relative aux RPU
http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/08/cir_37381.pdf
- **Rapport de la Cour des Comptes du 17 septembre 2014** relatif à la sécurité sociale
https://www.ccomptes.fr/content/download/73467/1911749/version/1/file/rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf

Les missions potentielles d'un ORU

Outre la collecte et l'analyse des données décrites ci-dessus, l'ORU est susceptible d'assurer les missions complémentaires suivantes :

- animer, coordonner et promouvoir le réseau territorial des urgences ;
- mettre en œuvre, exploiter et maintenir un concentrateur régional des flux qui permet d'assurer, pour le compte de l'ARS, la collecte obligatoire des RPU et leur remontée vers les instances nationales (INVS, ATIH)⁵ ;
- détecter des situations de tension sanitaires ;
- participer à l'élaboration des signaux de veille sanitaire ;
- mettre en œuvre des protocoles et des registres évaluatifs ;
- organiser la diffusion de l'information utile auprès des professionnels concernés ;
- développer et/ou diffuser des outils opérationnels de pilotage visant à améliorer les pratiques et l'organisation des structures d'urgence ;
- développer et/ou diffuser des outils de pilotages locaux et territoriaux des filières de soins de premier recours ;
- engager avec les établissements de santé une démarche d'amélioration de la qualité des données relatives à l'activité des services d'accueil des urgences, et notamment par la construction et le suivi d'indicateurs.

II - Historique et existant

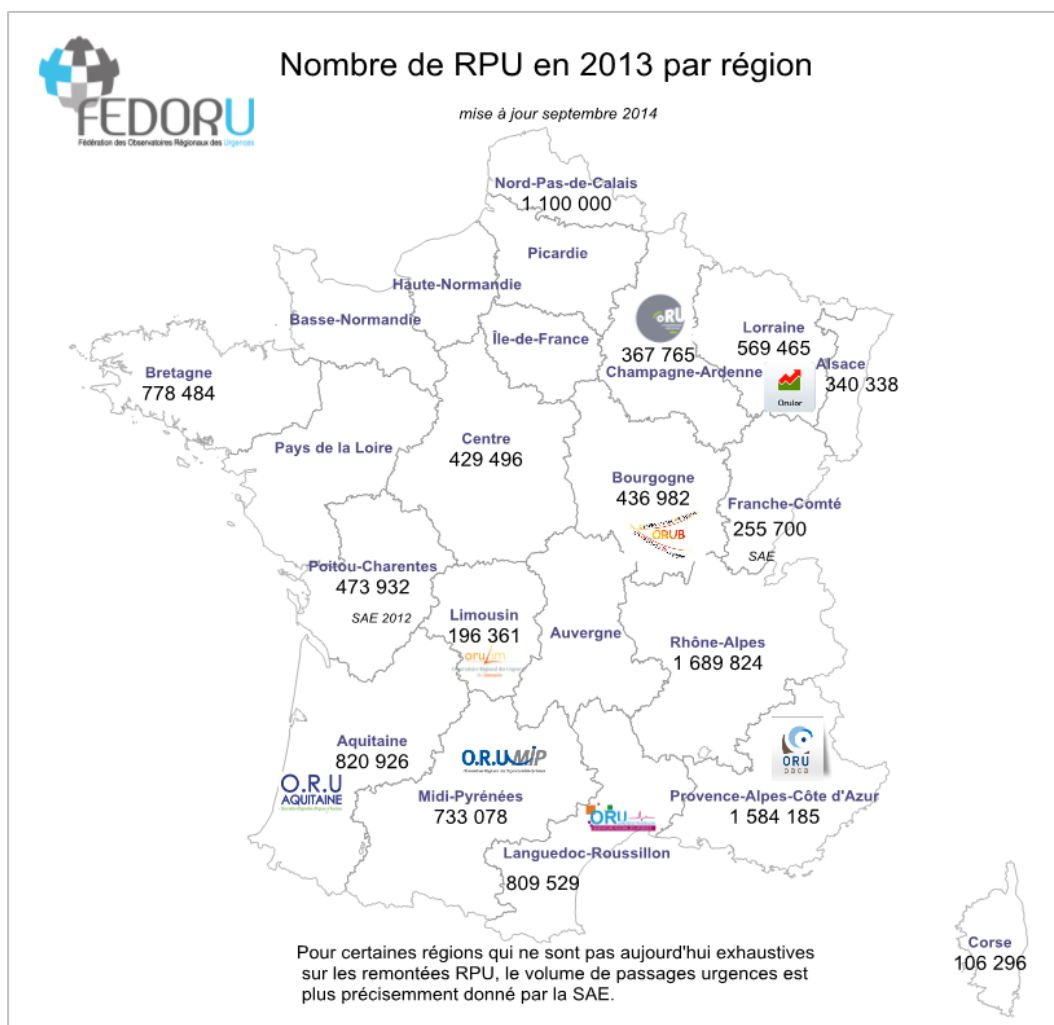
A partir de l'expérience des ORU existants membres de la FEDORU, il est dressé un état des lieux portant sur le portage juridique, le personnel, les sources de financement et les liens fonctionnels extérieurs de l'ORU.

Historique des ORU existants membres de la FEDORU

Date de création	ORU
2001	ORU-MIP (MIDI PYRÉNÉES)
2007	ORULIM (LIMOUSIN)
2008	ORU PACA RESURAL (ALSACE)
2010	ORULOR (LORRAINE)
2011	ORUB (BOURGOGNE)
2013	ORU AQUITAINE
2014	ORU LANGUEDOC ROUSSILLON ORU CA (CHAMPAGNE-ARDENNE)

⁵ 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.

L'ORU CENTRE, BRETAGNE, ORU RHÔNE-ALPES et NORD PAS DE CALAIS sont en cours de création. La région Rhône-Alpes est cependant déjà représentée au sein de la FEDORU par le réseau RESCUE.



Portage juridique

L'ORU peut être mis en place soit sous la forme de coopération fonctionnelle ne donnant pas lieu à la création d'une nouvelle personne morale (2-1), soit sous la forme de coopération organique donnant lieu à la création d'une nouvelle personne morale (2-2).

Il est à noter que l'absence de personnalité juridique présente quelques inconvénients, et notamment :

- l'identification de l'ORU par les tiers est difficile ;
- la coopération avec les différents intervenants est compliquée, et tout particulièrement, lorsqu'il est nécessaire d'établir une relation conventionnelle (signer un contrat) ;
- le financement direct de l'ORU est impossible, l'absence de moyens propres oblige de passer par un « porteur de moyens » qui dispose d'une personnalité juridique propre.

1. Exemple de coopération fonctionnelle

L'ORULOR est constitué sous la forme d'un comité qui réunit les représentants des entités suivantes :

- l'ARS Lorraine (un représentant par grande direction)
- le réseau Lorraine des urgences
- le GCS Télésanté Lorraine
- la CIRE Alsace-Lorraine
- un représentant de chaque fédération hospitalière

Le comité fonctionne sur la base de quatre réunions plénières annuelles et de plusieurs réunions en formation restreinte.

L'ordre du jour type porte sur :

- la revue de l'activité
- la qualité des données, étant précisé que les flux de données sont gérés par le GCS Télésanté Lorraine
- la détermination des objectifs stratégiques et des travaux à mener

Ce comité gère également la rédaction du rapport d'activité de l'ORU.

2. Formes possibles de coopération organique

Les textes actuels ne prévoient aucune forme juridique spécifique pour un ORU. Il convient de faire le choix au cas par cas pour trouver la forme la mieux adaptée au projet régional.

L'inventaire des ORU existants montre que l'association (a), le groupement de coopération sanitaire de moyens (b) et le groupement d'intérêt public (c) sont les trois formes juridiques les plus couramment utilisées.

L'association offre, sans aucun doute, une facilité de constitution et un cadre de gestion souple. En revanche, le GCS et le GIP sont susceptibles d'offrir un cadre plus en adéquation avec le monde public en général et le milieu de la santé en particulier.

2.1. - L'association

L'association est la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices⁶. Le contrat d'association est régi par la loi du 1er juillet 1901 ainsi que par le décret du 16 août 1901.

L'association est une personne morale de droit privé mais qui peut être chargée d'une mission d'intérêt général. Elle dispose d'une autonomie financière et administrative. Sa gouvernance est habituellement assurée par une assemblée générale et un conseil d'administration.

Les établissements de santé, les ARS, les organismes ayant d'autres formes juridiques (sociétés de droit privé, GCS, GIP..) ainsi que les professionnels de santé en tant que personnes physiques peuvent en être membres.

⁶ Article 1 de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association

Il semble intéressant de signaler les particularités suivantes :

- La rédaction des statuts (de la convention constitutive) est libre dès lors qu'elle ne contrevient pas à la loi.
- Les formalités déclaratives liées à la constitution sont relativement simples.
- Il n'existe pas de procédure d'approbation de la convention constitutive par une autorité extérieure.
- Les règles de gouvernance et de gestion sont souples.
- L'association peut bénéficier de la mise à disposition des personnels de ses membres, à l'exception de la mise à disposition des médecins praticiens hospitaliers⁷. Toutefois, les praticiens hospitaliers peuvent être recrutés directement par l'association au titre de l'activité accessoire.

2.2. - Le groupement de coopération sanitaire de moyens (GCS)⁸

Un groupement de coopération sanitaire de moyens peut être constitué par des établissements de santé publics ou privés, des établissements médico-sociaux, des centres de santé et des pôles de santé, des professionnels médicaux libéraux exerçant à titre individuel ou en société. D'autres professionnels de santé ou organismes peuvent participer à ce groupement sur autorisation du directeur général de l'ARS.

Il semble intéressant de signaler les particularités suivantes :

- Le GCS doit comprendre au moins un établissement de santé.
- La rédaction de la convention constitutive n'est pas totalement libre : la loi précise les mentions obligatoires.
- Une procédure d'approbation et de publication de la convention constitutive est requise.
- Le GCS peut être soit une personne morale de droit public, soit une personne morale de droit privé.

2.3. - Le Groupement d'intérêt public (GIP)⁹

Un GIP peut être constitué soit entre plusieurs personnes morales de droit public, soit entre l'une ou plusieurs d'entre elles et une ou plusieurs personnes morales de droit privé.

Il semble intéressant de signaler les particularités suivantes :

- Le GIP est obligatoirement une personne morale de droit public mais sa comptabilité peut être assurée selon les règles du droit privé.
- La rédaction de la convention constitutive n'est pas totalement libre : la loi précise les mentions obligatoires.
- Une procédure d'approbation et de publication de la convention constitutive est requise.
- Les personnes morales de droit public et les personnes morales de droit privé chargées d'une mission de service public doivent détenir ensemble plus de la moitié du capital ou des voix dans les organes délibérants.

⁷ Article R 6152-50 du Code de la santé publique

⁸ Articles L 6133-1 et suivants du Code de la santé publique

⁹ Articles 98 et suivants de la loi n° 2011-525 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit

Organisation des ORU membres de la FEDORU

ORU ALSACE	Association RESURAL
ORU AQUITAINE	GCS
ORU BOURGOGNE	Association RUB (Réseau Urgences Bourgogne)
ORU CHAMPAGNE ARDENNE	Association
ORU LANGUEDOC ROUSSILLON	GCS E-santé Languedoc Roussillon
ORU LIM	GCS EPSILIM
ORU LOR	Association Lorraine Urgences
ORU MIP	GIP
ORU PACA	GIP
ORU RHÔNE ALPES	Association RESCUE

Boîte à outils :

- exemple de statut d'association
<http://www.resurca.com/wp-content/uploads/2014/02/Statuts-ORUCA-13.02.2014.pdf>
- exemple de statut d'un GIP : ORU-PACA
http://www.orupaca.fr/documents/Documents/Convention_constitutive_ORUPACA_05_14.pdf
- exemple de statut d'un GCS :
EPSILIM (Limousin)
<http://www.sante-limousin.fr/travail/epsilim/fichiers/pdfsam-Convention%20Constitutive%20EPSILim.pdf>

Personnel

Vous trouverez ci-dessous une liste non exhaustive des profils métiers présents dans les ORU existants :

- Médecin urgentiste
- Médecin
- Secrétaire / Secrétaire comptable
- Personnel para médical et/ou cadre de santé
- Ingénieur et/ou analyste
- Data manager statisticien / Statisticien
- Epidémiologiste
- Juriste
- Infographiste
- Géomaticien
- Chargé de communication
- Chef de projet

Les personnels peuvent être :

- mis à la disposition de l'ORU par ses membres au moyen, par exemple, d'une mise à disposition (statutaire ou fonctionnelle) ou d'un détachement sur contrat. Les compétences déjà disponibles au sein des ressources régionales se trouvent ainsi valorisées ;
- recrutés en propre par l'ORU dans le cadre d'un contrat à durée déterminée ou indéterminée. Dans ce cas, il conviendra d'identifier le régime applicable aux salariés (droit public ou droit privé).

Par ailleurs, les médecins praticiens hospitaliers peuvent contribuer aux missions d'un ORU dans le cadre de leur activité d'intérêt général¹⁰.

Exemple de mutualisation de compétences :

- CIRE-ORU : épidémiologistes assurant les missions respectives de l'ORU et de la CIRE (PACA, Auvergne, Languedoc-Roussillon, Bourgogne...)
- ORU- MOAR (maîtrise d'ouvrage régionale)

Sources de financement (exemples, liste non exhaustive)

- ARS
- Membres

Liens fonctionnels

Les ORU interagissent avec de nombreux partenaires. Nous proposons un inventaire non exhaustif sous forme graphique.



¹⁰ Article R 6152-30 du Code de la santé publique

III - Les recommandations

Nous abordons ces recommandations en six briques fonctionnelles caractéristiques des ORU existants. Nous distinguons une brique socle (1) qui représente le minimum requis, et les 5 fonctions plus spécifiques qui peuvent être confiées à un ORU (2 à 6).

L'association de certaines briques paraît être facteur d'efficacité. Par exemple, confier la coordination du réseau des urgences à l'ORU présente une cohérence fonctionnelle (proximité des missions d'observation et d'évaluation).

Le socle minimum commun

1. Missions

- Concentrateur de RPU
- Expertise métier
- Collecte, travail, contrôle de la qualité et Traitement des RPU
- Redistribution de l'information vers les professionnels concernés
- Interprétation, analyse, rédaction et publication d'un rapport d'activité
- Production d'indicateurs de prise en charge

2. Compétences nécessaires minimales

Seule cette brique socle a fait l'objet de recommandations quantitatives. Les ressources affectées aux autres briques peuvent être variables en fonction de la taille de la région ; l'accroissement du nombre de briques doit permettre une mutualisation plus importante des ressources.

- Métier : médecin urgentiste 0,5 ETP
- Secrétariat : 0,5 ETP
- Data Manager/statisticien : 1 ETP

3. Les régions ayant confié cette fonction à l'ORU

PACA, Midi-Pyrénées, Limousin, Languedoc-Roussillon, Bourgogne.

Système d'information et projets SI

1. Missions

- Garantir la mise en œuvre des programmes nationaux de collecte des données des structures d'urgences,
- Qualifier, (+/- développer) et conduire les différents projets SI territoriaux d'amélioration de la connaissance ou de l'exercice du premier recours en réponse aux besoins des professionnels de l'urgence et aux demandes des autorités de santé.

2. Principes de mise en œuvre

Les développements propres et les intégrations de solutions logicielles réalisés par un ORU doivent respecter deux types d'exigences :

- Celles applicables à tout SI : confidentialité des accès, préservation de l'intégrité des données (collectées, affichées ou transmises), disponibilité des services mis en œuvre.
- Celles liées aux contraintes métiers du premier recours (immédiateté des avis et soins à prodiguer, volumétrie des prises en charge, conditions d'exercice nomade) : l'ergonomie des interfaces de saisie, la portabilité des solutions et la rapidité d'accès à l'information doivent être privilégiées.

3. Compétences nécessaires minimales

- Chef de projet SI
- Ingénieur réseau
- Ingénieur analyste
- +/- Ergonome

La mise en œuvre des solutions techniques portées par les ORU se fait actuellement selon diverses modalités : internalisation complète des développements, sous-traitance avec un ou plusieurs partenaires industriels (SSI, Editeurs Informatiques), collaboration avec un GCS régional (le plus souvent GCS e-santé). Selon les situations et les régions, le GCS peut intégrer l'ORU ou inversement. Dans tous les cas, cette proximité et/ou imbrication permettent d'élargir le périmètre des ORU et également un enrichissement réciproque d'une expertise métier et des acteurs des SI. Les compétences SI du GCS doivent être mises à la disposition de l'ORU dès lors que l'implication métier est forte et prépondérante dans un projet.

4. Avantages

L'optimisation des projets SI ORU passe par :

- **Une rationalisation des recueils** une collecte => des usages : à titre d'exemple le recueil régional des RPU doit permettre au-delà de la réponse aux exigences nationales (InVS, ATIH) de :
 - de procéder au calcul automatique des données agrégées d'activité d'urgences des Serveurs de Veille et d'Alerte (SRVA) ;
 - de proposer des outils de pilotage des SU : taux d'occupation instantané, prévision d'activité, module de requêtes dynamiques ;
 - de transmettre aux producteurs de données des rapports d'activité de leurs structures d'urgences régionale.
- **Une interconnexion des différentes sources d'information** : la gestion au sein d'une même plate-forme régionale de l'annuaire de l'offre de soins ainsi que des différentes bases de données d'activité des structures d'urgences et de premier recours permet d'accroître les fonctionnalités des outils existants mais également d'en proposer de nouveaux :
 - Hôpital en Tension : la connaissance et/ou la détection d'une situation d'hôpital en tension permet aux professionnels, aux décideurs et aux institutions de réagir selon les modalités régionales préétablies (*vous trouverez plus d'informations dans le document : GT4 – Hôpital en Tension - Synthèse FEDORU*).
 - Données CRRA / SAMU : la récupération automatique des dossiers de régulation des SAMU permet d'optimiser la chaîne de prise en charge de l'urgence en proposant :

- des outils embarqués pour les SMUR ou médecins effecteurs de la PDSA : récupération des données du dossier de régulation, géolocalisation vers l'adresse de l'intervention.
 - des outils d'annonce des patients régulés aux urgences : présentation d'un listing des patients en cours de transport vers les SU avec accès aux données médicales du dossier de régulation avec possibilité de préadmission automatisée dans le SIU.
- Données en situation d'exception : Catastrophe / Accident Collectif à Effet Limité. La mise à disposition des équipes SMUR d'outils de gestion informatique d'un Poste Médical Avancé et leur interconnexion par l'un des médias de communications disponibles (réseau filaire, télécom, WIFI ou Satellitaire) aux autres solutions SI de l'ORU (ROR, Outils de pilotage) permet de proposer une visualisation instantanée et à distance (Cellule de Crise SAMU, Centre Opérationnel Département) des victimes du PMA tout en facilitant le plan d'évacuation de ces dernières.

L'interconnexion des SI ORU à d'autres annuaires (RPPS, ARGHOS, ...) ainsi qu'à d'autres sources de données (Médecine de ville, SI des Établissements de santé) élargit d'autant les potentialités d'usage de ces différentes solutions et milite pour l'implication forte des ORU dans le SI.

Les régions ayant confié cette fonction à l'ORU :

- PACA
- Midi-Pyrénées
- Limousin
- Languedoc-Roussillon
- Bourgogne

Le réseau territorial des urgences

Le réseau territorial des urgences est défini par l'article R 6123-26 du Code de la santé publique et décrit par la circulaire DHOS/01/2007/65 du 13 février 2007. C'est l'élément clé sur lequel repose l'organisation territoriale de la prise en charge des urgences.

1. Objectifs

Permettre l'accès, dans les délais préconisés, à une structure des urgences en proximité, optimiser l'orientation des patients en fonction des plateaux techniques, garantir la sécurité et la continuité des prises en charge, coordonner les actions et les moyens des établissements de santé sur le territoire, mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins, assurer une veille et un suivi de la qualité du fonctionnement.

2. Coordination, formation et évaluation

La coordination du réseau est le plus souvent assurée par un médecin urgentiste à temps partiel, chargé d'animer les travaux du réseau, de coordonner les groupes de travail, et de mettre en œuvre le plan d'action.

La formation se fait en collaboration avec le collège régional de médecine d'urgences.

3. Compétences nécessaires

- Métier : médecin urgentiste
- Paramédical
- Secrétariat

4. Avantage

Il existe une réelle plus-value à mutualiser les moyens du réseau et de l'ORU. Il existe une complémentarité certaine entre les missions et les ressources humaines de ces deux structures. Le réseau est par ailleurs un des principaux utilisateurs des travaux de l'ORU. L'ORU décrit le parcours de soins relatif et vérifie sa conformité à celui déterminé et mis en place par le réseau.

5. Les régions ayant confié cette fonction à l'ORU

- PACA
- Limousin
- Bourgogne
- Lorraine, Aquitaine
- Champagne Ardennes
- Languedoc-Roussillon

Répertoire opérationnel des ressources (ROR)

1. Qu'est-ce qu'un ROR ?

Un outil d'aide à l'orientation des patients

Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) est un outil qui fournit aux professionnels de santé une aide à l'orientation des patients, en donnant accès à la description formalisée, fiable et actualisée des ressources médicales sur le territoire de santé, au niveau régional voire interrégional.

Initialement conçu dans le contexte de l'urgence, le ROR se veut un outil complet et dynamique de description de l'offre de soins avec des applications potentielles importantes.

La mise en œuvre du ROR est obligatoire dans chaque région depuis les décrets n°2006-576 et n°2006-577 du 22 mai 2006 et la circulaire DHOS du 13 février 2007, sous la responsabilité de l'ARS.

2. Missions

- Constituer et actualiser la base de données des offres de soins (OS) de la région, au sens large. C'est à dire décrire les établissements de santé (ES) avec leurs organisations, les unités opérationnelles, tous les professionnels et les techniques ou matériels remarquables. Les moyens pour les contacter ainsi que les horaires sont recherchés. Mais aussi tous les autres domaines médicaux (ambulatoire ++), médico-sociaux et sociaux.
- Mettre ces données à la disposition des professionnels de santé d'une part, et des autres systèmes d'informations d'autre part.
- Assurer l'interopérabilité avec les ROR des autres régions, c'est à dire partager les données du ROR avec les autres régions.
- Le ROR doit permettre d'afficher les lits disponibles

3. Quel peut être le rôle d'un Observatoire régional des urgences vis-à-vis du ROR ?

- Pilotage
- Mise en place
- Gestion
- Animation

4. Les compétences et moyens nécessaires pour que l'ORU puisse assurer ces missions ?

- Métier : médecin urgentiste
- Paramédicaux ou cadre de santé
- Informaticien

5. Avantages

- Proximité et continuité ORU-ROR-réseau territorial des urgences : conçu initialement comme un des outils du réseau, le ROR permet de faciliter l'orientation des patients par la connaissance de l'offre de soins sur le territoire souhaité. En cela, il participe à la description du parcours du patient.
- Utilisation des données ORU dans certains modules du ROR : ainsi l'activité des structures d'urgence permet l'alimentation du module « hôpital en tension »
- Enfin la connaissance et l'expertise métier présentes dans l'ORU sont d'un apport significatif dans le déploiement de ce répertoire.

6. Les régions ayant confié cette fonction à l'ORU

Historiquement, les premières régions qui se sont engagées dans ce processus sont les régions PACA (développement du ROR par l'ORU PACA) et Île-de-France (développement du ROR par le GCS d-sisif), ainsi que la région Normandie. Environ la moitié des régions sont aujourd'hui dotées d'un ROR.

7. Liens utiles

- Région PACA ->ORU PACA : <http://www.orupaca.fr/ressources-outils/ror-paca-83.html>
- Région Île-de-France -> GCS d-sisif : <http://www.gcdsisif.fr/projets/51-cerveau>
- Région Centre : <https://ror-centre.sante-centre.fr/>
- Région Rhône-Alpes : <http://ror.urgences-ra.org>
- Région Champagne-Ardenne : <http://www.sis-ca.fr/ror>
- Région Bourgogne : <https://www.ror-bourgogne.fr>
- Région Lorraine : <https://ror.sante-lorraine.fr/>
- Région Limousin : <https://ror.sante-limousin.fr/>
- Région Languedoc-Roussillon : <http://rorlr.fr>

8. Références

- Article D 6124-25 du Code de la santé publique
- Circulaire DHOS/O1 n° 2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences

Outils opérationnels de pilotage

Évaluation de la tension hospitalière

1. Missions

- Mettre à disposition des utilisateurs concernés, des outils de connaissances (ROR), des outils d'animation et de pilotage (gestion des transferts d'un établissement de santé vers un autre, de liste de patients, de registres... et visualisation de l'activité temps réel des urgences, de la disponibilité des lits, mise en œuvre du dispositif hôpital en tension et tension solidaire...).
- Permettre une meilleure prise en charge des patients.
- Assurer une lisibilité de ses prises en charge avec des rappels des bonnes pratiques, des tableaux de bord d'activité.
- Adapter le système à ces mesures et définir des indicateurs.

2. Compétences nécessaires

- Informatique
- Analyse statistique et structurelle
- Médicale (de réseaux)

3. Avantages

Leur intégration par une même structure permet d'augmenter la connaissance et l'usage du système d'information.

- C'est la notion d'outils régionaux partagés qui permettent la convergence, l'unification et le partage des données.
- Assure la cohérence de la transversalité, sa transparence et son contrôle.
- Mutualisation des moyens

4. Les régions ayant confié cette fonction à l'ORU

- PACA
- Champagne Ardennes
- Midi-Pyrénées

Évaluation

L'évaluation peut être réalisée sous différentes formes : audit, registre, évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

1. Missions

- Synthèse de fonctionnement (aspects financiers, fonctionnels et informatique) : démarche d'audit.
- Évaluation des prises en charges : principe d'un registre (AVC, SCA,...).
- Évaluation des pratiques, notamment dans le cadre d'une EPP.

2. Compétences nécessaires

- Médecin
- Statisticien
- ARC

3. Avantages

- Sphère de compétence d'un ORU
- Connaissance métier et du fonctionnement des structures
- Relation existante avec le réseau des professionnels
- Un ORU, en raison de sa fonction de concentrateur des données des structures d'urgences, est un lieu idéal de portage de registres

4. Les régions ayant confié cette fonction à l'ORU

- Aquitaine
- Limousin
- PACA
- Midi-Pyrénées

IV - Conclusion

Un Observatoire Régional des Urgences se doit d'être une structure réactive avec une capacité d'anticipation affirmée. Il a vocation à être intégré à toutes les dynamiques de complémentarité sur les projets du périmètre des urgences et plus généralement du premier recours.

Il repose sur l'expertise métier de son équipe et sur la qualité des systèmes d'information déployés ; à ce titre, il se doit de veiller à la capacité des SI d'établissements ayant l'autorisation de faire fonctionner des structures d'urgence à produire des RPU compatibles avec les exigences réglementaires et les recommandations formulées par la FEDORU.

La variété des missions énoncées témoigne des organisations régionales différentes liées à l'historique et aux stratégies propres de chacune des structures concernées.

ANNEXE 1 - Synthèse des fonctionnements régionaux actuels

Région	Structure porteuse	Type de mission					Outils de pilotage Évaluation de la tension hospitalière	Évaluation
		Mission socle	Projets SI	Réseaux des urgences	ROR			
Alsace	RESURAL	X		X	X		X	X
Aquitaine	ORU AQUITAINE	X	X	X	X		X	X
Bourgogne	RUB/ORUB	X		X	X		X	
	GCS E-Santé BOURGOGNE		X					
Centre	CH ORLÉANS				X			
Champagne Ardennes	ORU-CA	X		X			X	
Languedoc Roussillon	ORU-LR & GCSe.Santé	X	X	X	X			
Lorraine	ORU LORRAINE	X		X	X		X	X
	GCS Télésanté LORRAINE		X		X		X	X
Limousin	ORU LIM	X		X	X		X	X
	GCS Epsilim		X					
Midi Pyrénées	GIP ORU-MiP	X	X		X		X	X
PACA	GIP ORU PACA	X	X	X	X		X	X

ANNEXE 2 - Questions/réponses

- **Possibilité d'un ORU partagé sur plusieurs régions ?**

Il est possible de partager des éléments sur le dispositif technique mais l'interprétation des données et des résultats doit être conduit par les représentants métiers de la région. On parlera de coopération interrégionale des ORU. Il est préférable de prévoir une structure ORU par région.

- **Quelle différence avec les ORS ?**

Une orientation épidémiologique plus marquée. Les ORS sont apparus après la rédaction et la diffusion du rapport CABANEL(1982) sur une commande du premier ministre, Monsieur Raymond Barre (1980) ; la lettre de mission d'alors insiste sur le « besoin d'une véritable connaissance de l'état sanitaire de la population au niveau régional ». Il est également demandé à cette mission parlementaire de faire un recensement critique des différentes sources d'information disponibles et d'étudier leur cohérence entre elles et leur degré de fiabilité et de signification ». Elle devra «également proposer des moyens propres à remédier aux lacunes constatées incluant notamment (...) les modes d'organisation permettant de mieux dépister les « groupes à risque » au niveau régional et local ».

- **Possibilité d'inclure un ORU dans une maison régionale des réseaux ?**

Le fonctionnement et les objectifs sont différents.

- **Quelle différence entre missions de l'ORU et missions de la CIRE ?**

L'ORU assure la mission de la collecte des données qu'il utilise à des fin d'études utiles en région. L'INVS et la CIRE sont chargées de la veille sanitaire. Ces trois structures collaborent pour améliorer la qualité et l'exhaustivité des données.

