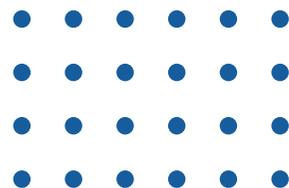


# PANORAMA des ORU Activité des structures d'URGENCE

# 2018



Nouvelle version







# Sommaire

<b>01</b>	<b>DESCRIPTION DE L'OFFRE DE SOINS ..... 8</b>	<b>04</b>	<b>AUTRES INDICATEURS ..... 54</b>
	Chiffres clés des soins d'urgence sur le territoire français ..... 10		Indicateurs BACH (Bulletin des Activités et des Capacités Hospitalières).. 56
	Description de l'offre de soins par région..... 11		États des lieux dispositif HET (Hôpital En Tension) en région ..... 57
	Données démographiques et spatiales..... 12		BJML (Besoin Journalier Minimal en Lit) ..... 58
	Définitions des indicateurs utilisés ..... 12		Maquette du Panorama de l'organisation des SU et test en région ..... 63
	Offre en services d'urgence ..... 13		
	Implantation des SAMU/SMUR..... 13		
<b>02</b>	<b>DONNÉES D'ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCE..... 14</b>	<b>05</b>	<b>TRAVAUX MENÉS EN RÉGION..... 66</b>
	Activité globale des services d'urgence ..... 16		Qualité des données ..... 68
	Activité pédiatrique des services d'urgence ..... 24		Projets phares en région ..... 70
	Activité gériatrique des services d'urgence..... 30		
	Activité AVC des services d'urgence ..... 36		
<b>03</b>	<b>QUALITÉ DES DONNÉES ..... 42</b>	<b>06</b>	<b>ANNEXES ..... 72</b>
	RPU ..... 44		Collecte et transmission des données vers un concentrateur régional ..... 74
	Détails de la composition du RPU ..... 45		Logigramme des interactions des variables du RPU..... 75
	Exhaustivité des remontées des RPU ..... 47		Définitions FEDORU ..... 76
	Radar d'exploitabilité des items du RPU toutes régions confondues ..... 48		Nomenclature des accidents vasculaires cérébraux (AVC)..... 77
	Exploitabilité des items du RPU par région ..... 49		Glossaire ..... 81
	Taux d'exploitabilité du diagnostic principal en 2018..... 50		Composition du groupe de travail ..... 82
	Score qualité ..... 51		

# LE MOT DU PRÉSIDENT

---

Depuis sa création, la FEDORU cherche à harmoniser les données d'urgences de nos régions afin de permettre aux responsables des structures d'urgences, des directions d'établissements et de nos institutions d'avoir la vision la plus réaliste possible de l'activité de ces structures.

Nous sommes heureux de pouvoir vous présenter ce nouveau panorama qui présente l'ensemble des données des structures d'urgences de la France métropolitaine. Vous pourrez découvrir en dehors des données globales d'activité, le poids que représentent celles-ci dans chacune des régions.

Ces données permettent d'évaluer l'activité des services d'urgence et celle de certaines filières. Elles contribuent également à la veille sanitaire à travers les outils de Santé publique France, et apportent un certain nombre d'informations pour adapter nos structures et nos établissements aux périodes de tension, avec entre autres le Besoin Journalier Minimum en lit (BJML) et les données des fiches BACH (Bulletin des Activités et des Capacités Hospitalières).

Les travaux menés par les commissions FEDORU sont accompagnés par un contrôle de qualité au sein des établissements de santé grâce à de véritables tableaux de bord qui identifient les axes d'amélioration.

L'expérience de ces dernières années nous a permis de qualifier l'intérêt de chaque champ du Résumé de Passages aux Urgences (RPU) à travers différentes exploitations possibles.

Notre modèle de prise en charge aux urgences a évolué ; la FEDORU propose pour appréhender l'évaluation de l'impact de nos actions tant au niveau des SU, des établissements, que des filières de prise en charge, de faire évoluer le format du RPU, et d'aboutir à des analyses au plus proche de notre activité.

A l'aube du pacte de refondation des urgences, à travers ses propositions, la FEDORU se propose d'imager au mieux l'évolution de notre activité.

— **Dr Laurent MAILLARD** —

Président

# LES RÉGIONS PARTICIPANTES

**NOM** Nom de la structure  
Région participante



Données DOM-TOM non disponibles

# ANNUAIRE DES RÉGIONS PARTICIPANTES

## AUVERGNE- RHÔNE-ALPES

Centre Hospitalier Le Corbusier  
Rue Robert Ploton  
42700 FIRMINY  
Tel. : 04 77 40 75 16

 [www.reulian.fr](http://www.reulian.fr)



## CENTRE-VAL DE LOIRE

### GIP CENTRE-VAL DE LOIRE

6 rue du Professeur Philippe MAUPAS  
41260 La Chaussée St Victor  
Tel. : 02 54 70 55 20



## BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ

### RUB - ORU BOURGOGNE

5 rue Maugey  
71100 CHALON SUR SAONE  
Tel. : 03 85 48 94 49

 [www.e-rub.fr](http://www.e-rub.fr)



## CORSE

### ORU CORSE

CH de Bastia - BP 680  
20604 BASTIA CEDEX  
Tel. : 04 95 59 11 11

## GCS RRUH-FC

Centre Hospitalier Louis Pasteur  
73 avenue Léon Jouhaux  
CS 20079  
39108 DOLE Cedex  
Tel. : 03 84 79 80 02



## GRAND EST

### EST-RESCUE

Réseau et observatoire des structures d'urgence Grand Est  
CHRU Hôpital Central  
Pavillon Krug - 2<sup>ème</sup> étage  
29 av. du Maréchal De Lattre De Tassigny  
54000 NANCY



## BRETAGNE

### RÉSEAU BRETAGNE URGENCES

Centre Hospitalier Yves Le Foll  
10 rue Marcel Proust  
22027 SAINT-BRIEUC Cedex 1  
Tel. : 02 96 69 92 67

 [www.rbu.bzh](http://www.rbu.bzh)



### Antenne Lorraine

Tel. : 03 83 85 18 55

### Antenne Champagne-Ardenne

Tel. : 09 64 41 51 89

 [www.est-rescue.fr](http://www.est-rescue.fr)

---

## HAUTS-DE-FRANCE

### SANT& NUMÉRIQUE - HAUTS-DE-FRANCE

ORU Hauts-de-France - GIP Sant& Numérique  
186 rue Edouard Branly  
ZA de la Blanche Tâche  
80450 CAMON  
Tel. : 03 22 80 31 60  
 [www.esante-hdf.fr.fr](http://www.esante-hdf.fr.fr)



---

## ILE-DE-FRANCE

### C.R.E.U. - COMMISSION RÉGIONALE D'EXPERTS URGENCES

Ile de France  
Hôpital Delafontaine  
2 rue du Dr Delafontaine - BP 279  
93205 SAINT-DENIS CEDEX



---

## NORMANDIE

### ARS NORMANDIE

Espace Claude Monet  
2 place Jean Nouzille - CS 55035  
14050 CAEN CEDEX 4  
Tel. : 02 31 70 96 96  
 [www.normandie.ars.sante.fr](http://www.normandie.ars.sante.fr)



---

## NOUVELLE-AQUITAINE

### ORU NOUVELLE AQUITAINE

23 quai de Paludate  
33800 BORDEAUX  
Tel. : 05 56 90 71 41  
 [www.oruna.fr](http://www.oruna.fr)



---

## OCCITANIE

### ORU OCCITANIE

Observatoire Régional des Urgences d'Occitanie  
Hôpital La Grave - Place Lange - TSA 60033  
31059 TOULOUSE Cedex 9

#### Antenne Toulouse

Tel. : 05 61 77 87 43

#### Antenne Montpellier

Tel. : 04 67 69 74 21

 [www.oruoccitanie.fr](http://www.oruoccitanie.fr)



---

## PAYS DE LA LOIRE

### ORU PAYS DE LA LOIRE

Observatoire régional de la santé (ORS) des Pays de la Loire  
Hôtel de la région - 1 rue de la Loire  
44966 NANTES Cedex 9  
Tel. : 02 51 86 05 60

 [www.oru-paysdelaloire.fr](http://www.oru-paysdelaloire.fr)



---

## PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

### ieSS

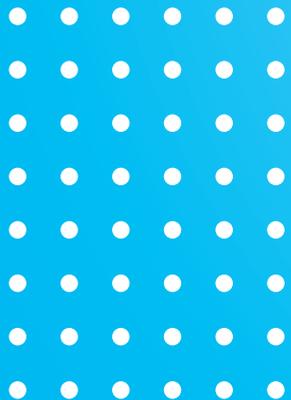
145 Chemin du Palyvestre  
83400 HYÈRES  
Tel. : 04 98 08 00 80

 [ies-sud.fr](http://ies-sud.fr)



01

# DESCRIPTION DE L'OFFRE DE SOINS





# CHIFFRES CLÉS DES SOINS D'URGENCE SUR LE TERRITOIRE FRANÇAIS \*



## SAMU

**29 075 874** Appels présentés

**25 309 417** Appels décrochés

**16 011 614** Dossiers de régulation

**12 506 149** Dossiers de régulation médicale



## SMUR

**791 215** Sorties dans l'année

dont **602 642** Sorties primaires

et **188 573** Sorties secondaires



## SERVICES D'URGENCE

soit **620** Services d'urgence générale

et **89** Services d'urgence pédiatrique



## LITS EN UHCD

**1 953 216** Séjours en UHCD



## PASSAGES AUX URGENCES

soit **19 443 856** dans les services d'urgence générale

et **2 430 937** dans les services d'urgence pédiatrique

\* Source : Données SAE 2018

# DESCRIPTION DE L'OFFRE DE SOINS PAR RÉGION

	TOTAL INTER-RÉGION	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	BRETAGNE	CENTRE-VAL DE LOIRE	CORSE	GRAND EST	HAUTS-DE-FRANCE	ILE-DE-FRANCE	NORMANDIE	NOUVELLE-AQUITAINE	OCCITANIE	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	PAYS DE LA LOIRE
<b>SAMU</b>														
Nombre de SAMU / Centre 15	95	13	4	4	6	2	10	5	8	6	13	13	6	5
<b>SMUR</b>														
Nombre de sièges de SMUR <i>(Finess juridique)</i>	347	39	27	18	23	2	36	32	22	30	42	32	29	15
Nombre de sièges de SMUR <i>(Finess géographique)</i>	447,3	55	31	23	27	8	47	36	41	33	49,2	41	37,1	19
<b>Services d'urgence</b>														
Nombre de services d'urgence juridiques autorisés	538	71	28	24	25	4	46	50	62	37	57	63	46	25
Nombre de services d'urgence géographiques autorisés	686	84	36	30	26	4	55	63	122	42	70	70	55	29
<b>Structures d'urgence par bassin populationnel</b>														
Nombre de SAMU par bassin populationnel <i>(pour 100 000 habitants)</i>	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,6	0,2	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
Nombre de sièges SMUR géographiques par bassin populationnel <i>(pour 100 000 habitants)</i>	0,7	0,7	1,1	0,7	1,0	2,4	0,8	0,6	0,3	1,0	0,8	0,7	0,7	0,5
Nombre de SU géographiques par bassin populationnel <i>(pour 100 000 habitants)</i>	1,1	1,1	1,3	0,9	1,0	1,2	1,0	1,1	1,0	1,3	1,1	1,2	1,1	0,8

© FEDORU

# DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES ET SPATIALES

	TOTAL INTER-RÉGION	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	BRETAGNE	CENTRE-VAL DE LOIRE	CORSE	GRAND EST	HAUTS-DE-FRANCE	ILE-DE-FRANCE	NORMANDIE	NOUVELLE-AQUITAINE	OCCITANIE	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	PAYS DE LA LOIRE
<b>Nombre d'habitants*</b>	<b>64 842 974</b>	<b>7 992 341</b>	<b>2 804 285</b>	<b>3 323 355</b>	<b>2 571 632</b>	<b>336 469</b>	<b>5 533 558</b>	<b>5 992 082</b>	<b>12 183 893</b>	<b>3 326 567</b>	<b>6 091 029</b>	<b>5 867 640</b>	<b>5 048 454</b>	<b>3 771 669</b>
Part des 75 ans et plus	9%	9%	11%	10%	11%	11%	9%	8%	7%	10%	11%	11%	11%	10%
Superficie (en km <sup>2</sup> )	<b>544 175</b>	69 711	47 783	27 208	39 151	8 680	57 433	31 813	12 012	29 907	84 271	72 724	31 400	32 082
Densité de population (nombre d'habitants au km <sup>2</sup> )	<b>119,2</b>	114,6	58,7	122,1	65,7	38,8	96,3	188,4	1014,3	111,2	72,3	80,7	160,8	117,6

\* Source INSEE (estimation au 1<sup>er</sup> janvier 2018)

© FEDORU

## DÉFINITIONS DES INDICATEURS UTILISÉS



### Nombre de sièges de SMUR (finess juridique)

Comptabilisation des sièges de SMUR par entité juridique :

- les antennes SMUR ne sont pas comptabilisées ;
- si un établissement possède plusieurs sites équipés de SMUR, on n'en compte qu'un seul.



### Nombre de SU juridiques / géographiques autorisés

Comptabilisation prenant en compte la distinction entre service adulte et pédiatrique, et exclusion des CSNP et des spécialités (mains, ophtalmologie, gynécologie, ...).



### Nombre de sièges de SMUR (sites géographiques)

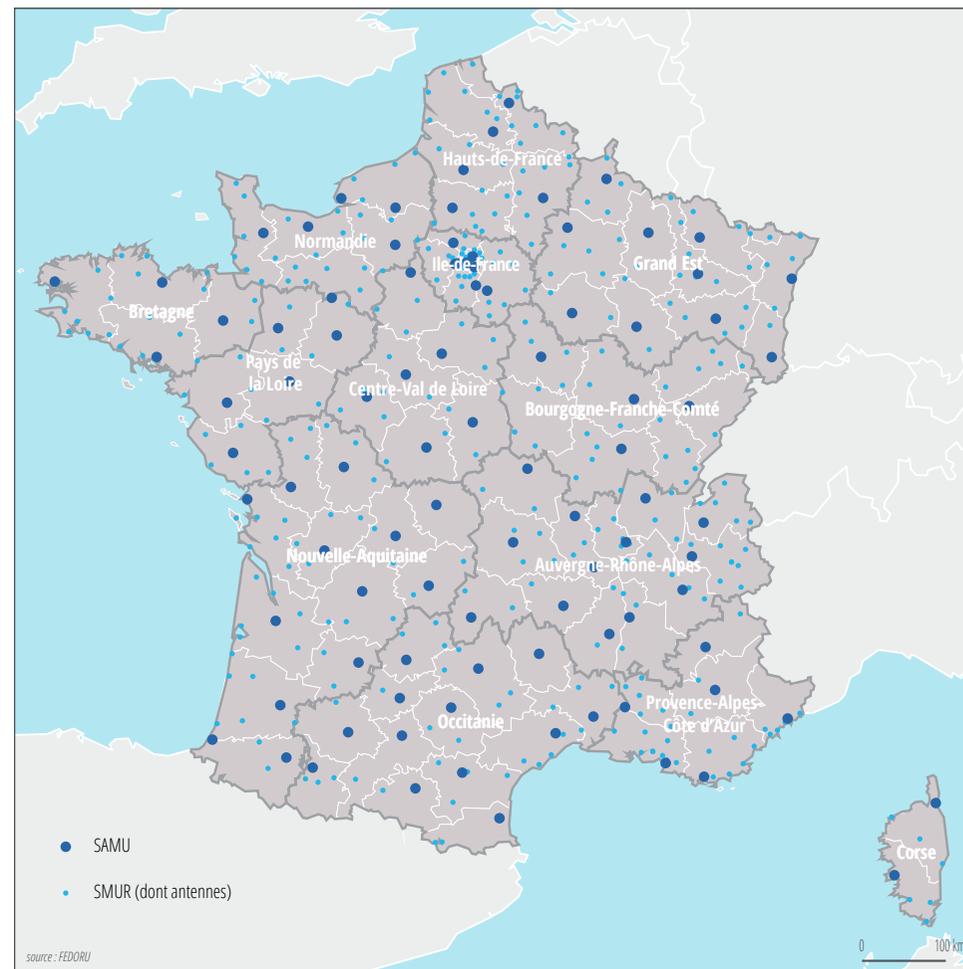
Comptabilisation des SMUR d'un point de vue géographique :

- si un établissement possède plusieurs sites équipés de SMUR : on compte autant de SMUR ;
- les antennes SMUR sont comptabilisées.

# OFFRE EN SERVICES D'URGENCE

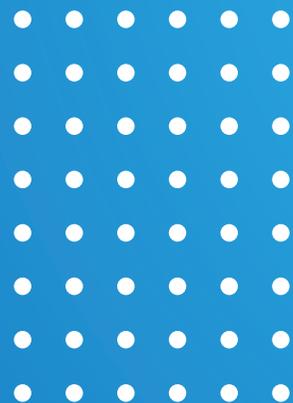


# IMPLANTATION DES SAMU/SMUR

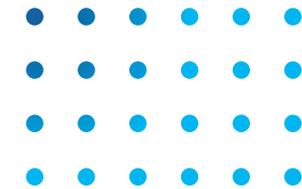


02

# DONNÉES D'ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCE







# ACTIVITÉ GLOBALE DES **SERVICES** **D'URGENCE**



# CHIFFRES CLÉS

## RECUEIL DES DONNÉES\*

<b>21 205 927</b>	Nombre de passages aux urgences en 2018
<b>58 098</b>	Moyenne quotidienne
<b>+1,7%</b>	Evolution 2017/2018 du nbre de passages déclarés dans la SAE
<b>33%</b>	Taux de passages***
<b>20 330 805</b>	Nombre de RPU transmis en 2018

## PATIENTS

<b>1,05</b>	Sex-ratio H/F
<b>39,3</b>	Age moyen (en années)
<b>3%</b>	Moins de 1 an
<b>27%</b>	Moins de 18 ans
<b>13%</b>	75 ans et plus

## ARRIVÉES

<b>Date/heure</b>	<b>100%**</b>
<b>27%</b>	Nuit [20h-08h]
<b>45%</b>	Horaire de PDS
<b>28%</b>	Week-end
<b>Mode de transport</b>	<b>77%**</b>
<b>75%</b>	Moyen personnel
<b>1%</b>	SMUR (y compris transport hélicoptéré)
<b>12%</b>	VSAV
<b>11%</b>	Ambulance
<b>CCMU</b>	<b>81%**</b>
<b>17%</b>	CCMU 1
<b>1%</b>	CCMU 4 et 5

## MODE DE SORTIE

91%\*\*

<b>21%</b>	Hospitalisation post-urgences
<b>20%</b>	Mutation interne
<b>1%</b>	Transfert externe
<b>79%</b>	Retour au domicile

## DURÉE DE PASSAGE

93%\*\*

<b>64%</b>	Passages en moins de 4h
<b>38%</b>	Lors d'une hospitalisation post-urgences
<b>72%</b>	Lors d'un retour au domicile

## DIAGNOSTIC PRINCIPAL

76%\*\*

<b>60%</b>	Médico-chirurgical
<b>31%</b>	Traumatologique
<b>3%</b>	Psychiatrique
<b>2%</b>	Toxicologique
<b>4%</b>	Autres recours



\* Sources de données = SAE des régions participantes

\*\* Pourcentage d'exploitabilité des données

\*\*\* Définition du taux de passages = Nbre de passages SAE 2018 / Population estimée France métropolitaine (2018)

# ACTIVITÉ GLOBALE ET PAR RÉGION DES SERVICES D'URGENCE

	TOTAL INTER-RÉGION	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	BRETAGNE	CENTRE-VAL DE LOIRE	CORSE	GRAND EST	HAUTS-DE-FRANCE	ILE-DE-FRANCE	NORMANDIE	NOUVELLE-AQUITAINE	OCCITANIE	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	PAYS DE LA LOIRE
Nombre de passages aux urgences déclarés dans la SAE en 2018	21 205 927	2 595 437	956 861	936 243	869 601	104 369	1 636 500	2 035 386	4 461 591	1 299 364	1 744 276	1 752 827	1 865 025	948 447
Moyenne quotidienne (SAE)	58 098	7 111	2 622	2 565	2 382	286	4 484	5 576	12 224	3 560	4 841	4 802	5 110	2 598
Évolution 2017/2018 (SAE)	+1,7%	+1,3%	+2,7%	+0,9%	-0,4%	+1,8%	+3,0%	+2,4%	+0,5%	+2,7%	+2,6%	+2,7%	+2,3%	+3,0%
Taux de passages	32,7%	32,5%	34,1%	28,2%	33,8%	31,0%	29,6%	34,0%	36,6%	39,1%	28,6%	29,9%	36,9%	25,1%
Nombre de RPU transmis en 2018*	20 330 805	2 516 934	906 537	915 919	868 225	104 113	1 599 956	1 900 701	3 983 091	1 270 187	1 711 828	1 783 281	1 825 019	945 014
Exhaustivité du recueil	96%	97%	95%	98%	100%	100%	98%	93%	89%	98%	98%	102%**	98%	100%
Pourcentage de SU qui remontent des données RPU	96%	100%	97%	97%	96%	100%	100%	94%	84%	100%	100%	100%	98%	100%
Évolution 2017/2018 (RPU)***	+1,3%	-4,3%	+0,3%	+1,2%	-3,3%	+10,2%	+1,8%	+1,8%	+3,1%	+1,9%	+2,8%	+2,3%	+1,6%	+3,0%

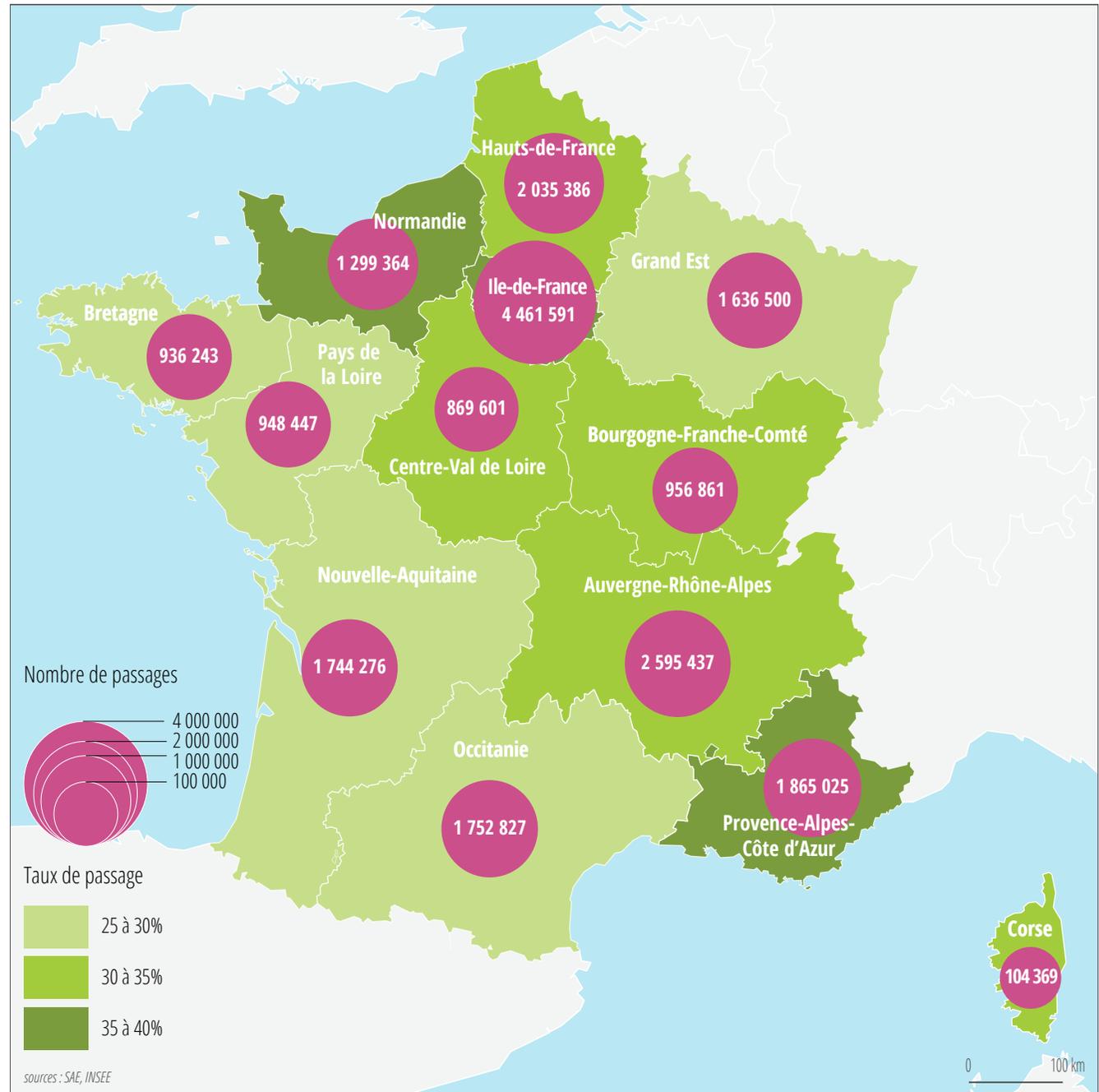
\* Prise en compte de tous les RPU transmis, même pour les établissements débutant la transmission en cours d'année ou ceux ayant une interruption de transmission de RPU.

© FEDORU

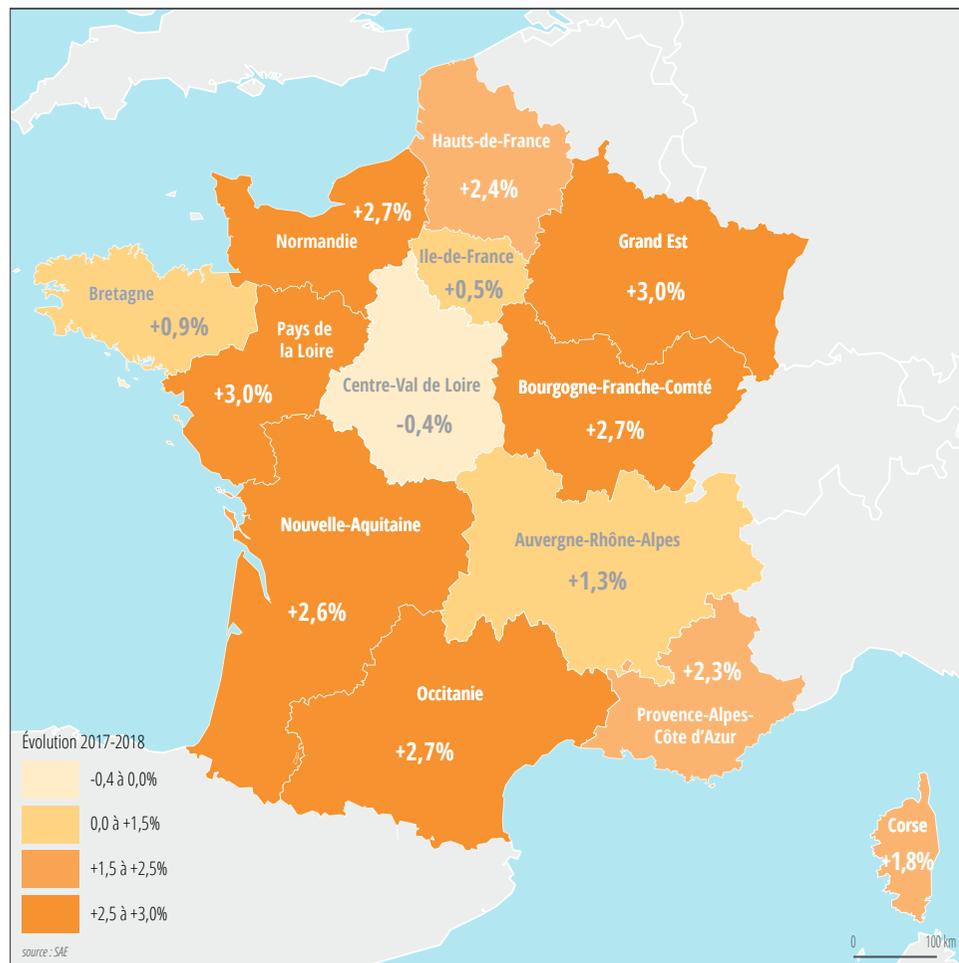
\*\* Les pourcentages supérieurs à 100% s'expliquent par des données manquantes dans la SAE ou un périmètre différent de prise en compte des passages aux urgences.

\*\*\* Les différences observées entre l'évolution SAE et l'évolution RPU peuvent également s'expliquer par des données manquantes dans la SAE ou un périmètre différent de prise en compte des passages aux urgences.

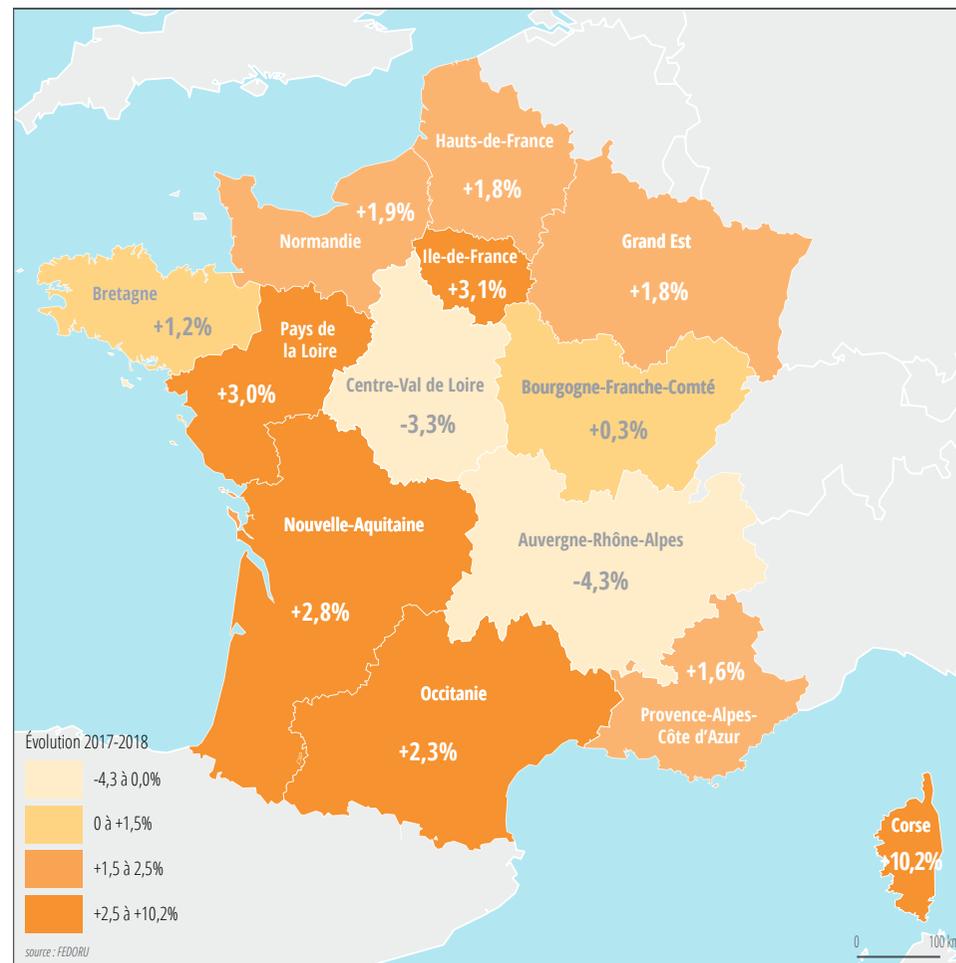
# NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES ET TAUX DE PASSAGE PAR HABITANT



## ÉVOLUTION SAE



## ÉVOLUTION RPU

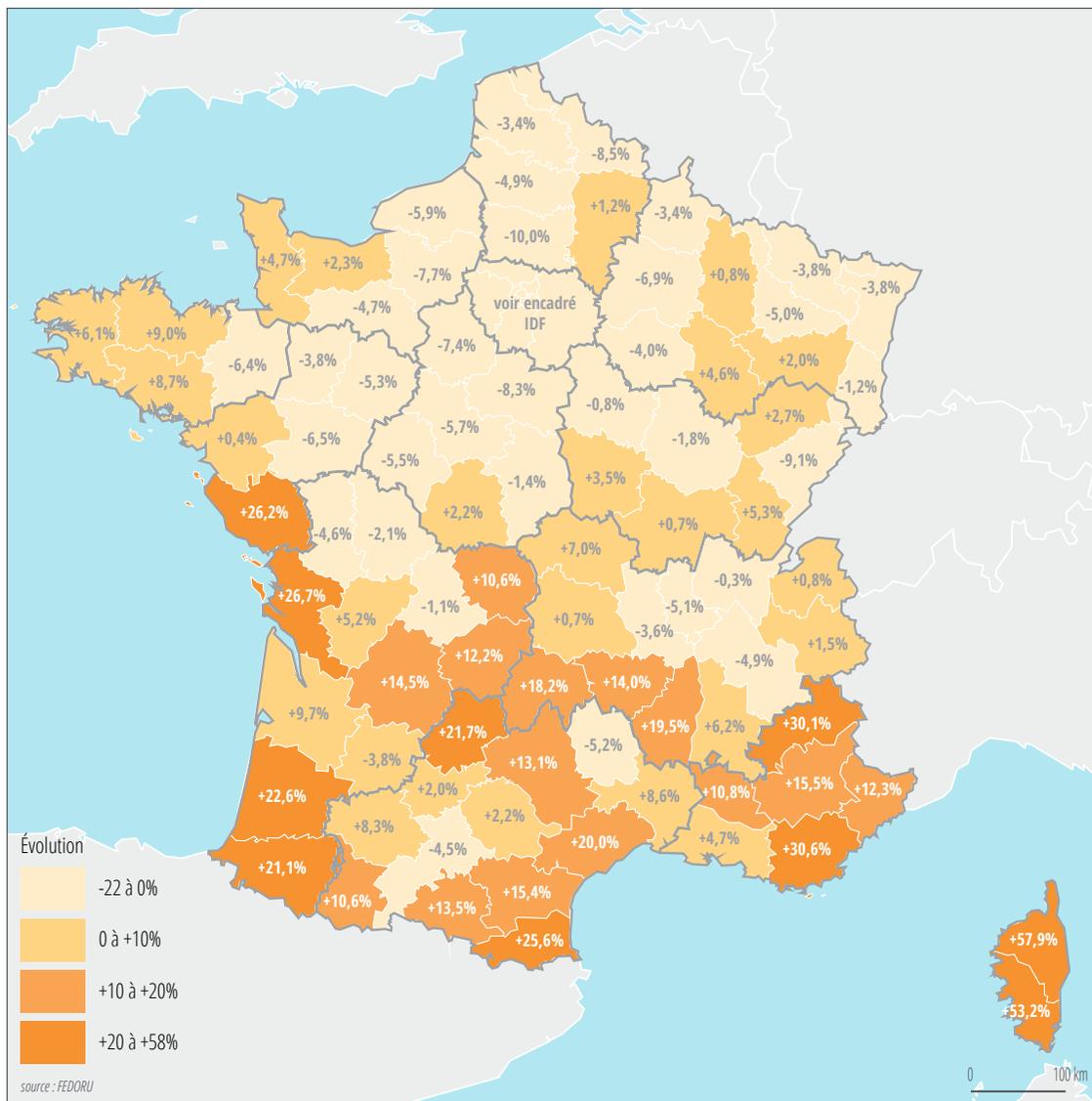


D'après les données SAE, l'évolution 2017/2018 est de +1,7 %. Cette évolution peut être surestimée par la prise en compte de services d'urgence non autorisés (accueil médical non programmé, urgences ophtalmologiques, gynécologiques) renseignés certaines années et pas d'autres ou à l'inverse sous estimée lors d'un oubli de remplissage de la SAE. L'évolution calculée à partir des données RPU fait état d'une évolution de +1,3%. Ce pourcentage est également à pondérer par le fait que certains services de pédiatrie ne transmettent pas de RPU ou à l'inverse par l'inclusion dans les RPU d'activité d'urgence gynécologique ou ophtalmologique.

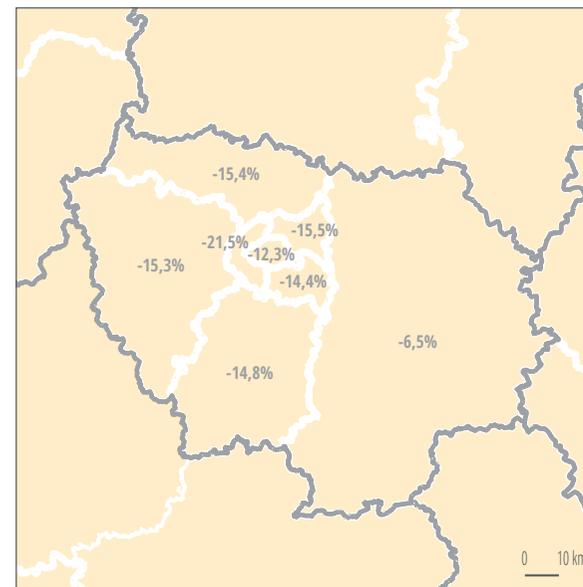
# ACTIVITÉ DES URGENCES DURANT LA PÉRIODE ESTIVALE

(du 7 juillet au 2 septembre 2018)

## Évolution de la moyenne quotidienne de passages entre la période estivale et le reste de l'année



Zoom Ile-de-France



# ACTIVITÉ PAR RÉGION DES URGENCES EN 2018

	TOTAL INTER-RÉGION	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	BRETAGNE	CENTRE-VAL DE LOIRE	CORSE	GRAND EST	HAUTS-DE-FRANCE	ILE-DE-FRANCE	NORMANDIE	NOUVELLE-AQUITAINE	OCCITANIE	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	PAYS DE LA LOIRE
<b>RECUEIL DES DONNÉES*</b>														
Nbre de passages aux urgences déclarés dans la SAE en 2018	21 205 927	2 595 437	956 861	936 243	869 601	104 369	1 636 500	2 035 386	4 461 591	1 299 364	1 744 276	1 752 827	1 865 025	948 447
Moyenne quotidienne (SAE)	58 098	7 111	2 622	2 565	2 382	286	4 484	5 576	12 224	3 560	4 841	4 802	5 110	2 598
Évolution 2017/2018	+1,7%	+1,3%	+2,7%	+0,9%	-0,4%	+1,8%	+3,0%	+2,4%	+0,5%	+2,7%	+2,6%	+2,7%	+2,3%	+3,0%
Taux de passages**	32,7%	32,5%	34,1%	28,2%	33,8%	31,0%	29,6%	34,0%	36,6%	39,1%	28,6%	29,9%	36,9%	25,1%
Nombre de RPU transmis en 2018	20 330 805	2 516 934	906 537	915 919	868 225	104 113	1 599 956	1 900 701	3 983 091	1 270 187	1 711 828	1 783 281	1 825 019	945 014
Exhaustivité du recueil en 2018	96%	97%	95%	98%	100%	100%	98%	93%	89%	98%	98%	102%***	98%	100%
<b>PATIENT</b>														
Sex-ratio H/F	1,05	1,06	1,06	1,08	0,97	1,03	1,07	1,02	1,05	1,03	1,07	1,04	1,04	1,08
Age moyen (en années)	39,3	39,1	42,0	41,7	40,1	42,3	39,4	37,7	35,3	39,0	43,8	41,2	40,0	40,3
Moins de 1 an	3%	3%	2%	2%	3%	2%	3%	4%	5%	3%	2%	3%	4%	3%
Moins de 18 ans	27%	26%	25%	25%	27%	21%	28%	29%	30%	28%	24%	24%	27%	26%
75 ans et plus	13%	13%	16%	16%	15%	14%	14%	12%	9%	13%	17%	15%	14%	15%
<b>ARRIVÉE</b>														
Nuit [20h-08h[	27%	26%	25%	26%	26%	28%	28%	27%	29%	24%	27%	27%	28%	27%
Horaire de PDS	45%	42%	43%	46%	42%	49%	47%	43%	45%	41%	47%	47%	49%	46%
Week-end	28%	28%	28%	28%	27%	30%	29%	27%	27%	27%	28%	29%	30%	28%
<b>MODE DE TRANSPORT</b>														
Moyen personnel	75%	77%	75%	71%	72%	72%	72%	71%	80%	79%	71%	77%	72%	70%
SMUR (y compris transport hélicopté)	1%	1%	1%	1%	3%	3%	1%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	<1%
VSAV	12%	12%	11%	10%	11%	14%	12%	12%	13%	9%	13%	10%	18%	11%
Ambulance	11%	9%	12%	18%	14%	9%	15%	14%	6%	11%	14%	11%	8%	18%
Mode de transport exploitable	77%	69%	92%	96%	59%	96%	89%	67%	72%	84%	89%	79%	75%	58%

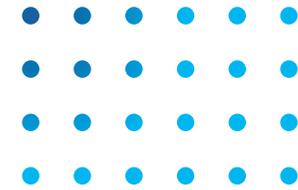
\* Recueil de données : SAE

\*\* Taux de passages : Nombre de passages SAE 2018 / Population estimée France métropolitaine (2018).

\*\*\* Les pourcentages supérieurs à 100% s'expliquent par des données manquantes dans la SAE ou un périmètre différent de prise en compte des passages aux urgences.

© FEDORU

	TOTAL INTER-RÉGION	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	BRETAGNE	CENTRE-VAL DE LOIRE	CORSE	GRAND EST	HAUTS-DE-FRANCE	ILE-DE-FRANCE	NORMANDIE	NOUVELLE-AQUITAINE	OCCITANIE	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	PAYS DE LA LOIRE
<b>CCMU</b>														
CCMU 1	17%	17%	20%	19%	21%	12%	15%	15%	21%	20%	14%	15%	13%	14%
CCMU 4 et 5	1%	1%	1%	1%	1%	3%	1%	1%	1%	1%	2%	1%	1%	1%
<i>CCMU exploitable</i>	81%	79%	93%	86%	62%	96%	92%	63%	83%	81%	87%	89%	93%	51%
<b>DIAGNOSTIC PRINCIPAL</b>														
Médico-chirurgical	60%	56%	59%	55%	59%	64%	59%	59%	67%	59%	59%	60%	62%	57%
Traumatologique	31%	35%	32%	35%	31%	29%	32%	31%	24%	33%	33%	33%	29%	36%
Psychiatrique	3%	3%	3%	4%	2%	2%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%
Toxicologique	2%	1%	2%	2%	1%	1%	2%	2%	1%	1%	2%	1%	1%	2%
Autres recours	4%	5%	5%	4%	6%	4%	4%	4%	4%	4%	3%	3%	5%	3%
<i>Diagnostic principal exploitable</i>	76%	66%	81%	80%	53%	91%	86%	67%	76%	62%	89%	87%	89%	66%
<b>DURÉE DE PASSAGE</b>														
Durée moyenne de passage		4h14	3h32	3h60	4h18	6h25	3h43	4h08	4h42	3h47	4h08	3h59	3h28	4h36
Durée médiane de passage		2h53	2h29	3h06	2h47	4h32	2h38	2h52	2h56	2h37	2h58	2h49	2h41	3h17
Passages en moins de 4h	64%	64%	69%	59%	64%	45%	68%	65%	63%	68%	64%	66%	67%	59%
<i>Lors d'une hospit. post-urgences</i>	38%	41%	42%	40%	38%	41%	43%	39%	28%	41%	43%	43%	38%	34%
<i>Lors d'un retour au domicile</i>	72%	71%	77%	72%	71%	47%	75%	73%	70%	78%	72%	71%	75%	65%
<i>Durée exploitable</i>	93%	96%	96%	98%	98%	100%	99%	98%	97%	36%	99%	99%	97%	83%
<b>MODE DE SORTIE</b>														
Hospitalisation post-urgences	21%	18%	22%	23%	22%	25%	22%	23%	15%	24%	26%	20%	22%	26%
<i>Mutation interne</i>	20%	17%	20%	21%	20%	23%	20%	21%	14%	23%	25%	19%	20%	25%
<i>Transfert externe</i>	1%	1%	2%	2%	2%	1%	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	2%
Retour au domicile	79%	82%	78%	77%	78%	75%	78%	77%	85%	76%	73%	80%	78%	74%
<i>Mode de sortie exploitable</i>	91%	87%	94%	90%	83%	99%	99%	81%	96%	89%	99%	86%	94%	80%



# ACTIVITÉ **PÉDIATRIQUE** DES **SERVICES** D'URGENCE

(moins de 18 ans)

# CHIFFRES CLÉS

## RECUEIL DES DONNÉES\*

<b>5 474 650</b>	Passages de moins de 18 ans tous SU
<b>27%</b>	Pourcentage d'urgence pédiatrique
<b>0,1%</b>	Évolution du nbre de passages 2017/2018

## MODE DE SORTIE 91%\*\*

<b>11%</b>	Hospitalisation post-urgences
	10% Mutation interne
	1% Transfert externe
<b>89%</b>	Retour au domicile

## DURÉE DE PASSAGE 93%\*\*

<b>81%</b>	Passages en moins de 4h
	64% Lors d'une hospitalisation post-urgences
	84% Lors d'un retour au domicile

## PATIENTS

<b>1,18</b>	Sex-ratio
<b>12%</b>	[0 - 1 an[
<b>30%</b>	[1 - 5 ans[
<b>21%</b>	[5 - 10 ans[
<b>22%</b>	[10 - 15 ans[
<b>14%</b>	[15 - 18 ans[

## ARRIVÉES

<b>Date/heure</b>	<b>100%**</b>
<b>28%</b>	Nuit [20h-08h[
<b>47%</b>	Horaire de PDS
<b>29%</b>	Week-end
<b>Mode de transport</b>	<b>74%**</b>
<b>92%</b>	Moyen personnel
<b>0,4%</b>	SMUR (y compris transport hélicopté)
<b>5%</b>	VSAV
<b>2%</b>	Ambulance
<b>CCMU</b>	<b>78%**</b>
<b>28%</b>	CCMU 1
<b>&lt;1%</b>	CCMU 4 et 5

## DIAGNOSTIC PRINCIPAL 78%\*\*

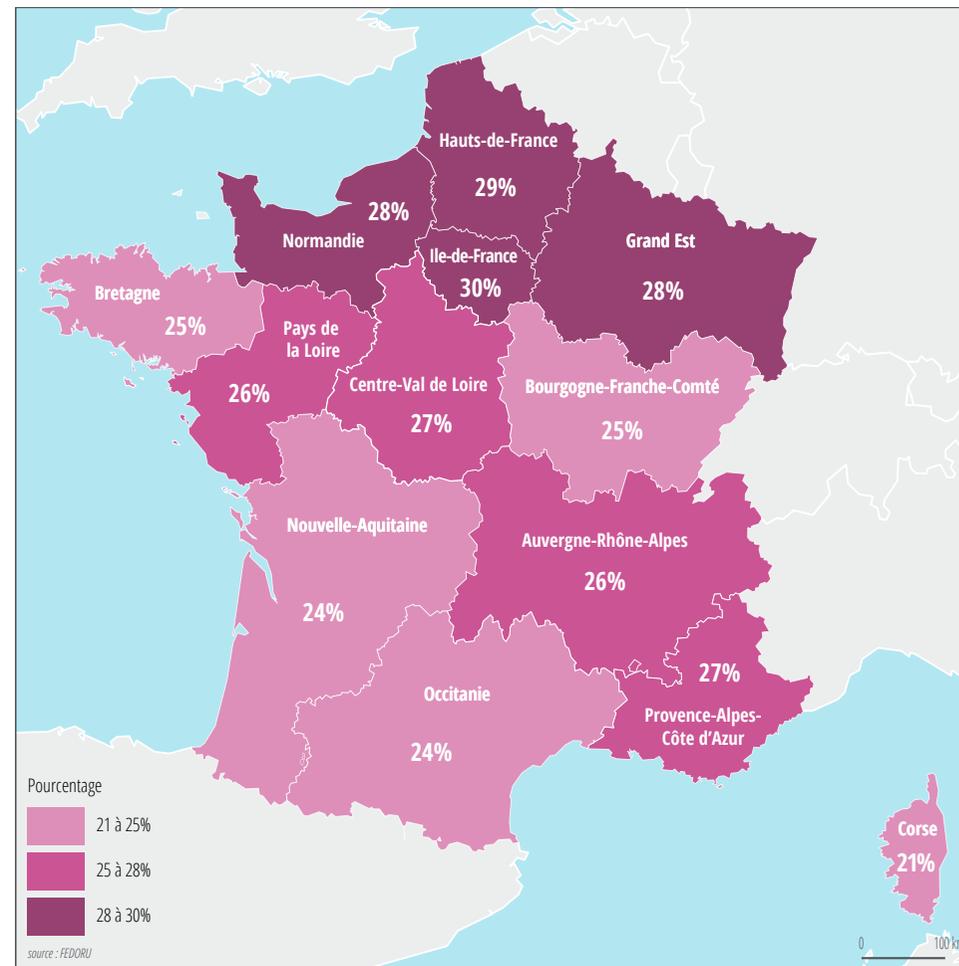
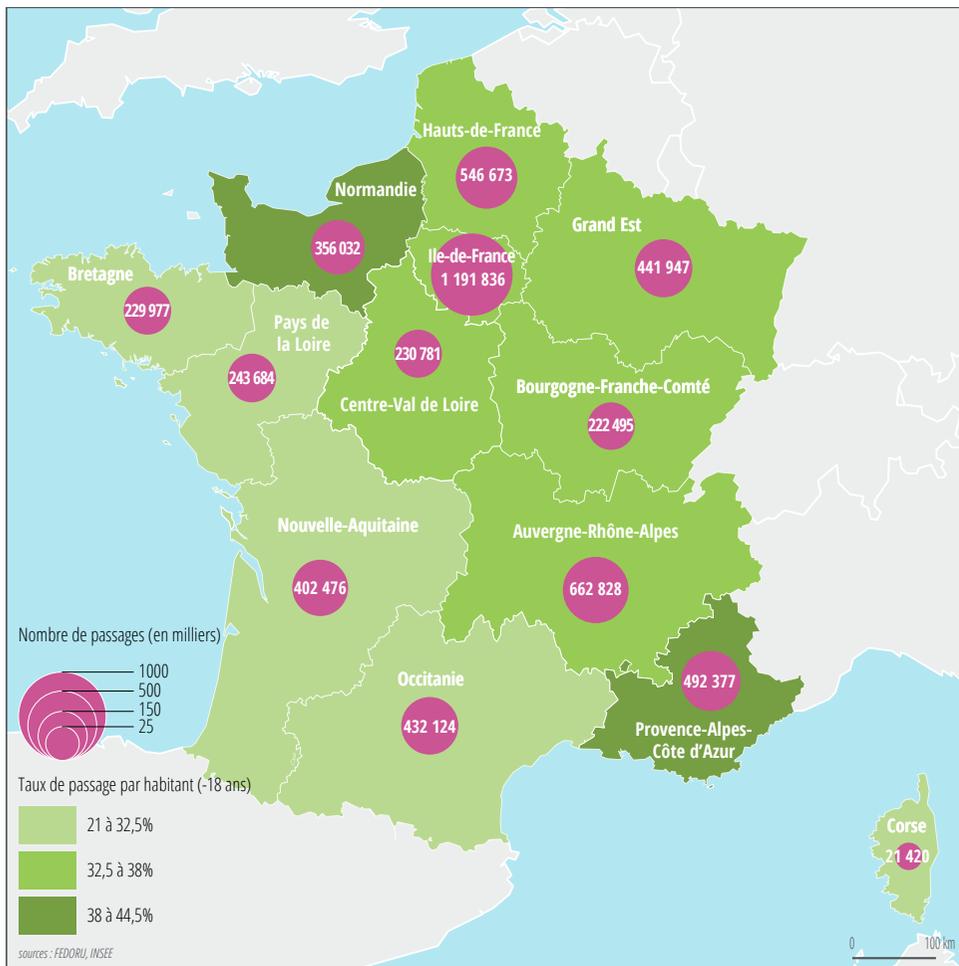
<b>56%</b>	México-chirurgical
	13% Douleurs abdominales, pathologies digestives
	14% ORL, ophtalmo, stomato et carrefour aéro-digestif
	5% Dyspnées, pathologies des voies aériennes inférieures
	5% Fièvre et infectiologie générale
<b>38%</b>	Traumatologique
<b>2%</b>	Psychiatrique
<b>1%</b>	Toxicologique
<b>4%</b>	Autres recours

\* Sources de données : RPU

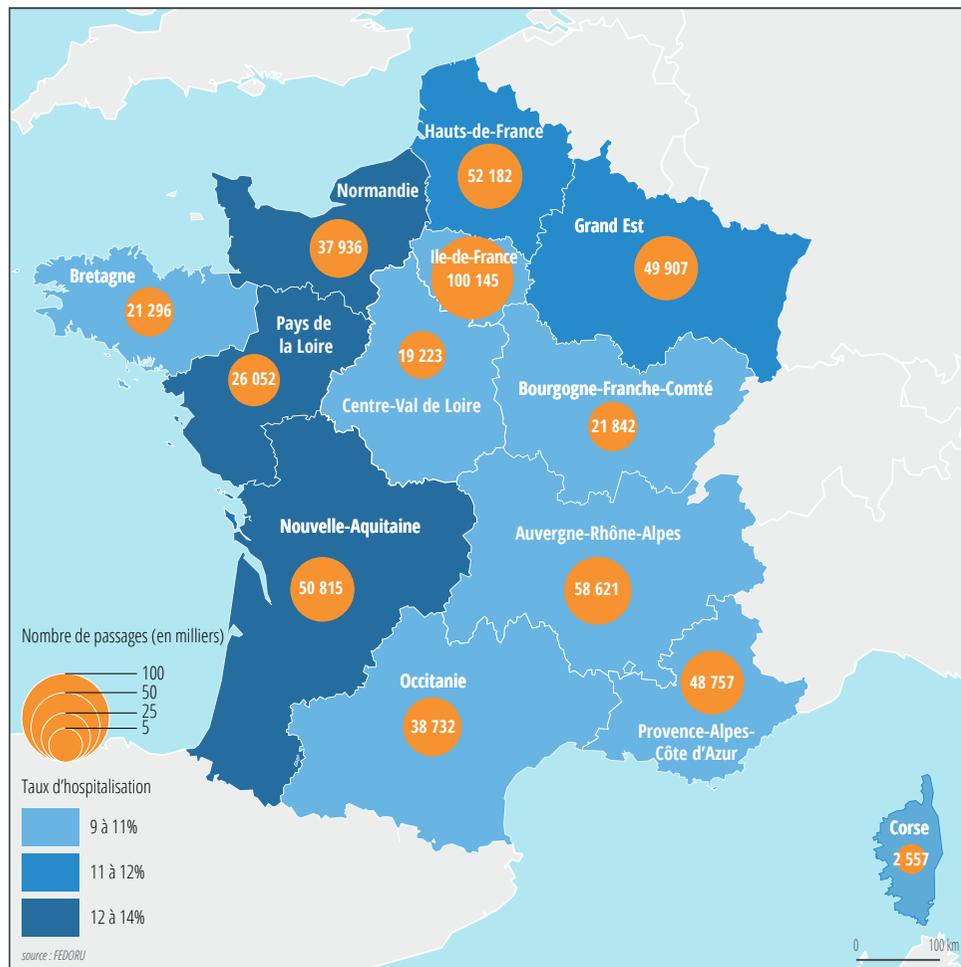
\*\* Pourcentage d'exploitabilité des données

# NOMBRE DE PASSAGES PÉDIATRIQUES ET % DE PASSAGE PAR HABITANT MINEUR

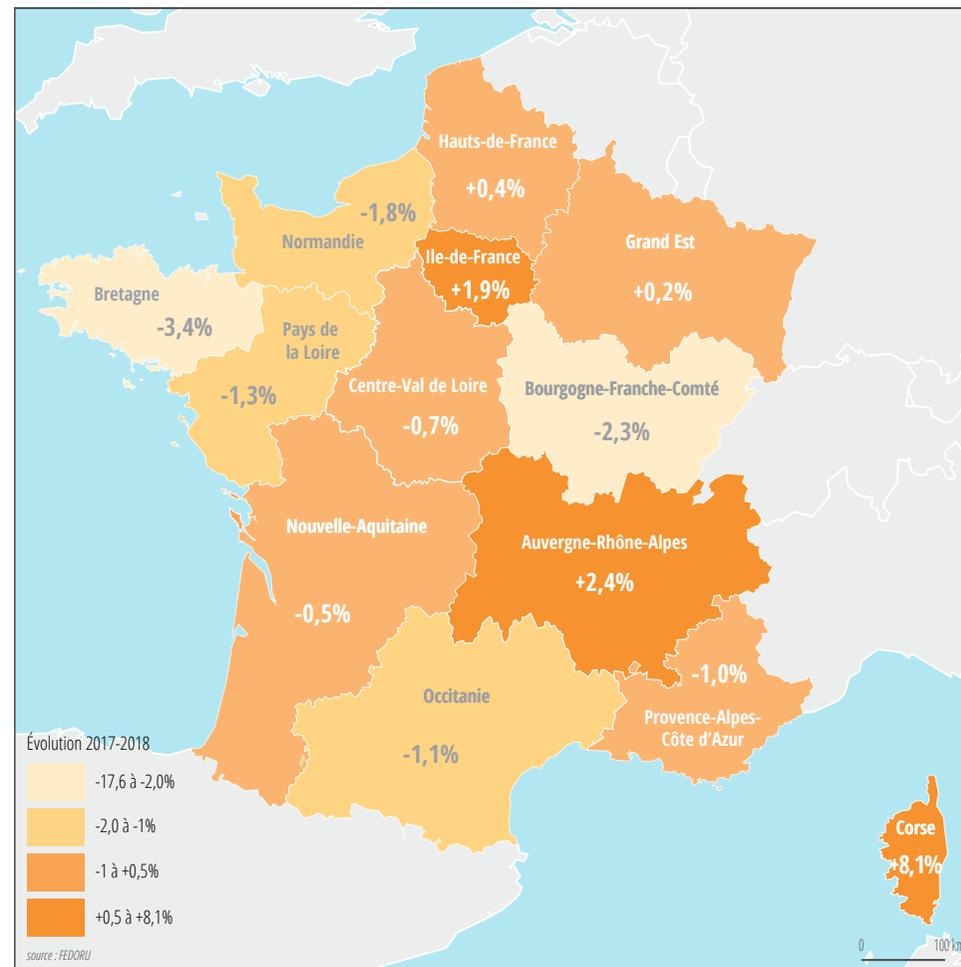
# % DE PASSAGE PÉDIATRIQUE PAR RAPPORT AUX PASSAGES GLOBAUX



# NOMBRE ET TAUX D'HOSPITALISATION PÉDIATRIQUE



# ÉVOLUTION DES PASSAGES PÉDIATRIQUES 2017-2018



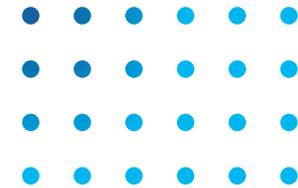
# ACTIVITÉ PÉDIATRIQUE PAR RÉGION

	TOTAL INTER-RÉGION	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	BRETAGNE	CENTRE-VAL DE LOIRE	CORSE	GRAND EST	HAUTS-DE-FRANCE	ILE-DE-FRANCE	NORMANDIE	NOUVELLE-AQUITAINE	OCCITANIE	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	PAYS DE LA LOIRE
<b>RECUEIL DES DONNÉES*</b>														
Nbre de passages de moins de 18 ans tous SU	5 474 650	662 828	222 495	229 977	230 781	21 420	441 947	546 673	1 191 836	356 032	402 476	432 124	492 377	243 684
Pourcentage d'urgence pédiatrique	27%	26%	25%	25%	27%	21%	28%	29%	30%	28%	24%	24%	27%	26%
Évolution 2017/2018	0,1%	+2,4%	-2,3%	-3,4%	-0,7%	+8,1%	+0,2%	-1,6%	+1,9%	-1,8%	-0,5%	-1,1%	-1,0%	-1,3%
<b>PATIENT</b>														
Sex-ratio	1,18	1,21	1,16	1,14	1,15	1,17	1,18	1,12	1,21	1,09	1,17	1,20	1,19	1,20
[0 - 1 an[	12%	12%	10%	9%	11%	10%	12%	12%	16%	10%	10%	11%	14%	10%
[1 - 5 ans[	30%	28%	28%	25%	29%	29%	31%	30%	35%	27%	27%	28%	33%	27%
[5 - 10 ans[	21%	21%	21%	22%	22%	22%	21%	21%	21%	22%	22%	22%	21%	21%
[10 - 15 ans[	22%	24%	24%	26%	23%	22%	22%	22%	18%	25%	24%	23%	19%	24%
[15 - 18 ans[	14%	15%	17%	16%	15%	17%	14%	15%	11%	16%	17%	16%	13%	17%
<b>ARRIVÉE</b>														
Nuit [20h-08h[	28%	26%	24%	26%	27%	31%	28%	27%	30%	25%	28%	29%	29%	27%
Horaire de PDS	47%	44%	45%	47%	43%	53%	49%	44%	47%	42%	49%	51%	52%	47%
Week-end	29%	29%	29%	28%	27%	32%	30%	28%	29%	27%	30%	30%	31%	29%
<b>MODE DE TRANSPORT</b>														
Moyen personnel	92%	92%	93%	93%	91%	90%	92%	90%	93%	94%	92%	93%	90%	90%
SMUR ( <i>y compris transport hélicoptéré</i> )	0,4%	0,6%	0,5%	0,4%	0,8%	0,9%	0,6%	0,5%	0,2%	0,3%	0,4%	0,5%	0,5%	0,4%
VSAV	5%	6%	4%	4%	5%	7%	5%	6%	5%	3%	5%	4%	7%	6%
Ambulance	2%	2%	2%	3%	3%	2%	3%	3%	1%	2%	2%	2%	2%	3%
<i>Mode de transport exploitable</i>	74%	71%	89%	93%	61%	96%	84%	67%	72%	72%	84%	78%	77%	46%
<b>CCMU</b>														
CCMU 1	28%	30%	34%	29%	31%	18%	27%	23%	32%	32%	27%	23%	22%	23%
CCMU 4 et 5	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
<i>CCMU exploitable</i>	78%	81%	91%	89%	58%	95%	92%	56%	74%	79%	90%	91%	93%	38%

	TOTAL INTER-RÉGION	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	BRETAGNE	CENTRE-VAL DE LOIRE	CORSE	GRAND EST	HAUTS-DE-FRANCE	ILE-DE-FRANCE	NORMANDIE	NOUVELLE-AQUITAINE	OCCITANIE	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	PAYS DE LA LOIRE
<b>DIAGNOSTIC PRINCIPAL</b>														
Médico-chirurgical	56%	50%	52%	47%	49%	61%	55%	53%	68%	53%	51%	54%	60%	46%
<i>Douleurs abdominales, pathologies digestives</i>	13%	13%	13%	12%	12%	14%	13%	14%	15%	12%	12%	14%	14%	11%
<i>ORL, ophtalmo, stomato et carrefour aéro-digestif</i>	14%	12%	15%	8%	13%	18%	14%	12%	18%	13%	11%	13%	17%	8%
<i>Dyspnées, pathologies des voies aériennes inférieures</i>	5%	5%	4%	5%	5%	5%	4%	5%	8%	5%	5%	5%	6%	5%
<i>Fièvre et infectiologie générale</i>	5%	5%	4%	5%	4%	6%	4%	5%	6%	5%	5%	5%	6%	5%
Traumatologique	38%	42%	41%	47%	46%	34%	40%	41%	27%	41%	44%	40%	34%	49%
Psychiatrique	2%	1%	2%	2%	1%	1%	2%	2%	1%	2%	2%	2%	1%	2%
Toxicologique	1%	<1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Autres recours	4%	6%	4%	3%	4%	4%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	5%	2%
<i>Diagnostic principal exploitable</i>	78%	74%	80%	85%	48%	93%	85%	69%	78%	64%	89%	89%	91%	67%
<b>DURÉE DE PASSAGE</b>														
Durée moyenne de passage		3h03	2h11	2h48	2h34	5h42	2h18	2h36	3h09	2h34	2h45	3h06	2h30	2h52
Durée médiane de passage		2h08	1h32	2h18	1h50	3h11	1h46	1h57	2h06	1h54	2h06	2h09	1h50	2h16
Passages en moins de 4h	81%	79%	89%	75%	85%	57%	87%	85%	78%	84%	82%	78%	85%	80%
<i>Lors d'une hospit. post-urgences</i>	64%	68%	78%	60%	74%	60%	78%	73%	45%	73%	67%	55%	64%	63%
<i>Lors d'un retour au domicile</i>	84%	81%	90%	84%	85%	57%	88%	87%	82%	85%	84%	80%	88%	81%
<i>Durée de passage exploitable</i>	93%	95%	94%	99%	98%	100%	99%	98%	97%	31%	100%	99%	97%	86%
<b>MODE DE SORTIE</b>														
Hospitalisation post-urgences	11%	10%	10%	10%	10%	12%	11%	12%	9%	13%	13%	10%	10%	14%
<i>Mutation interne</i>	10%	9%	10%	9%	9%	11%	11%	12%	8%	12%	12%	10%	10%	13%
<i>Transfert externe</i>	1%	<1%	1%	1%	1%	1%	1%	<1%	<1%	<1%	1%	<1%	1%	1%
Retour au domicile	89%	90%	90%	90%	90%	88%	89%	88%	91%	87%	87%	90%	90%	86%
<i>Mode de sortie exploitable</i>	91%	90%	95%	91%	83%	99%	99%	80%	96%	85%	99%	89%	96%	78%

\* Recueil de données : RPU

© FEDORU



# ACTIVITÉ **GÉRIATRIQUE** DES **SERVICES** D'URGENCE

(75 ans et plus)

# CHIFFRES CLÉS

## RECUEIL DES DONNÉES\*

<b>2 721 242</b>	<b>Nombre de passages 75 ans et plus</b>
<b>13%</b>	Pourcentage d'urgence gériatrique
<b>+2,3%</b>	Évolution du nbre de passages 2017/2018

## MODE DE SORTIE 90%\*\*

<b>54%</b>	Hospitalisation post-urgences
51%	Mutation interne
3%	Transfert externe
<b>46%</b>	Retour au domicile

## DURÉE DE PASSAGE 93%\*\*

<b>38%</b>	Passages en moins de 4h
28%	Lors d'une hospitalisation post-urgences
49%	Lors d'un retour au domicile

## PATIENTS

<b>0,69</b>	Sex-ratio
<b>51%</b>	[75 - 85 ans[
<b>49%</b>	[85 - 120 ans[

## ARRIVÉES

<b>Date/heure</b>	<b>100%**</b>
<b>21%</b>	Nuit [20h-08h[
<b>39%</b>	Horaire de PDS
<b>26%</b>	Week-end
<b>Mode de transport</b>	<b>79%**</b>
<b>37%</b>	Moyen personnel
<b>2%</b>	SMUR (y compris transport hélicoptéré)
<b>22%</b>	VSAV
<b>38%</b>	Ambulance
<b>CCMU</b>	<b>83%**</b>
<b>7%</b>	CCMU 1
<b>3%</b>	CCMU 4 et 5

## DIAGNOSTIC PRINCIPAL 78%\*\*

<b>73%</b>	Médico-chirurgical
11%	Douleurs thoraciques patho cardio-vasculaires
11%	Dyspnées, pathologies des voies aériennes inférieures
9%	Douleurs abdominales, pathologies digestives
7%	Nombre de céphalée, patho neuro hors SNP
<b>22%</b>	Traumatologique
<b>2%</b>	Psychiatrique
<b>&lt;1%</b>	Toxicologique
<b>3%</b>	Autres recours

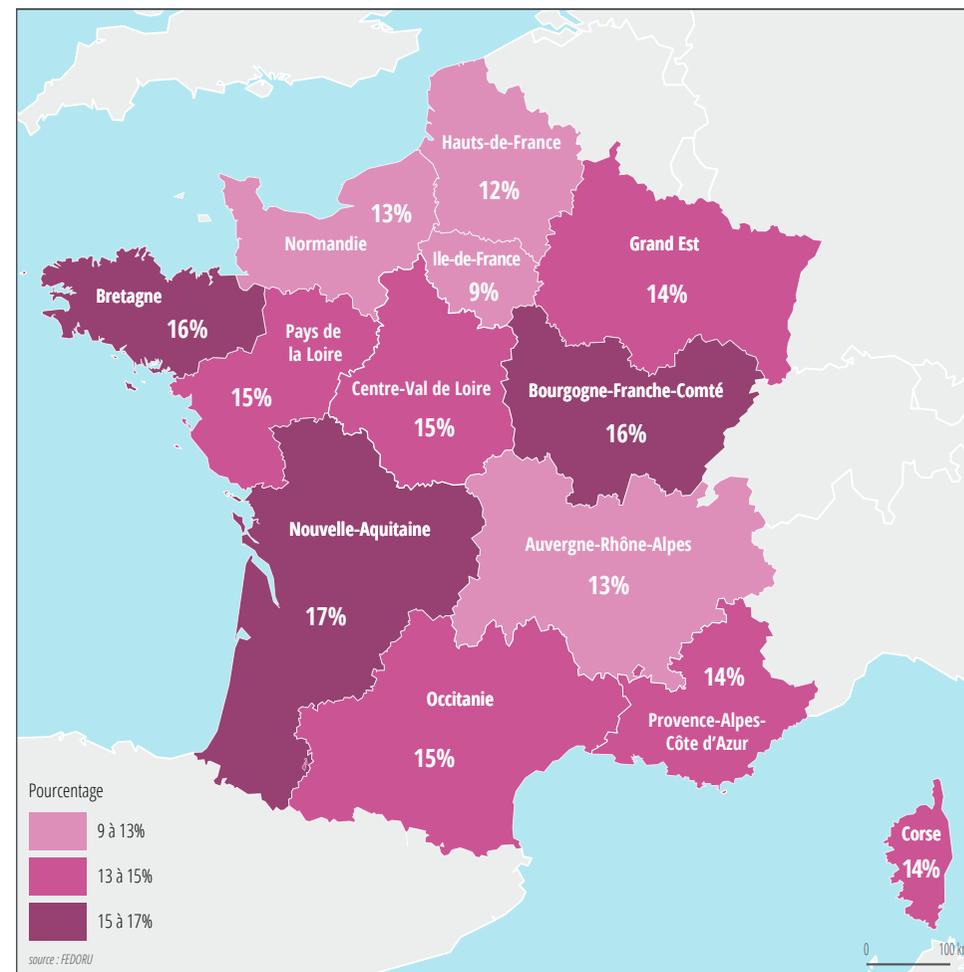
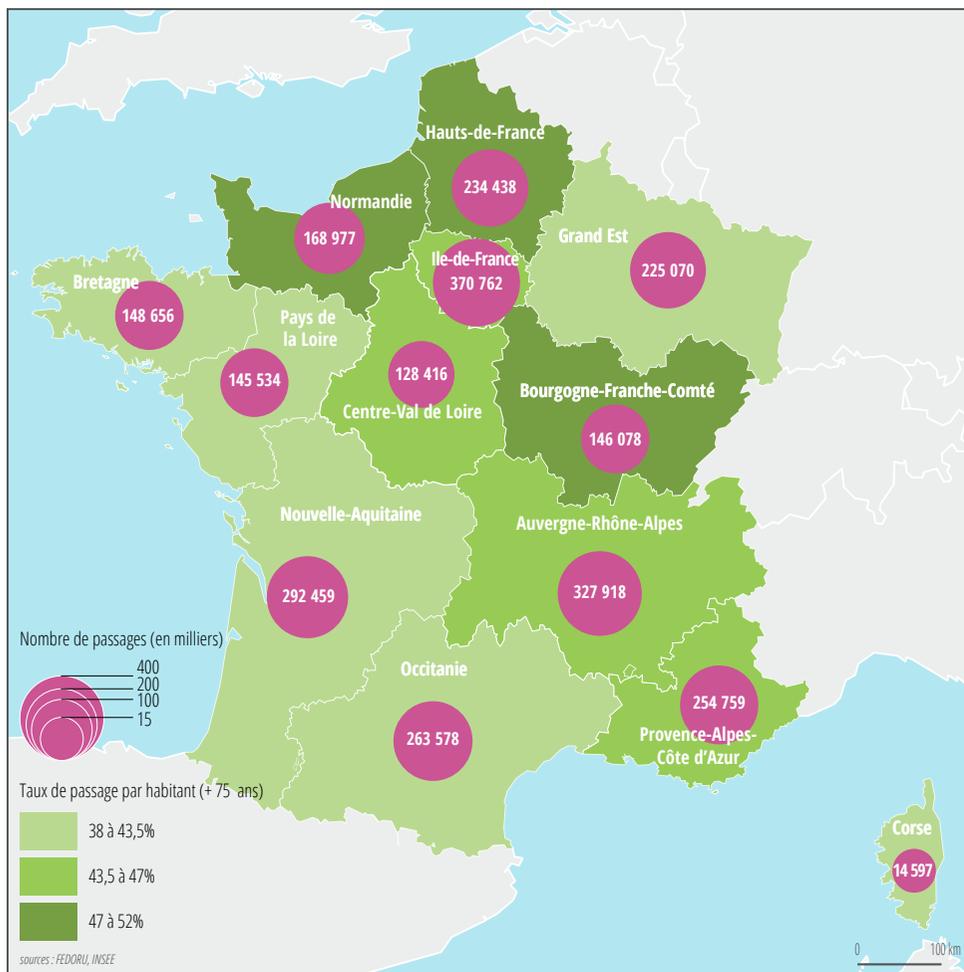


\* Sources de données = RPU

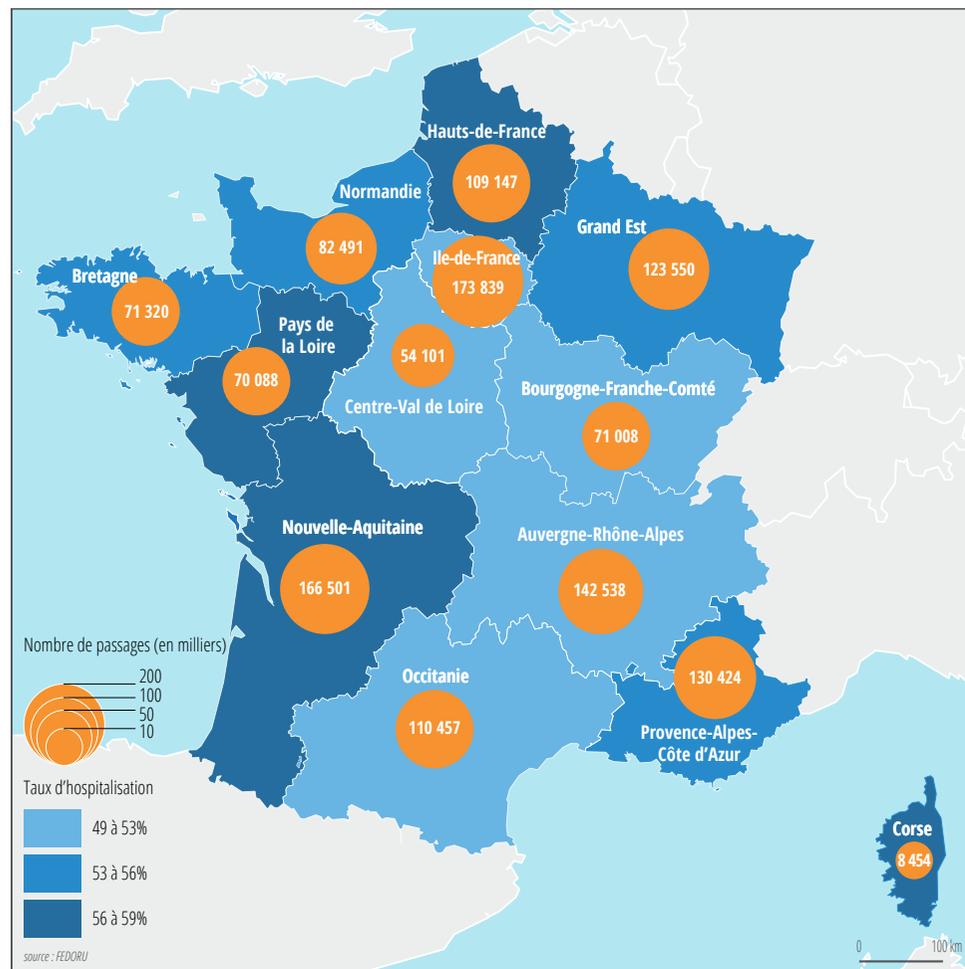
\*\* Pourcentage d'exploitabilité des données

# NOMBRE DE PASSAGES GÉRIATRIQUES ET % DE PASSAGE PAR HABITANT DE 75 ANS ET PLUS

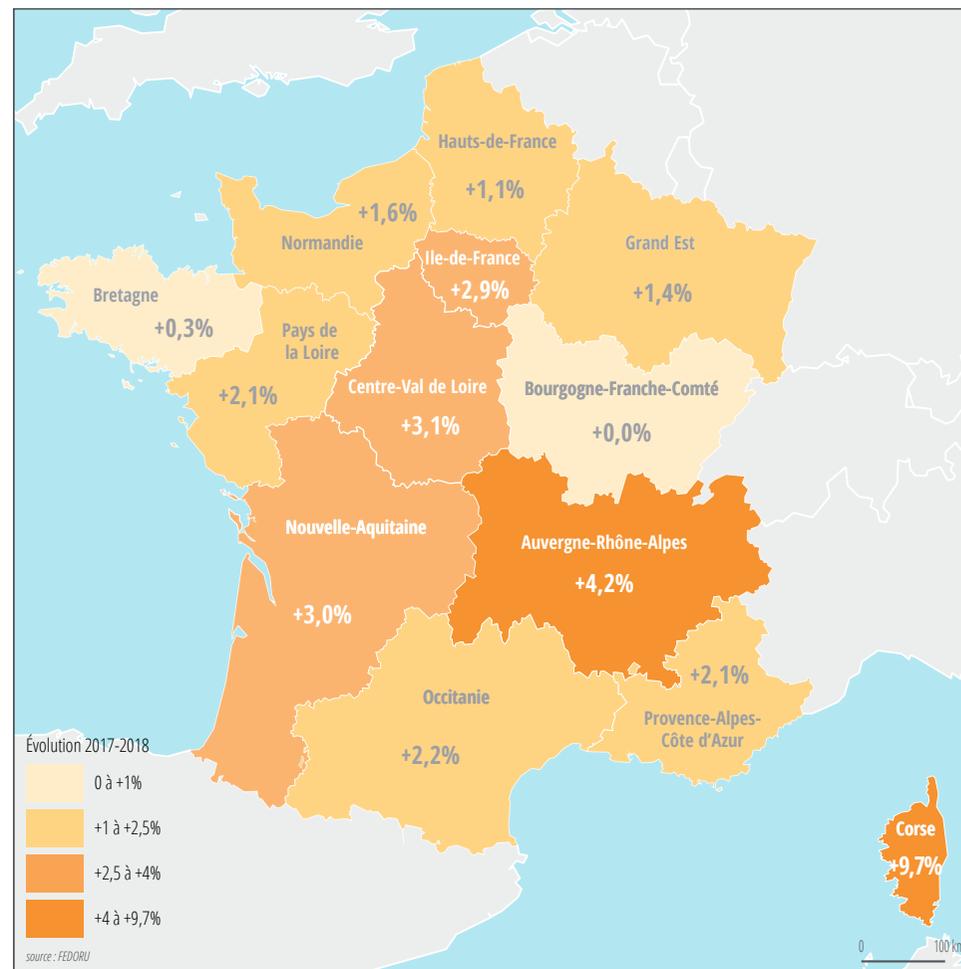
# % DE PASSAGE GÉRIATRIQUE PAR RAPPORT AUX PASSAGES GLOBAUX



# NOMBRE ET TAUX D'HOSPITALISATION GÉRIATRIQUE



# ÉVOLUTION DES PASSAGES GÉRIATRIQUES 2017-2018



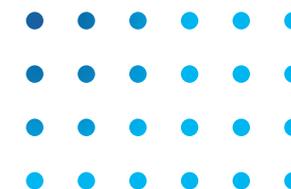
# ACTIVITÉ GÉRIATRIQUE PAR RÉGION (75 ans et plus)

	TOTAL INTER-RÉGION	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	BRETAGNE	CENTRE-VAL DE LOIRE	CORSE	GRAND EST	HAUTS-DE-FRANCE	ILE-DE-FRANCE	NORMANDIE	NOUVELLE-AQUITAINE	OCCITANIE	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	PAYS DE LA LOIRE
<b>RECUEIL DES DONNÉES*</b>														
Nombre de passages 75 ans et plus	2 721 242	327 918	146 078	148 656	128 416	14 597	225 070	234 438	370 762	168 977	292 459	263 578	254 759	145 534
Pourcentage d'urgence gériatrique	13%	13%	16%	16%	15%	14%	14%	12%	9%	13%	17%	15%	14%	15%
Évolution 2017/2018	+2,3%	+4,2%	-0,0%	+0,3%	+3,1%	+9,7%	+1,4%	+1,1%	+2,9%	+1,6%	+3,0%	+2,2%	+2,1%	+2,1%
<b>PATIENT</b>														
Sex-ratio	0,69	0,70	0,70	0,66	0,71	0,78	0,68	0,60	0,68	0,66	0,73	0,75	0,71	0,71
[75 - 85 ans[	51%	52%	50%	51%	50%	57%	53%	51%	53%	51%	49%	51%	52%	50%
[85 - 120 ans[	49%	48%	50%	49%	50%	43%	47%	49%	47%	49%	51%	49%	48%	50%
<b>ARRIVÉE</b>														
Nuit [20h-08h[	21%	21%	21%	20%	22%	23%	22%	21%	21%	20%	22%	22%	22%	22%
Horaire de PDS	39%	37%	38%	39%	37%	43%	41%	36%	37%	36%	41%	41%	42%	41%
Week-end	26%	26%	26%	25%	26%	27%	26%	25%	26%	25%	26%	26%	27%	25%
<b>MODE DE TRANSPORT</b>														
Moyen personnel	37%	42%	41%	31%	32%	38%	30%	30%	43%	42%	33%	41%	34%	34%
SMUR ( <i>y compris transport hélicoptéré</i> )	2%	2%	3%	1%	6%	8%	3%	4%	2%	2%	2%	2%	2%	1%
VSAV	22%	22%	20%	14%	18%	25%	21%	22%	27%	18%	21%	20%	35%	16%
Ambulance	38%	34%	36%	53%	43%	29%	46%	44%	28%	38%	43%	37%	28%	48%
<i>Mode de transport exploitable</i>	79%	72%	96%	95%	61%	95%	93%	65%	74%	90%	94%	78%	74%	63%
<b>CCMU</b>														
CCMU 1	7%	6%	8%	8%	10%	5%	5%	6%	10%	9%	4%	5%	4%	6%
CCMU 4 et 5	3%	4%	3%	3%	3%	6%	3%	3%	2%	3%	4%	4%	4%	3%
<i>CCMU exploitable</i>	83%	78%	95%	85%	64%	95%	94%	66%	86%	82%	88%	89%	95%	61%

	TOTAL INTER-RÉGION	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	BRETAGNE	CENTRE-VAL DE LOIRE	CORSE	GRAND EST	HAUTS-DE-FRANCE	ILE-DE-FRANCE	NORMANDIE	NOUVELLE-AQUITAINE	OCCITANIE	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	PAYS DE LA LOIRE
<b>DIAGNOSTIC PRINCIPAL</b>														
Médico-chirurgical	73%	71%	73%	73%	74%	75%	73%	75%	75%	75%	72%	71%	71%	73%
<i>Douleurs thoraciques patho cardio-vasculaires</i>	11%	11%	11%	12%	12%	14%	11%	11%	10%	13%	12%	11%	12%	12%
<i>Dyspnées, pathologies des voies aériennes inférieures</i>	11%	10%	10%	11%	11%	10%	12%	12%	11%	11%	10%	11%	10%	10%
<i>Douleurs abdominales, pathologies digestives</i>	9%	10%	9%	8%	10%	11%	9%	10%	9%	9%	10%	10%	10%	9%
<i>Céphalées, patho neuro hors SNP</i>	7%	6%	8%	9%	7%	7%	7%	7%	6%	7%	8%	7%	7%	8%
Traumatologique	22%	24%	22%	22%	21%	21%	22%	19%	20%	20%	23%	25%	24%	23%
Psychiatrique	2%	2%	2%	2%	2%	1%	1%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	2%
Toxicologique	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%	<1%
Autres recours	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	3%	2%	3%	2%	2%	3%	2%
<i>Diagnostic principal exploitable</i>	78%	65%	82%	81%	58%	90%	89%	67%	77%	68%	89%	87%	92%	68%
<b>DURÉE DE PASSAGE</b>														
Durée moyenne de passage		6h36	5h35	6h06	7h03	6h58	5h54	6h36	9h08	5h54	6h05	5h36	5h46	7h01
Durée médiane de passage		4h58	4h44	4h59	5h15	5h37	4h53	5h10	5h41	4h49	4h39	4h21	4h49	5h50
Passages en moins de 4h	38%	38%	41%	36%	36%	32%	39%	34%	33%	52%	40%	45%	40%	29%
<i>Lors d'une hospit. post-urgences</i>	28%	30%	31%	31%	24%	33%	31%	26%	19%	29%	33%	36%	28%	22%
<i>Lors d'un retour au domicile</i>	49%	50%	52%	50%	46%	31%	50%	45%	47%	58%	49%	52%	52%	37%
<i>Durée de passage exploitable</i>	93%	95%	95%	98%	98%	99%	99%	97%	96%	45%	99%	98%	98%	81%
<b>MODE DE SORTIE</b>														
Hospitalisation post-urgences	54%	51%	53%	56%	51%	58%	56%	57%	49%	55%	58%	49%	54%	59%
<i>Mutation interne</i>	51%	48%	51%	52%	49%	57%	52%	54%	47%	53%	55%	47%	52%	57%
<i>Transfert externe</i>	3%	2%	2%	3%	2%	1%	4%	3%	3%	2%	2%	2%	2%	3%
Retour au domicile	46%	49%	46%	44%	48%	42%	44%	43%	51%	45%	42%	51%	46%	40%
<i>Mode de sortie exploitable</i>	90%	86%	91%	86%	82%	99%	98%	82%	95%	89%	98%	86%	95%	81%

\* Recueil de données : RPU

© FEDORU



# ACTIVITÉ **AVC** DES **SERVICES** D'**URGENCE**



# CHIFFRES CLÉS

## RECUEIL DES DONNÉES\*

**139 321** Nombre de passages pour AVC

**0,9%** Pourcentage d'AVC (parmi les RPU transmis dont le diagnostic est exploitable)

## PATIENTS

**0,96** Sex-ratio H/F  
**71,9** Age moyen (en années)  
**1%** Moins de 18 ans  
**2%** [ 18 - 30 ans [  
**5%** [ 30 - 45 ans [  
**22%** [ 45 - 65 ans [  
**21%** [ 65 - 75 ans [  
**25%** [ 75 - 85 ans [  
**25%** 85 ans et plus

## MODE DE SORTIE <sup>92%\*\*</sup>

**83%** Hospitalisation post-urgences  
 76% Mutation interne  
 6% Transfert externe  
**17%** Retour au domicile

## ARRIVÉES

**Date/heure**  
**21%** Passages la nuit [20h00 - 07h59]  
**7%** Passages en nuit profonde [00h00 - 07h59]  
**38%** Passages en horaires de PDS  
**25%** Passages le week-end  
**Mode de transport <sup>83%\*\*</sup>**  
**36%** Moyen personnel  
**4%** SMUR (y compris transport hélicoptéré)  
**28%** VSAV  
**31%** Ambulance  
**CCMU <sup>93%\*\*</sup>**  
**2%** CCMU 1  
**9%** CCMU 4 et 5

## DURÉE DE PASSAGE <sup>95%\*\*</sup>

**37%** Passages en moins de 4h

## DIAGNOSTIC PRINCIPAL

**53%** Avec un code diagnostic AVC  
**31%** Avec un code diagnostic AIT  
**4%** Avec un code relatif à un symptôme évocateur d'AVC  
**12%** Avec un code relatif à une hémorragie intracérébrale non traumatique

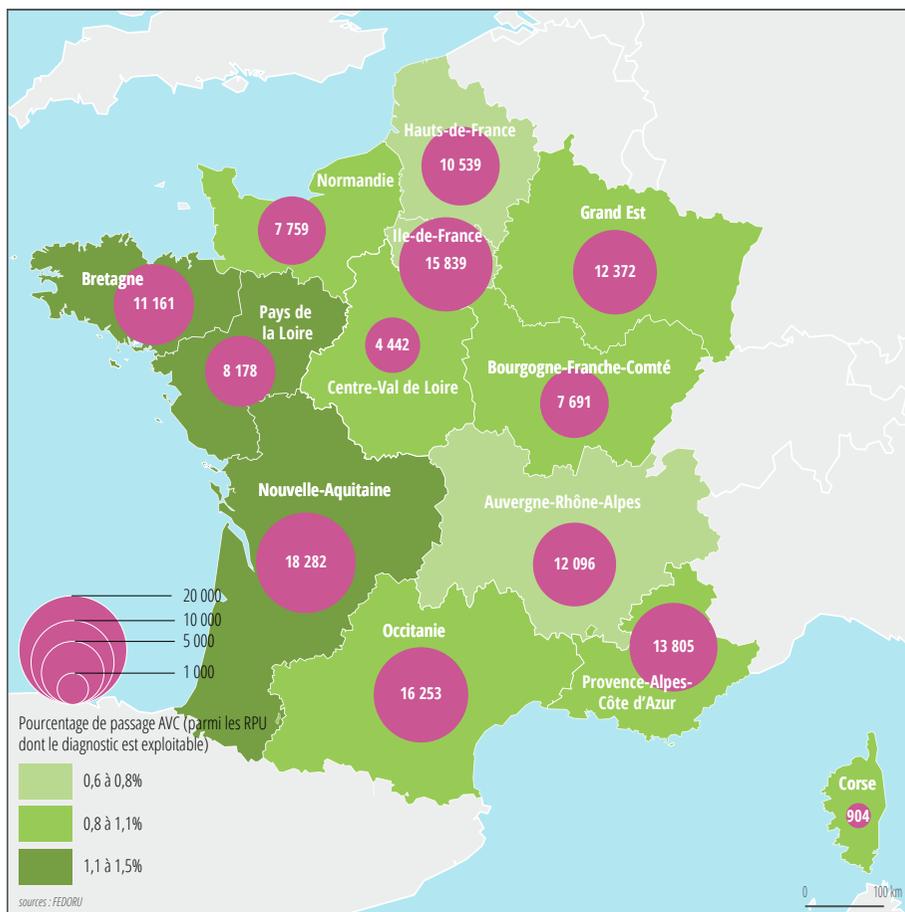


\* Sources de données = RPU

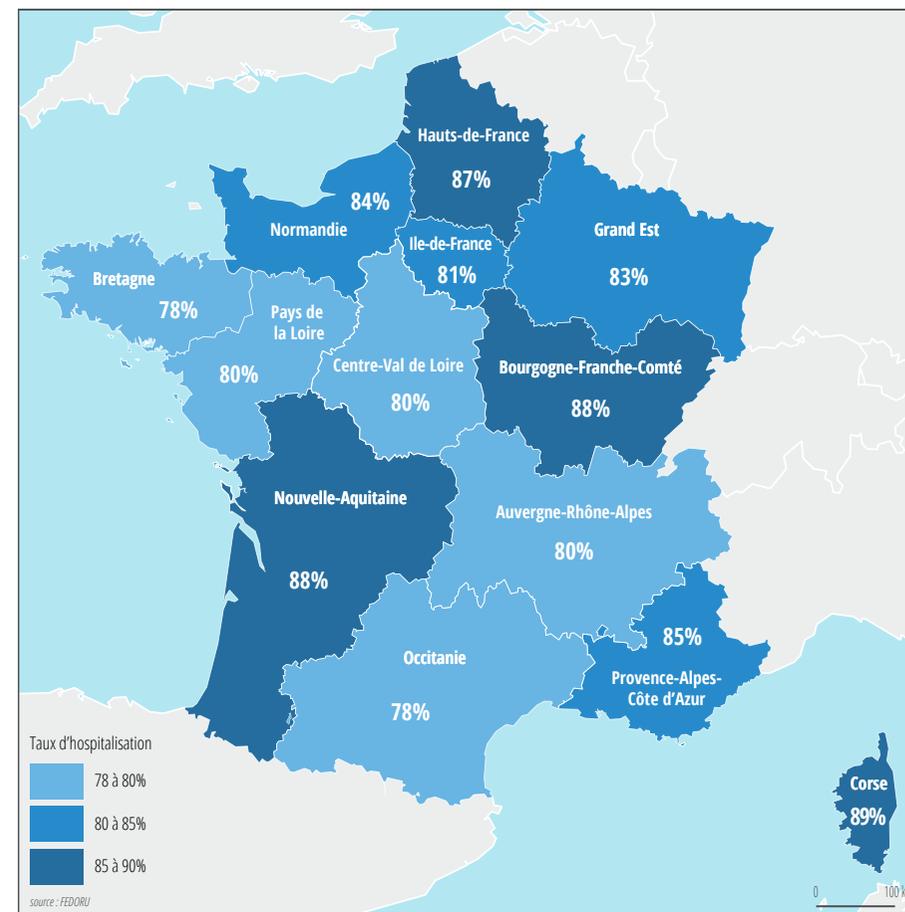
\*\* Pourcentage d'exploitabilité des données

# LES AVC - DONNÉES RPU

## Nombre et pourcentage de passages AVC/AIT aux urgences



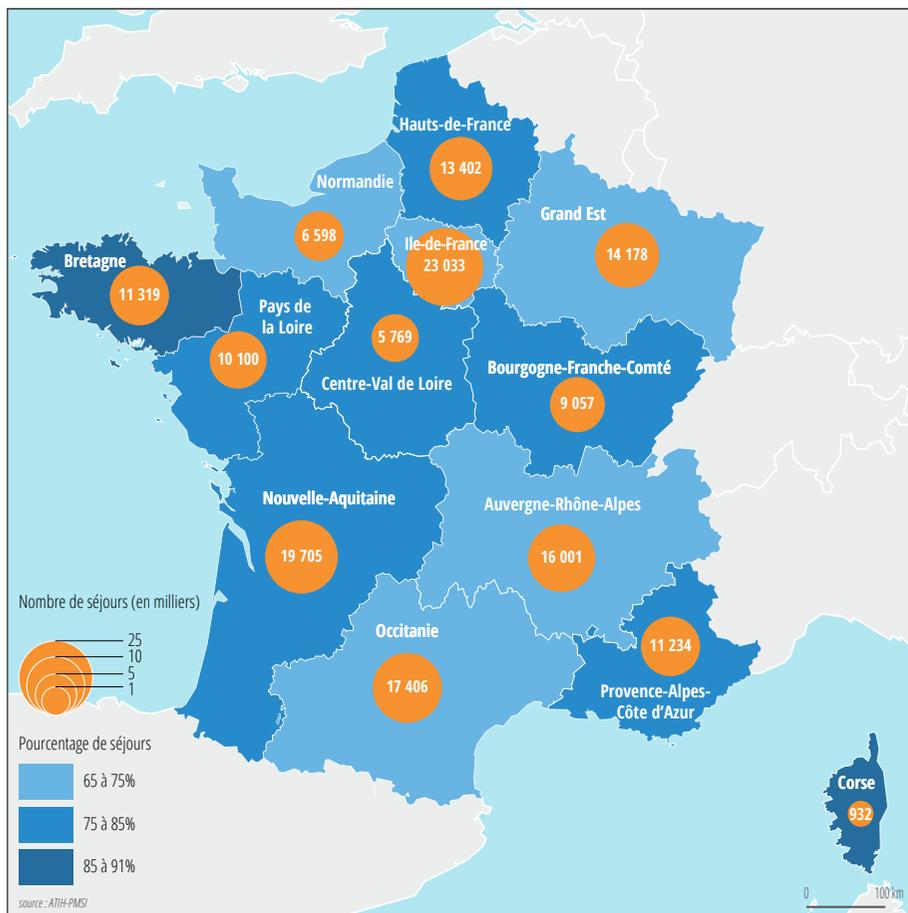
## Taux d'hospitalisation AVC



La notion d'AVC recouvre ici les accidents ischémiques cérébraux transitoires, les hémorragies sous arachnoïdiennes, les hémorragies intracrâniennes non traumatiques et les infarctus cérébraux. Nous nous appuyons sur 2 sources de données complémentaires à savoir les diagnostics issus des RPU (nombre de passages aux urgences pour AVC) et les données PMSI (nombre de séjours pour AVC). L'absence de concordance en termes de nombre entre les AVC/AIT avec passage aux urgences, source PMSI et les AVC/AIT, source RPU est essentiellement due à la prise en compte, dans les sources RPU, des symptômes évocateurs d'AVC/AIT mais aussi des AIT non hospitalisés à la suite de leur passage aux urgences. Autre remarque, le nombre d'AVC PMSI utilisé correspond exclusivement aux données des établissements de santé siège de service d'urgence, ce qui signifie que les AVC/AIT des autres établissements ne sont pas pris en compte. Pour autant, la très grande majorité des AVC/AIT (87%) sont pris en charge dans des établissements de santé siège de service d'urgence.

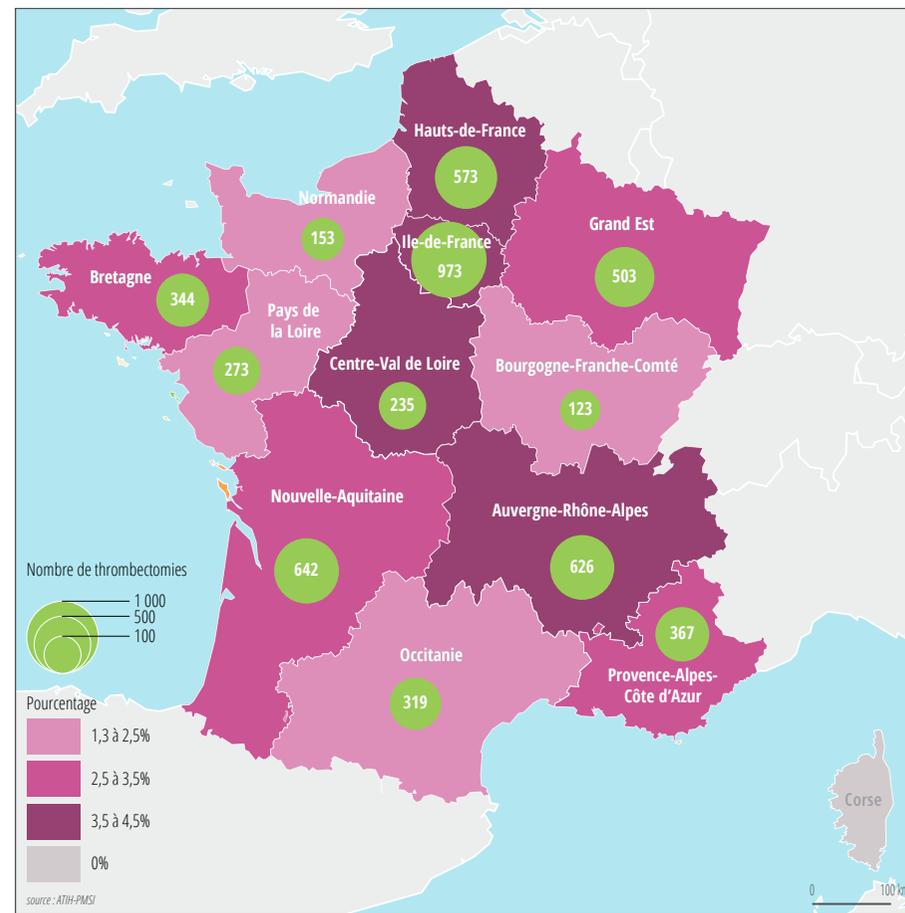
# LES AVC - DONNÉES PMSI

## Nombre de séjours AVC/AIT et pourcentage de séjours avec passages aux urgences



## Nombre d'actes de thrombectomies et pourcentage de thrombectomies parmi les séjours AVC/AIT

Le ratio thrombectomies/AVC PMSI est simplement indicatif du niveau régional en sachant qu'un grand nombre de ces AVC PMSI ne peuvent voire ne doivent pas bénéficier de cette thérapeutique.



Concernant les traitements de reperfusion des AVC ischémiques, il peut s'agir soit de thrombectomies, soit de thrombolyse. Les thrombectomies ne peuvent être réalisées que dans des UNV disposant de neuroradiologie interventionnelle. A l'inverse, les thrombolyse peuvent aussi être réalisées dans toutes les UNV et même dans les services d'urgence possédant un dispositif de télé-expertise. Malheureusement, seules les thrombectomies sont codées dans le PMSI (carte présentée ici par région). Le décompte des thrombolyse dans cette indication est donc impossible (alors qu'il s'agit actuellement de la technique de reperfusion la plus fréquente) hormis par des enquêtes régionales interrogeant les UNV et les services d'urgence disposant de télé-expertise.

# ACTIVITÉ AVC DES SERVICES D'URGENCE PAR RÉGION

	TOTAL INTER-RÉGION	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	BRETAGNE	CENTRE-VAL DE LOIRE	CORSE	GRAND EST	HAUTS-DE-FRANCE	ILE-DE-FRANCE	NORMANDIE	NOUVELLE-AQUITAINE	OCCITANIE	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	PAYS DE LA LOIRE
<b>RECUEIL DES DONNÉES*</b>														
Nombre de passages pour AVC	139 321	12 096	7 691	11 161	4 442	904	12 372	10 539	15 839	7 759	18 282	16 253	13 805	8 178
Pourcentage de passage pour AVC <i>(parmi les RPU transmis dont le diagnostic est exploitable)</i>	0,9%	0,7%	1,1%	1,5%	1,0%	1,0%	0,9%	0,8%	0,6%	1,0%	1,2%	1,1%	0,9%	1,3%
<b>PATIENT</b>														
Sex-ratio H/F	0,96	0,91	0,91	0,95	0,96	1,23	0,93	0,88	1,01	0,97	0,97	1,01	0,94	0,99
Age moyen <i>(en années)</i>	71,9	72,1	72,1	72,1	72,5	70,3	72,2	69,9	69,4	71,3	73,8	73,1	71,8	71,9
Moins de 18 ans	1%	1%	<1%	<1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	<1%	1%	1%	<1%
[ 18 - 30 ans [	2%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	2%	2%	2%	1%	1%	1%	2%
[ 30 - 45 ans [	5%	5%	5%	5%	4%	5%	4%	7%	7%	6%	4%	4%	5%	6%
[ 45 - 65 ans [	22%	21%	21%	21%	22%	25%	23%	24%	27%	23%	20%	21%	21%	21%
[ 65 - 75 ans [	21%	21%	22%	22%	21%	24%	21%	21%	21%	21%	21%	22%	22%	21%
[ 75 - 85 ans [	25%	26%	25%	26%	24%	23%	26%	24%	21%	24%	26%	25%	26%	25%
85 ans et plus	25%	25%	24%	25%	26%	21%	24%	22%	22%	24%	28%	26%	24%	26%
<b>ARRIVÉE</b>														
Passages la nuit [20h00 - 07h59]	21%	20%	19%	19%	21%	21%	20%	19%	23%	20%	21%	22%	21%	21%
Passages en nuit profonde [00h00 - 07h59]	7%	7%	7%	6%	8%	6%	8%	7%	8%	7%	7%	8%	7%	8%
Passages en horaires de PDS	38%	35%	37%	38%	37%	41%	39%	35%	39%	36%	39%	40%	40%	40%
Passages le week-end	25%	25%	25%	24%	26%	26%	25%	25%	25%	25%	25%	26%	25%	25%
<b>MODE DE TRANSPORT</b>														
Moyen personnel	36%	40%	44%	34%	33%	37%	29%	35%	44%	36%	32%	36%	34%	35%
SMUR <i>(y compris transport hélicoptéré)</i>	4%	3%	4%	2%	8%	14%	5%	6%	3%	2%	3%	8%	3%	2%
VSAV	28%	31%	26%	19%	28%	28%	25%	25%	37%	29%	27%	27%	43%	17%
Ambulance	31%	26%	26%	46%	31%	21%	42%	34%	16%	33%	31%	29%	20%	46%
<i>Mode de Transport exploitable</i>	83%	91%	98%	96%	81%	95%	92%	67%	75%	95%	96%	72%	70%	59%

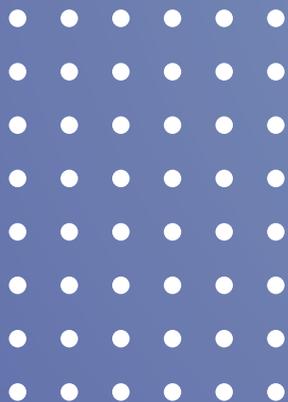
	TOTAL INTER-RÉGION	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	BRETAGNE	CENTRE-VAL DE LOIRE	CORSE	GRAND EST	HAUTS-DE-FRANCE	ILE-DE-FRANCE	NORMANDIE	NOUVELLE-AQUITAINE	OCCITANIE	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	PAYS DE LA LOIRE
<b>CCMU</b>														
CCMU 1	2%	1%	2%	3%	5%	<1%	1%	1%	4%	3%	2%	1%	<1%	2%
CCMU 4 et 5	9%	11%	11%	8%	10%	7%	8%	16%	6%	11%	12%	11%	7%	7%
<i>CCMU exploitable</i>	93%	98%	100%	96%	83%	100%	99%	81%	89%	97%	90%	94%	98%	83%
<b>DIAGNOSTIC PRINCIPAL</b>														
Avec un code diagnostic AVC	53%	43%	55%	54%	50%	50%	53%	58%	51%	60%	55%	56%	51%	54%
Avec un code diagnostic AIT	31%	39%	30%	33%	31%	34%	31%	26%	29%	25%	29%	27%	33%	31%
Avec un code relatif à un symptôme évocateur d'AVC	4%	5%	4%	4%	5%	8%	3%	5%	5%	4%	4%	5%	6%	5%
Avec un code relatif à une hémorragie intracérébrale non traumatique	12%	12%	12%	9%	14%	8%	13%	12%	15%	11%	12%	12%	10%	10%
<b>DURÉE DE PASSAGE</b>														
Durée moyenne de passage		7h24	6h20	6h47	6h59	5h17	6h11	5h02	9h36	6h20	5h33	5h38	6h26	7h50
Durée médiane de passage		5h35	5h12	5h33	5h20	4h40	5h15	4h00	5h40	4h57	4h20	4h23	5h42	6h37
Passages en moins de 4h	37%	32%	34%	32%	36%	42%	35%	50%	35%	37%	43%	45%	28%	26%
<i>Durée exploitable</i>	95%	96%	96%	98%	98%	100%	100%	99%	97%	52%	99%	99%	99%	90%
<b>MODE DE SORTIE</b>														
Hospitalisation post-urgences	83%	80%	88%	78%	80%	89%	83%	87%	81%	84%	88%	78%	85%	80%
<i>Mutation interne</i>	76%	72%	81%	72%	75%	85%	73%	80%	72%	79%	83%	73%	81%	76%
<i>Transfert externe</i>	6%	8%	7%	7%	5%	4%	9%	7%	10%	5%	5%	5%	4%	4%
Retour au domicile	17%	20%	12%	21%	19%	11%	17%	12%	19%	15%	12%	21%	15%	19%
<i>Mode de sortie exploitable</i>	92%	98%	94%	78%	87%	100%	98%	74%	90%	96%	99%	91%	99%	96%

\* Recueil de données : RPU

© FEDORU

03

# QUALITÉ DES DONNÉES





# RPU

---

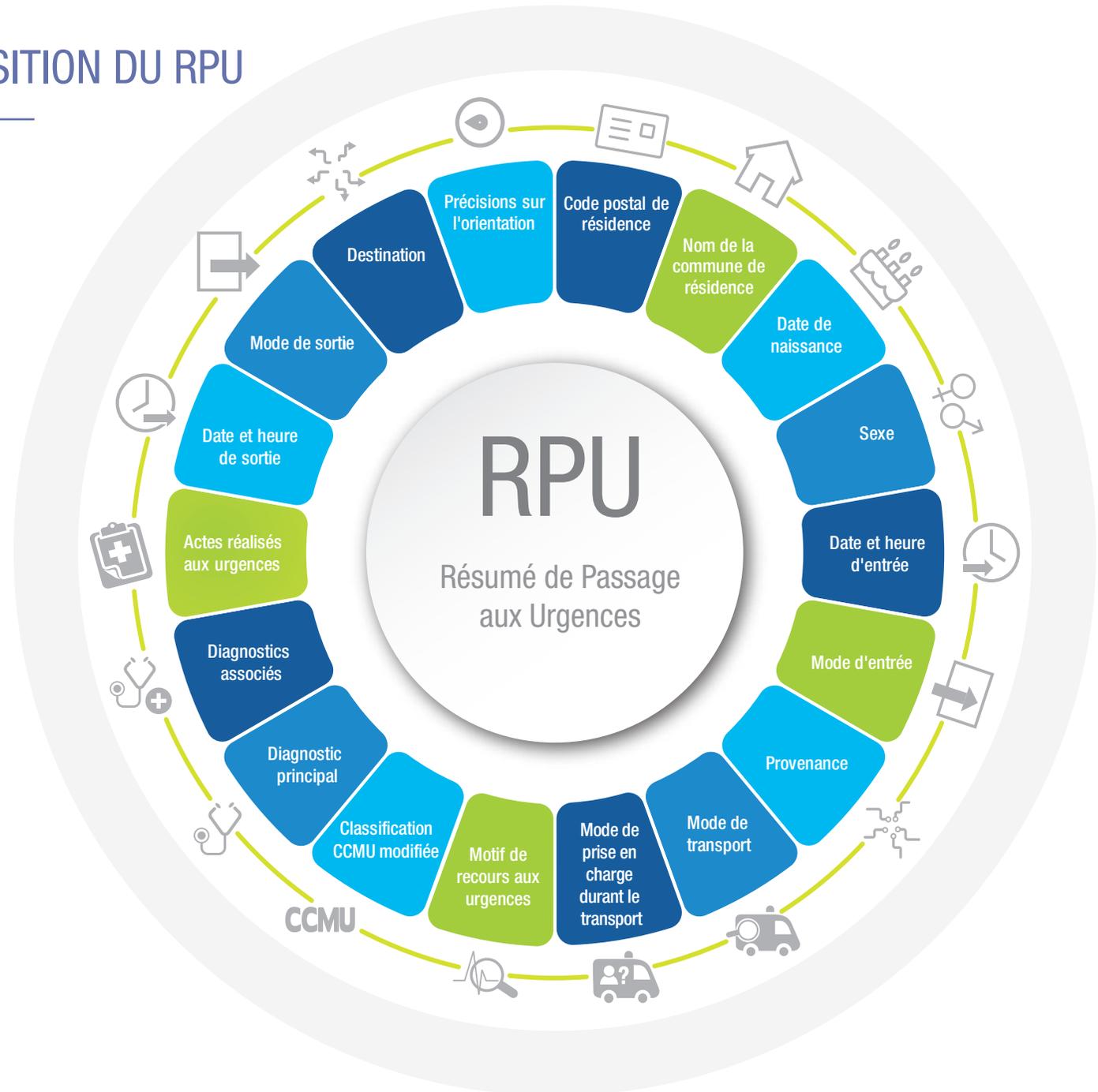
Le Résumé de Passage aux Urgences (RPU) constitue un ensemble de données disponibles dans les concentrateurs régionaux pour réaliser la description de l'activité des structures d'urgences et d'autres usages. C'est ce flux d'information qui est principalement utilisé pour la réalisation de ce panorama. Le RPU est le format national officiel, tel que défini dans l'arrêté du 24 juillet 2013.

En annexe de ce document sont disponibles des éléments complémentaires :

Le détail de la composition du RPU (*ci-contre*).

- La mécanique de collecte et de transmission des données (*p. 74*).
- Les interactions entre les champs du RPU (*p. 75*).

# DÉTAILS DE LA COMPOSITION DU RPU



## La qualité des données est un enjeu capital pour une bonne appréciation de l'activité réelle des services d'urgence, dépendant de tous les acteurs associés à la création ou au traitement du RPU.

Le nombre de sites producteurs de RPU est en constante augmentation. Ceux-ci doivent générer des bases de données toujours plus importantes, pour lesquelles les contrôles doivent être systématisés et normés, autant d'un point de vue quantitatif que qualitatif. La définition des RPU, leur règle de création, les consignes d'utilisation, les mécanismes de collecte, les modalités de transmission, ont été détaillés dans les travaux FEDORU afférents à la production et collecte des RPU : **1**

La FEDORU propose des supports structurant le normage des données attendues et des méthodes d'exploitation :

- 2** Format des éléments collectés et règles de codage
- 3** Aide à la mise en œuvre technique de la remontée des données
- 4** Définition de critères de cohérence des données
- 5** Fiche de validation des données remontant des établissements
- 6** Mode de calcul des indicateurs

Ces documents **sont disponibles** sur le site internet de la FEDORU  
[www.fedoru.fr/les-recommandations/](http://www.fedoru.fr/les-recommandations/)



Une liste non exhaustive des définitions conjointes utilisées dans le cadre de la production des résultats de ce panorama est disponible ci-après.

Pour rester en adéquation avec les besoins des professionnels de santé et face à une activité en perpétuelle progression, le RPU devra évoluer. Cette évolution sera à articuler avec les systèmes d'information utilisés par les services. Leur diversité, leur interfaçage avec les autres outils informatiques internes sont à prendre en compte dans les perspectives d'évolution. Il est important de pouvoir conserver ce socle commun tout en projetant des développements, déjà mis en œuvre par certaines régions, dans des futures versions.

La FEDORU, depuis plusieurs années déjà, recense et propose des éléments pour une future version, donnant des orientations plus spécifiques au RPU, en veillant à limiter les impacts sur les temps de saisies, les difficultés de mise en œuvre,...

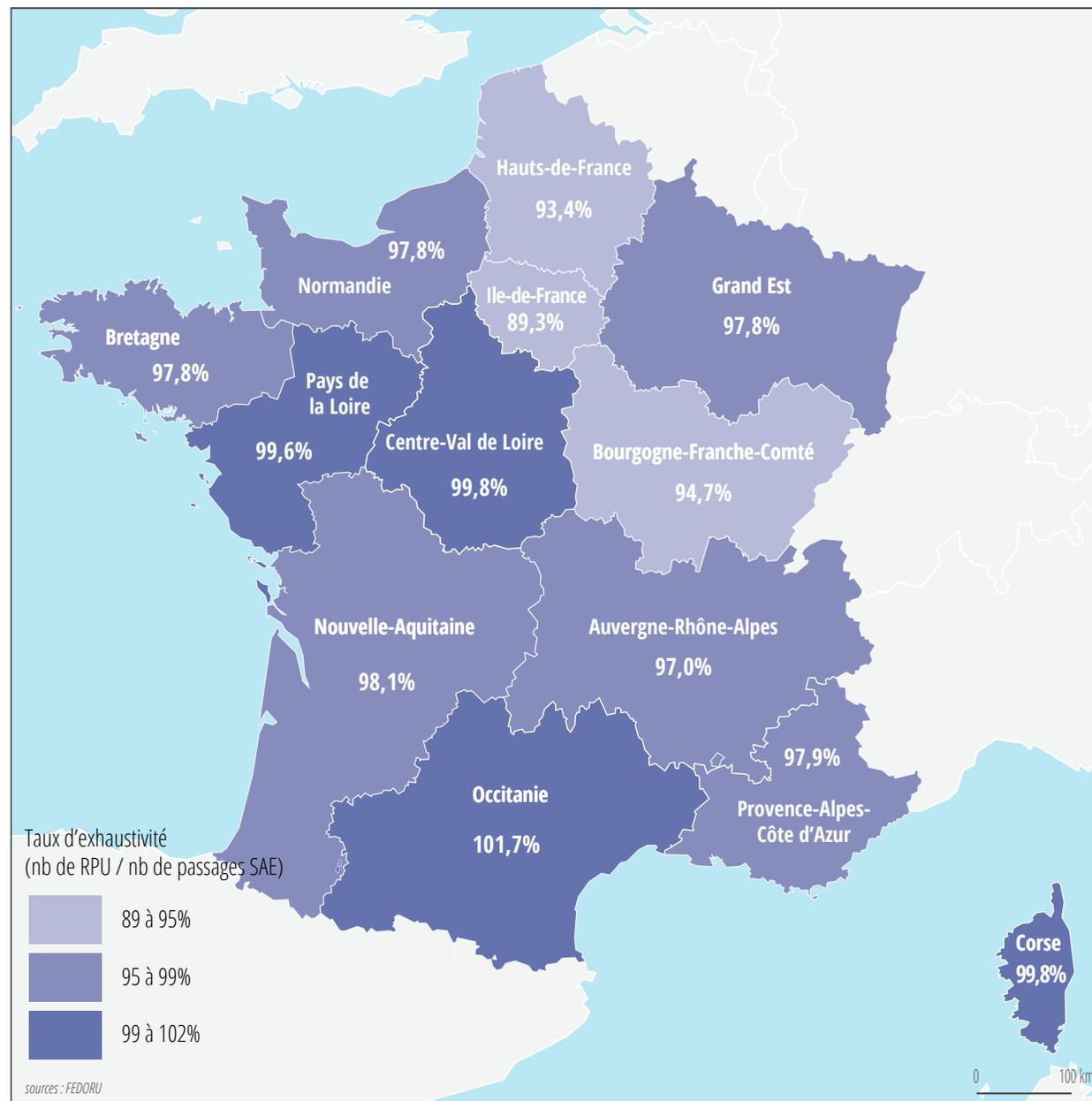
# EXHAUSTIVITÉ DES REMONTÉES DES RPU

L'exhaustivité fait référence au volume de RPU collectés, soit le nombre de RPU transmis par les services d'urgence sur le nombre de passages aux urgences déclarés dans l'enquête SAE.

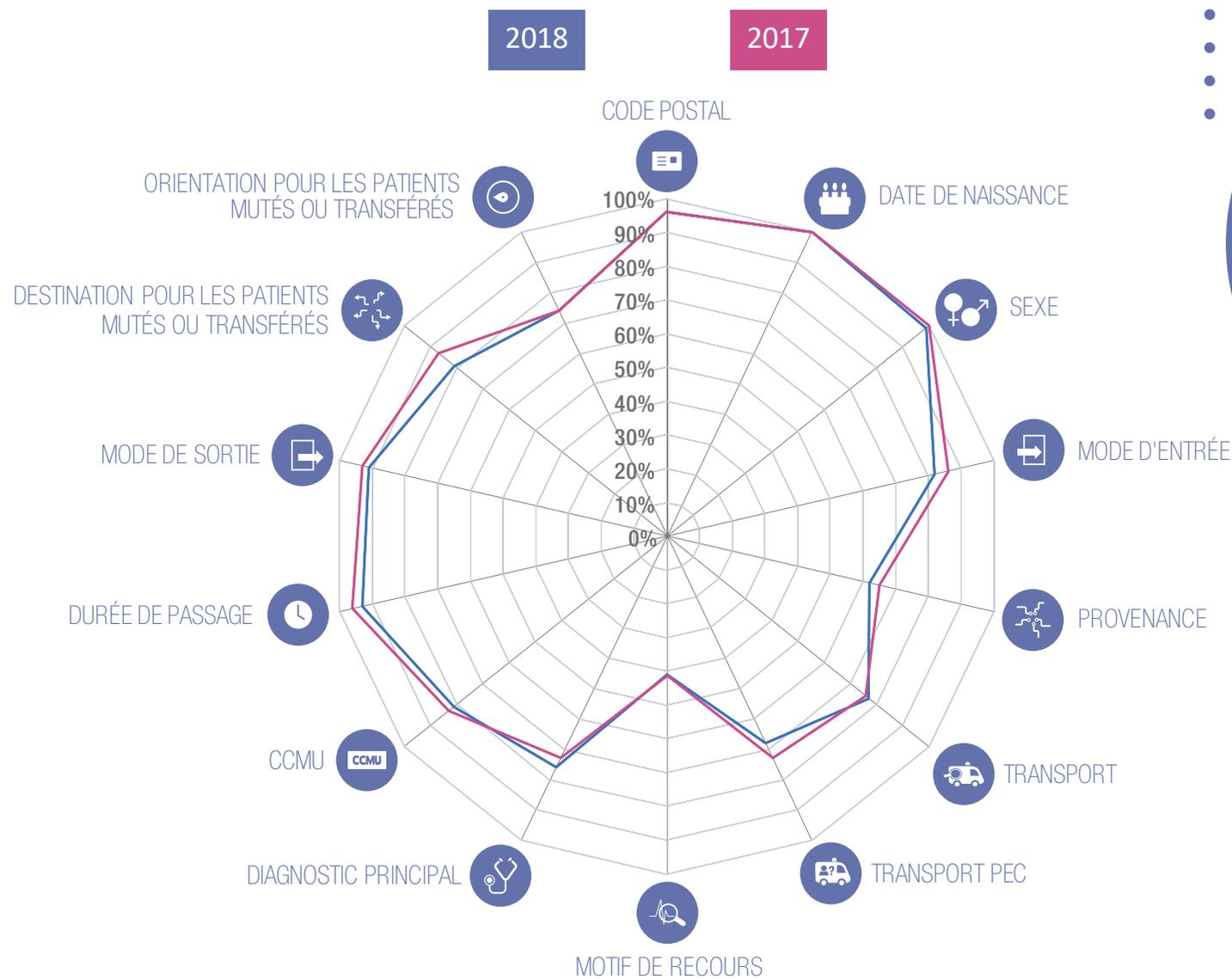
Toutes régions confondues, ***l'exhaustivité des RPU collectés est de 95,9%*** avec cependant des variations d'un territoire à un autre (de 89,3% à 101,7%).

Les pourcentages supérieurs à 100% s'expliquent par des données manquantes dans la SAE ou un périmètre différent de prise en compte des passages aux urgences (les simples enregistrements aux urgences avant hospitalisation, les réorientations immédiates sans soins vers une maison médicale de garde ou un médecin de ville mais aussi les patients "parti sans attendre" figurent dans les RPU mais pas dans la SAE).

L'exhaustivité reste un des témoins de la qualité des données, facile à calculer. Lorsque l'on s'interroge plus spécifiquement sur un champ du RPU, on utilisera principalement "l'exploitabilité" qui intègre en plus la notion de conformité, comme sur le radar ci-après.



# RADAR D'EXPLOITABILITÉ DES ITEMS DU RPU TOUTES RÉGIONS CONFONDUES



## DÉFINITION DU TAUX D'EXPLOITABILITÉ

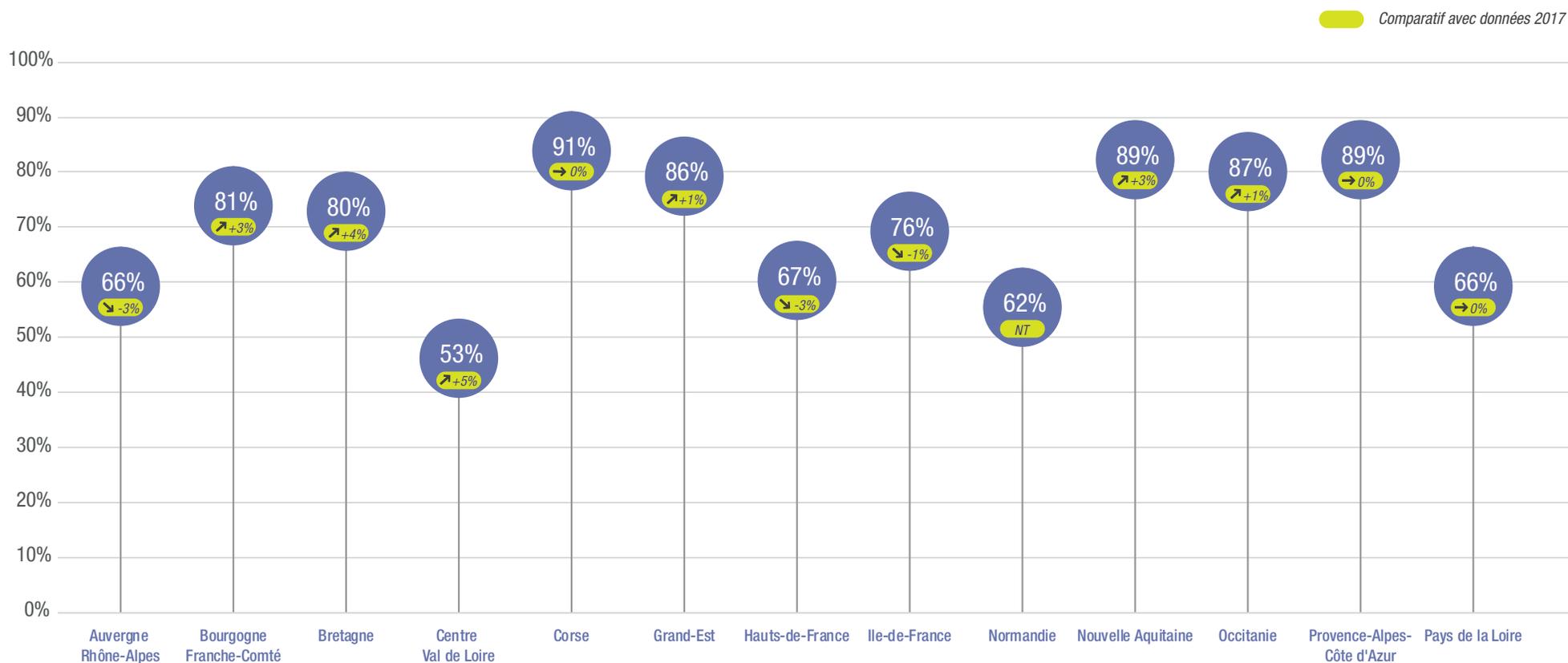
Pour un critère donné pour lequel une réponse est systématiquement attendue, c'est la part des RPU pour lesquels un élément est renseigné au bon format (exhaustivité + conformité).

# EXPLOITABILITÉ DES ITEMS DU RPU PAR RÉGION



	TOTAL INTER-RÉGION	AUVERGNE-RHÔNE-ALPES	BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ	BRETAGNE	CENTRE VAL DE LOIRE	CORSE	GRAND EST	HAUTS-DE-FRANCE	ILE-DE-FRANCE	NORMANDIE	NOUVELLE-AQUITAINE	OCCITANIE	PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR	PAYS DE LA LOIRE
Code postal	96%	90%	100%	97%	99%	95%	98%	98%	94%	97%	99%	99%	95%	99%
Date de naissance	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Sexe	99%	94%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	98%	100%	100%	100%	100%
Mode d'entrée	82%	85%	89%	91%	82%	96%	97%	65%	68%	87%	97%	89%	79%	91%
Provenance	62%	65%	90%	78%	56%	96%	78%	32%	57%	64%	79%	40%	64%	83%
Transport	77%	69%	92%	96%	59%	96%	89%	67%	72%	84%	89%	79%	75%	58%
Transport PEC	68%	67%	87%	89%	36%	96%	82%	38%	65%	86%	80%	70%	74%	53%
Motif de recours	41%	9%	19%	20%	23%	87%	19%	29%	55%	33%	60%	79%	74%	32%
Durée de passage	93%	96%	96%	98%	98%	100%	99%	98%	97%	36%	99%	99%	97%	83%
Mode de sortie	91%	87%	94%	90%	83%	99%	99%	81%	96%	89%	99%	86%	94%	80%
Destination pour les patients mutés ou transférés	81%	76%	89%	89%	76%	96%	96%	16%	90%	88%	90%	88%	95%	81%
Orientation pour les patients mutés ou transférés	74%	66%	87%	65%	60%	94%	85%	56%	82%	66%	85%	69%	90%	56%
CCMU	81%	79%	93%	86%	62%	96%	92%	63%	83%	81%	87%	89%	93%	51%
Diagnostic principal	76%	66%	81%	80%	53%	91%	86%	67%	76%	62%	89%	87%	89%	66%

# TAUX D'EXPLOITABILITÉ DU DIAGNOSTIC PRINCIPAL EN 2018



Tous passages confondus et SU non constants

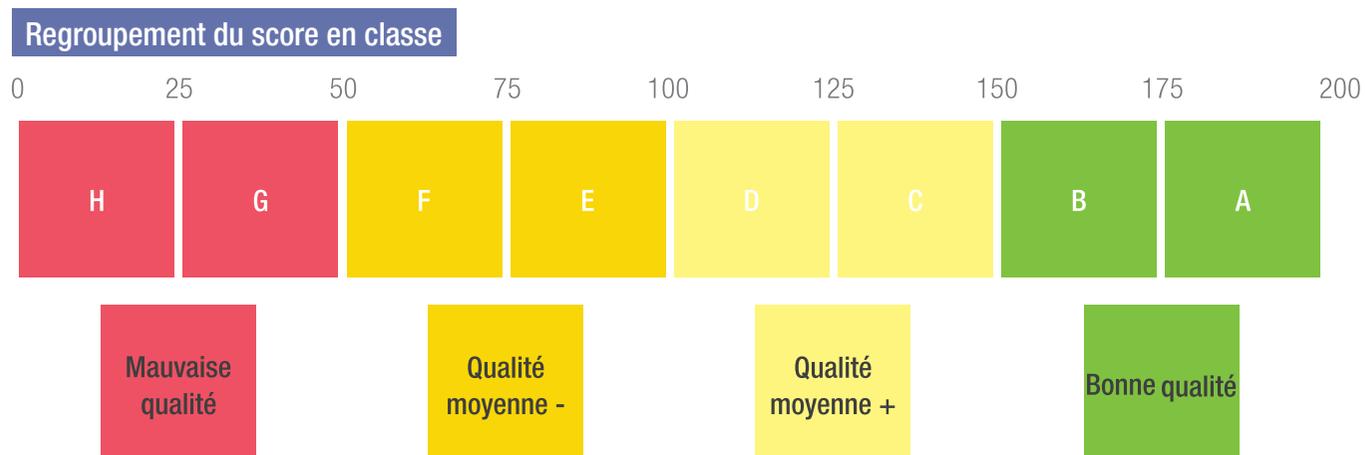
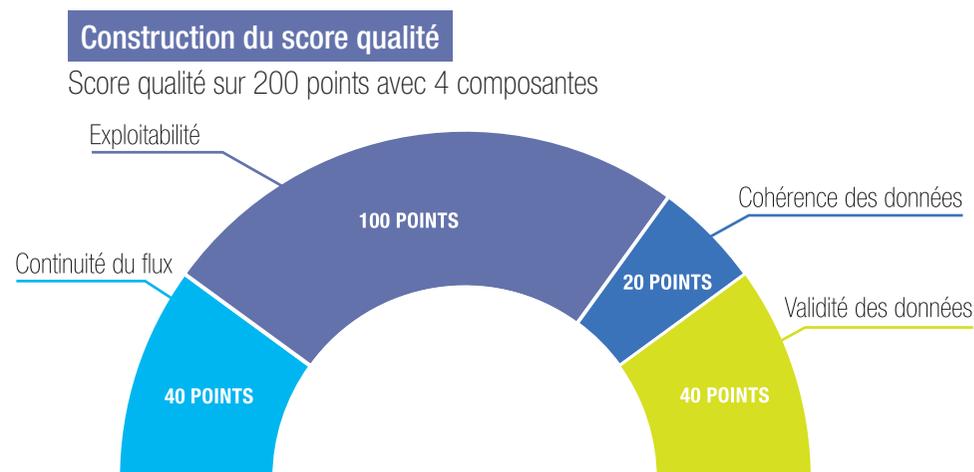
NT : Non Transmis

# SCORE QUALITÉ

Le **score qualité** est un outil qui donne une évaluation rapide et partielle de la qualité des données RPU, sur un territoire donné, au travers d'une valeur synthétique et composite. En 2019, plusieurs régions ont diffusé ce score qualité notamment via la fiche de validation annuelle des données 2018. Bien accueilli par les professionnels, ils identifient facilement forces et faiblesses de leurs données RPU et peuvent mettre en place des axes d'amélioration pour les années à venir et ainsi améliorer leur score. Cela a également permis de mettre en évidence certaines limites.

Afin d'y remédier, la FEDORU a continué les réflexions pour construire une nouvelle version : **un score qualité V2**. Le score V1 a ainsi été adapté sur ses composantes au travers de la suppression de certains items (notamment dans la cohérence inter-champs) et la modification de certains seuils (au niveau du nombre de RPU "normal" et de l'exploitabilité des champs). Ces nouveaux travaux ont surtout permis la création d'une nouvelle composante afin d'appréhender de manière plus large la qualité des remontées RPU. La quatrième composante est la "Validité des données" qui regroupe la vérification de la pertinence des champs et la prise en compte des doublons. Le score V2 reste sur 200 points et le regroupement en classe demeure le même.

**Le score qualité V2 va être testé en fin d'année, puis diffusé courant 2020.**



# EXEMPLE EN OCCITANIE

Depuis deux ans, l'ORU Occitanie met à disposition le score qualité dans les fiches de validation envoyées en tout début d'année N aux services d'urgences (pour les 37 SU côté Ouest et déploiement prévu sur les 29 SU côté Est courant 2020).

Après une description rapide du score qualité, ce dernier est calculé à 3 instants :

- Sur les données consolidées de l'année N-2.
- Sur les données reçues quotidiennement sur l'année N-1, données à consolider et valider.
- Sur les données finales et consolidées de l'année N-1.

En effet, il est demandé à tous les établissements de renvoyer un fichier sur l'année complète N-1 après reprise des données par le référent : correction d'incohérences (facultatif), suppression de doublons (obligatoire), complétude de certains champs (facultatif)...

La réalisation des scores sur ces différentes étapes permet au référent d'évaluer rapidement l'impact de ces corrections sur la qualité finale des données exploitées.

## Extrait de la fiche de validation

### SCORE QUALITÉ

Le score qualité, mis en place par la FEDORU (Fédération des ORU), est un outil qui permet d'évaluer partiellement la qualité des données RPU au travers d'une valeur synthétique et composite. Même si ce score est encore en phase de test, nous avons décidé de le déployer cette année lors de nos validations annuelles. Vous trouverez donc le score qualité calculé sur :

- les données 2017 consolidées
- les données 2018 quotidiennes non consolidées au 21/01/2019
- les données 2018 en cours de consolidation (après reprise ou correction)

#### - Méthode de construction

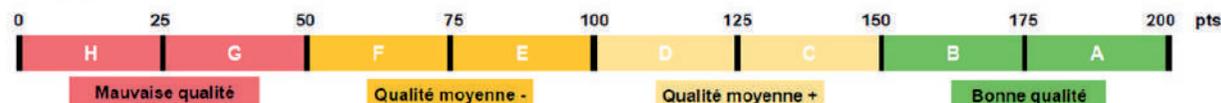
### SCORE QUALITÉ

sur 200 points

- Composante 1 : Continuité du flux sur 40 points
- Composante 2 : Exploitabilité des champs (exhaustivité + conformité) sur 100 points
- Composante 3 : Cohérence inter-champs sur 60 points

Si vous souhaitez plus de détails sur la construction de ce score et de ses composantes, vous pouvez contacter l'équipe statistique de l'ORU Occitanie.

Note : regroupement du score en classes

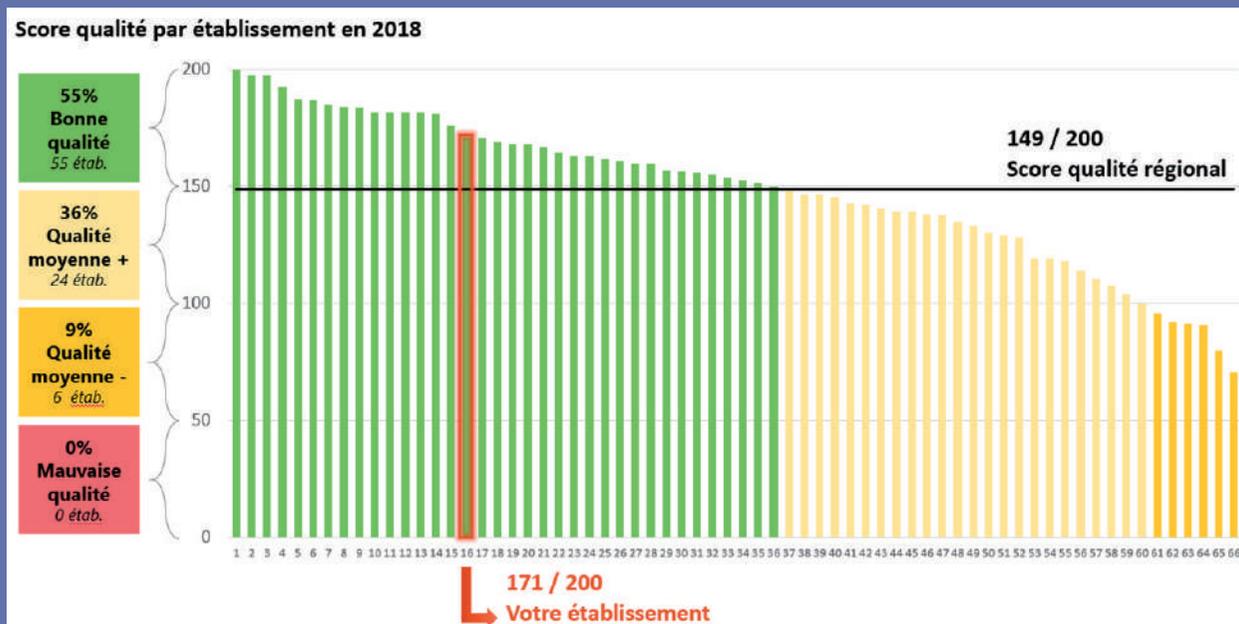


#### - Résultats pour votre établissement

	Données consolidées 2017		Données quotidiennes non consolidées 2018			Données en cours de consolidation 2018 (après reprise ou correction)		
	Score	Note	Score	Note	Par rapport à 2017	Score	Note	Par rapport à 2017
<b>SCORE QUALITÉ</b>	<b>182,5</b>	<b>A</b>	<b>177,0</b>	<b>A</b>	<b>En baisse</b>	<b>185,0</b>	<b>A</b>	<b>En hausse</b>
Composante 1 : Continuité du flux	40,0	A	40,0	A	Stable	40,0	A	Stable
Composante 2 : Exploitabilité des champs	82,5	B	82,0	B	En baisse	85,0	B	En hausse
Composante 3 : Cohérence inter-champ	60,0	A	55,0	A	En baisse	60,0	A	Stable

Le score qualité est également présenté lors des **visites sur site** avec une évolution de leur score sur les 5 dernières années et une comparaison avec les 66 autres établissements anonymisés de la région.

### Extrait du diaporama des visites sur site



### Visite sur site

L'équipe de l'ORU (direction, équipe statistique et informatique) se déplace à la rencontre des équipes de terrain (directeur, médecin urgentiste, cadre, informaticien, DIM...). Au cours de ces visites, sont présentés les outils développés par l'ORU (TUCS, Dat@SMUR). De plus, un retour sur la qualité des données RPU est réalisé suivi d'analyses statistiques (Rajout des données SMUR pour les sites concernés).

Ce score a été très bien accueilli par les professionnels (urgentistes, médecin DIM ou cadres) à travers beaucoup de remarques positives et de demandes de précision pour mieux comprendre et appréhender ce score. Il a aussi permis d'éveiller les mentalités sur l'importance du codage dont voici les principaux verbatims recueillis :

#### Une prise de conscience

Au niveau de l'exploitabilité : *"Nous sommes vraiment mauvais sur l'exploitabilité de certains champs, je vais faire un retour aux équipes et sensibiliser au codage".*

Au niveau de cohérence : *"Je vais rappeler aux équipes les règles de codage pour éviter les reprises et corrections annuelles".*

#### L'envie d'avoir le score parfait

*"Je suis pas loin des 200 points, que me faut-il corriger pour obtenir tous les points ?"*

#### L'envie de s'améliorer

*"L'an dernier mon score était meilleur, pourrais-je avoir un peu de temps pour combler des valeurs manquantes et augmenter mon score ?"*

Début 2020, les établissements disposeront du score qualité V2 dont certains attendent déjà avec impatience la nouvelle version.

04

# Autres indicateurs

(déployés ou en cours)



Indicateurs BACH (Bulletin des Activités et des Capacités Hospitalières) .....	56
États des lieux dispositif HET (Hôpital En Tension) en région .....	57
BJML (Besoin Journalier Minimal en Lit) .....	58
Maquette du Panorama de l'organisation des SU et test en région.....	63



# INDICATEURS BACH (BULLETIN DES ACTIVITÉS ET DES CAPACITÉS HOSPITALIÈRES)

## Bulletin de veille de l'offre de soins en région

La Direction Générale de la Santé (DGS), et plus particulièrement son Centre Opérationnel de Réception et de Régulation des Urgences Sanitaires et Sociales (CORRUSS), assure une veille hebdomadaire des situations de tensions hospitalières et de leurs impacts sur l'organisation sanitaire territoriale. Cette analyse s'appuie notamment sur le **Bulletin des Activités et des Capacités Hospitalières** (BACH) transmis toutes les semaines par les ARS, remontant des informations sur le niveau d'activité du secteur hospitalier, du secteur préhospitalier, de la permanence des soins ambulatoire et sur les tensions hospitalières recensées en région.

La DGS a souhaité améliorer la pertinence des informations remontées par ce bulletin hebdomadaire, et la FEDORU a été associée à ce travail. La FEDORU a effectué en premier lieu des propositions sur les indicateurs à retenir dans le cadre de cette veille.

Dans un second temps, la FEDORU a effectué des jeux de tests sur les données de DR (Dossiers de Régulation), RPU (Résumés de Passages aux Urgences) et disponibilités des lits dans le ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources) à partir des bases de données des régions Nouvelle-Aquitaine et Grand Est. L'objectif était de vérifier la pertinence des informations recueillies avec ces indicateurs agglomérés de manière hebdomadaire puis d'identifier quels étaient les seuils qualifiant des situations anormales.

Ces travaux ont été restitués à la DGS, qui prépare une instruction à venir prochainement sur la nouvelle version de ce bulletin de veille régionale.

### Activité pré-hospitalière

- Nombre de dossiers de régulation des SAMU centres 15.
- % du nombre de SAMU ayant mis en place au moins une des 3 actions traceuses (déclenchement d'une cellule de crise, renfort de personnel, délestage des appels vers un autre centre de régulation).

### Activité hospitalière des services d'urgence

- Moyenne quotidienne hebdomadaire du nombre de passages aux urgences.
- Moyenne quotidienne hebdomadaire du nombre de passage aux urgences des personnes de 75 ans et plus.
- Moyenne quotidienne hebdomadaire du nombre de passage aux urgences des enfants de moins de 1 an.
- Moyenne des 7 médianes de durée quotidienne de passage des patients hospitalisés après passage aux urgences.
- Taux de disponibilité en lits de réanimation polyvalente adulte.
- Taux de disponibilité en lits de réanimation pédiatrique.
- Taux de disponibilité en lits de médecine, chirurgie ou obstétrique.

# ÉTATS DES LIEUX DISPOSITIF HET (HÔPITAL EN TENSION) EN RÉGION

ÉVALUATION DU DISPOSITIF EN PLACE		AUVERGNE- RHÔNE- ALPES	BOURGOGNE- FRANCHE- COMTÉ	BRETAGNE	CENTRE-VAL DE LOIRE	CORSE	GRAND EST	HAUTS-DE-FRANCE	ILE-DE- FRANCE	NORMANDIE	NOUVELLE AQUITAINE	OCCITANIE	PROVENCE- ALPES-CÔTE D'AZUR	PAYS DE LA LOIRE
Organisation régionale	Un dispositif régional HET est effectif, validé par l'ARS	Oui	Oui	Oui	Non répondant	Non répondant	Oui	Oui	Non répondant	Non répondant	Oui	Oui	Oui	En cours
	Si oui, ce dispositif inclus une veille régionale opérationnelle des situations de tension	Oui	Oui	Oui			Oui	Oui			Oui	Oui		
	Si oui, le signalement vers l'ARS / l'ORU est automatique à partir des indicateurs de tension	Oui	Oui	Non			Oui	NR			Non	Non		
	Une déclaration des épisodes de tension auprès de l'ARS est prévue et organisée	Oui	Oui	Oui			Oui	Oui			Oui	Oui		
	Si oui, nombre d'épisodes de tension déclarés en 2018	NR	71	NR			72	NR			249	NR	1152	NR
	Un outil informatisé de déclaration de la tension 24H/24H (ES->ARS) est opérationnel	Non	Oui	Non			Oui	Oui			Oui	NR	Oui	En cours
	Des actions opérationnelles en cas de tension déclarée sont prévues par l'ARS	Non	Non	Oui			Oui	Oui			Non	NR	Oui	Oui
	La mise en place de "tension solidaire" est organisée	NR	Non	NR			Oui	NR			Non	Non	Oui	Oui
	Des formations des agents de l'ARS ont été organisées	NR	Oui	NR			Oui	NR			Oui	NR	Oui	Non
	Commentaires										Source : point focal ARS			Seulement 50 % des établissements ont déclaré au moins une tension en 2018.
Suivi d'indicateurs de tension	Nombre de SU de la région	71	28	24	Non répondant	Non répondant	56	51	Non répondant	Non répondant	70	70	55	24
	Indicateurs de tension suivis au niveau régional	Oui	Oui	Non			Oui	Oui			Oui	Oui		
	Si oui, indicateurs "urgence"	Oui	Oui	Non			Oui	Oui			Oui	Oui		
	Si oui, indicateurs "hospitalisation à partir des urgences"	Oui	Oui	Non			Oui	Oui			Oui	Oui		
	Si oui, indicateurs "disponibilité des lits d'aval des urgences"	Oui	Oui	Non			Oui	Oui			Oui	Oui		
	Si oui, indicateurs "disponibilité des lits de courts séjours"	Oui	Oui	Non			Oui	Oui			Oui	Non		
	Nombre de SU transmettant les informations nécessaires à l'évaluation de la tension une fois par jour	NR	28	NR			56	34			70	70	54	Non connu
	Nombre de SU transmettant les informations nécessaires à l'évaluation de la tension plus d'une fois par heure	NR	8	NR			0	0			37	4	52	Non connu
	Nombre de SU ayant un point des lits journaliers informatisé et stocké	NR	28	NR			55	19			70	70	55	Non connu
Commentaires						"ROR en cours de déploiement RPU pluriquotidien non encore mis en place"								

# BJML (Besoin Journalier Minimal en Lit)

Définir un besoin journalier minimal en lit (BJML) pour chaque Service d'Urgence : un concept incitatif pour la mise à disposition de lits pour les services d'urgence et une fluidification de la filière.

## Anticiper le besoin en lit pour diminuer la saturation des urgences

La saturation des services d'urgence (SU) est une problématique de santé publique. Lors des épisodes de saturation des SU, la qualité et la sécurité des soins sont altérées et la mortalité augmente. Si les mécanismes impliqués dans la survenue des épisodes de tension sont multiples, il est reconnu que la saturation de l'aval des urgences (manque de lit d'hospitalisation) est une composante majeure de la saturation des SU. Ainsi, la mise à disposition rapide de lits d'hospitalisation pour les patients des SU est une mesure

primordiale pour fluidifier la prise en charge dans les SU et maintenir une sécurité des soins optimale. La mise à disposition d'un lit d'aval dans des délais courts nécessite une anticipation des besoins en lit pour les patients hospitalisés depuis les urgences en "réservant" des lits pour ces patients. Si des modèles plus complexes peuvent prédire (avec des marges d'erreur) le besoin journalier en lit, le BJML se veut, pour une généralisation nationale, extrêmement simple et pragmatique.

## Le Besoin Journalier Minimal en Lit

La démarche proposée a pour objectif d'aboutir, pour chaque SU, à l'établissement d'un nombre de lits nécessaire chaque jour pour le SU et d'un nombre de lits libres à 8:00. Cette démarche comporte de 2 étapes :

### ► UNE ÉTAPE QUANTITATIVE

Évaluation du nombre journalier d'hospitalisation-transfert pour chaque semaine de l'année. Cette évaluation est basée sur l'historique de l'activité des SU (Résumé de Passage aux Urgences). Pour tenir compte de la fluctuation annuelle de l'activité, la moyenne journalière est donnée pour chaque semaine de l'année avec le 5<sup>ème</sup> percentile, le 25<sup>ème</sup> percentile, la médiane (50<sup>ème</sup> percentile), le 75<sup>ème</sup> percentile, le 95<sup>ème</sup> percentile ainsi que le minimum et le maximum. Pour chaque SU, peut également être fournies les fluctuations autour de la moyenne en fonction du jour de la semaine (par exemple : +2 lits le lundi et -1 lit le mardi) ainsi que le nombre d'hospitalisation journalière moyenne par année (afin de tenir compte d'une éventuelle tendance annuelle dans le SU).

### ► UNE ÉTAPE QUALITATIVE "MÉTIER"

A partir de ces informations chiffrées ci-dessus et du contexte local, les équipes soignantes et les directions font le choix d'un BJML. Selon l'interprétation, les fonctionnements des différents SU et établissements, le BJML pourra correspondre au 5<sup>ème</sup> percentile, au 25<sup>ème</sup> percentile ou pourra être réajusté. En fonction des fluctuations d'activité observées dans chaque SU, le BJML pourra être défini comme identique sur l'ensemble de l'année ou variable selon, la semaine, le mois, le jour de la semaine. Il sera également défini, en plus du BJML, un objectif de Lit Disponible pour les Urgences à 12:00 (LDU-8).

*La définition et l'affichage clair d'un objectif chiffré (BJML et LDU-8) peut concourir à une démarche vertueuse de fluidification de l'aval des urgences à travers une évaluation journalière de l'atteinte de cet objectif.*

## **Données calculées**

Dans le RPU sont utilisés : le numéro d'identification du SU, la date d'admission et le mode de sortie. A partir de la date d'admission la semaine de l'année et le jour de la semaine sont déduits. L'ensemble de l'historique des données est utilisé.

Pour chaque SU, les données des RPU sont agrégées de manière journalière en calculant pour chaque jour le nombre d'hospitalisation ou de transfert (occurrence "6 : mutation dans un service de l'établissement" et "7 : transfert dans un autre établissement" de l'item "Mode de sortie" du RPU). L'inclusion ou non des transferts doit être discutée.

A partir de cette base de données sont fournies :

- Pour chaque semaine de l'année : la moyenne du nombre d'hospitalisation journalière est donnée par semaine ainsi que les autres valeurs de distribution (percentiles, minimum et maximum).
- Le nombre moyen d'hospitalisation journalière pour chaque année de l'historique et l'écart moyen pour chaque année.
- L'écart moyen à la moyenne pour chaque jour de la semaine.

## EXEMPLE EN RÉGION PACA

Les RPU de 16 SU de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ont été utilisés sur la période 2009-2016. Les calculs ont été réalisés sur la période 2009-2016 et l'année 2017 a été utilisée comme année de "validation" en calculant l'écart entre le nombre journalier moyen d'hospitalisation sur l'année 2017 et les chiffres "prédits" à partir des données 2009-2016.

*Sur la période test (2017) l'écart entre le nombre d'hospitalisation observé et prédit était de 9,9% (0,5 hospitalisation).*

### Calcul sur la période 2009-2016

Sem.	Nb sem. histo	Moyenne	Médiane	05 centile	25 centile	75 centile	95 centile	Minimum	Maximum
1	7	28	27	17	23	31	38	16	40
2	7	27	28	17	22	32	38	15	41
3	7	25	25	13	20	29	38	7	42
4	7	26	25	17	22	29	35	12	40
5	7	27	27	18	21	32	37	15	40
6	7	27	27	18	23	30	35	14	39
7	7	27	27	18	22	31	38	17	38
8	7	27	28	17	24	30	37	13	39
9	7	25	25	16	20	30	33	14	36
10	7	26	26	19	22	29	36	18	42
11	7	26	26	17	23	31	35	13	40
12	7	26	26	19	23	29	35	13	37
13	7	26	26	18	23	29	31	17	33
14	7	27	27	18	23	32	37	17	40

Ce tableau rapporte les chiffres calculés (nombre d'hospitalisations journalières par semaine) sur la période pour un SU donné.

*Indication de lecture : Dans votre SU, pour la semaine 5 d'après l'historique des données (7 semaines N°5 soit 35 jours de cette semaine), le nombre d'hospitalisation était en moyenne de 27. Le nombre d'hospitalisation était inférieur à 18 (5<sup>ème</sup> percentile) pour seulement 5% des jours, et inférieur à 21 (25<sup>ème</sup> percentile, c'est le BJML-25) dans seulement 25% des jours*

SU	Moyenne annuelle	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
68	26	3	0	1	1	1	-2	-4
107	20	0	-2	1	0	2	0	-2
124	12	0	-1	-1	0	0	0	1
157	17	1	0	0	0	0	0	-1
167	23	2	0	0	0	1	-2	-2
183	24	2	-1	0	0	1	0	-2
186	32	2	0	0	0	1	-1	-3
203	15	1	0	0	0	0	0	-1
241	21	1	0	0	0	1	-1	-2
246	12	1	0	0	0	1	-1	-2
255	34	3	0	0	1	2	-1	-3
268	8	1	0	0	0	0	0	-1
303	32	4	1	1	1	2	-4	-6
423	26	2	-1	-1	0	1	0	-1
491	8	0	0	0	0	0	0	0
505	14	1	0	0	0	0	0	-1

Ce tableau rapporte pour chaque SU le nombre moyen d'hospitalisations journalières sur l'année et l'écart à la moyenne sur les différents jours de la semaine. Ce type de tableau constitue pour chaque SU des outils d'aide à la définition de leurs BJML (en ajustant le nombre moyen sur la semaine en fonction du jour de la semaine).

### Application sur l'année 2017

A titre d'illustration, nous avons comparé le nombre d'hospitalisations-transferts journaliers moyen calculé sur la période 2009-2016 au nombre réel d'hospitalisation-transferts journaliers sur l'année 2017. N'ayant pas réalisé l'étape qualitative "métier", nous comparons le chiffre brut et non pondéré selon le jour de la semaine, la tendance annuelle ou d'éventuelles particularités locales. Ainsi, par exemple, le chiffre "prédit" pour 2017 est le même pour chaque jour d'une semaine donnée.

SU	Nombre d'hospitalisations journalier moyen sur 2017	Écart en nombre de lit entre l'observé et le "prédit" (Observé - "Prédit")				
		Moyenne	Ecart-type	Médiane	25 centile	75 centile
68	28,1	1,9	6,1	2,2	-1,9	6,3
124	16,6	4,3	4,3	4,0	1,3	7,3
157	15,6	-1,6	4,3	-1,9	-4,8	1,4
167	22,5	-0,2	4,8	-0,3	-3,6	3,1
183	22,5	-1,4	5,0	-1,7	-4,8	1,6
186	32,6	1,0	6,4	0,9	-3,2	5,4
203	13,7	-1,0	3,8	-1,1	-3,7	1,5
241	24,4	3,5	5,0	3,1	0,3	6,5
246	11,3	-0,5	3,7	-0,4	-2,9	1,8
255	31,1	-2,7	6,1	-2,9	-6,6	1,7
268	7,7	-0,7	3,0	-1,0	-2,7	1,5
303	35,8	4,0	7,5	3,9	-1,1	9,0
423	26,7	0,7	5,4	0,4	-3,1	4,1
491	6,2	-1,4	2,6	-1,4	-3,1	0,0
505	15,0	1,3	4,2	1,0	-1,4	3,7

Ce tableau rapporte, par SU, l'écart entre le nombre d'hospitalisations journalières observées sur l'année 2017 et le nombre d'hospitalisations « prédites » à partir des données 2009-2016. Nous n'avons ici pas tenu compte des ajustements en fonction du jour de la semaine ou des tendances annuelles, spécifiques à chaque établissement (phase qualitative métier).

Sur l'ensemble des SU, l'écart moyen était de 0.5 lits soit une erreur moyenne de 9.9 % ((nombre observé – nombre prédit) / nombre observé \*100) (Cf. tableau ci-dessous).

*Indication de lecture : pour le SU 68 (Sur 2017, le nombre journalier d'hospitalisation était en moyenne de 28.1), l'erreur était en moyenne de 1.9 lits (il y avait en moyenne 1.9 hospitalisation en plus que ce qui était prédit à partir des données 2009-2016). Pour 25% des jours, au contraire, il y avait 1.9 hospitalisation de moins (25 centile) et pour 25% des jours il y avait "en vrai " 6.3 hospitalisation en plus. Pour ce service, si l'on se base sur l'historique des données, on aura ainsi tendance à sous-estimer le besoin en lit de 1.9 lits en moyenne.*

	Ecart en nombre de lit (observé - prédit)	Ecart en pourcentage (Observé -- prédit) / observé x 100)
<b>N (nombre de jours en 2017)</b>	<b>5 469</b>	<b>5 467</b>
<b>Moyenne</b>	<b>0.5</b>	<b>9.9</b>
<b>Écart-type</b>	<b>5.4</b>	<b>55.5</b>
<b>Médiane</b>	<b>0.1</b>	<b>-0.7</b>
<b>1er quartile (25)</b>	<b>-3.0</b>	<b>-16.4</b>
<b>3ème quartile</b>	<b>3.6</b>	<b>20.7</b>

Le BJML, dont la paternité revient au GIP ieSS - Innovation e-Santé Sud, est un indicateur simple et pragmatique basé sur l'historique des RPU de chaque établissement. Outre sa spécificité liée à l'établissement, les possibilités d'adaptation locale en particulier via le choix du percentile sont de nature à faciliter son appropriation. L'affichage clair d'un objectif chiffré de lits disponibles correspondant au BJML peut concourir à une démarche vertueuse de fluidification de l'aval des urgences à travers une évaluation journalière de l'atteinte de cet objectif. Enfin, le BJML doit probablement être intégré dans les plateformes régionales HET mais également à termes dans le BACH.

# MAQUETTE DU PANORAMA DE L'ORGANISATION DES SU ET TEST EN RÉGION

---

Le panorama des organisations, complément indispensable au volet activité pour une vision complète des services d'urgences, a été initié en région Provence-Alpes-Cotes-d'Azur en 2017. Les réflexions au sein de la FEDORU ont permis de définir une maquette qui sera utilisée en région.

La maquette du panorama des organisations FEDORU comporte deux parties :

- ▶ les ETP des médecins/internes/IDE et aides soignants collectés sur une semaine type,
- ▶ un questionnaire détaillé sur l'organisation du service d'urgence, présenté page 64.

ACCUEIL ET TRI		
Accueil administratif	Un agent dédié est présent à l'accueil ?	Non / Oui le jour / Oui H24
Accueil IOA	Un IOA est présent ?	Non / Oui le jour / Oui H24
Tri des patients	Le tri se fait dans des locaux dédiés ?	Oui / Non
	si oui, il existe une zone dédiée pour le tri pour les patients couchés ?	Oui / Non
<i>Commentaires / remarques sur la partie accueil et tri</i>		

GESTION DES LITS ET DES TENSIONS		
Unité HET	Il existe une unité temporaire HET, ouverte durant les épisodes de tension ?	Oui / Non
Ressources	Existe-t-il un bed manager dans votre établissement ?	Oui / Non
	si non, qui recherche les lits pour les patients du SU ?	
<i>Commentaires / remarques sur la partie gestion des lits et des tensions</i>		

RÉORIENTATION		
MMG interne	Il existe une maison médicale de garde interne ?	Oui / Non
	si oui, précisez les horaires d'ouverture de la MMG interne	
MMG externe	Il existe une maison médicale de garde externe ?	Oui / Non
	si oui, précisez les horaires d'ouverture de la MMG externe	
Soins PDSA	Existe-t-il un centre de soins non programmés dans votre ville ?	Oui / Non
	si oui, précisez les horaires d'ouverture	
<i>Commentaires / remarques sur la partie réorientation</i>		

FILIERES D'ORGANISATION ACCUEIL SAU		
Filière courte	Existe-t-il un circuit court (avec du personnel et des locaux dédiés) ?	Oui / Non
Filière classique	Nombre de box au sein du SAU ?	
UHCD	Nombre de lits UHCD	
	dont nombre de lits de scopés	
USC	Existe-t-il des lits de soins continus gérés par les urgentistes ?	Oui / Non
Surveillance / zone d'attente	Nombres de postes de surveillance / zone d'attente	
Post-urgence	Existe-t-il un service de médecine post-urgence ?	Oui / Non
	si oui, est-elle gérée par les urgentistes ?	Oui / Non
<i>Commentaires / remarques sur la partie filière d'organisation</i>		

FILIERES DE SPÉCIALITÉ		
Psychiatrie	Disponibilité d'un médecin Psychiatre aux urgences ?	Oui / Non
Pédiatrie	La spécialité est-elle présente dans l'établissement ?	Oui / Non
Soins critiques	Existe-t-il une USC dans votre établissement ?	Oui / Non
	Existe-t-il une RÉA dans votre établissement ?	Oui / Non
Bloc H24	L'accès au bloc est-il possible H24 ?	Oui / Non
<i>Commentaires/remarques sur la partie filière de spécialité</i>		

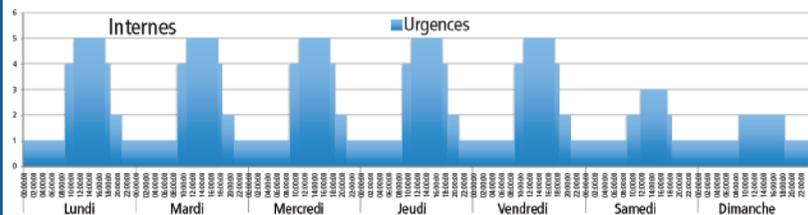
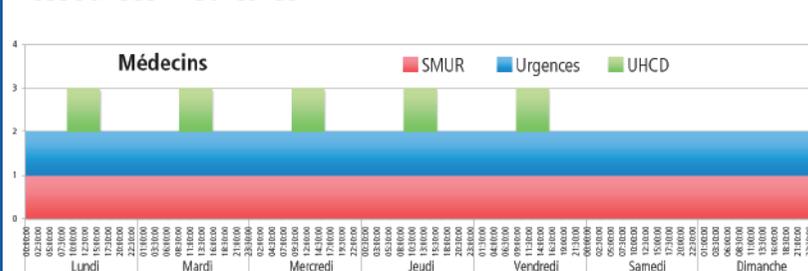
PLATEAUX TECHNIQUES		
Echo	Un échographe est-il disponible aux urgences ?	Oui / Non
IRM	L'accès à l'IRM est-il possible pour les urgences ?	Oui / Non
	si oui, H24 ?	Oui / Non
Imagerie médicale	Avez-vous recours à l'interprétation à distance ?	Oui / Non
Biologie	Utilisez-vous des automates de biologie délocalisés aux urgences ?	Oui / Non
<i>Commentaires/remarques sur la partie plateaux techniques</i>		

SMUR		
Activité	Votre établissement dispose-t-il d'un SMUR ?	Oui / Non
Véhicules	Nombre de VLM	
	Nombre d'UMH	
Équipage	Un IDE fait-il systématiquement partie de l'équipe SMUR ?	Oui / Non
	Un ambulancier fait-il systématiquement partie de l'équipe SMUR ?	Oui / Non
Type intervention	Les équipes font-elles du TIH (transport infirmier inter hospitalier) ?	Oui / Non
<i>Commentaires/remarques sur la partie SMUR</i>		

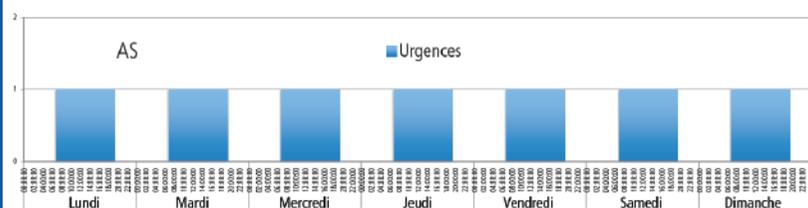
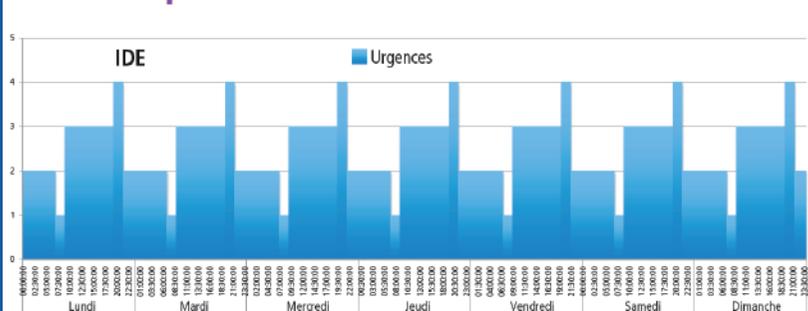
SAMU		
Régulation	Existe-t-il une régulation libérale hors PDS ?	Oui / Non
PDSA	Le régulateur hospitalier prend-t-il en compte les appels PDSA ?	Oui / Non
Plateforme	Il existe une plateforme commune ?	Oui / Non
<i>Commentaires/remarques sur la partie SAMU</i>		

# LA MAQUETTE DU PANORAMA DES ORGANISATIONS DE LA FEDORU A ÉTÉ UTILISÉE EN RÉGION GRAND EST POUR LEUR PANORAMA RÉGIONAL 2018

## Ressources médicales



## Ressources paramédicales



Urgences/SMUR		Régulation	
ETP théoriques	ETP estimés	ETP théoriques	ETP estimés
17,8	25,4	5,2	5,2

## SERVICE D'URGENCE DU CENTRE HOSPITALIER

ACCUEIL ET TRI		
<input checked="" type="checkbox"/> Agent dédié à l'accueil	<input type="checkbox"/> la nuit	<input checked="" type="checkbox"/> 7j/7
<input checked="" type="checkbox"/> Présence d'un IOA	<input type="checkbox"/> la nuit	<input checked="" type="checkbox"/> 7j/7
<input checked="" type="checkbox"/> Tri dans des locaux dédiés	<input type="checkbox"/> zone patients couchés	

GESTION DES LITS ET DES TENSIONS	
<input type="checkbox"/> Unité temporaire HET	<input type="checkbox"/> Bed manager
Personne recherchant les lits pour le SU : médecins urgentistes et cadres de santé	

REORIENTATION VERS UNE AUTRE FILIERE	FILIERES DE SPECIALITES DANS L'ETABLISSEMENT
<input type="checkbox"/> MMG interne horaires :	<input checked="" type="checkbox"/> Médecin psychiatre
<input type="checkbox"/> MMG externe horaires :	<input checked="" type="checkbox"/> Infirmier psychiatre
<input type="checkbox"/> CSNP horaires :	<input checked="" type="checkbox"/> Zone accueil SU pédiatrie H24 dédiée et distincte
<input type="checkbox"/> Rendez-vous programmés	<input checked="" type="checkbox"/> type médicale
<input type="checkbox"/> Médecins traitants	<input checked="" type="checkbox"/> traumatologie
<input checked="" type="checkbox"/> Pédiatres	<input type="checkbox"/> USC
	<input type="checkbox"/> Réanimation
	<input checked="" type="checkbox"/> Accès bloc H24
	<input checked="" type="checkbox"/> Médecine légale

FILIERES D'ORGANISATION		
<input checked="" type="checkbox"/> Il existe une filière courte pour :	<input checked="" type="checkbox"/> avec personnel et locaux dédiés	
<input checked="" type="checkbox"/> examens de radiologie	<input type="checkbox"/> examens de biologie	<input checked="" type="checkbox"/> pathologies médicales
<input checked="" type="checkbox"/> prise en charge des «petites» sutures»	<input type="checkbox"/> patients en brancard	
<input type="checkbox"/> Lits de soins continus gérés par les urgentistes	<input type="checkbox"/> géré par les urgentistes	
<input type="checkbox"/> Service médecine post-urgence	<input type="checkbox"/> dont scopés : 0	
Nombre de lits en UHCD : 6	Nombre de places en filière SAUV : 2	Nombre de boîtes en filière classique : 6
	Nombre de postes de surveillance/zone d'attente : 4	

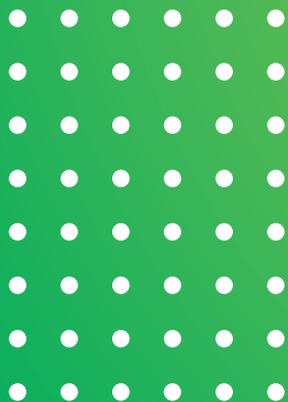
PLATEAUX TECHNIQUES		
<input type="checkbox"/> Echographe disponible aux urgences	<input checked="" type="checkbox"/> Accès IRM, H24	
<input checked="" type="checkbox"/> Interprétation à distance de l'imagerie médicale	type d'imagerie : IRM, scanner, radio	
<input checked="" type="checkbox"/> Automates de biologie délocalisés aux urgences	type d'examen : bandelettes urinaires, Hemocue	

SMUR	
<input checked="" type="checkbox"/> SMUR	<input type="checkbox"/> Transport infirmier inter hospitalier
Nombre de VLM : 1	Nombre d'UMH : 0
<input type="checkbox"/> Ambulancier systématiquement présent	<input type="checkbox"/> Echographe embarqué

SAMU
<input type="checkbox"/> Régulation libérale hors pds

05

# TRAVAUX MENÉS EN RÉGION





# QUALITÉ DES DONNÉES

---

## BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ



- ▶ Fiche qualité envoyée annuellement aux Établissements de Santé (ES), pour validation de leurs données RPU sur l'année écoulée.
- ▶ Contact (téléphonique et/ou e-mail) mensuel avec chaque ES dont l'exploitabilité d'un indicateur RPU se situe en dessous d'un seuil défini.
- ▶ Bulletins de rétro-information mensuels pouvant interpeller les ES sur la qualité de leurs données RPU.
- ▶ Sensibilisation à la qualité des données RPU lors de chaque visite dans les ES et SU.

## CENTRE VAL-DE-LOIRE



- ▶ Contrôle quotidien de la bonne réception des RPU et relance des établissements si nécessaire.
- ▶ E-mail d'information quotidien avec le nombre de passages par établissement.
- ▶ Tableaux de bord RPU accessibles en ligne, à destination des acteurs régionaux.
- ▶ Contrôle mensuel de la cohérence des données RPU, Sursaud (SpF) et Cyrius (ATIH).
- ▶ Reporting mensuel des données RPU avec suivi de complétude des items "Diagnostic principal" et "CCMU" vers les directions des ES et les chefs de service des urgences.
- ▶ Actions de proximité avec ES pour amélioration qualité des items et circuits des données (ex CHU et dissociation des flux ; rejet des diagnostics et CH Bourges...).
- ▶ Mise en forme de données pour le BACH.

## GRAND EST



- ▶ Bulletins de rétro-information quotidiens, mensuels et annuels (remplaçant la fiche de validation annuelle des données).
- ▶ Tableaux de bord en ligne accessibles via un login et un mot de passe : répartition des passages par établissement, par GHT, évolution des passages selon différentes périodes, répartition des passages par mode de transport, répartition des passages par tranche d'âge, répartition des passages par jour, répartition des passages par mois, durée moyenne de passage, répartition des passages par niveaux de gravité (CCMU), devenir des patients hospitalisés, top 10 des diagnostics.
- ▶ Contacts (téléphonique et/ou e-mail) réguliers avec les ES dont l'exploitabilité d'un ou plusieurs indicateurs est en dessous de la moyenne régionale.

## HAUTS-DE-FRANCE



- ▶ Bulletins de rétro-informations automatisés pour suivi d'activité (quotidien) et de la qualité du codage (2 fois par mois)
- ▶ Validation annuelle des données avec les établissements :
  - Porte sur les différentes composantes de la qualité de la transmission :
    - . exhaustivité de la transmission (vs SAE),
    - . exhaustivité du codage des items,
    - . conformité vis à vis des thésaurus/valeurs attendues,
    - . cohérence du codage entre plusieurs items,
    - . plausibilité du codage (repérage de valeurs ou distributions aberrantes).
  - Format : e-mail initial avec tableau synthétique + score qualité FEDORU, suivis d'échanges téléphoniques/e-mails avec les établissements. Une relance effectuée si nécessaire.
- ▶ Suivi en routine (hebdomadaire dans l'idéal) de la transmission des RPU de chaque établissement avec rattrapage au fil de l'eau autant que possible. Repérage à cette occasion de modifications de pratiques de codage.
- ▶ Suppression à l'intégration des données des "doublons".

## NOUVELLE-AQUITAINE



- ▶ Bulletins de rétro-informations pour suivi d'activité et des données transmises (quotidiens, mensuels et annuels).
- ▶ Tableaux de bord en ligne pour suivi d'activité et des données transmises (un TB sur la qualité des données, un TB sur l'activité globale des SU et un TB sur l'analyse des données patients : données socio-démographiques, arrivée des patients, prise en charge des patients, sortie des patients et durée de passage). TB accessibles pour les membres de l'ORU avec login et MDP.
- ▶ Fiche de validation annuelle (modèle FEDORU + données SAE 2017 et 2018 + données UHCD mono-séjours facturés 2017 et 2018).
- ▶ Charte qualité (modèle FEDORU adapté à l'organisation de la région -> intégration des réseaux territoriaux des urgences dans le processus).
- ▶ Audits des services d'urgences (analyse de terrain portant sur la traçabilité de la prise en charge du patient aux urgences dans les outils de l'établissement).
- ▶ Score qualité (calculé chaque année et présenté en réseaux territoriaux des urgences et Assemblée générale de l'ORU).

## OCCITANIE



- ▶ **Visite sur site** tous les 15 jours pour présenter la qualité des données (RPU avec présentation du score qualité et SMUR), identification des causes de non qualité (problèmes informatiques, de codage...) en vue d'une amélioration et présentation des dernières données d'activité sur leur établissement.
- ▶ Côte Midi-Pyrénées et en déploiement côté Languedoc-Roussillon pour les données 2019 : **validation annuelle des données RPU** avec mise à disposition au référent d'un PDF présentant l'exploitabilité des données, le score qualité à différent moment de l'année (année précédente, année en cours avant et après consolidation et validation des données), ventilation de tous les items du RPU ainsi qu'un fichier excel listant les incohérences (correction facultative) et les doublons (correction obligatoire).
- ▶ Côte Midi-Pyrénées : **validation mensuelle des données RPU** avec mise à disposition au référent d'une interface sur l'Espace Pro où il peut valider les données après avoir consulter un rapport PDF présentant l'exploitabilité des données et quelques ventilations de variables ainsi qu'un fichier excel listant les incohérences et les doublons identifiés (document mis à jour tous les matins pour prendre en compte les éventuels rejeux des établissements).
- ▶ Côte Languedoc-Roussillon : Mise à disposition aux établissements des **tableaux de bord 'temps réel'** portant sur des indicateurs déterminés par l'ORU.
- ▶ Côte Midi-Pyrénées : **validation annuelle des données SMUR** avec mise à disposition au référent d'un PDF présentant l'exploitabilité des données et la ventilation de tous les items du RPIS.
- ▶ Côte ARS Occitanie : intégration de données sur la qualité des RPU dans les CPOM des établissements.

## PAYS DE LA LOIRE



- ▶ Des autodiagnostic qualité sont réalisés avec chaque établissement. Ils prennent la forme d'un échange téléphonique avec au minimum le chef du service d'urgences et le responsable DSI (ou leurs représentants). Cet échange s'appuie sur un document support standardisé (12 pages). Cette étape est suivie d'un compte rendu retraçant les principaux problèmes rencontrés et les pistes d'amélioration envisagées en commun. Ils concernent les différentes composantes de la qualité de la transmission des RPU :
  - continuité et exhaustivité de la transmission (vs SAE),
  - exhaustivité du codage des items, conformité vis à vis du cahier des charges et score qualité FEDORU (composante conformité),
  - fiabilité des informations transmises (cohérence du codage entre plusieurs items ; repérage de valeurs ou distributions aberrantes),
  - la quasi-totalité des SU de la région ont fait l'objet de cette démarche en 2018-2019.
- ▶ Des tableaux de bord trimestriels sont envoyés aux établissements. Ils portent sur l'activité globale des SU, l'analyse et la qualité des principaux items (démographiques, mode d'entrée des patients, diagnostics, CCMU, sortie des patients, orientation, et durée de passage) et leur évolution par rapport au trimestre précédent.

## PROVENCE-ALPES- CÔTE D'AZUR



- ▶ Bulletins de rétro-informations pour suivi d'activité et des données transmises pour les services d'urgence (suivi mensuel et Synthèse d'activité) -> transmis aux établissements.
- ▶ Bulletins de rétro-informations pour suivi d'activité et des données transmises pour les UHCD (suivi mensuel) -> transmis aux établissements.
- ▶ Fiche de validation annuelle pour les services d'urgences -> transmis aux établissements.
- ▶ Bulletins de rétro-informations pour suivi d'activité et des données transmises pour les SMUR (suivi mensuel et Synthèse d'activité) -> transmis aux SMUR.
- ▶ Bulletin hebdomadaire avec les données de l'enquête BACH (DGS) -> transmis à l'ARS.

# PROJETS PHARES EN RÉGION

---

## CENTRE VAL-DE-LOIRE



- ▶ Groupe de travail régional (ARS, SpF et GRADES) pour le **pilotage des RPU en région**.
- ▶ Groupe de travail régional sur les **plans de mobilisation internes et la mise en place du BJML**.

## GRAND EST



- ▶ **Applicatif SMUR-t@b** : conçu à partir des besoins exprimés par les professionnels d'une vingtaine de SMUR du Grand Est, l'application SMUR-t@b a vocation à améliorer la qualité de prise en charge dans les SMUR et à faciliter le travail de leurs équipages.
- ▶ Les fiches SMUR saisies dans l'applicatif sont adressées aux services destinataires des patient en fin de prise en charge en utilisant la Messagerie Sécurisée de Santé (MSS) ou téléchargeables à partir d'un portail internet. En fin d'intervention la fiche clôturée est transmise par MSS à la base SMUR pour archivage. Les données anonymisées des fiches sont envoyées au collecteur régional exploité par l'ORU Grand Est.

## NOUVELLE-AQUITAINE



- ▶ **Prévisions de l'activité des services d'urgences** en Nouvelle-Aquitaine.
- ▶ Depuis 2016, pour adapter les ressources humaines et les besoins en lits pour les urgences, l'ORU NA transmet chaque année à chaque établissement un prévisionnel du nombre moyen journaliers de passages et d'hospitalisations pour chaque mois de l'année à venir. Ce prévisionnel est calculé à partir des données RPU grâce à un modèle de lissage exponentiel avec prise en compte de la tendance et de la saisonnalité. Les données du prévisionnel de l'année précédente sont également comparées aux données réelles. Ce travail a fait l'objet d'une présentation au congrès Urgences 2019.

---

## OCCITANIE



Homogénéisation des pratiques des deux anciennes régions Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon suite à la création de l'ORU Occitanie au 1<sup>er</sup> janvier 2019.

- ▶ Déploiement sur la partie Languedoc-Roussillon (5 SAMU) du connecteur SAMU permettant de recueillir l'activité pré-hospitalière et de donner accès aux outils ORU.
  - **TUCS** : annonçant aux services d'urgences, l'arrivée dans leur structure des patients régulés par le SAMU.
  - **Dat@smur** : remontant l'activité du SMUR, par le RPIS et mettant à disposition des Smur l'observation de régulation en temps réel, la géolocalisation de l'intervention,...
- ▶ Déploiement sur la partie Midi-Pyrénées des visites sur site présentant la qualité et l'analyse des données RPU et SMUR.
- ▶ Déploiement sur la partie Languedoc-Roussillon des validations annuelles RPU.

---

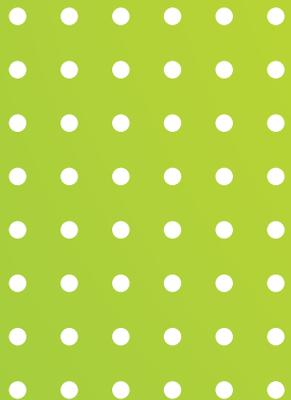
## PAYS DE LA LOIRE



- ▶ **Une étude sur le repérage des violences faites aux femmes** lors des passages dans les SU des Pays de la Loire sera conduite en 2020. L'étude est commanditée par l'ARS et la Direction régionale aux droits des femmes et à l'égalité des Pays de la Loire. Ses objectifs sont d'évaluer la fréquence des passages concernés par des situations de violences faites aux femmes dans 8 SU de la région, et d'étudier les caractéristiques des patientes et de leur prise en charge aux urgences. Cette étude s'inscrit plus globalement dans une démarche de sensibilisation du personnel des SU au repérage des situations de violences, et à leur enregistrement dans les logiciels métiers. L'étude prendra appui sur le recueil et l'analyse des RPU.

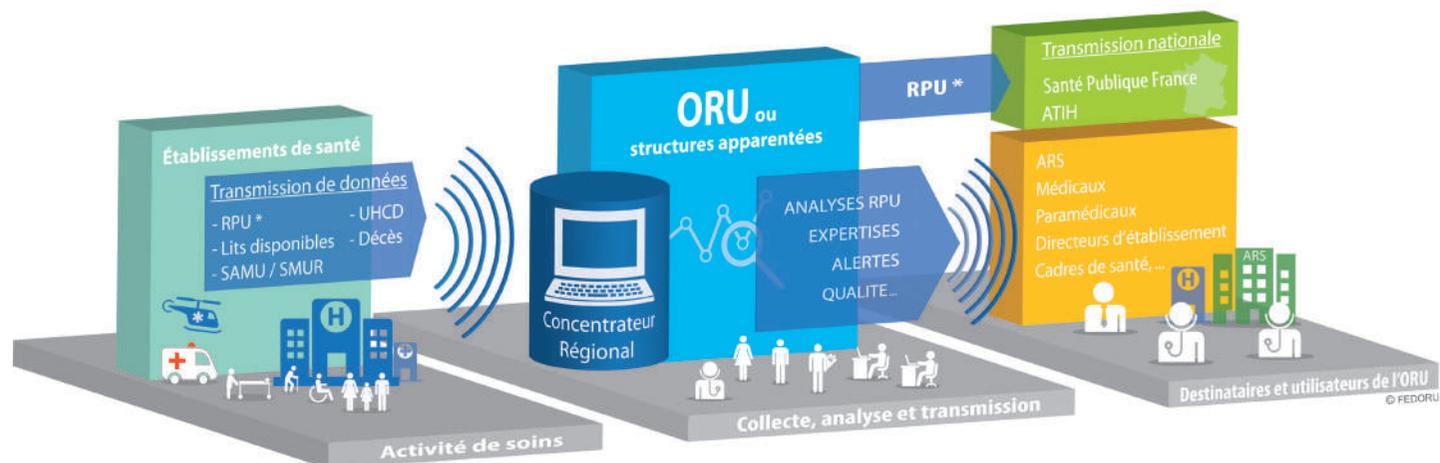
06

# ANNEXES

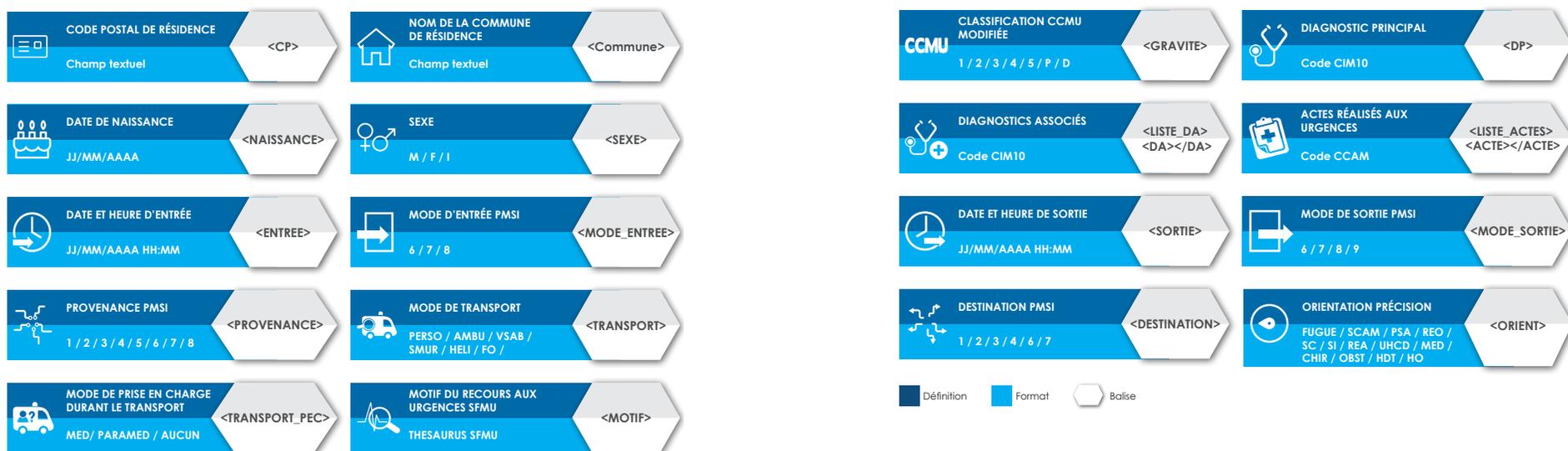




# COLLECTE ET TRANSMISSION DES DONNÉES VERS UN CONCENTRATEUR RÉGIONAL

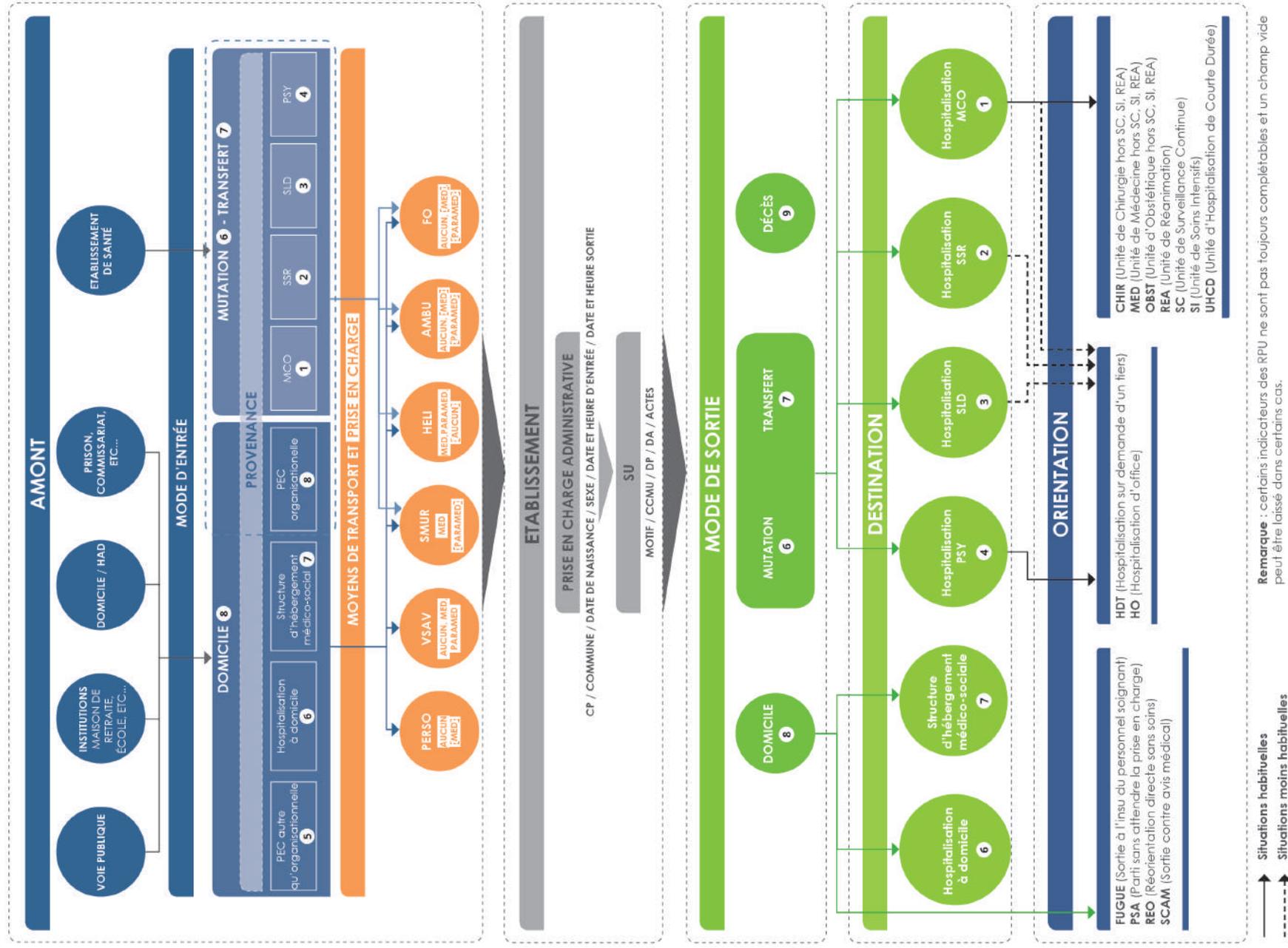


\* RPU : Résumé de Passage aux Urgences



Les informations ainsi recueillies peuvent être catégorisées en différents blocs, de l'amont à l'aval du processus des urgences, liées entre elles par des éléments traçant les parcours possibles, les prémices de filières... (Cf. Logigramme des interactions des variables du RPU ci-après)

# LOGIGRAMME DES INTERACTIONS DES VARIABLES DU RPU



# DÉFINITIONS FEDORU

Définitions intégrales dans les recommandations FEDORU sur la collecte et l'usage des RPU - →] [Mode de calcul des indicateurs](#)

## Calcul de l'évolution RPU 2017 / 2018

Ce calcul a été effectué à **établissement constant** par les régions sur les deux années (suppression des établissements ayant au moins deux journées sans RPU).

## Âge

**Les âges négatifs ou supérieurs à 120 ans n'ont pas été pris en compte.**

## Exploitable du diagnostic principal

Code CIM10 appartenant au thésaurus FEDORU (Hors orientation FUGUE, PSA et REO) rapporté au **total des RPU** (Hors orientation FUGUE, PSA et REO).

## Hospitalisation

Mutation interne + transfert externe.

## Taux de passages

Nombre de passages en 2018 / population Insee (population Insee estimation au 01/01/2018).

## Taux de passages régional

Nombre de passages de patients résidant dans la région / population Insee (estimation au 01/01/2018).

NB : Certaines régions dont les RPU ne remontent pas de manière exhaustive ont appliqué le taux de résidents moyen régional à l'activité globale de leurs SU pour calculer ce taux de passages régional.

## Sex-Ratio

Nombre d'Hommes / Nombre de Femmes.

## Horaire PDS

Week end PDSA : du samedi 12h00 au lundi 07h59  
En semaine : du lundi au vendredi de [20h00 - 07h59] le lendemain  
Jour férié : de 00h00 à 23h59  
Pont PDSA : de 00h00 à 23h59

Les ponts PDSA sont ceux qui sont qualifiés comme tels par l'ARS et qui génèrent à ce titre la mise en place d'une régulation PDSA sur cette période. Si un pont PDSA, ou un jour férié survient un vendredi, le samedi matin suivant sera dès lors intégré à l'activité PDSA.

## Durée de passage

Les passages dont la durée est négative, égale à 0 ou supérieure à 72 heures n'ont pas été pris en compte.

# NOMENCLATURE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX (AVC)

**CATÉGORIES AVC** (chiffre en dernière colonne)

**1** AIT    **2** AVC    **3** Hémorragie intracérébrale non traumatique    **4** Symptômes évocateurs d'AVC

CODES CIM 10 ET LIEN CODES CIM10		CAT.
<b>G45</b>	Accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés	<b>1</b>
<b>G450</b>	Syndrome vertébro-basilaire	<b>1</b>
<b>G451</b>	Syndrome carotidien (hémisphérique)	<b>1</b>
<b>G452</b>	Accident ischémique transitoire de territoires artériels précérébraux multiples et bilatéraux	<b>1</b>
<b>G453</b>	Amaurose fugace	<b>1</b>
<b>G454</b>	Amnésie globale transitoire	<b>1</b>
<b>G458</b>	Autres accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés	<b>1</b>
<b>G459</b>	Accident ischémique cérébral transitoire, sans précision	<b>1</b>
<b>G46</b>	Syndromes vasculaires cérébraux au cours de maladies cérébrovasculaires (I60-I67)	<b>2</b>
<b>G460</b>	Syndrome de l'artère cérébrale moyenne (I66.0)	<b>2</b>
<b>G461</b>	Syndrome de l'artère cérébrale antérieure (I66.1)	<b>2</b>
<b>G462</b>	Syndrome de l'artère cérébrale postérieure (I66.2)	<b>2</b>
<b>G463</b>	Syndromes vasculaires du tronc cérébral (I60-I67)	<b>2</b>
<b>G464</b>	Syndrome cérébelleux vasculaire (I60-I67)	<b>2</b>
<b>G465</b>	Syndrome lacunaire moteur pur (I60-I67)	<b>2</b>
<b>G466</b>	Syndrome lacunaire sensitif pur (I60-I67)	<b>2</b>
<b>G467</b>	Autres syndromes lacunaires (I60-I67)	<b>2</b>
<b>G468</b>	Autres syndromes vasculaires cérébraux au cours de maladies cérébrovasculaires (I60-I67)	<b>2</b>

CODES CIM 10 ET LIEN CODES CIM10		CAT.
<b>G81</b>	Hémiplégie	<b>4</b>
<b>G810</b>	Hémiplégie flasque	<b>4</b>
<b>G8100</b>	Hémiplégie flasque récente, persistant au-delà de 24 heures	<b>4</b>
<b>G8101</b>	Hémiplégie flasque récente, régressive dans les 24 heures	<b>4</b>
<b>G8108</b>	Hémiplégie flasque, autre et sans précision	<b>4</b>
<b>G811</b>	Hémiplégie spastique	<b>4</b>
<b>G819</b>	Hémiplégie, sans précision	<b>4</b>
<b>I60</b>	Hémorragie sous-arachnoïdienne	<b>3</b>
<b>I600</b>	Hémorragie sous-arachnoïdienne de la bifurcation et du siphon carotidien	<b>3</b>
<b>I601</b>	Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère cérébrale moyenne	<b>3</b>
<b>I602</b>	Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère communicante antérieure	<b>3</b>
<b>I603</b>	Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère communicante postérieure	<b>3</b>
<b>I604</b>	Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère basilaire	<b>3</b>
<b>I605</b>	Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère vertébrale	<b>3</b>
<b>I606</b>	Hémorragie sous-arachnoïdienne d'autres artères intracrâniennes	<b>3</b>
<b>I607</b>	Hémorragie sous-arachnoïdienne d'une artère intracrânienne, sans précision	<b>3</b>
<b>I608</b>	Autres hémorragies sous-arachnoïdiennes	<b>3</b>
<b>I609</b>	Hémorragie sous-arachnoïdienne, sans précision	<b>3</b>

CODES CIM 10 ET LIEN CODES CIM10		CAT.
<b>I61</b>	Hémorragie intracérébrale	<b>3</b>
<b>I610</b>	Hémorragie intracérébrale hémisphérique, sous-corticale	<b>3</b>
<b>I611</b>	Hémorragie intracérébrale hémisphérique, corticale	<b>3</b>
<b>I612</b>	Hémorragie intracérébrale hémisphérique, non précisée	<b>3</b>
<b>I613</b>	Hémorragie intracérébrale du tronc cérébral	<b>3</b>
<b>I614</b>	Hémorragie intracérébrale cérébelleuse	<b>3</b>
<b>I615</b>	Hémorragie intracérébrale intraventriculaire	<b>3</b>
<b>I616</b>	Hémorragie intracérébrale, localisations multiples	<b>3</b>
<b>I618</b>	Autres hémorragies intracérébrales	<b>3</b>
<b>I619</b>	Hémorragie intracérébrale, sans précision	<b>3</b>
<b>I62</b>	Autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques	<b>3</b>
<b>I620</b>	Hémorragie sous-durale (aiguë) (non traumatique)	<b>3</b>
<b>I621</b>	Hémorragie extradurale non traumatique	<b>3</b>
<b>I629</b>	Hémorragie intracrânienne (non traumatique), sans précision	<b>3</b>
<b>I63</b>	Infarctus cérébral	<b>2</b>
<b>I630</b>	Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères précérébrales	<b>2</b>
<b>I631</b>	Infarctus cérébral dû à une embolie des artères précérébrales	<b>2</b>
<b>I632</b>	Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères précérébrales, de mécanisme non précisé	<b>2</b>
<b>I633</b>	Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales	<b>2</b>
<b>I634</b>	Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales	<b>2</b>

CODES CIM 10 ET LIEN CODES CIM10		CAT.
<b>I635</b>	Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales, de mécanisme non précisé	<b>2</b>
<b>I636</b>	Infarctus cérébral dû à une thrombose veineuse cérébrale, non pyogène	<b>2</b>
<b>I638</b>	Autres infarctus cérébraux	<b>2</b>
<b>I639</b>	Infarctus cérébral, sans précision	<b>2</b>
<b>I64</b>	Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus	<b>2</b>
<b>I650</b>	Occlusion et sténose de l'artère vertébrale	<b>2</b>
<b>I651</b>	Occlusion et sténose de l'artère basilaire	<b>2</b>
<b>I652</b>	Occlusion et sténose de l'artère carotide	<b>2</b>
<b>I653</b>	Occlusion et sténose des artères précérébrales, multiples et bilatérales	<b>2</b>
<b>I658</b>	Occlusion et sténose d'une autre artère précérébrale	<b>2</b>
<b>I659</b>	Occlusion et sténose d'une artère précérébrale, sans précision	<b>2</b>
<b>I660</b>	Occlusion et sténose de l'artère cérébrale moyenne	<b>2</b>
<b>I661</b>	Occlusion et sténose de l'artère cérébrale antérieure	<b>2</b>
<b>I662</b>	Occlusion et sténose de l'artère cérébrale postérieure	<b>2</b>
<b>I663</b>	Occlusion et sténose des artères cérébelleuses	<b>2</b>
<b>I664</b>	Occlusion et sténose des artères cérébrales, multiples et bilatérales	<b>2</b>
<b>I668</b>	Occlusion et sténose d'une autre artère cérébrale	<b>2</b>
<b>I669</b>	Occlusion et sténose d'une artère cérébrale, sans précision 2	<b>2</b>

CODES CIM 10 ET LIEN CODES CIM10		CAT.
<b>P520</b>	Hémorragie intraventriculaire (non traumatique), degré 1, du fœtus et du nouveau-né	<b>3</b>
<b>P521</b>	Hémorragie intraventriculaire (non traumatique), degré 2, du fœtus et du nouveau-né	<b>3</b>
<b>P522</b>	Hémorragie intraventriculaire (non traumatique), degré 3, du fœtus et du nouveau-né	<b>3</b>
<b>P523</b>	Hémorragie intraventriculaire (non traumatique) du fœtus et du nouveau-né, sans précision	<b>3</b>
<b>P524</b>	Hémorragie intracérébrale (non traumatique) du fœtus et du nouveau-né	<b>3</b>
<b>P525</b>	Hémorragie sous-arachnoïdienne (non traumatique) du fœtus et du nouveau-né	<b>3</b>
<b>P526</b>	Hémorragie cérébelleuse et de la fosse postérieure (non traumatique) du fœtus et du nouveau-né	<b>3</b>
<b>P528</b>	Autres hémorragies intracrâniennes (non traumatiques) du fœtus et du nouveau-né	<b>3</b>
<b>P529</b>	Hémorragie intracrânienne (non traumatique) du fœtus et du nouveau-né, sans précision	<b>3</b>

CODES CIM 10 ET LIEN CODES CIM10		CAT.
<b>R470</b>	Dysphasie et aphasie	<b>4</b>
<b>R4700</b>	Aphasie récente, persistant au-delà de 24 heures	<b>4</b>
<b>R4701</b>	Aphasie récente, régressive dans les 24 heures	<b>4</b>
<b>R4702</b>	Aphasie, autre et sans précision	<b>4</b>
<b>R4703</b>	Dysphasie	<b>4</b>
<b>R481</b>	Agnosie	<b>4</b>
<b>R4810</b>	Hémiasomatognosie	<b>4</b>
<b>R4818</b>	Agnosie, autre et sans précision	<b>4</b>

# MÉTHODOLOGIE ATIH POUR LES DONNÉES D'ACTIVITÉ AVC

Méthodologie utilisée par l'ATIH sur la base de données PMSI MCO 2018 avec le groupage des GHM en V2018 pour les séjours les AVC/AIT avec passages aux urgences, sans passages aux urgences ainsi que le nombre de thrombectomies et thrombolyse :

On identifie les séjours déclarés avec une unité médicale UNV (UM 17 et/ou UM 18) dans le PMSI.

Sélection des séjours dans les RSA. Hors GHM v2018 en erreur (CMD 90) Les prestations inter-établissements (PIE) ont été conservées pour l'analyse.

## LA SÉLECTION DES SÉJOURS AVC SE FAIT SELON LA MÉTHODE CI-DESSOUS :

### Accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés (AIT)

- Diagnostic Principal (DP) en G45

### AVC constitués

- DP de la catégorie hémorragie intracérébrale (I61)
- DP de la catégorie infarctus cérébral (I63)
- DP de la catégorie accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus (I64)
- DP de la catégorie syndromes vasculaires cérébraux au cours de maladies cérébrovasculaires seulement (G46) et DAS de la catégorie I61, I63 ou I64

### Hémorragies sous arachnoïdiennes et autres non traumatiques

- DP de la catégorie hémorragie sous arachnoïdienne (I60)
- DP de la catégorie autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques (I62)
- DP de la catégorie syndromes vasculaires cérébraux au cours de maladies cérébrovasculaires seulement (G46) et DAS de la catégorie I60 ou I62

*Remarque* : Les codes des symptômes évocateurs d'AVC étant interdits en DP si l'AVC est confirmé mais uniquement lorsqu'il n'y a vraiment aucune précision sur l'étiologie, n'ont pas été retenues pour l'analyse.

## SÉLECTION DES ACTES

### Les codes CCAM retenus sont :

- Fibrinolyse in situ suprasélective d'artère intracrânienne, par voie artérielle transcutanée (EANF002).
- Évacuation de thrombus d'artère intracrânienne par voie artérielle transcutanée (EAJF341).
- Embolectomie ou thromboendartériectomie de vaisseau intracrânien, par craniotomie (EAFA001) Remarques : Pour ce qui est de la fibrinolyse non « in situ », il n'existe pas de code CCAM spécifique, la détection peut uniquement se faire par analyse des produits liste en sus administrés (analyse plus complexe non réalisée) Le code CCAM de fibrinolyse in situ sélective ou hypersélective d'artère intracrânienne, par voie artérielle transcutanée (EANF001), n'est plus enseigné dans les bases PMSI car ce code n'est plus valide (date de fin de validité : 24/03/2005).

# GLOSSAIRE

---

## A

<b>AIT</b>	Accident Ischémique Transitoire
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>AVC</b>	Accident Vasculaire Cérébral

## B

<b>BJML</b>	Besoin Journalier Minimal en Lit
-------------	----------------------------------

## C

<b>CCMU</b>	Classification Clinique des Malades aux Urgences
<b>CH</b>	Centre Hospitalier
<b>CHRU</b>	Centre Hospitalier Régional Universitaire
<b>CIM 10</b>	Classification Internationale des Maladies 10 <sup>ème</sup> version
<b>CPOM</b>	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
<b>CSNP</b>	Centre de Soins Non Programmés

## D

<b>DP</b>	Diagnostic Principal
-----------	----------------------

## F

<b>FEDORU</b>	Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences
<b>FINESS</b>	Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux

## G

<b>GCS</b>	Groupement de Coopération Sanitaire
<b>GRADeS</b>	Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé

## I

<b>Insee</b>	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
--------------	---

## N

<b>NC</b>	Non Concerné
<b>NP</b>	Non Précisé
<b>NT</b>	Non Transmis

## O

<b>ORU</b>	Observatoire Régional des Urgences
<b>ORS</b>	Observatoire Régional de la Santé

## P

<b>PDS</b>	Permanence Des Soins
<b>PEC</b>	Prise En Charge
<b>PMSI</b>	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

## R

<b>ROR</b>	Répertoire Opérationnel des Ressources
<b>RPV</b>	Résumé de Passage aux Urgences

## S

<b>SAE</b>	Statistique Annuelle des Établissements de santé
<b>SAMU</b>	Service d'Aide Médicale Urgente
<b>SFMU</b>	Société Française de Médecine d'Urgence
<b>SMUR</b>	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
<b>SpF</b>	Santé publique France
<b>SRoS</b>	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
<b>SRVA</b>	Serveur Régional de Veille et d'Alerte
<b>SU</b>	Service des Urgences

## U

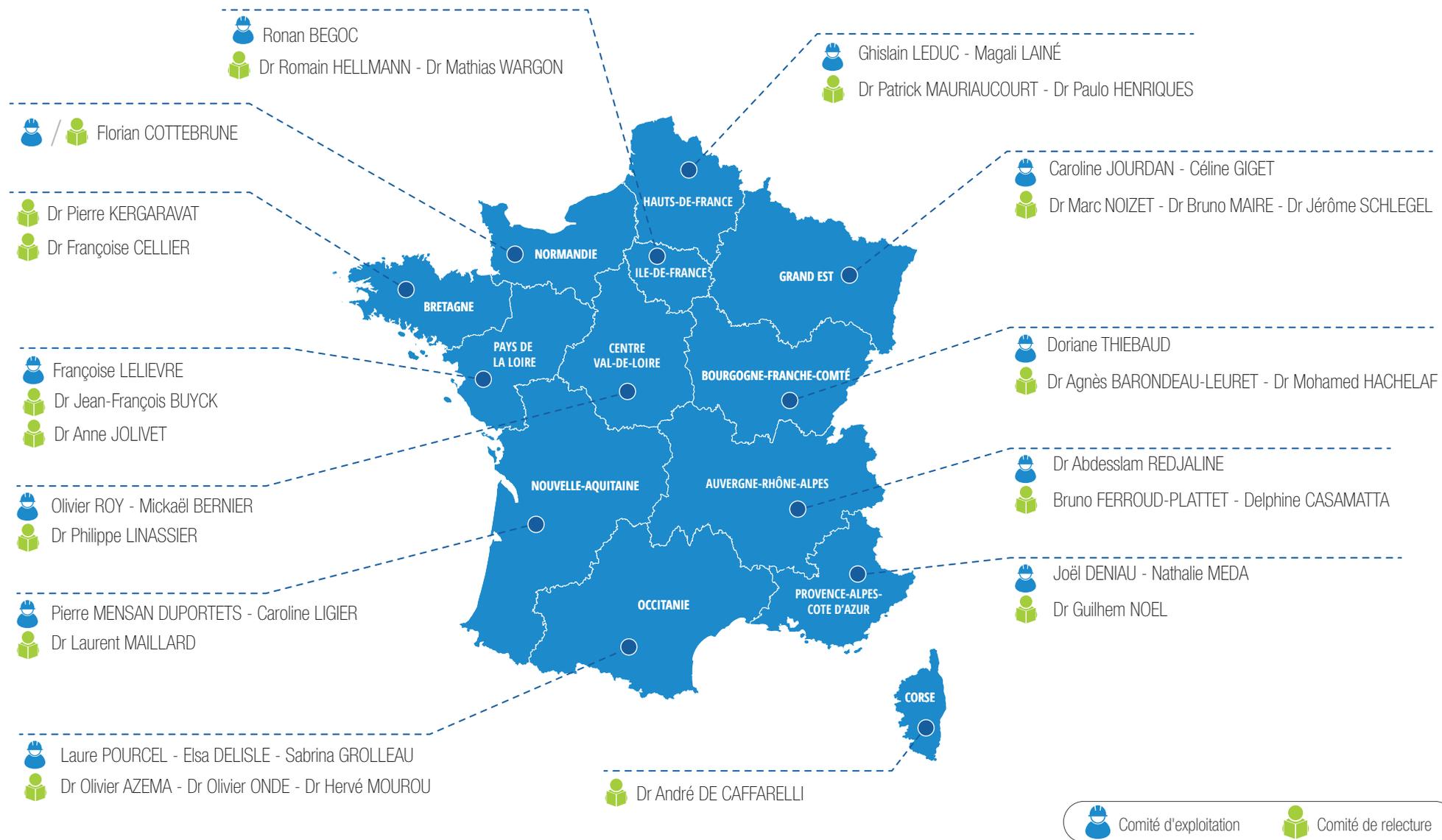
<b>UHCD</b>	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
-------------	---

## V

<b>VSAV</b>	Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes
-------------	--

# COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL ayant permis la réalisation de ce panorama

(Extraction des données, analyse statistique, rédaction, etc.)



---

**FEDORU**

GRADeS PACA  
ieSS - Innovation e-Santé Sud  
145 Chemin du Palyvestre  
83400 HYÈRES  
coordination@fedoru.fr  
www.fedoru.fr

---

**Direction de la publication**

Laurent MAILLARD

---

**Direction de la rédaction**

Dr Bruno MAIRE  
Céline GIGET

---

**Cartographie**

Pierre MENSAN DUPORETETS

---

**Infographie**

Virginie CHAON

---

**Impression**

Imprimerie Message  
111, rue Nicolas-Louis-Vauquelin  
31100 TOULOUSE

---

**ISSN**

2490-5399

Dépôt légal : Décembre 2019

Date de publication : Décembre 2019

---

Ce document est téléchargeable

[www.fedoru.fr](http://www.fedoru.fr)



FEDORU - ieSS  
Innovation e-Santé Sud  
145 Chemin du Palyvestre  
83400 HYÈRES  
SIRET n° 799 901 848 00017



**POUR EN SAVOIR** 

Consultez toutes les informations sur [www.fedoru.fr](http://www.fedoru.fr)  
Mail : [contact@fedoru.fr](mailto:contact@fedoru.fr)