

PANORAMA URGENCES



2013

ACTIVITÉS DES
STRUCTURES D'URGENCES
EN CHAMPAGNE-ARDENNE

5245 00652844066953 0265 000411106448456277708
84652985 00211356874 05449889451111 015164564
84652985 00211356874 05449889451111 015164564

ORU
CHAMPAGNE
ARDENNE



ERRATUM



La version dématérialisée du Panorama Urgences 2013 a été corrigée.

Les cartes et graphiques suivants ont ainsi été modifiés :

PAGE 21 ET PAGE 43

Suppression du pourcentage dans la légende de la pyramide des âges des habitants de Champagne-Ardenne et dans la légende de la pyramide des âges des patients venus aux urgences en 2013.

PAGE 29

Le revenu fiscal annuel médian est celui de 2009.

PAGE 37

Les urgences pédiatriques de Reims ne sont pas intégrées dans les données du graphique.

PAGE 38

Carte modifiée.

PAGES 41, 78 ET 79

« 75 ans et + » et non pas « + de 75 ans ».

PAGE 61

Premier graphique réalisé par mois de sortie. Le deuxième graphique concerne les séjours multi-RUM.

PAGE 67

Correction du nombre de dossiers de régulation dans le tableau.

PAGE 77

Légende de la carte corrigée.

PAGES 80 ET 84

Correction des bornes dans les légendes des graphiques.

EDITORIAL

2013 a permis des progrès considérables sur la connaissance et la recherche d'améliorations de la réponse aux besoins de soins urgents apportée par notre système de santé aux patients le nécessitant.

2013 a en effet été l'année de la fixation, par arrêté ministériel du 24 juillet, de l'obligation, effective à partir du 1^{er} juillet 2014, de transmission des Résumés de Passage aux Urgences (RPU) de toutes les structures d'urgences françaises à l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) et à l'Institut de Veille Sanitaire (InVS).

2013 a également vu, sur impulsion de Madame la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, l'Agence Régionale de Santé de Champagne-Ardenne, comme toutes les autres ARS, élaborer un plan d'actions régional pour les urgences. La mise en œuvre de ce plan a permis la création de l'Observatoire Régional des Urgences (ORU-CA) dès février 2014 ; la région est ainsi dotée désormais d'une entité scientifique dédiée à l'observation et l'analyse des données issues de la prise en charge en urgence. La possibilité de déterminer les améliorations à apporter aux prises en charge urgentes, attente forte et légitime de nos concitoyens, est totalement dépendante de la connaissance que nous avons des réalités de fonctionnement des structures d'urgences. L'année 2013 est donc l'année à partir de laquelle les données transmises par les structures d'urgences sont compilées, analysées puis diffusées par l'ORU-CA, permettant l'élaboration et la diffusion d'indicateurs prédictifs des situations de tension hospitalière, la mise à disposition de tableaux de bord d'activité pour chacune des structures d'urgences et le suivi du plan d'actions régional pour les urgences de Champagne-Ardenne.

L'ORU-CA, pour exercer ses missions, s'appuie sur des partenaires que je tiens à remercier : le Groupement de Coopération Sanitaire des Systèmes d'Informations de Santé (GCS SIS-CA), le Service Observations, Statistiques et Analyses de l'ARS (OSA), l'Antenne Régionale de l'InVS, le Collège de Médecine d'Urgence de Champagne-Ardenne (CMUCA), le RESeau des URgences Champagne-Ardenne (RESURCA) mais aussi et surtout les établissements de santé disposant d'une structure d'urgences, sans lesquels l'ORU-CA n'aurait pu voir le jour.

L'ORU-CA pourra également compter sur la FEDération des Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU), créée elle-même en octobre 2013.

Je souhaite que ce panorama 2013 puisse apporter aux acteurs de l'urgence les informations nécessaires à une meilleure appréhension des attentes des patients nécessitant des soins urgents, et de par cette meilleure connaissance, leur permettre de poursuivre le processus continu d'amélioration de la réponse aux soins urgents.

M. Jean-Christophe PAILLE

Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de Champagne-Ardenne

AVANT-PROPOS

L'image des urgences dans l'imaginaire collectif est paradoxale.

Elles sont associées aux gyrophares, aux interventions lourdes, aux questions de vie ou de mort. Or l'immense majorité des patients vient par ses propres moyens, nécessite des soins courants et leur pronostic vital n'est pas engagé. Parfois la demande est purement sociale.

Leur traitement médiatique est critique, axé sur les rares échecs de prise en charge au détriment des innombrables réussites. La vox populi n'est pas tendre à leur égard. Pourtant les urgences reçoivent toujours plus de patients, preuve d'une confiance viscérale du public, au-delà des reproches ponctuels.

Leur efficacité est souvent jugée en fonction des seuls délais d'attente. A cette aune-là, l'exposition la moins visitée, le spectacle le moins couru, le magasin le moins achalandé seraient réputés les meilleurs. Leur mission première n'est pas d'être rapides, mais d'offrir des soins de qualité.

La durée des prises en charge est également critiquée. Le temps paraît long quand, après avoir vu l'urgentiste, il faut plusieurs heures pour recueillir un résultat de laboratoire, une IRM, l'avis

d'un spécialiste, la réalisation d'un bandage, l'ordonnance finale. Mais en ambulatoire, combien de jours, combien de semaines aurait-il fallu pour réaliser le même nombre d'exams et rencontrer autant de professionnels ?

L'augmentation inexorable des passages aux urgences est vécue comme un échec des politiques de santé. Il faudrait plutôt féliciter les hôpitaux d'avoir su s'adapter à cette évolution, de pallier la désertification médicale, de répondre aux demandes croissantes des Français.

D'avoir peu ou prou maintenu, souvent amélioré, la qualité de l'accueil et des prises en charges.

Depuis vingt ans de multiples tentatives ont été faites pour endiguer l'afflux aux urgences. Ont-elles atténué la tendance ? Elles ne l'ont pas inversée. Une étude de l'InVS sur 344 services montre que la hausse des venues aux urgences connaît une double accélération : début 2007 puis début 2009.

Plutôt que s'épuiser à endiguer la marée montante, ne faut-il pas apprendre à surfer dessus ?

Accélérer l'adaptation des urgences aux attentes de nos concitoyens ?

Ces paradoxes montrent que les urgences sont plus fantasmées que connues. C'est le mérite de l'ORU-CA de permettre cette connaissance en collectant les données et en les mettant en perspective. C'est en appréhendant les réalités, au-delà des clichés, qu'il sera possible d'identifier les vraies problématiques et de concevoir des réponses adaptées.

Philippe BLUA

Président de l'ORU-CA

Directeur du CH de TROYES

SOMMAIRE

L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DES URGENCES CHAMPAGNE-ARDENNE	7
SOURCES DES DONNÉES	11
CONTEXTE RÉGIONAL	17
CHIFFRES CLÉS DE L'ACTIVITÉ DES STRUCTURES D'URGENCES	31
ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCES	35
ACTIVITÉ DES UNITÉS D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE	59
ACTIVITÉ DES SAMU ET DES SMUR	65
THÉMATIQUES TRANSVERSALES	71
Permanence Des Soins Ambulatoire	72
Personnes âgées	75
Prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux	80
SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE	87
ANNEXES	93

L'OBSERVATOIRE RÉGIONAL DES URGENCES CHAMPAGNE-ARDENNE

PRÉSENTATION

En 2013, le ministère a souhaité donner une nouvelle impulsion à la structuration des urgences hospitalières et notamment se soucier de l'accès aux soins, de la saturation des structures d'urgences et des problématiques de tension hospitalière. Il est alors demandé que ces travaux soient soutenus par la création d'outils de pilotage et de suivi de l'activité.

C'est dans cet esprit que l'instruction de la DGOS du 27 juin 2013 relative aux Plans d'Actions Régionaux sur les Urgences préconise, dans l'action 4.6 de sa feuille de route, que soit mise en place « *une structure régionale en charge de la gestion et de l'analyse des données d'activité des urgences (ex : ORU...)* ».

Parallèlement, le RESeau des URgences Champagne-Ardenne (RESURCA) créé en 2008, en partenariat avec le GCS SIS-CA, travaille depuis plusieurs années autour de la collecte et de l'exploitation des données des structures d'urgences, notamment en participant à la généralisation de la transmission des RPU en région, par la transmission de tableaux de bord d'activité mensuelle des urgences aux établissements et la diffusion de différents rapports.

C'est donc sous la double impulsion du RESURCA et de l'Agence Régionale de Santé que l'**Observatoire Régional des Urgences Champagne-Ardenne** (ORU-CA) est créé en février 2014.

La mission principale de l'Observatoire est l'**amélioration de la connaissance quantitative et qualitative des activités d'urgences** de la région Champagne-Ardenne.

L'ORU-CA est une structure de concentration des expertises nécessaires à la collecte, au traitement et à l'analyse des données d'activité des urgences afin d'améliorer la connaissance de celles-ci (épidémiologie, flux, tendances, variations...), de permettre un meilleur pilotage local ou régional et une adaptation de l'offre de soins.

Pour mettre en œuvre ses travaux l'Observatoire s'appuie sur des collaborations interdisciplinaires et interservices.

Les premiers projets de l'ORU-CA sont :

- l'accompagnement des établissements de santé à la mise en œuvre de l'arrêté relatif aux Résumés de Passage aux Urgences (RPU) du 24 juillet 2013,
- le contrôle de cohérence et de qualité des données RPU,
- l'élaboration et la mise à disposition d'indicateurs des situations de tension,
- la production d'un rapport annuel d'activité des structures d'urgences de la région,
- la mise à disposition de tableaux de bord d'activité des structures d'urgences par établissement de santé,
- la mise en place d'un tableau de bord de suivi des délais d'attente par structure.

Les principaux partenaires de l'Observatoire sont :

- le RESeau des URgences Champagne-Ardenne (RESURCA),
- l'Agence Régionale de Santé (ARS) et son service Observations Statistiques Analyses (OSA),
- le Groupement de Coopération Sanitaire Système d'Information de Santé de Champagne-Ardenne (GCSIS-CA),
- l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) et sa Cellule en région (CIRE),
- le Collège de Médecine d'Urgence de Champagne-Ardenne (CMUCA),
- les établissements de santé porteurs d'une autorisation de médecine d'urgence,
- l'Union Régionale des Professionnels de Santé Libéraux,
- la FEDération des Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU) et les autres Observatoires Régionaux des Urgences.

L'Observatoire a pour perspective de proposer une plus-value aux établissements par :

- **la mise en place d'une démarche d'accompagnement** relative à la qualité des données d'activité : prise en compte de toutes les dimensions (techniques, utilisateurs, interface...) pour une meilleure description de l'activité,
- **l'analyse descriptive de leur activité d'urgence** : exploitation des données d'activité et retour sous forme de tableaux de bord, rapport des SU... selon les besoins des établissements,
- **la mise à disposition de nouveaux outils de pilotage** : exemples : outils hôpital en tension, indicateurs de saturation en ligne, registre...,
- **l'analyse descriptive d'activité et d'organisation des soins, de flux de patients...** : selon les besoins des établissements.



**L'ORU, C'EST... COLLECTER, ANALYSER, PROPOSER
POUR MIEUX COMPRENDRE ET AMÉLIORER !**

PRÉSENTATION DE LA FEDORU

La diversité des Observatoires Régionaux des Urgences, qu'elle soit liée à leur structure, leur fonctionnement, leurs missions ou encore à leur ancienneté, a fait apparaître de manière encore plus marquante l'intérêt pour eux de se rencontrer pour échanger sur leur expérience, leurs outils, leurs méthodes.

Des journées inter-ORU ont été organisées par les Observatoires Régionaux des Urgences et autres structures apparentées et ont abouti à la création de la FEDÉration des Observatoires Régionaux des Urgences ou FEDORU en octobre 2013.

Les objectifs de la fédération sont :

- de **promouvoir** et de **faciliter** la mise en place des observatoires régionaux,
- de **promouvoir** toutes les actions visant à améliorer la connaissance sur les soins de premier recours,
- de **partager** les expertises dans le domaine du recueil, de l'analyse et de l'évaluation de la qualité des données relatives à l'activité des urgences,
- **d'assurer** toutes les actions de représentation pour ce domaine d'expertise.

La FEDORU participe par ailleurs à plusieurs actions nationales :

- comité de suivi RPU de la DGOS,
- comité de suivi OSCOUR pour la veille sanitaire avec l'InVS,
- implication technique autour de l'outil Syrius de l'ATIH.

L'ORU-CA a adhéré à la FEDORU au deuxième trimestre de l'année 2014.

Le 20 mai 2014, la FEDORU a rassemblé des membres des différents Observatoires Régionaux des Urgences, des réseaux d'urgences, des représentants d'ARS, des CIRE, de GCS originaires de 17 régions différentes.

Cette journée a permis de faire un point sur les travaux de l'ATIH, de l'InVS et de la DGOS relatifs aux Résumés de Passage aux Urgences (RPU) et à leur utilisation. Ont également été évoqués les axes de travail définis par la FEDORU comme la qualité des RPU et l'harmonisation inter-ORU, la généralisation du recueil des RPU, la mise en œuvre d'un RPU étendu en présentant l'état d'avancement des différents groupes de travail (les présentations de cette journée sont disponibles sur le site de la FEDORU).

Deux journées de ce type seront organisées annuellement par la FEDORU, en plus de l'animation de groupes de travail spécifiques.

Informations et contact :
coordination@fedoru.fr
www.fedoru.fr

SOURCES DES DONNÉES



SOURCES D'INFORMATIONS	12
QUALITÉ DES DONNÉES, EXHAUSTIVITÉ ET COHÉRENCE	16

84652985 0021136874 05149883451111 015164564
84652985 0021136874 05149883451111 015164564

SOURCES DES DONNÉES

SOURCES D'INFORMATIONS

LES RÉSUMÉS DE PASSAGE AUX URGENCES

Un Résumé de Passage aux Urgences ou RPU est un recueil standardisé de données médicalisées élaboré pour chaque passage aux urgences.

Les RPU ont été mis en place progressivement en France à partir de 2006, après leur définition par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS aujourd'hui remplacée par la DGOS), l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) et la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). Ils ont été rendus obligatoires par l'arrêté du 24 juillet 2013⁽¹⁾ et concernent l'ensemble des établissements de santé autorisés en médecine d'urgence.

Le contenu d'un RPU est défini règlementairement ; chaque RPU contient les données suivantes :

	DÉSIGNATION DU CRITÈRE	PRÉCISIONS : FORMAT, DÉFINITION, MODALITÉS DE RÉPONSE POSSIBLES
1	Code postal de résidence	Format numérique
2	Nom de la commune de résidence	Champ textuel
3	Date de naissance	« JJ/MM/AAAA »
4	Sexe	« M » Masculin - « F » Féminin - « I » Indéterminé
5	La date et l'heure d'entrée	« JJ/MM/AAAA - HH:MM »
6	Le mode d'entrée	« 6 » Mutation - « 7 » Transfert - « 8 » Domicile
7	La provenance	En cas de mutation ou transfert : « 1 » MCO - « 2 » SSR - « 3 » SLD - « 4 » Psychiatrie En cas d'entrée à partir du domicile : « 5 » PEC aux urgences pour des raisons organisationnelles « 8 » Patient re-convoqué ou patient déjà attendu
8	Le mode de transport	« AMBU » Ambulance publique ou privée « PERSO » Moyens Personnels « FO » Forces de l'Ordre « HELI » Hélicoptère « VSAB » Véhicule de Secours et d'Aide aux Blessés « SMUR » Véhicule de Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
9	Le mode de prise en charge durant le transport	« MED » Médicalisée - « PARAMED » Para Médicalisée « AUCUN » sans PEC spécifique
10	Le motif de recours aux urgences	Utilisation du thésaurus de la SFMU

(1) Arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence qui rend obligatoire la transmission de RPU à l'ARS à compter du 1^{er} juillet 2014.

	DÉSIGNATION DU CRITÈRE	PRÉCISIONS : FORMAT, DÉFINITION, MODALITÉS DE RÉPONSE POSSIBLES
11	La classification CCMU modifiée	Code « 1 », « 2 », « 3 », « 4 », « 5 », « P » ou « D » en fonction de la gravité de l'état du patient (cf. annexes pour plus de précisions)
12	Le diagnostic principal	Utilisation de la CIM10
13	Les diagnostics associés	Utilisation de la CIM10
14	Les actes réalisés aux urgences	Utilisation de la CCAM (7 premiers caractères)
15	La date et l'heure de sortie	« JJ/MM/AAAA » - « HH:MM »
16	Le mode de sortie	« 6 » Mutation - « 7 » Transfert - « 8 » Domicile (dont médico-social) - « 9 » Décès (aux urgences)
17	La destination	<p>En cas de mutation ou transfert, hospitalisation en : « 1 » MCO - « 2 » SSR - « 3 » SLD - « 4 » Psychiatrie</p> <p>En cas de sortie : « 6 » Retour au domicile dans le cadre d'une HAD « 7 » Retour vers médico-social</p>
18	Des précisions sur l'orientation	<p>En cas de mutation ou transfert : « HDT » Hospitalisation à la Demande d'un Tiers « HO » Hospitalisation d'Office « SC » Hospitalisation en Surveillance Continue « SI » Hospitalisation en Soins Intensifs « REA » Hospitalisation dans une Unité de Réanimation « UHCD » Hospitalisation dans une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée « MED » Hospitalisation dans une unité de Médecine hors SC SI REA « CHIR » Hospitalisation dans une Unité de Chirurgie hors SC SI REA « OBST » Hospitalisation dans une unité d'Obstétrique hors SC SI REA</p> <p>En cas de sortie au domicile : « FUGUE » Sortie du service à l'insu du personnel soignant « SCAM » Sortie Contre Avis Médical « PSA » Partie Sans Attendre la prise en charge « REO » Réorientation directe sans soins</p>

L'établissement de provenance du RPU est identifié grâce à son numéro FINESS.

En Champagne-Ardenne, deux autres indicateurs ont été ajoutés et sont recueillis pour chaque RPU :

DÉSIGNATION DU CRITÈRE	PRÉCISIONS : FORMAT, DÉFINITION, MODALITÉS DE RÉPONSE POSSIBLES
GEMSA (Groupe d'Etude Multicentrique Services d'Accueil)	Code « 1 », « 2 », « 3 », « 4 », « 5 », « 6 » en fonction de la trajectoire du patient (cf. annexes pour plus de précisions)
Temps d'attente avant prise en charge médicale	« HH:MM » délai en heures et minutes entre l'accueil administratif / IOA et la première prise en charge médicale

Les données recueillies permettent donc d'obtenir des informations administratives, démographiques et médicales pour chaque patient pris en charge aux urgences.

Les RPU doivent être transmis de manière informatique et automatisée à l'Agence Régionale de Santé dont dépend l'établissement via un serveur régional au minimum tous les jours.

SYSTÈME D'INFORMATION DES URGENCES EN CHAMPAGNE-ARDENNE ET MISE EN PLACE DE LA REMONTÉE DES RPU

En Champagne-Ardenne, le projet CAPTUR, porté par le Groupement de Coopération Sanitaire Système d'Information de Santé de Champagne-Ardenne (SIS-CA) a permis d'automatiser le transfert de l'ensemble des fichiers RPU issus des services d'urgences de la région à partir du deuxième semestre 2012.

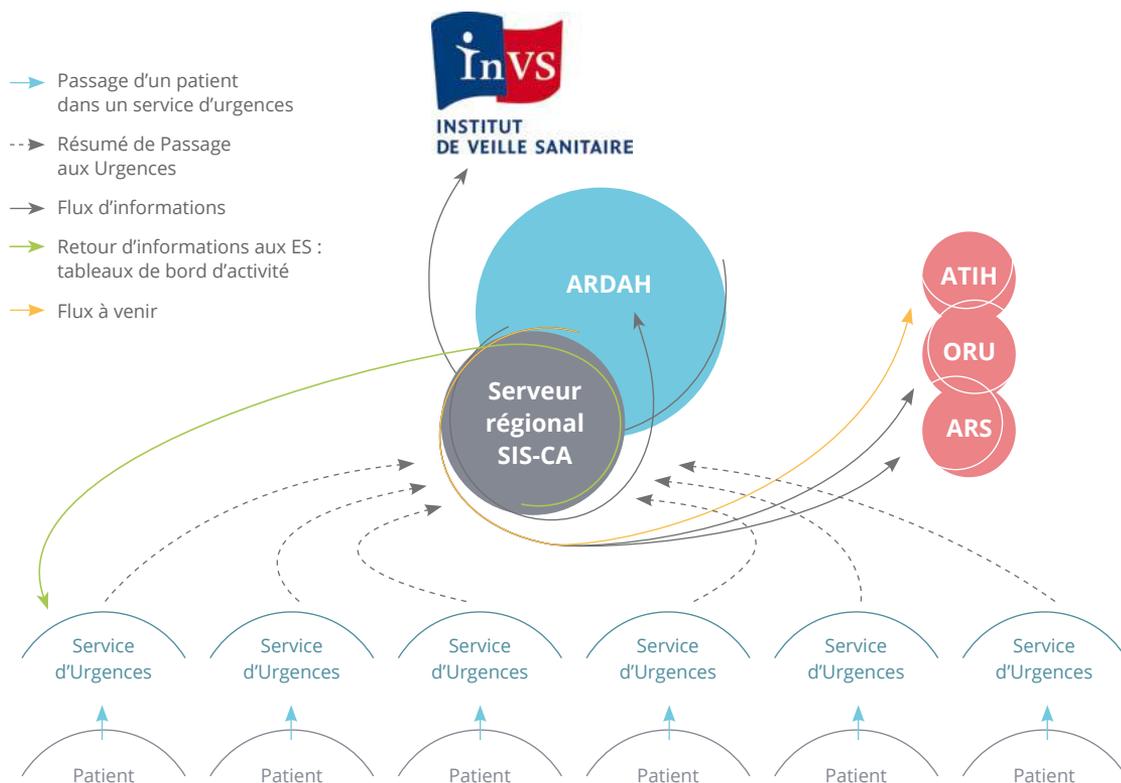
Depuis cette date, à l'exception du secteur pédiatrique du service d'urgences de Charleville-Mézières, tous les services d'urgences de Champagne-Ardenne transmettent leurs RPU quotidiennement.

Les RPU sont d'abord hébergés sur un serveur dédié puis transférés sur le serveur de veille et d'alerte de la région (plateforme ARDAH) et enfin transmis à l'InVS.

Les données recueillies sont exploitées et communiquées en retour aux établissements sous la forme de tableaux de bord mensuels d'activité mis en place conjointement par le RESURCA et le SIS-CA.

Les informations contenues dans les RPU contribuent à la **politique de veille et de sécurité sanitaire menée par les ARS et l'InVS au niveau régional et national**. La transmission des RPU permettra également une analyse médico-économique des informations par le flux mis en place prochainement vers l'ATIH.

Schéma représentatif des flux RPU en Champagne-Ardenne



L'homogénéité des informations recueillies est difficile à garantir de par la multiplicité des outils et des usages.

7 logiciels différents sont utilisés en 2014 par les 16 services d'urgences de Champagne-Ardenne :

LOGICIEL	ÉDITEUR	SERVICE
H++	XPERTHIS	Châlons-en-Champagne, GHAM, Rethel, Vitry-le-François, Vouziers
NAFAMA	NAFAMA.NET	Epernay
CRISTAL-NET		Chaumont, Langres, Sedan
URQUAL	Mc KESSON	Charleville-Mézières, CHU urgences adultes, CHU urgences pédiatriques
RESURGENCE	INTUITIVE	Troyes
DOPA URGENCES	WEB100T	Courlancy, Saint-André
DX CARE	MEDIASYS	Saint-Dizier

AUTRES SOURCES D'INFORMATIONS

Afin de compléter les données recueillies par le biais des Résumés de Passage aux Urgences, d'autres sources d'informations ont été exploitées pour enrichir ce Panorama.

Les informations relatives à la population et les données socio-économiques sont issues des travaux de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE).

Les données liées à l'activité des établissements renseignées dans le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) ont été exploitées pour l'activité des Unités d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) et le dossier focal sur l'AVC.

Par ailleurs, les informations contenues dans ARDAH ont également été utilisées. ARDAH est le serveur de veille sanitaire et d'alerte de la région mis en place en 2005 par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Tous les établissements de santé de la région y transmettent quotidiennement des données relatives à leur activité. On y trouve par exemple les données d'activité des services d'urgences, celles des SAMU et des SMUR, le nombre de décès hospitaliers, la disponibilité en lits, les prévisions de fermeture de lits, etc.

Enfin, les informations reprises dans la Statistique Annuelle des Établissements de santé (SAE) ont également servi à l'élaboration de ce Panorama (Source : SAE données administratives ministère chargé de la santé, DREES).

Il s'agit de données déclaratives obligatoires relatives à l'activité des établissements de santé.

L'origine et le mode de recueil de ces différentes sources d'informations (automatique, déclaratif...) peuvent amener des différences de valeurs pour une même donnée. Nous les identifierons dans ce travail.

Le RPU reste la valeur de référence, même si la qualité des informations qu'il véhicule n'est pas toujours garantie. Lorsque les données chiffrées sont issues d'une autre source, cette dernière sera alors mentionnée.

Des travaux ont été engagés par le GCS SIS-CA et le RESURCA pour améliorer l'exhaustivité et la qualité des données recueillies par le biais des RPU.

Actuellement :

- **Un premier contrôle** est réalisé lorsque les RPU arrivent sur le serveur dédié du SIS-CA : **l'intégrité du fichier** est vérifiée ainsi que la présence de l'identification de l'établissement (FINESS) et de la date d'entrée du patient. Des alertes automatisées permettent au SIS-CA d'intervenir au plus vite auprès des établissements en cas d'absence ou de rejet d'un fichier.

- **Un deuxième contrôle** est ensuite effectué lorsque des indicateurs automatisés sont calculés : on estime alors la **validité des données** en mesurant, par exemple, que l'âge des patients soit bien cohérent (inférieur à 120 ans) ou que l'heure d'entrée soit bien antérieure à celle de sortie. Cette mesure intègre les critères de contrôle définis dans le cahier des charges OSCOUR, ainsi que le taux de remplissage des champs. L'indicateur de validité permet à l'ORU-CA et au GCS SIS-CA de suivre la progression des établissements en matière de conformité de données.
- Enfin, lorsque les informations sont transmises à l'InVS, **d'autres contrôles** sont également réalisés systématiquement.

Des travaux complémentaires doivent être engagés afin de poursuivre cette démarche d'amélioration et s'attacher cette fois à faire évoluer la qualité des données contenues dans le RPU.

Cette démarche se fera en partenariat étroit avec les structures d'urgences et sera initiée fin 2014.

AVERTISSEMENT

Les résultats que nous présentons dans ce rapport sont majoritairement issus des données RPU.

La qualité et la fiabilité de certaines données transmises peuvent parfois être fragiles ; nous nous attacherons à l'identifier dans ce rapport.

Les analyses proposées dessinent ainsi un panorama de l'activité des urgences de la région et des patients qui y consultent. Elles ont vocation à soulever des questionnements que nous nous attacherons à résoudre selon vos demandes.

CONTEXTE RÉGIONAL



DÉCOUPAGE DE LA RÉGION EN TERRITOIRES DE PREMIER RECOURS	18
DÉMOGRAPHIE EN RÉGION ET PAR DÉPARTEMENT	19
OFFRE DE SOINS EN MÉDECINE D'URGENCE	22
DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES	29

84652985 0021136874 05149883451111 015164564
84652985 0021136874 05149883451111 015164564

CONTEXTE RÉGIONAL

On ne peut décrire l'activité des urgences en Champagne-Ardenne sans présenter auparavant la population de ce territoire. C'est l'objectif de ce chapitre qui apporte des précisions relatives aux champardennais par le biais d'indicateurs démographiques et socio-économiques.

La description de l'offre de soins de médecine d'urgence de la région complète ces informations.

DÉCOUPAGE DE LA RÉGION EN TERRITOIRES DE PREMIER RECOURS (TPR)

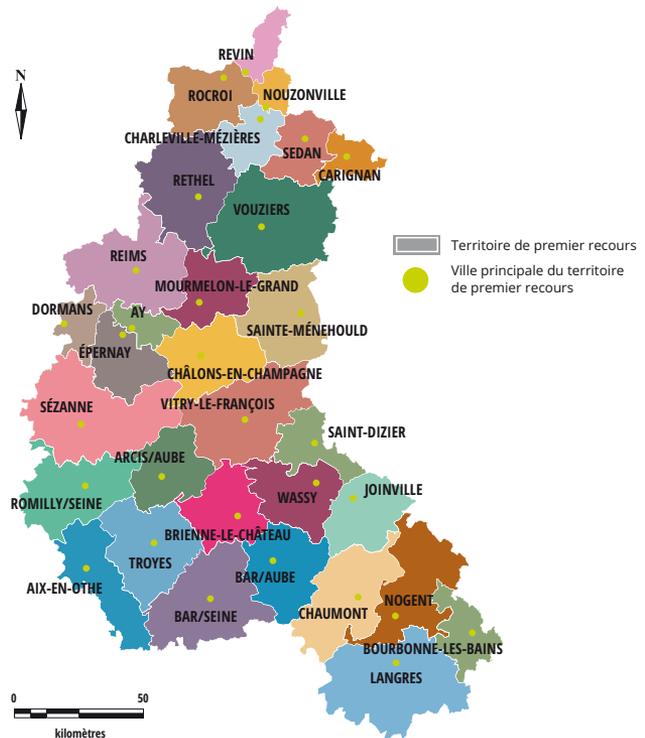
Dans le cadre de l'élaboration du Schéma Régional de l'Organisation des Soins⁽¹⁾ (SROS), des Territoires de Premier Recours (TPR) ont été définis sous la supervision de l'Agence Régionale de Santé.

Ces territoires sont encadrés par les articles L1434-16 et L1411-11 du Code de la santé publique. Ils font partie du socle du Schéma Régional de l'Organisation des Soins 2012-2016 en Champagne-Ardenne dans sa partie ambulatoire.

« En Champagne-Ardenne, le découpage des territoires de 1^{er} recours se base sur les Bassins d'Equipements et de Services Inter-médiaires (BESI).

Il s'agit d'un découpage actualisé du bassin de vie effectué par l'INSEE. Au regard des objectifs à atteindre, des critères simples et pertinents ont été étudiés pour baser le découpage sur les BESI et pour procéder à des regroupements : accessibilité géographique, offre de soins, besoins de santé, habitudes de vie. »⁽¹⁾

Leur utilisation dans ce Panorama a pour objectif d'affiner les constats et les analyses réalisés. Elle doit également permettre d'obtenir des informations comparables aux autres travaux et études réalisés en lien avec le Projet Régional de Santé.



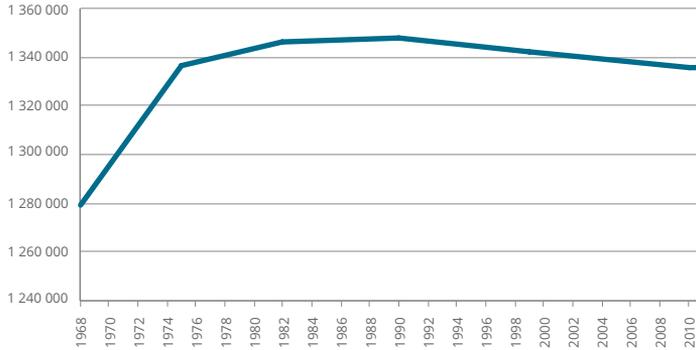
Source : ARS 2014 - Exploitation : ARS CA / OSA

(1) « Schéma Régional d'Organisation des Soins » extrait du Projet Régional de Santé Champagne-Ardenne 2012-2016.



UNE POPULATION QUI DIMINUE

Evolution de la population en Champagne-Ardenne : 1968-2011



Source : INSEE

La Champagne-Ardenne est la seule région de France qui, entre 1999 et 2011, a vu son nombre d'habitants diminuer pour atteindre 1 336 053 habitants au 1^{er} janvier 2011 ce qui la place au 19^e rang des 22 régions que compte la France métropolitaine.

Le solde migratoire (différence entre le nombre de personnes qui sont entrées sur le territoire et le nombre de personnes qui en sont sorties au cours de l'année) est déficitaire depuis 1990 avec une perte moyenne de 4 700 personnes par an entre 1990 et 2005.

Le solde naturel (différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès enregistrés au cours d'une période) ne suffit plus à compenser cette perte. Ce solde naturel devrait devenir négatif vers 2025 avec l'arrivée des enfants du baby-boom aux grands âges (projection INSEE).

Population en Champagne-Ardenne au 1^{er} janvier 2011

Ardennes	283 110	21,2%
Aube	303 997	22,8%
Marne	566 571	42,4%
Haute-Marne	182 375	13,6%

Source : INSEE

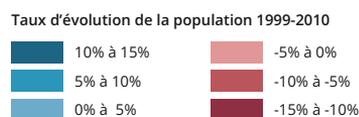
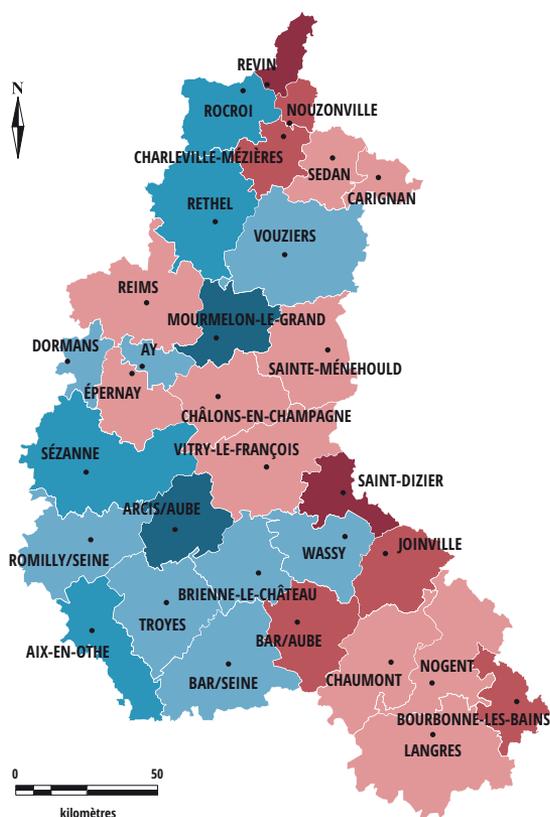
DES DISPARITÉS ENTRE DÉPARTEMENTS

La tendance globale de diminution de la population masque des disparités entre les départements :

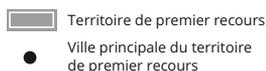
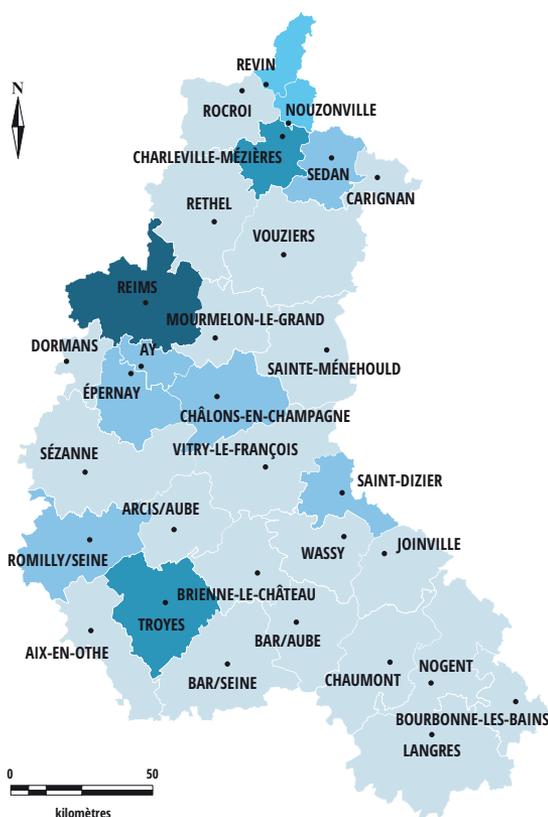
- **Les Ardennes** ont un solde naturel plus faible que le reste de la région. La population entre 1990 et 2011 a baissé de plus de 4%.
- **L'Aube** bénéficie d'une attractivité plus importante : elle gagne 5% de population supplémentaire entre 1990 et 2011.

- **La Marne**, département le plus peuplé de la région a vu sa population augmenter régulièrement puis plus doucement sur les dix dernières années (+1,5% entre 1990 et 2011) ; le département souffre d'un déficit migratoire important et devrait voir sa population stagner puis diminuer dans les années à venir.
- **La Haute-Marne** perd ses habitants à un rythme rapide : sa population a diminué de plus de 10% entre 1990 et 2011.

Evolution de la population entre 1999 et 2010 par Territoire de Premier Recours



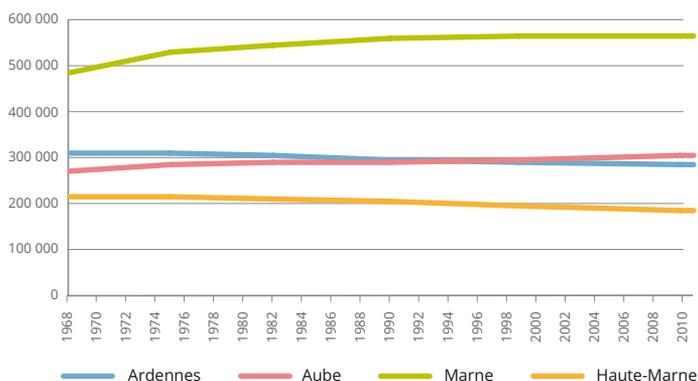
Densité de population en 2010 par Territoire de Premier Recours



Sources : ARS 2014, INSEE 1999 et 2010
Exploitation : ARS CA / OSA

Sources : ARS 2014, INSEE 2010
Exploitation : ARS CA / OSA

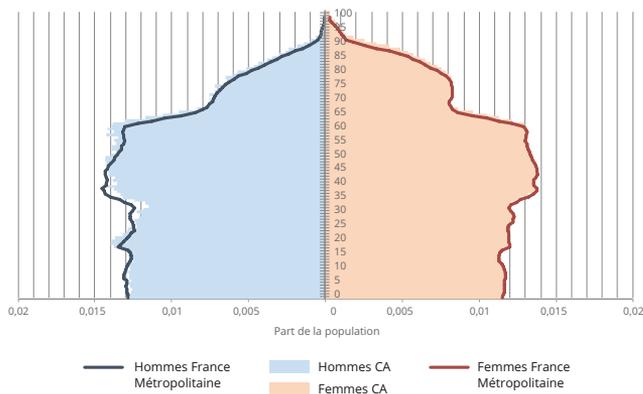
Evolution de la population par département entre 1968 et 2011



Source : INSEE

UNE POPULATION VIEILLISSANTE

Pyramide des âges des habitants de Champagne-Ardenne en 2010



Source : INSEE 2010

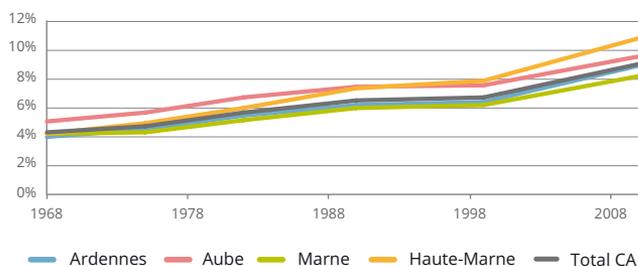
Comme partout en France, la population champardennaise vieillit. Mais entre 2005 et 2030, le vieillissement de la Champagne-Ardenne serait le plus prononcé de toutes les régions.

L'âge moyen des Champardennais pourrait augmenter de 5,2 ans en 25 ans et atteindre 44,1 ans en 2030. En France, il augmenterait de 3,7 ans et passerait à 42,6 ans (projection INSEE).

Les 60 ans et plus représentent 23,4% de la population en Champagne-Ardenne en 2010. Selon les projections de l'INSEE, cette part devrait passer à 32,8 % en 2040 soit près d'un habitant sur trois.

Pourtant, en 2005, avec un âge moyen de 38,9 ans, proche de la moyenne nationale, la Champagne-Ardenne apparaissait plutôt « jeune » en se plaçant au 7^e rang des régions selon l'âge moyen des habitants.

Evolution de la part des 75 ans et plus dans la population (1968-2010)



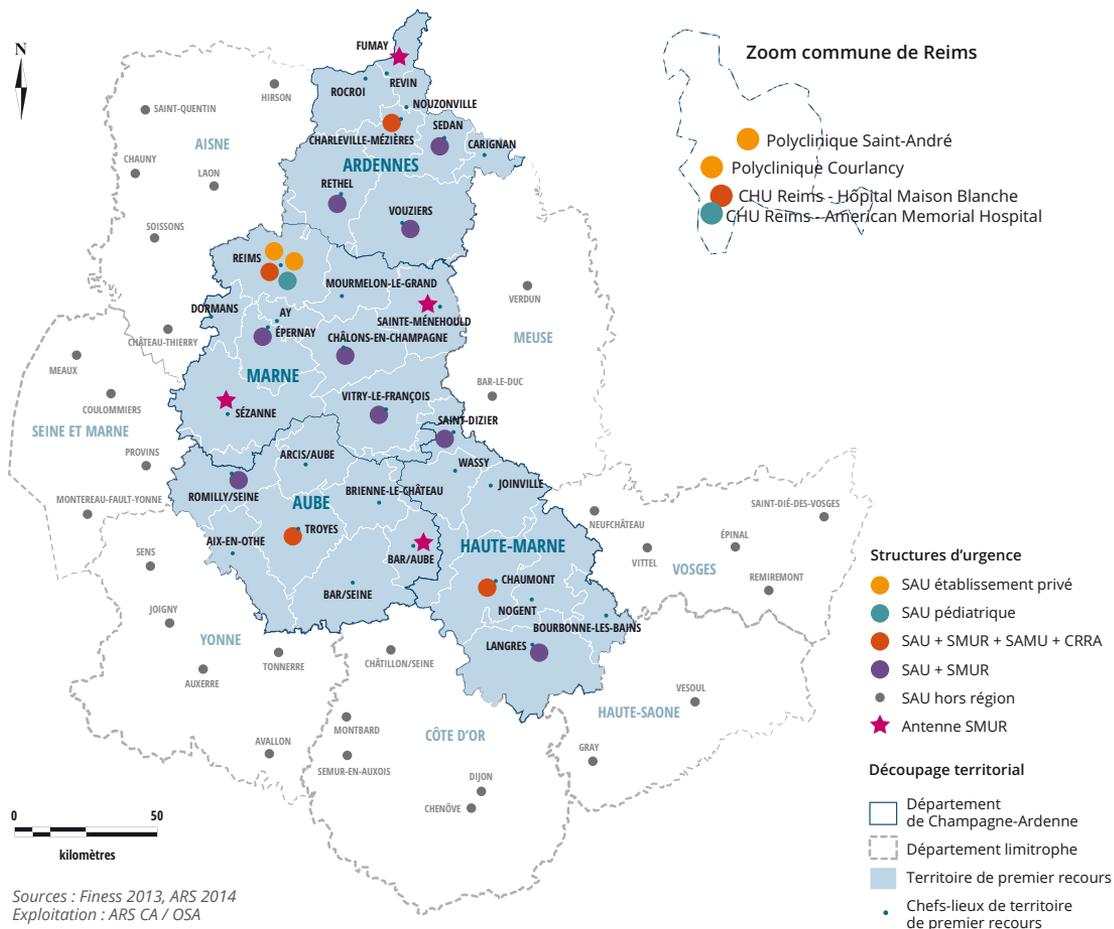
Source : INSEE

La Haute-Marne est le département dans lequel la part des personnes âgées de 75 ans et plus est la plus importante (11% en 2010).

STRUCTURES D'URGENCES DE LA RÉGION

Le Schéma Régional d'Organisation des Soins⁽²⁾ dans son volet « Urgences » a conforté la répartition des structures d'urgences, des SMUR et des antennes SMUR. Ce maillage a pour objectif notamment de garantir une couverture du territoire et un accès aux soins optimaux.

Structures d'urgences en Champagne-Ardenne en 2013



DÉMOGRAPHIE MÉDICALE DES SERVICES D'URGENCES EN CHAMPAGNE-ARDENNE

Le RESURCA a réalisé un premier bilan des ressources médicales d'urgentistes en région, lors de l'élaboration du **Diagnostic des Structures d'Urgences en Champagne-Ardenne**⁽³⁾ (septembre 2013). Ce bilan a été complété et mis à jour à la date du 1^{er} janvier 2014 après une enquête déclarative réalisée auprès de l'ensemble des structures d'urgences.

(2) « Schéma Régional d'Organisation des Soins » extrait du *Projet Régional de Santé Champagne-Ardenne 2012-2016*.

(3) www.resurca.com/wp-content/uploads/2013/07/diagnostic-SU_CA-RESURCA_vf151013.pdf

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Effectif recensé : La région recense **181 médecins urgentistes**, pour **165 ETP** exerçant dans les 15 structures d'accueil des urgences et les 4 SAMU (la structure d'urgences pédiatriques du CHU et l'accueil pédiatrique de Charleville-Mézières ne sont pas inclus dans ces effectifs). Ce décompte n'inclut pas les personnels vacataires et intérimaires.

Effectif théorique : il a été calculé à partir de l'organisation de présence médicale telle qu'existante dans chaque structure actuellement. **L'effectif théorique régional ainsi calculé est de 202 ETP.**

L'effectif recommandé : il s'appuie sur l'organisation de présence médicale adaptée à l'activité, aux recommandations professionnelles (incluant du temps non clinique à hauteur de 0,5 ETP/structure) et aux objectifs du SROS - PRS. **L'effectif recommandé est de 212 ETP.**

Sous réserve de l'exactitude des effectifs déclarés par chaque établissement, la région est en **déficit de 18%** sur l'effectif théorique (soit **37 ETP**) et de **22%** sur l'effectif recommandé.

Tableau des effectifs médicaux des services d'urgences au 1^{er} janvier 2014

	ACTUEL	THEORIQUE	DEFICIT
CH de Châlons-en-Champagne ⁽¹⁾	15,7	16,1	-
CH de Charleville-Mézières (Urg + SAMU-SMUR) ⁽²⁾	20	27,3	-25%
CH de Chaumont	8	10	-20%
SAMU 52	2,6	4,4	-40%
CHU - urgences adultes	10,6	11,3	-5%
SAMU 51	15,5	14,4	-
CHU - urgences pédiatriques	3,4	6,8	-45%
Polyclinique Courlancy	5	5,1	-
CH d'Épernay	9,9	9,3	-
CH de Langres	7	8,8	-20%
CH de Romilly-sur-Seine ⁽³⁾	9,6	13,1	-25%
CH de Sedan	7	8,8	-30%
Polyclinique Saint-André	5	4,4	-
CH de Saint-Dizier	11,1	11,3	-
CH de Troyes	11,2	11,8	-5%
SAMU 10 ⁽⁴⁾	9,4	17,5	-45%
CH de Vitry-le-François ⁽⁵⁾	4,6	8,8	-25%
CH de Reims	7	8,8	-20%
CH de Vouziers	3	4,4	-30%

(1) Châlons-en-Champagne : intègre l'antenne SMUR de Sainte-Menehould et 2 ETP dédiés à Vitry le François (Equipe de territoire).

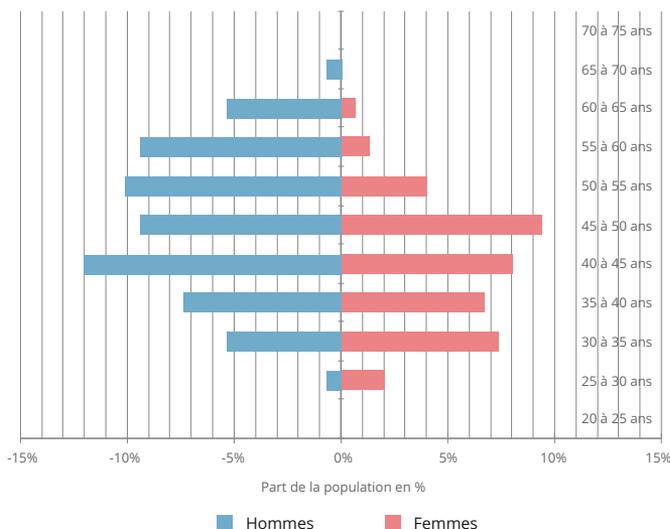
(2) Charleville-Mézières : équipe mutualisée SAU – SAMU, intègre l'antenne SMUR de Fumay.

(3) Romilly-sur-Seine (GHAM) : intègre l'antenne SMUR de Sézanne.

(4) SAMU 10 : intègre l'antenne SMUR de Bar-sur-Aube.

(5) Vitry-le-François : 2 ETP supplémentaires sont fournis par Châlons-en-Champagne dans le cadre de l'équipe de territoire.

Pyramide des âges des médecins urgentistes de Champagne-Ardenne au 1^{er} janvier 2014



60%

de la population des médecins urgentistes de la région sont des **hommes**.

40,8 ans

moyenne d'âge des femmes.

47,3 ans

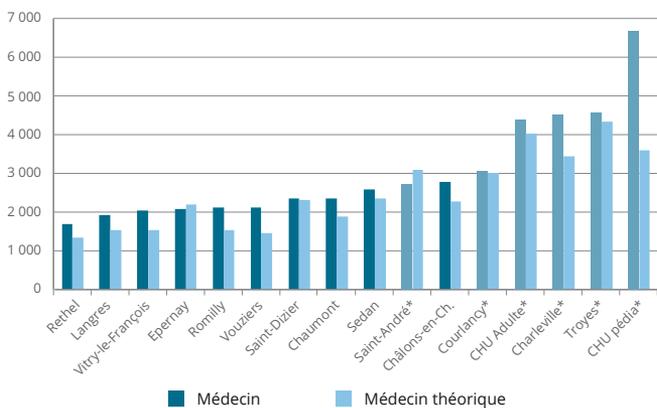
moyenne d'âge des hommes.

17%

des médecins ont plus de 55 ans.

ACTIVITÉ ET ORGANISATION DE LA PRÉSENCE MÉDICALE DANS LES STRUCTURES D'ACCUEIL D'URGENCES

Nombre de passages annuels par ETP médecin effectif



Les établissements en bleu clair et suivis d'un astérisque sont ceux pour lesquels les structures d'urgences sont à activité urgences exclusive.

Afin d'approcher la notion de charge de travail par médecin présent, le ratio nombre de passages journaliers par médecin a été calculé en période de jour (8h30-18h30) et en période de Permanence Des Soins (nuit ou journée de dimanche ou jour férié).

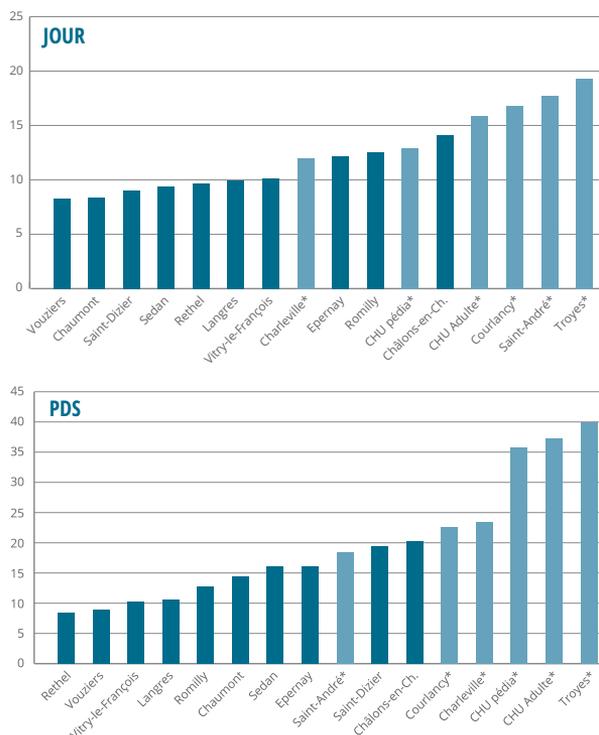
L'objectif est de proposer la possibilité de comparer les structures entre elles, en individualisant les structures à activité

urgences exclusive et les structures mutualisées urgences – SMUR. Par ailleurs nous présentons également cette approche avec et sans la participation des internes.

Le nombre moyen de passages par ETP médecin (effectifs réels) varie entre 1 700 et 2 750 par an dans les services à activité mutualisée Urgences-SMUR.

Il est plus important (4 470) dans les structures à activité urgences exclusive et anormalement élevé au CHU pédiatrie.

Nombre moyen de passages journaliers par médecin senior

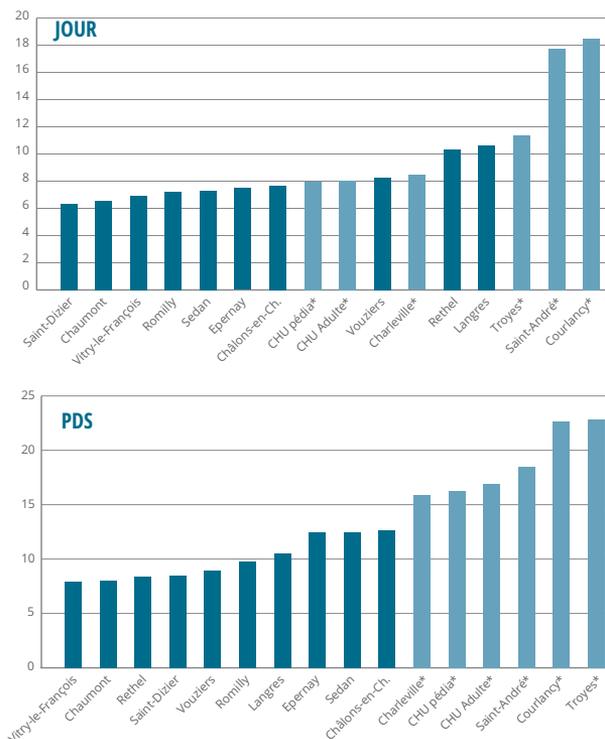


Le nombre moyen de passages par médecin senior est :

- **De jour :**
15,7 passages/médecin senior dans les SU à activité de médecine d'urgence exclusive et 10,3 dans les SU mutualisées urgences-SMUR ;
- **En PDS :**
28,8 passages/médecin senior dans les SU à activité de médecine d'urgence exclusive et 14,2 dans les SU mutualisées urgences-SMUR.

Le même ratio a été calculé en insérant l'activité générée par les internes, considérée comme étant égale à 60% de celle d'un médecin senior.

Nombre moyen de passages journaliers par médecin senior + interne



Le nombre moyen de passages par médecin (médecin senior + interne) est de :

- **De jour :**
12,4 passages/médecin dans les SU à activité urgences exclusive et 7,6 dans les SU mutualisées urgences-SMUR ;
- **En PDS :**
18,2 passages/médecin dans les SU à activité urgences exclusive et 10,3 dans les SU mutualisées urgences-SMUR.

ACTIVITÉ ET ORGANISATION MÉDICALE DANS LES SAMU

Effectifs médicaux au sein des CRRA

	SAMU 08	SAMU 10	SAMU 51	SAMU 52
Régulateur Hospitalier	1 régulateur H24	1 régulateur H24	1 régulateur H24	1 régulateur H24
Régulateur Libéral	Non	1 régulateur 20h-24h en semaine 12h-24h les samedis 8h-24h dimanches et jours fériés.	1 régulateur de nuit, samedi après-midi, dimanche et jours fériés (2 le dimanche matin). Régulation déportée en nuit profonde.	Non
Nombre d'affaires traitées	87 711	106 532	92 045	34 235
Moyenne horaire annuelle d'affaires traitées par régulateur	10	9	6,3	3,9

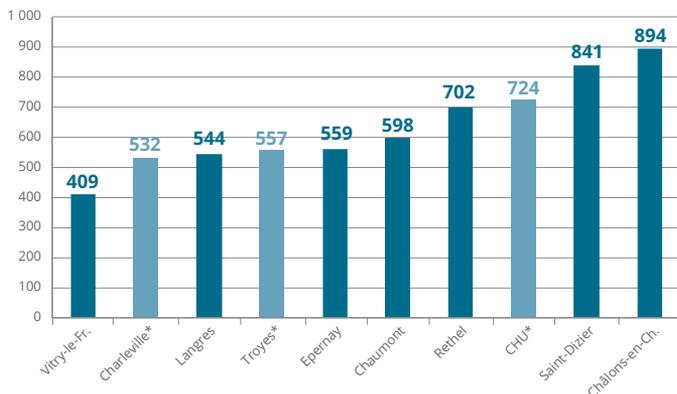
Données ARDAH.

Le ratio nombre d'affaires traitées par régulateur prend en compte l'activité des médecins régulateurs libéraux au même titre que celle des régulateurs hospitaliers.

Remarque : Au SAMU 51, le médecin régulateur libéral peut réaliser une régulation déportée à partir de minuit, c'est-à-dire effectuer la régulation en lien avec le Centre 15 à partir de son domicile.

ACTIVITÉ ET ORGANISATION MÉDICALE DANS LES SMUR

Nombre de sorties primaires et secondaires par ligne de SMUR en 2013



Données ARDAH.

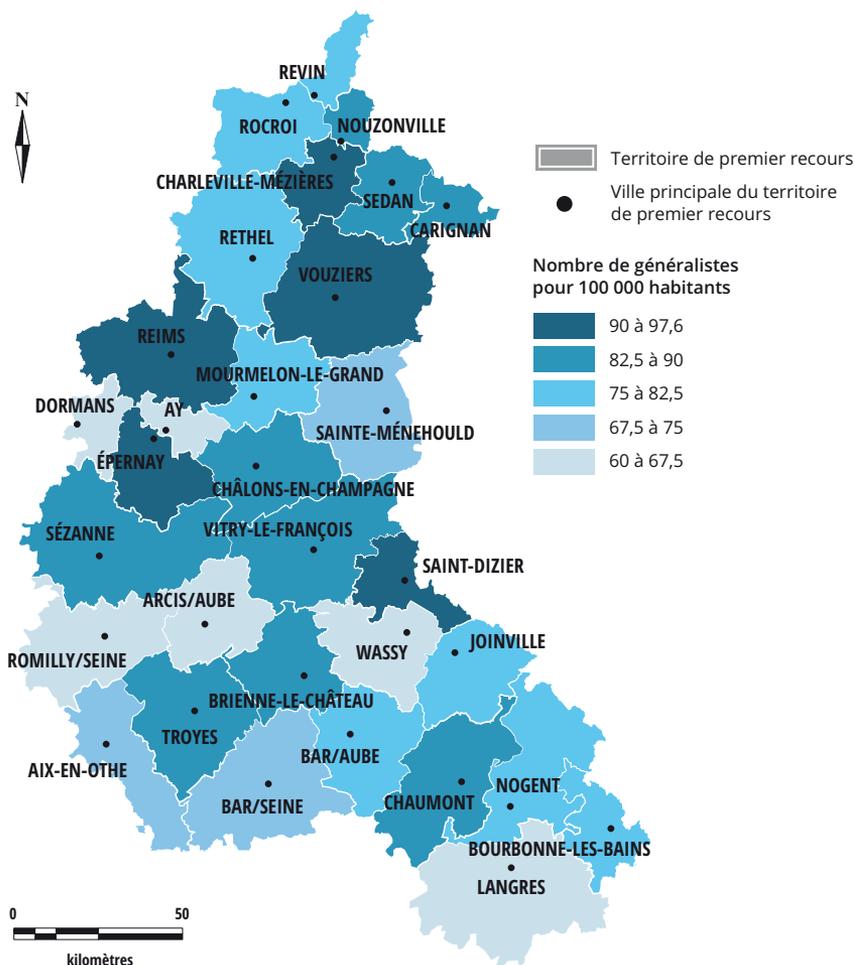
Les SAMU 08, 10 et 51 disposent de deux lignes de SMUR. Le médecin de 2^e départ au SAMU 08 participe à l'accueil de traumatologie aux urgences. Les médecins du SAMU 10 assurent l'activité de déchoquage des urgences de Troyes.

Le SAMU 52 dispose de 2 lignes le jour et d'une seule ligne la nuit, mais les médecins ont une activité mutualisée avec celle des urgences. Les autres SMUR disposent d'une ligne de SMUR avec une activité médicale mutualisée avec les urgences.

La moyenne régionale est de 590 sorties annuelles par ligne de SMUR.

DENSITÉ MÉDICALE ET TEMPS D'ACCÈS AUX SOINS

Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2013



Sources : ARS 2014, SIAM - ERASME 2013
Exploitation : ARS CA / OSA

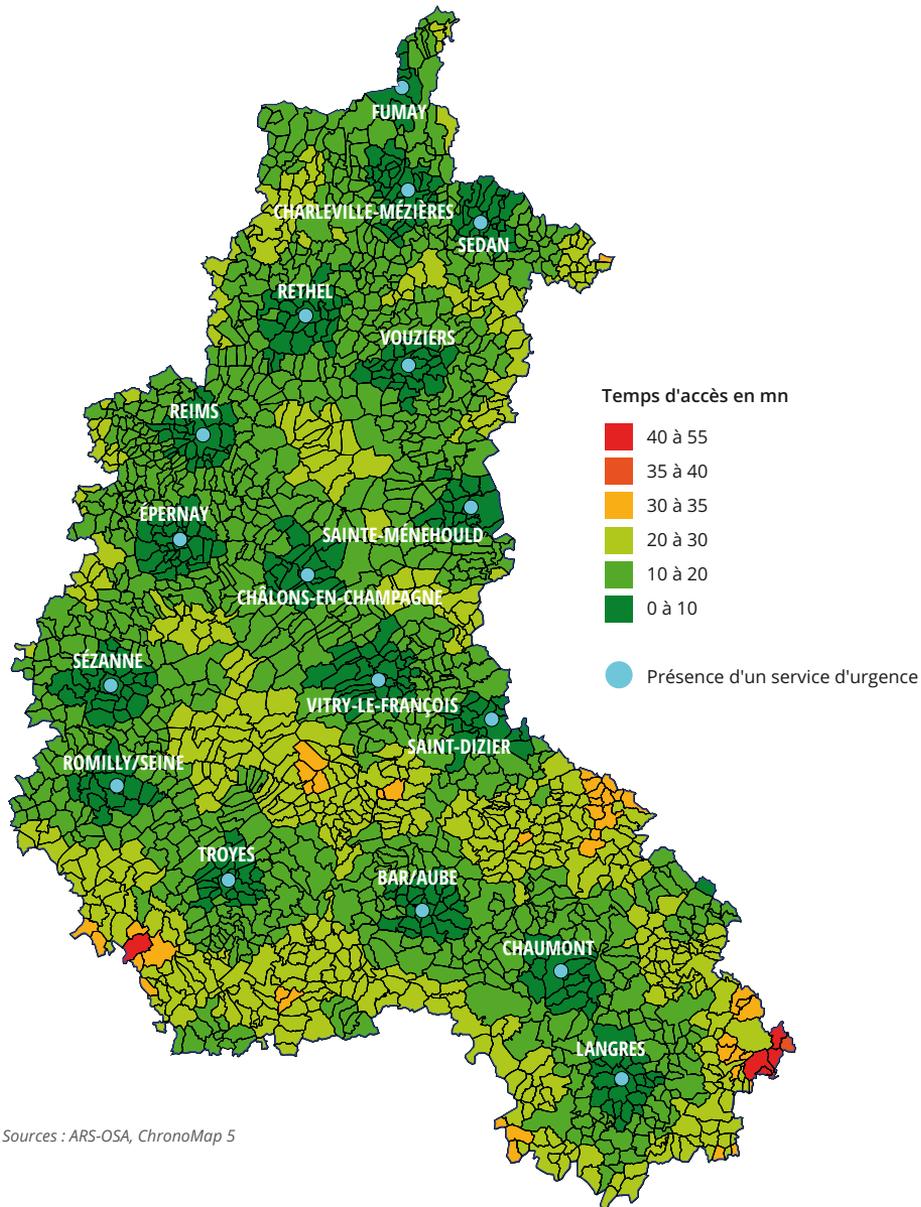
Si l'on considère le recensement effectué par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 2013 la Champagne-Ardenne dispose d'une densité de 130 médecins généralistes pour 100 000 habitants pour une moyenne nationale à 138.

Le département le plus déficitaire est celui de l'Aube (114). Ces données rassemblent l'ensemble des médecins généralistes (libéraux et salariés) inscrits.

La carte ci-dessus présente la densité des médecins généralistes exerçant en libéral et n'ayant pas d'exercice particulier exclusif (thermalisme, angiologie...).

On cherche ainsi à s'approcher au plus près de la notion de médecin de premier recours.

Accessibilité des structures d'urgences en Champagne-Ardenne



Sources : ARS-OSA, ChronoMap 5

L'accès de la population à des soins urgents en moins de trente minutes est un des engagements du Pacte Territoire Santé lancé en décembre 2012 par le Ministère de la santé.

Le SROS-PRS 2012-2016 de Champagne-Ardenne a analysé ce maillage territorial de l'offre de soins.

Actuellement dans la région environ 7 600 habitants (soit 0,6% de la population) sont concernés par des temps d'accès élevé (> 40 mn) à des soins urgents.

En 2011, 202 800 Champardennais vivent sous le seuil de pauvreté avec moins de 977 euros par mois. Ils représentent 15,5% de la population. Ce taux de pauvreté situe la Champagne-Ardenne au 6^e rang des régions françaises les plus défavorisées.

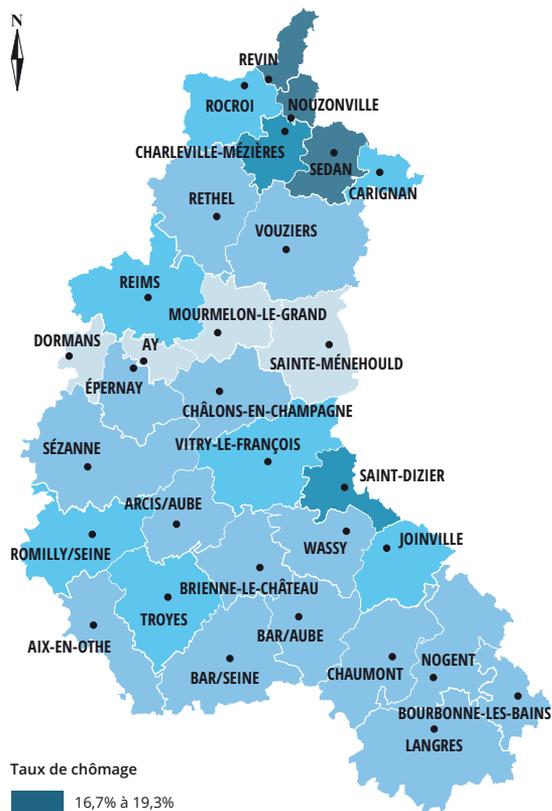
En 2012, 95 997 champardennais bénéficient de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUC) soit 7% de la population contre 6,7% au niveau national.

Par ailleurs, il faut noter que le taux de ruralité est plus élevé en Champagne-Ardenne que dans le reste de la France avec 39,5% des habitants qui vivent dans une commune rurale en région en 2010 contre 22,9% au niveau national.

Le taux de chômage est également plus élevé en région qu'ailleurs en France : il atteint 10,3% au 4^e trimestre 2013 contre 9,7% à l'échelle nationale.

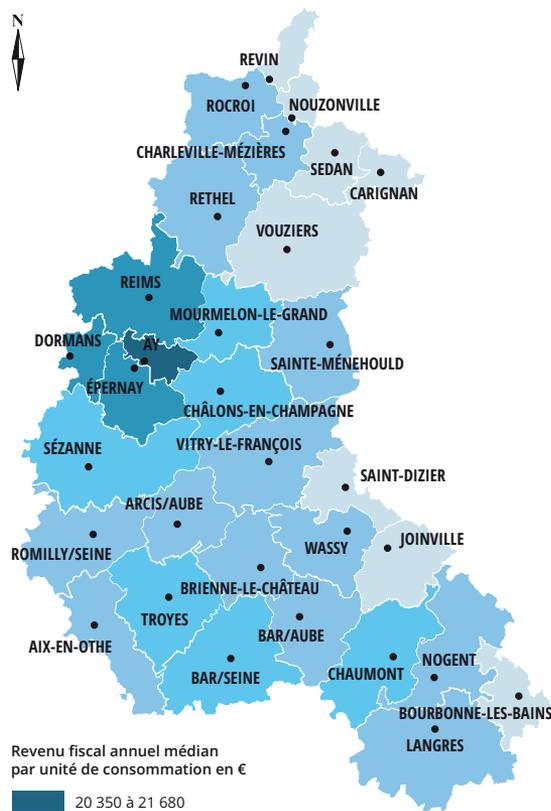
Là encore, des disparités existent au niveau de la région et des départements :

Taux de chômage des 15-65 ans en Champagne-Ardenne en 2010 par TPR



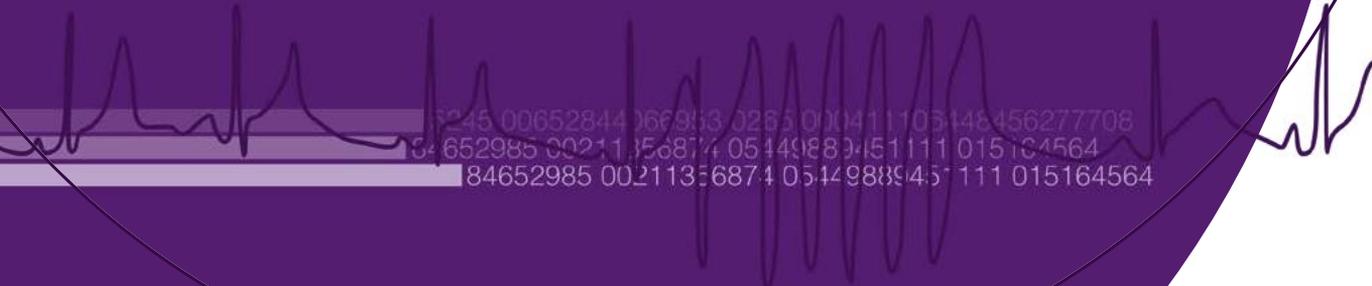
Sources : ARS 2014, INSEE 2010
Exploitation : ARS CA / OSA

Revenu fiscal annuel médian par unité de consommation en euros en 2009 par TPR



Sources : ARS 2014, INSEE 2009
Exploitation : ARS CA / OSA

CHIFFRES CLES DE L'ACTIVITE DES STRUCTURES D'URGENCES



5245 00652844 966953 0265 000411103446456277708
34652985 00211356874 05449889451111 015164564
84652985 00211356874 0544988945111 015164564

CHIFFRES CLES DE L'ACTIVITE DES STRUCTURES D'URGENCES EN 2013

4 SAMU

Centres de Réception et de Régulation des Appels

15 SERVICES D'URGENCES

+1 service d'urgences pédiatriques

13 SMUR

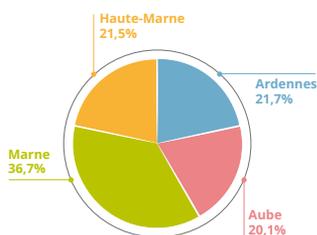
+1 SMUR pédiatrique

4 ANTENNES SMUR

ACTIVITÉ DES SMUR

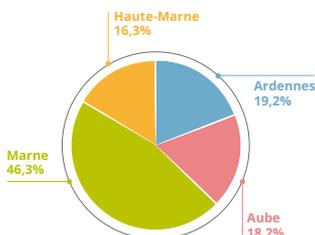
10 734

SMUR primaires en 2013
(-0,5% par rapport à 2012)



2 596

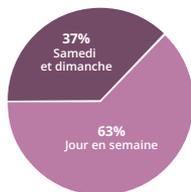
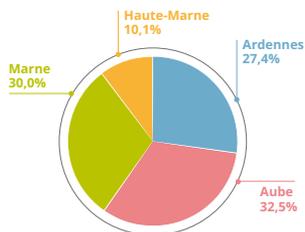
SMUR secondaires en 2013
(-0,3% par rapport à 2012)



ACTIVITÉ DES SAMU

320 523

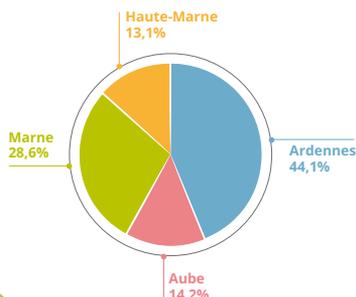
dossiers de régulation en 2013
(+2,2% par rapport à 2012)



UNITÉ D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE

31 698

séjours en 2013 dont 18 298 séjours Mono-RUM

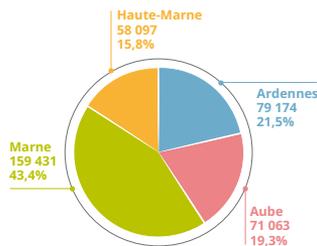


LES SERVICES D'URGENCES

367 765

passages en 2013

soit **1007** passages
par jour en moyenne

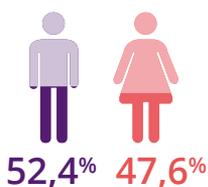


CHU
70 644 passages
soit 19,2% de l'activité

PRIVÉ
28 880 passages
soit 7,9% de l'activité

PATIENTS

Âge moyen :
39 ans

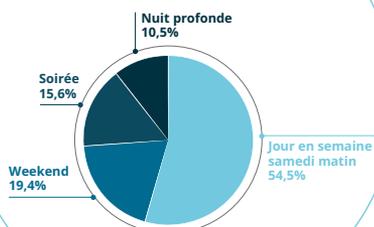


14,4%
Gériatrie
(75 ans et plus)



25,5%
Pédiatrie
(moins de 18 ans)

ARRIVÉE



DURÉE DE PASSAGE

3h23

Durée moyenne

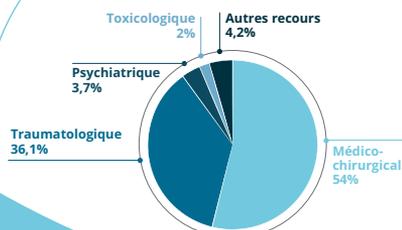
2h12

Durée médiane

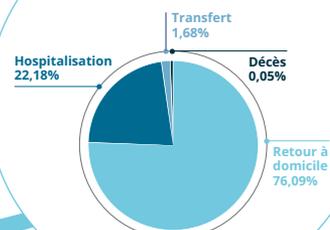
74,8%

Part des pris en charge
en moins de 4h

DIAGNOSTIC



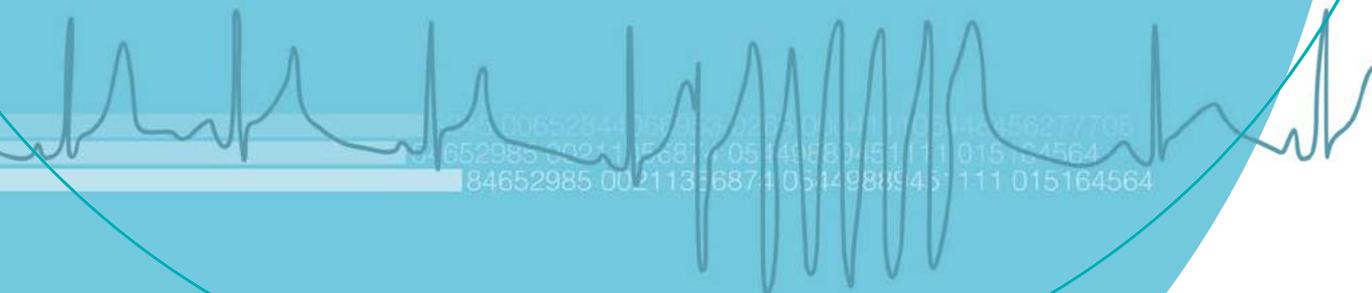
DEVENIR



ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCES



NOMBRE DE PASSAGES ET ÉVOLUTION	36
ARRIVÉE DES PATIENTS	38
CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS	42
PRISE EN CHARGE	45
SORTIE ET DEVENIR DES PATIENTS	54



ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCES

NOMBRE DE PASSAGES ET ÉVOLUTION

En 2013, la région Champagne-Ardenne enregistre 367 765 passages aux urgences. Ce chiffre prend en compte l'activité de toutes les structures d'urgences, sauf l'accueil pédiatrique de Charleville-Mézières, pour lequel les RPU ne sont pas transmis.

Un comparatif avec les années antérieures n'est pas possible sur les données RPU, car le recueil n'est complet que depuis fin 2012.

Cependant, si l'on examine les informations transmises par les établissements par le biais de la Statistique Annuelle des Etablissements (SAE), on peut noter :

- Que le nombre de passages aux urgences déclarés par les établissements dans la SAE progresse depuis plusieurs années (+6,43% au niveau de la région entre 2008 et 2013) avec une progression plus marquée pour le département de l'Aube (+12,64%) et une activité plus stable en Haute-Marne (+1,49%). Cette progression ralentit depuis 2011.

- Un écart entre les données remontées par les établissements par le biais de la SAE (373 513 passages déclarés en 2013) et le nombre de RPU transmis par les établissements en 2013 (367 765 passages) soit une différence de -1,54%. Cette différence varie d'un établissement à l'autre (cf. annexes) en étant positive ou négative.

Concernant le Centre Hospitalier de Charleville-Mézières cet écart est expliqué par l'intégration des passages d'accueil aux urgences pédiatriques et en gynéco-obstétrique dans la SAE (absents des RPU).

Pour le GHAM, l'écart s'explique par l'intégration des passages de l'antenne SMUR de Sézanne dans les données RPU et non dans celles de la SAE.

Pour les autres établissements, cette différence peut être liée notamment :

- à la déclaration dans la SAE des activités d'urgence non réalisées au sein des structures d'urgences (prises en charge directes en pédiatrie, en gynécologie – obstétrique, etc.). Ces consultations ne donnent alors pas lieu à la production d'un RPU.
- à l'intégration dans les RPU des patients « partis sans attendre » qui ne sont pas comptabilisés dans la SAE ou alors de patients ne se présentant aux urgences que pour des raisons organisationnelles.

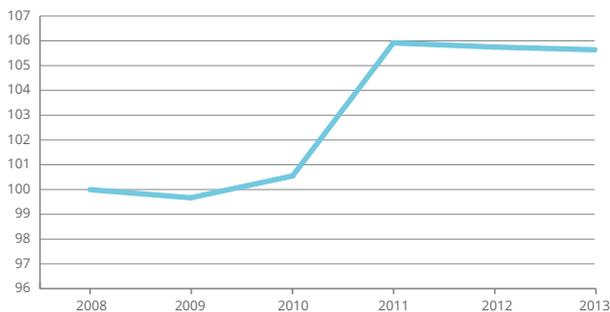
Nombre de passages aux urgences de Champagne-Ardenne déclarés par la SAE par année

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre de passages	350 932	351 216	353 195	372 904	373 078	373 513

Source : SAE

Il n'y a pas d'explication connue à l'augmentation de 5% du nombre de passages observée entre 2010 et 2011.

Evolution du nombre de passages déclarés dans la SAE entre 2008 et 2013 (base 100 en 2008) ...

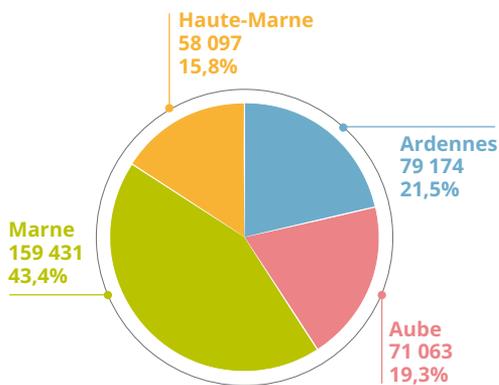


Source : SAE

Les urgences pédiatriques de Reims ne sont pas intégrées dans les données du graphique.

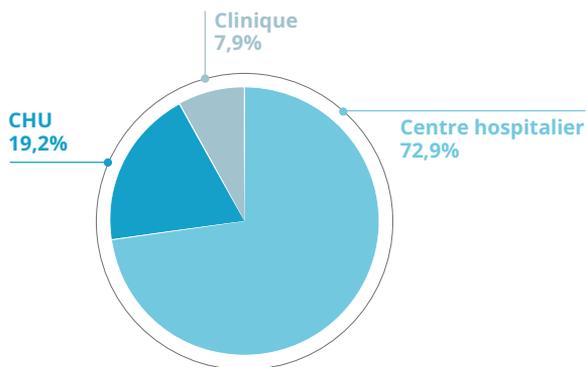
Les données présentées par la suite sont issues des informations contenues dans les RPU.

Répartition des passages aux urgences en 2013 par département



Plus de 4 passages sur 10 en région se font dans une des structures d'urgences de la Marne.

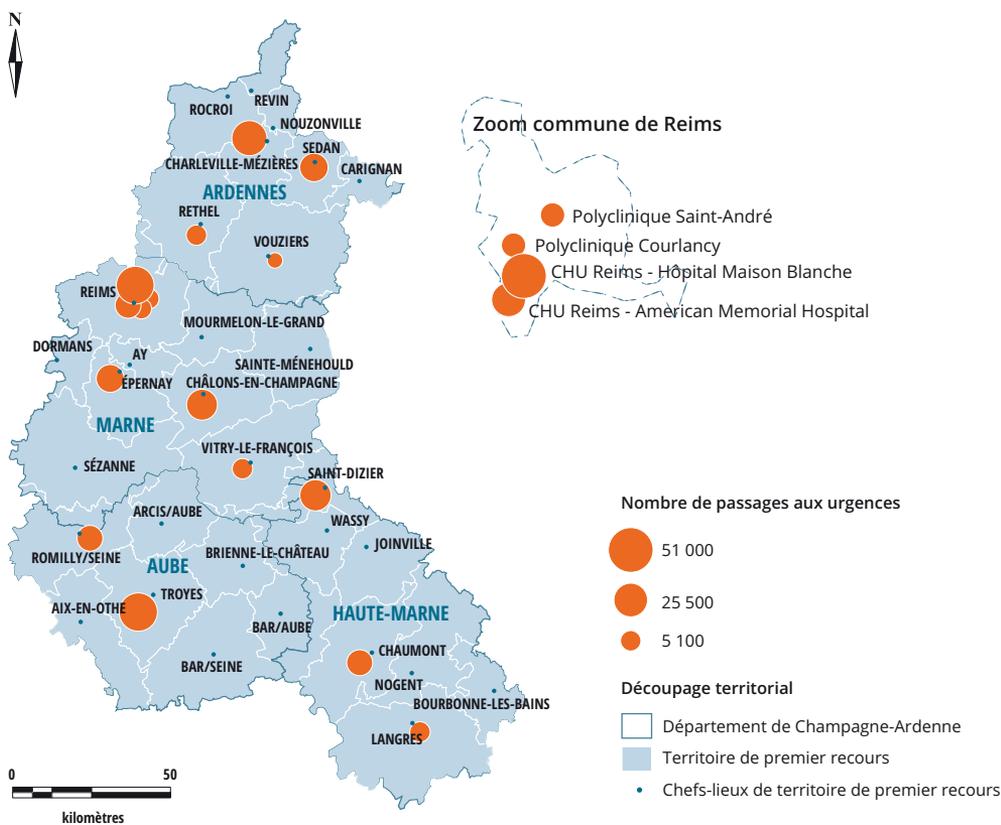
Répartition des passages aux urgences en 2013 selon le type de structure



L'activité du Centre Hospitalier Universitaire regroupe les urgences adultes et les urgences pédiatriques. Elle représente à elle seule près d'un passage sur cinq dans la région.

L'activité des structures d'urgences du privé représente 7,9% de l'activité totale en Champagne-Ardenne.

Nombre de passages aux urgences en 2013 par établissement

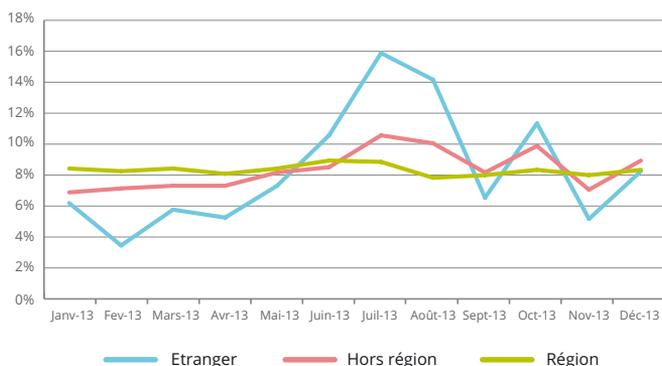


Sources : RPU 2013, ARS 2014 - Exploitation : ARS CA / OSA

ARRIVÉE DES PATIENTS

RÉPARTITION DES PASSAGES DANS LE TEMPS

Répartition des passages aux urgences par mois en 2013 (jours constants) selon l'origine des patients

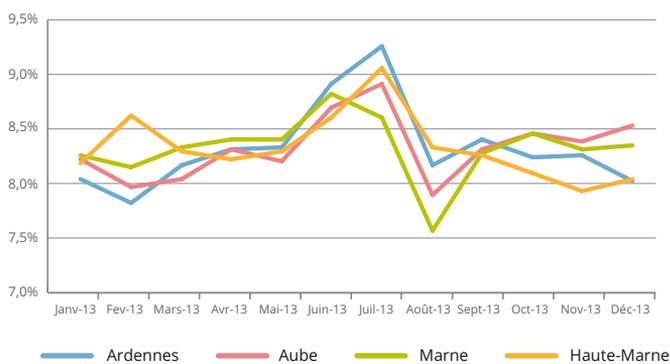


Les patients originaires d'autres régions et ceux originaires de l'étranger représentent respectivement 5,98% et 0,2% des patients accueillis aux urgences en Champagne-Ardenne.

L'origine des patients est inconnue pour 1,7% des RPU.

On remarque deux pics sur les courbes des patients étrangers à la région : durant la période estivale, période la plus touristique de l'année, et également à l'automne, sur une période qui correspond à celle des vendanges.

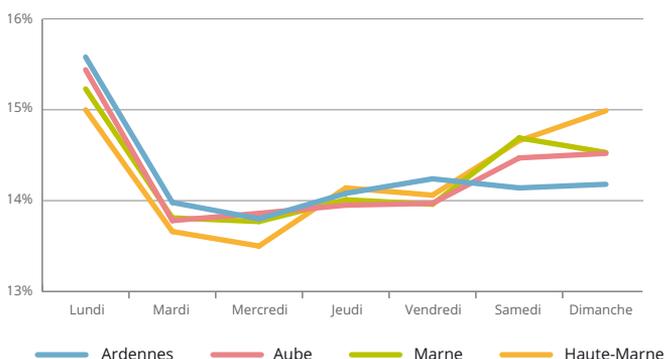
Répartition des passages aux urgences par mois en 2013 (jours constants) et par département de passage



On observe des fluctuations relativement similaires dans toute la région. L'activité demeure cependant moins marquée dans la Marne durant la période estivale.

On note une légère hausse de l'activité entre le mois d'août et le mois d'octobre dans la Marne et l'Aube (période des vendanges) et en Haute-Marne en février.

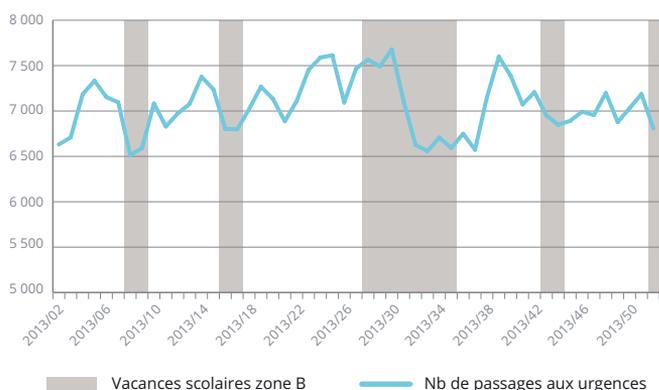
Répartition des passages aux urgences par mois en 2013 par jour de la semaine et par département (jours constants)



La suractivité des samedis, dimanches et lundis est classique dans l'analyse de l'activité des structures d'urgences. C'est un résultat qui est retrouvé dans les autres régions dotées d'un Observatoire Régional des Urgences avec cependant des variations entre ces trois jours.

Cette suractivité est plus marquée les lundis dans les Ardennes, l'Aube et la Marne alors qu'en Haute-Marne, elle est équivalente les dimanches et lundis.

Nombre de passages par semaine en 2013 - lien avec les vacances scolaires



En dehors du mois de juillet, on constate que l'activité des services d'urgences baisse significativement durant les vacances scolaires.

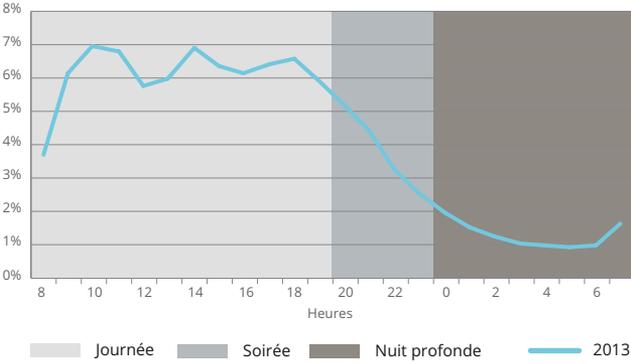
Il existe une différence significative de répartition des patients selon leur tranche d'âge en fonction des périodes scolaires ou de vacances.

Si on étudie l'âge des patients qui se présentent aux urgences pendant les vacances scolaires, on peut noter :

- que les patients âgés de 1 à 17 ans sont significativement moins représentés pendant cette période ;
- que les patients âgés de 18 ans et plus sont plus représentés ;

- qu'il n'y a pas de différence significative pour les nourrissons (moins d'1 an) ;
 - que l'impact de cette évolution est plus important pour les actifs (18-65 ans) que pour les plus de 65 ans.
- On n'observe aucune variation de la gravité des prises en charge, ni de la trajectoire des patients durant ces périodes.

Répartition des passages par heure d'arrivée des patients en 2013

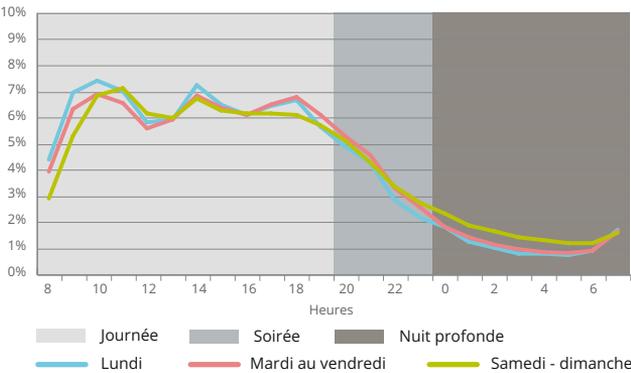


Cette courbe est également un « classique » de l'analyse de l'activité des structures d'urgences.

Trois pics d'activité sont relevés dans la journée :

- le premier en fin de matinée,
- le deuxième en début d'après-midi,
- le dernier en début de soirée.

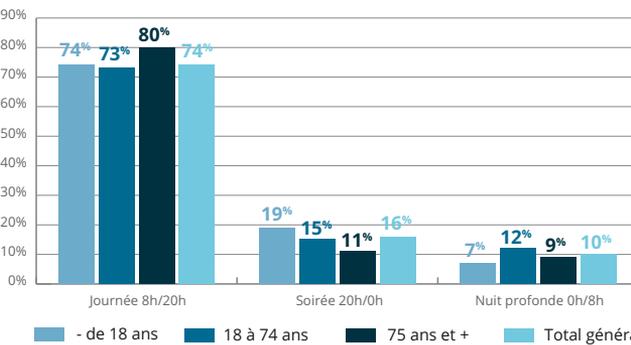
Répartition des passages par heure d'arrivée selon les jours de la semaine



Le premier pic d'activité a lieu plus tôt le lundi et l'activité de nuit profonde est moins importante ce jour-là.

Les weekends, le pic d'activité de fin d'après-midi est quasiment inexistant, l'activité décroît plus doucement et reste plus élevée en nuit profonde que pour les jours de la semaine.

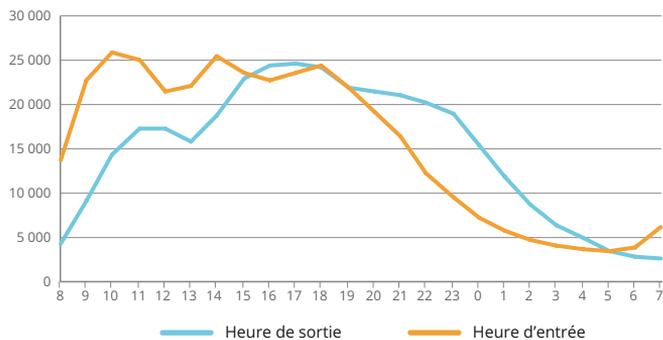
Répartition des passages par heure d'arrivée des patients selon leur classe d'âge



Lecture : 80% des passages concernant les « 75 ans et plus » se font entre 8h et 20h.

Seuls 0,01% des passages (55) ne comportent pas d'âge ou pas d'âge valide (âge négatif ou > à 110 ans).

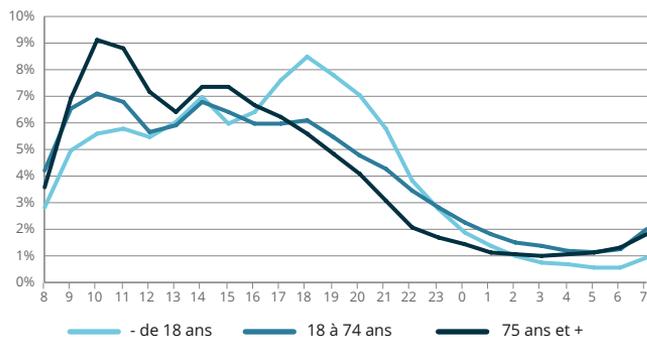
Passages par heure d'arrivée et par heure de sortie en moyenne en 2013 en Champagne-Ardenne



Le décalage entre les courbes des heures d'entrée et de sortie s'explique par la durée nécessaire à la prise en charge des patients, par l'attente des examens complémentaires, mais également par l'organisation des établissements ne libérant leur lit d'hospitalisation souvent qu'en milieu d'après-midi.

Ainsi, le nombre de sorties augmente jusqu'à 17 heures et continue de s'étaler de manière importante jusqu'à minuit.

Passages par heure d'arrivée et par classe d'âge en 2013

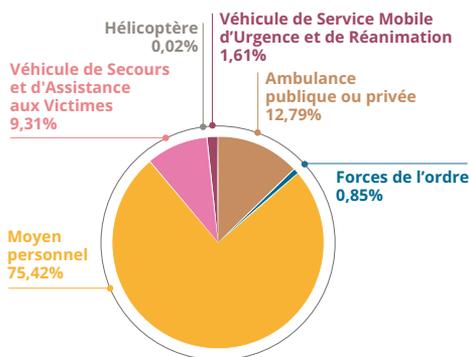


La fréquentation des SU est plus importante en matinée pour les patients de plus de 75 ans et en soirée pour les moins de 18 ans.

RÉPARTITION DES PASSAGES PAR MODE D'ENTRÉE

98,5% des patients qui se présentent aux urgences viennent du domicile ou de son substitut (hébergement médico-social par exemple). Ce mode d'entrée inclut les patients provenant de la voie publique.

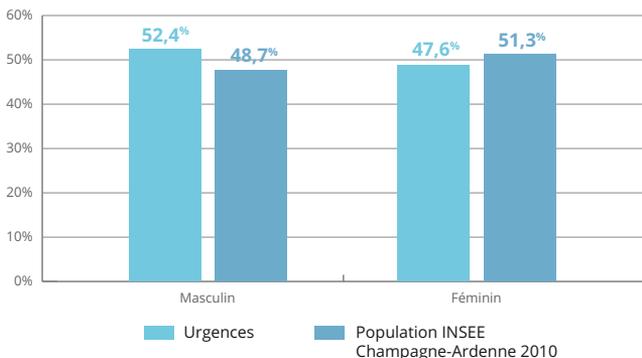
Répartition des passages aux urgences 2013 par mode de transport à l'admission



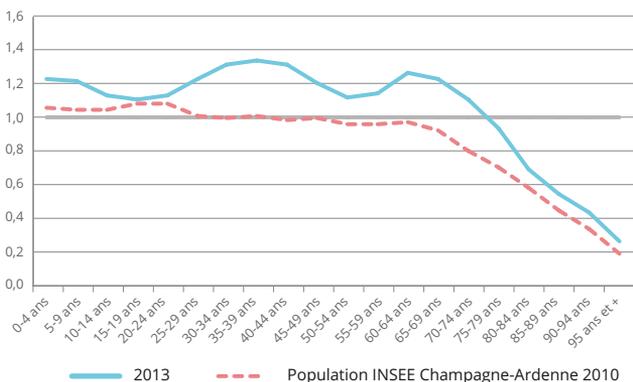
18% de valeurs manquantes sur le mode d'arrivée.
8% de valeurs manquantes sur le mode de transport.

SEXE DES PATIENTS

Répartition des passages aux urgences 2013 par sexe



Evolution du sex-ratio des patients venus aux urgences par âge en 2013

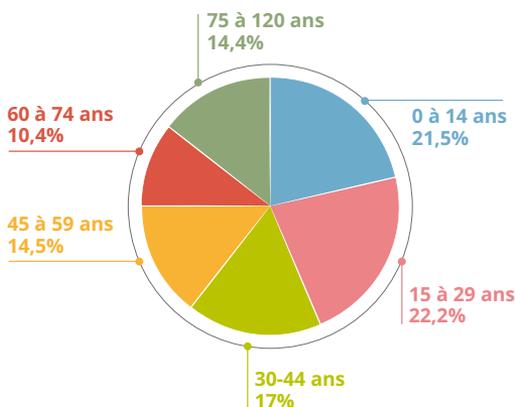


Définition : sex-ratio =
nombre de passages hommes /
nombre de passages femmes

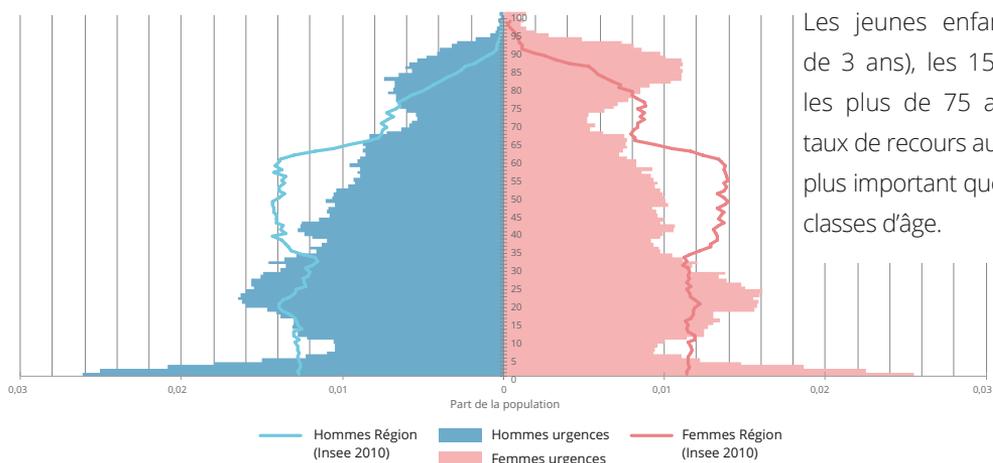
Les passages aux urgences concernent majoritairement les hommes jusqu'à l'âge de 75 ans, et proportionnellement de manière plus importante que la population de Champagne-Ardenne. Après 75 ans la tendance s'inverse, les femmes deviennent majoritaires.

AGE DES PATIENTS

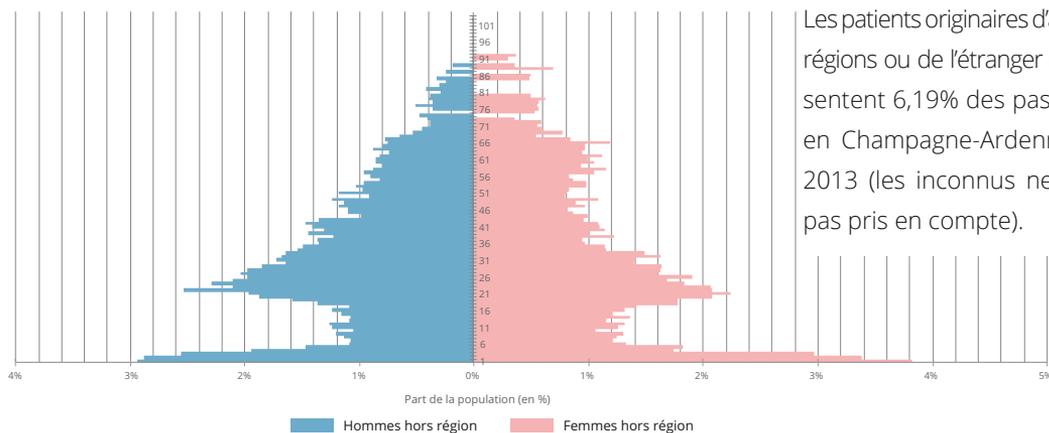
Répartition des patients venus aux urgences en 2013 par classe d'âge



Pyramide des âges des patients venus aux urgences en 2013 (toutes origines confondues)



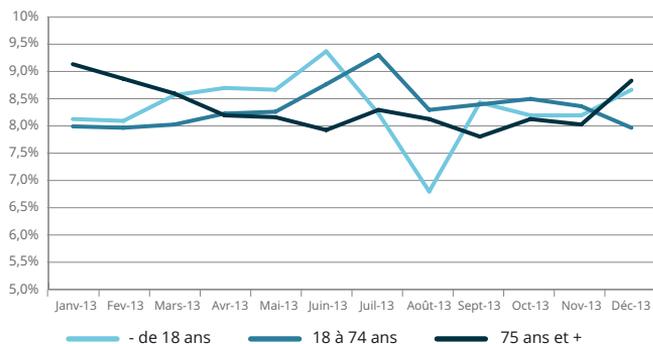
Pyramide des âges des patients originaires d'autres régions ou de l'étranger venus aux urgences en 2013



On observe deux pics de population :

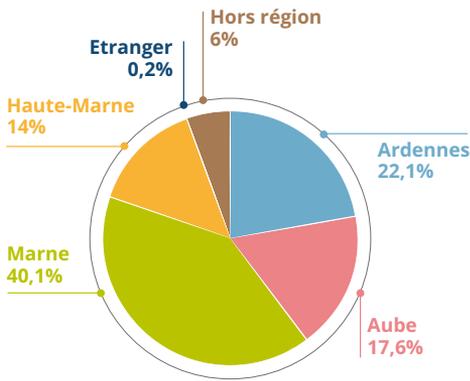
- le premier concerne les enfants de moins de 5 ans,
- le second la tranche comprise entre 16 et 32 ans pour les femmes et 18 et 34 ans pour les hommes. La proportion des personnes âgées est moindre au-delà de 75 ans.

Répartition des patients venus aux urgences en 2013 par classe d'âge et par mois (jours contants)



ORIGINE DES PATIENTS

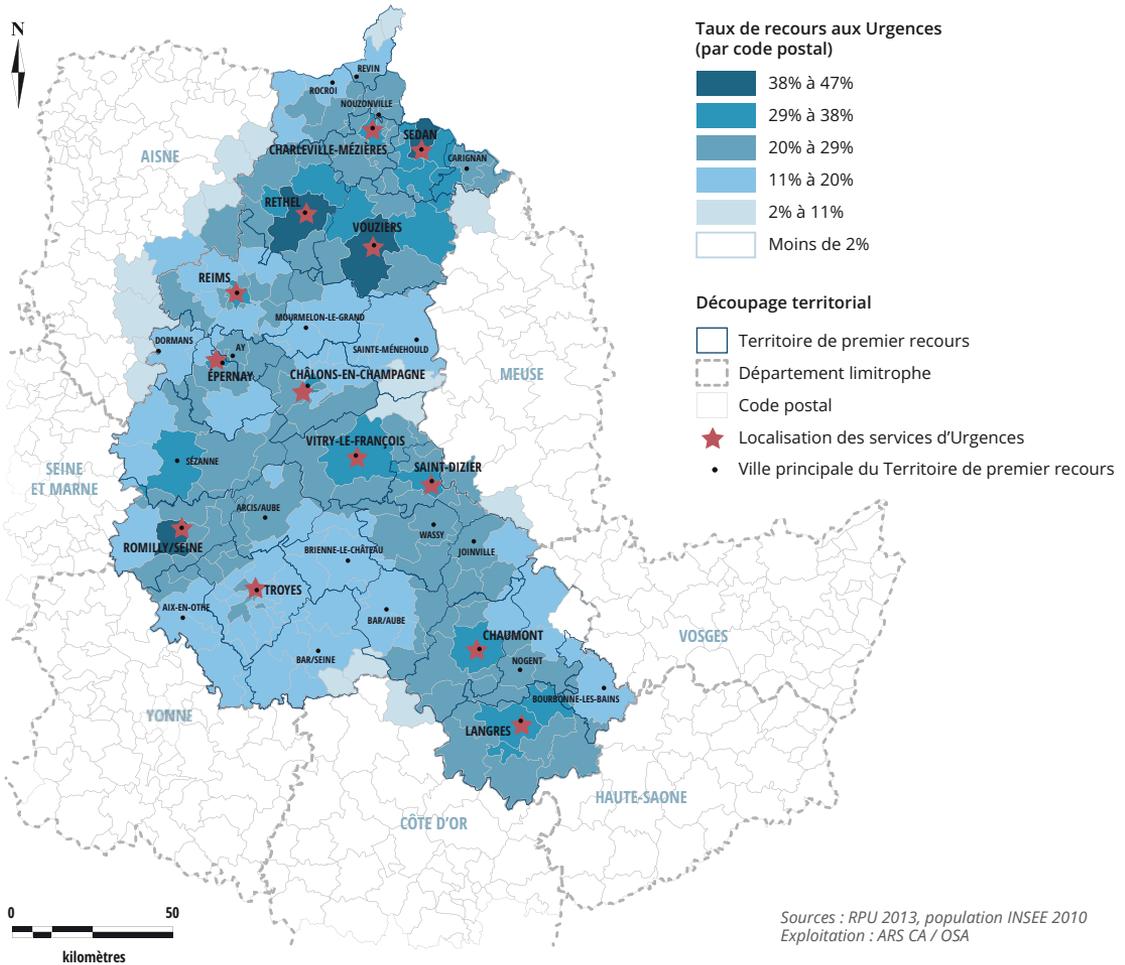
Répartition des patients venus aux urgences en 2013 par origine



Les patients résidants en Champagne-Ardenne représentent près de 94% des passages dans les structures d'urgences de la région.

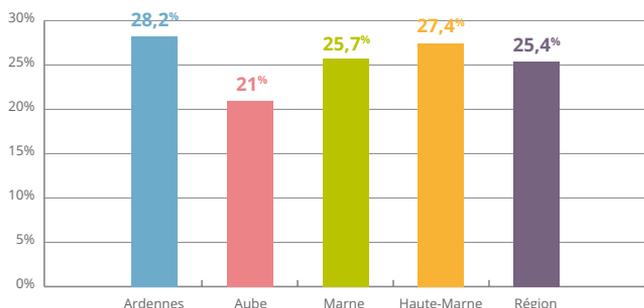
1,7% des patients sans code postal (inconnu ou non rempli).

Taux de recours aux services d'urgences de Champagne-Ardenne en 2013



On observe un taux de recours plus élevé dans les Territoires de Premier Recours les plus proches des structures d'urgences, tendance nettement plus marquée dans les Ardennes et excepté pour la structure d'urgences de Troyes.

Taux de recours par département



Source : INSEE 2010 - RPU 2013.

Définition du taux de recours : nombre de passages aux urgences de la région de patients originaires d'un département / population totale du département.

Source : INSEE 2010.

Le taux de recours n'est pas parfaitement exhaustif puisque nous n'avons pas accès aux données de tous les services d'urgences de la France, en particulier des régions limitrophes.

Ces données permettent néanmoins de remarquer de fortes disparités entre les départements : l'Aube a le taux de recours le plus faible de la région (21%) alors que les Ardennes ont un taux de recours qui s'approche des 30%.

PRISE EN CHARGE

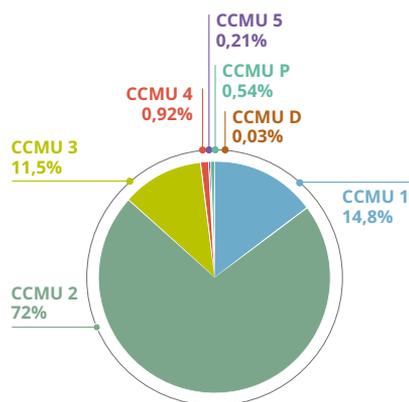
GRAVITÉ

La Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) est utilisée pour estimer la gravité des cas traités. Cette classification répond à une logique médicale, mais son arbre de décision principal est fondé sur un jugement subjectif (état jugé stable ou non), et l'interprétation de ses items n'est pas univoque. Son utilisation est actuellement remise en question par les professionnels, mais elle continue à être exploitée par défaut de disponibilité d'un autre indicateur de gravité.

Le détail de la CCMU est donné en annexe. Les données recueillies sont fragiles, d'une part du fait des différences d'interprétation qui peuvent exister et d'autre part du taux de remplissage incomplet de cette thématique (11,6%). Certains établissements ne remontent aucune gravité par le biais de leurs RPU, d'autres peinent à atteindre les 50% de gravité codée.

Un travail de l'Observatoire sur cette thématique sera mené en 2015.

Répartition des passages en fonction de la gravité



Remarque : Les CCMU non remplies ou mal codées (CCMU 0) ont été exclues.

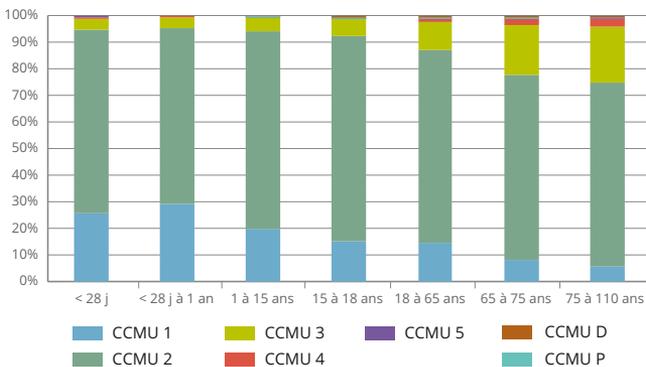
11,6% de valeurs manquantes ou erronées sur la CCMU. Des valeurs 0 apparaissent au CH de Charleville-Mézières alors que ce niveau n'existe pas.

Répartition des CCMU par département en 2013 (hors non renseignés)

	ARDENNES	AUBE	MARNE	HAUTE-MARNE
CCMU 1	6,7%	14,6%	12,9%	29,4%
CCMU 2	60,1%	77,4%	80,2%	59,2%
CCMU 3	31,6%	6,0%	5,3%	9,8%
CCMU 4	1,2%	0,9%	0,7%	1,2%
CCMU 5	0,2%	0,3%	0,1%	0,3%
CCMU D	0,02%	0,05%	0,01%	0,08%
CCMU P	0,2%	0,8%	0,8%	0,1%
Non renseignés (non pris en compte dans les calculs)	17,3%	3,3%	14,8%	5,0%

La disparité entre départements renforce la question de l'utilisation de cet outil et de la cohérence des données recueillies. Rien n'explique a priori de telles variations entre les différents départements. Le taux de remplissage pour cet item varie fortement d'un établissement à l'autre.

Répartition des CCMU par tranche d'âge en 2013

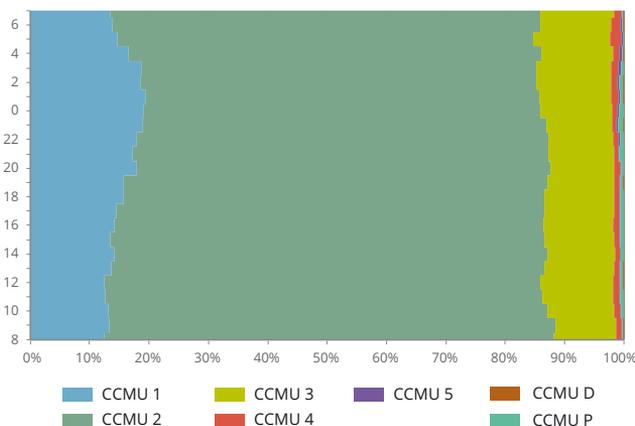


La part des CCMU 3 augmente avec l'âge des patients qui se présentent aux urgences.

Les CCMU « P » représentent moins de 1% des passages pour chaque catégorie d'âge et sont probablement largement sous-estimés.

En effet, 3,7% des RPU possédant un diagnostic exploitable correspondent à une prise en charge psychiatrique.

Répartition des CCMU par heure d'arrivée en 2013



La proportion des CCMU 1 est plus importante durant la période de permanence des soins.

Ce point fait l'objet d'une analyse particulière dans le chapitre « Thématiques transversales ».

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Afin de permettre une analyse de la multiplicité des diagnostics principaux des RPU nous avons fait le choix d'utiliser des regroupements de codes. Le thésaurus de regroupement le plus utilisé dans les Observatoires Régionaux des Urgences est celui élaboré par l'ORUMIP. Il comprend 126 catégories.

Ces données sont à appréhender avec prudence : le taux de remplissage et le taux de validité de ces données varient fortement d'un établissement à l'autre. A noter également, le nombre de diagnostics différents qui fluctue également de manière importante d'un établissement à l'autre.

Liste des diagnostics principaux regroupant plus de 1% de l'activité en 2013

Contusions et lésions superf cutanéomuqueuses (hors plaies et CE)	9,8%
Plaies et corps étrangers cutanéomuqueux	9,2%
Entorses et luxations de membre	6,0%
Fractures de membre	5,2%
Douleur abdominale sans précision	3,5%
Douleurs aiguës et chroniques non précisées, soins palliatifs	3,0%
Demande de certificats, de dépistage, de conseils	2,6%
Angines, amygdalites, rhino-pharyngites, toux	2,2%
Malaises sans PC ou sans précision	2,2%
Traumatismes autres et sans précision	1,8%
Diarrhée et gastro-entérite	1,8%
Douleur précordiale ou thoracique non élucidée	1,7%
Lombalgie, lombo-sciatique, rachis lombaire	1,7%
Arthralgie, arthrites, tendinites, ...	1,6%
Constipation et autre trouble fonctionnel intestinal	1,6%
Traumatismes crâniens	1,4%
Infection des voies urinaires	1,4%
Douleur oculaire, conjonctivites, autre ophtalmo	1,3%
Angoisse, stress, trouble névrotique ou somatoforme	1,3%
Fièvre	1,3%
Otalgie, otites et autres pathologies otologiques	1,2%
Pneumopathie	1,2%

41% des RPU transmis par les établissements de Champagne-Ardenne ne comportent pas de diagnostic valide en 2013.

Remarque : les RPU qui ne comportent pas de diagnostic valide ont été exclus des calculs de ces pourcentages.

L'amélioration du codage des diagnostics des RPU est un axe de travail important. Certaines catégories de diagnostics restent imprécises et sont pourtant largement utilisées. On retrouve par exemple « douleurs aiguës et chroniques non précisées » ou encore « autres pathologies et signes généraux ».

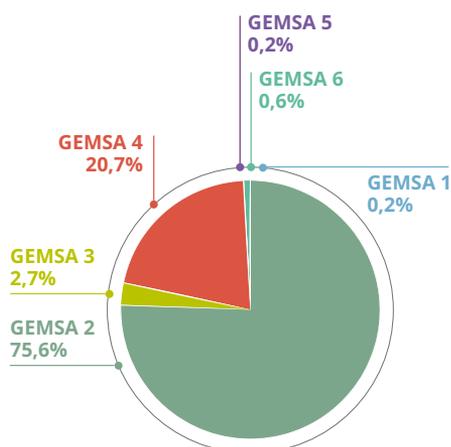
Nombre de diagnostics principaux différents par établissement

ETABLISSEMENT	NB DE DP DIFFÉRENTS	TAUX DE DP REMPLIS	TAUX DE DP VALIDES
CH Troyes	1942	95,9%	96 ,3%
CH Chaumont	1824	99,2%	99,3%
CH Saint-Dizier	1787	78%	78,3%
CH Langres	1727	94,6%	94,6%
GHAM Romilly-sur-Seine	1658	97,2%	98,2%
CH Châlons-en-Champagne	1578	97,9%	97,4%
CH Epernay	1382	98,3%	99,6%
GHSA Rethel - Vouziers	1371	98,4%	98,5%
CH Vitry-le-François	1189	98,8%	98,9%
CHU Reims - Urgences pédiatriques	1053	53,6%	54,4%
CH Sedan	740	47,1%	49,3%
CH Charleville-Mézières	567	99%	0,2%
CHU Reims - Urgences adultes	498	3,6%	5,9%
Polyclinique Courlancy	0	-	-
Polyclinique Saint-André	0	-	-

GEMSA

Le GEMSA (Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil) est une classification répartissant en 6 groupes les patients selon leur mode d'admission ou de sortie. Le détail de la classification est proposé en annexe.

Répartition des passages par GEMSA



Pas de GEMSA renseigné dans 21,9% des RPU transmis par les ES.

Remarque : Ce graphique ne prend en compte que les RPU pour lesquels un GEMSA est renseigné (78,1%).

Deux établissements de la région ne transmettent que peu voire pas de GEMSA :

- le Centre Hospitalier de Sedan (0% transmis),
- le Centre Hospitalier de Troyes (1,9% transmis puisque la transmission des GEMSA a débuté en décembre 2013).

Par ailleurs, la fiabilité du codage du GEMSA est à conforter, en effet :

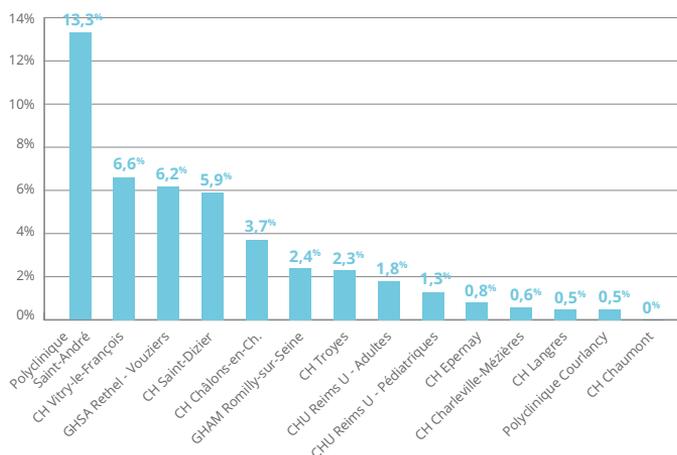
- 12,9% des GEMSA 1 ont pour mode de sortie « Décès » (valeur attendue : 100%) ;
- 89,9% des GEMSA 4 ont pour mode de sortie « Mutation » ou « Transfert » (valeur attendue : 100%) ;
- 85,4% des GEMSA 5 ont pour mode de sortie « Mutation » ou « Transfert » (valeur attendue : 100%).

Répartition des passages par GEMSA par établissement en 2013

	GEMSA 1	GEMSA 2	GEMSA 3	GEMSA 4	GEMSA 5	GEMSA 6	INCONNU*
Ardennes							
CH Charleville-Mézières	0,1%	77,7%	0,6%	21,2%	0,0%	0,4%	1,0%
	29	31 121	258	8 510	16	141	
GHSA Rethel Vouziers	0,1%	72,6%	6,2%	19,4%	0,2%	1,5%	0,4%
	9	13 043	1116	3 489	32	267	
Aube							
CH Troyes	0,1%	65,2%	2,3%	30,5%	1,7%	0,1%	98,1%
	1	645	23	302	17	1	
GHAM Romilly-sur-Seine	0,3%	85,2%	2,4%	11,3%	0,5%	0,4%	1,7%
	60	16 876	467	2 230	92	86	
Marne							
CH Châlons-en-Champagne	0,1%	69,9%	3,7%	25,7%	0,1%	0,5%	2,1%
	15	17 529	936	6 439	36	126	
CH Epernay	0,2%	74,8%	0,8%	23,7%	0,1%	0,4%	1,9%
	38	14 983	166	4 756	18	72	
CH Vitry-le-François	0,2%	69,4%	6,6%	22,8%	0,5%	0,6%	1,4%
	22	9 498	899	3 115	64	79	
CHU Reims 0-15 ans	0,6%	87,5%	1,3%	10,4%	0,1%	0,1%	1,9%
	144	20 824	318	2 484	18	23	
CHU Reims + de 16 ans	0,1%	72,2%	1,8%	25,2%	0,1%	0,6%	0,5%
	46	33 280	830	11 605	62	290	
Polyclinique Courlancy	0,2%	82,8%	0,5%	16,3%	0,1%	0,1%	3,1%
	33	12 304	70	2 420	22	12	
Polyclinique Saint-André	0,1%	85,2%	13,3%	1,5%	0,0%	0,0%	26,5%
	7	8 484	1322	146	3	1	
Haute-Marne							
CH Chaumont	0,0%	67,8%	0,0%	31,4%	0,1%	0,6%	0,0%
	2	12 752	3	5 913	13	122	
CH Langres	0,2%	73,4%	0,5%	23,1%	0,3%	2,4%	0,6%
	33	9 858	68	3 109	36	328	
CH Saint-Dizier	0,1%	70,5%	5,9%	21,5%	1,4%	0,5%	12,4%
	18	15 919	1 335	4 856	324	114	

* Non pris en compte dans l'analyse.

Part des GEMSA 3 par établissement en Champagne-Ardenne en 2013



Remarque : pour ce calcul, les RPU non renseignés pour l'item « GEMSA » ont été exclus.

La codification des GEMSA 3 est source d'erreurs. En effet plusieurs notions peuvent se confondre lors du codage :

- Un patient se présentant aux urgences et qui sera convoqué pour un suivi des soins aux urgences (qui sera GEMSA 3 lors de son retour) ;
- Le patient venant aux urgences suite à une re-convocation et qui correspond au véritable GEMSA 3 ;
- Un patient qui ne passe par les urgences que pour des raisons organisationnelles.

TEMPS DE PASSAGE

Les données relatives au temps de passage sont traitées afin d'éliminer les valeurs extrêmes correspondant à des erreurs de saisie (RPU dont le temps de passage est inférieur à 10 minutes ou supérieur à 24h).

Le temps médian de passage des patients aux urgences dans les établissements champardennais en 2013 est de 2 heures 12 minutes, le temps moyen est de 3 heures 23 minutes.

Définition du temps de passage : intervalle de temps compris entre l'heure d'entrée du patient et sa sortie de la structure d'urgences selon les horaires notés sur le dossier.

Temps de passage en 2013 : médiane et moyenne par département

DÉPARTEMENT	MOYENNE DU TEMPS DE PASSAGE	MÉDIANE DU TEMPS DE PASSAGE	TAUX DE RPU COMPLETS POUR LE TEMPS DE PASSAGE
Ardennes	02:57	01:51	100%
Aube	03:19	02:34	99,7%
Marne	03:33	02:07	90,8%
Haute-Marne	03:37	02:29	99,8%

Le temps de passage n'est pas renseigné dans 4,12% des RPU.

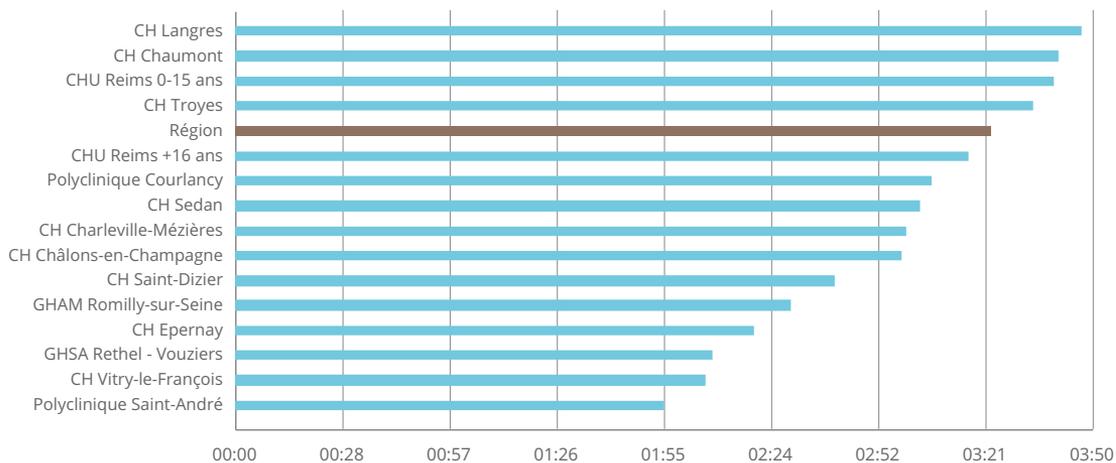
2,08% des RPU sont exclus du fait de temps de passages extrêmes (< 10 minutes > 24 h).

Au total, 6,20% des RPU ne sont pas exploités dans ces calculs.

Temps de passage en 2013 : médiane et moyenne par établissement

ETABLISSEMENT	MOYENNE DU TEMPS DE PASSAGE	MÉDIANE DU TEMPS DE PASSAGE
Ardennes		
CH Charleville-Mézières	03:00	01:59
CH Sedan	03:04	02:30
GHSA Rethel - Vouziers	02:08	01:05
Aube		
CH Troyes	03:34	02:58
GHAM Romilly-sur-Seine	02:29	01:48
Marne		
CH Châlons-en-Champagne	02:59	02:15
CH Epernay	02:19	01:52
CH Vitry-le-François	02:06	01:36
CHU Reims - urgences pédiatriques	03:40	02:31
CHU Reims - urgences adultes	03:17	02:33
Polyclinique Courlancy	03:07	02:00
Polyclinique Saint-André	01:55	01:17
Haute-Marne		
CH Chaumont	03:41	03:07
CH Langres	03:47	02:23
CH Saint-Dizier	02:41	02:10

Temps de passage en 2013 : moyenne par établissement

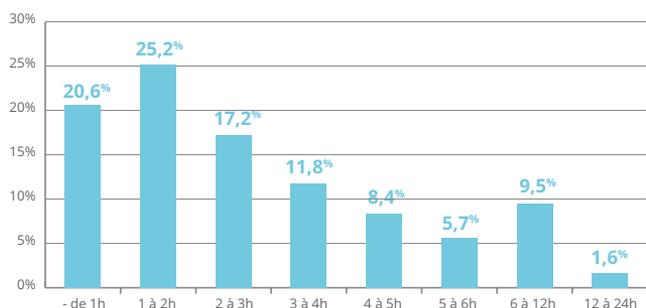


Les regroupements utilisés ont été déterminés par le RESURCA en fonction du volume d'activité des services. Ces regroupements sont utilisés dans les tableaux de bord mensuels diffusés aux établissements.

Temps de passage moyen et médian en 2013 par type d'établissement

GROUPE	ETABLISSEMENTS	MOYENNE TEMPS DE PASSAGE	MÉDIANE TEMPS DE PASSAGE
0	CHU Reims - urgences pédiatriques	03:40	02:31
1	CH Charleville-Mézières, CH Troyes, CHU Reims - urgences adultes	03:18	02:31
2	CH Châlons-en-Champagne, CH Epernay, CH Sedan, CH Saint-Dizier	02:46	02:11
3	CH Chaumont, CH Langres, CH Vitry-le-François, Polyclinique Courlancy, Polyclinique Saint-André, GHAM Romilly-sur-Seine, GHSA Rethel - Vouziers	02:47	01:52

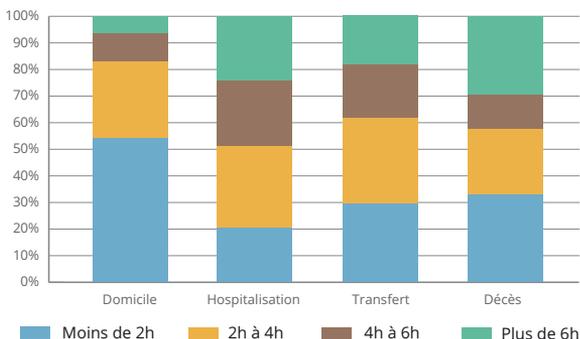
Répartition des passages en fonction du temps de passage en 2013



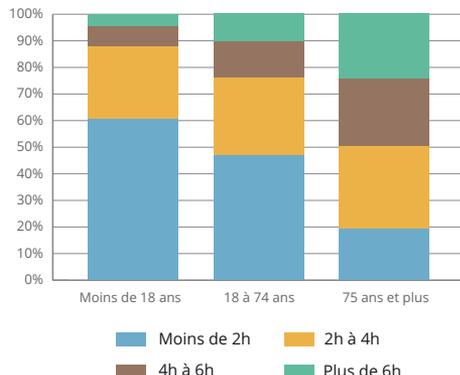
En 2013, 20,6% des patients ont un temps de passage aux urgences inférieur à 1 heure, et 74,8% ont un temps de passage de moins de 4 heures.

CLASSE D'ÂGE	TEMPS DE PASSAGE MÉDIAN
- de 18 ans	01:37
De 18 à 75 ans	02:11
75 ans et plus	03:59

Répartition des temps de passage en fonction de l'orientation du patient à sa sortie

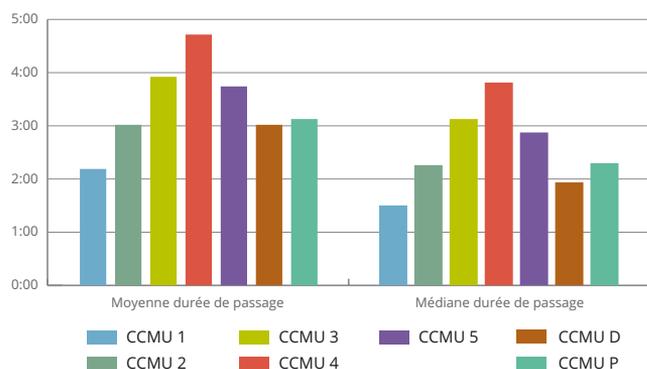


Répartition des temps de passage en fonction de la classe d'âge



L'orientation « Décès » ne figure que dans 163 RPU. Les données sont donc très fragiles.

Répartition des temps de passage en fonction de la gravité



10 diagnostics pour lesquels le temps de passage moyen est le plus long en 2013 en Champagne-Ardenne

LIBELLÉ DU TYPE DE PATHOLOGIE (THÉSAURUS ORUMIP)	MOYENNE TEMPS DE PASSAGE (EN HEURES : MINUTES)
Insuffisance rénale	05:39
Embolie pulmonaire	05:37
AEG, asthénie, syndrome de glissement	05:35
Pancréatite aiguë et autre atteinte du pancréas	05:26
Ascite, ictère et hépatopathie	05:24
Occlusion toute origine	05:20
Péritonite toute origine	05:18
Pleurésie et épanchement pleural	05:17
Désorientation et troubles cognitifs	05:16
Septicémies et sepsis	05:14

10 diagnostics pour lesquels le temps de passage moyen est le plus court en 2013 en Champagne-Ardenne

LIBELLÉ DU TYPE DE PATHOLOGIE (THÉSAURUS ORUMIP)	MOYENNE TEMPS DE PASSAGE (EN HEURES : MINUTES)
Soins de contrôle, surveillances et entretien	01:15
Sujet en contact avec une maladie transmissible	01:32
Piqûres d'arthropodes, d'insectes, ...	01:41
Otalgie, otites et autres pathologies otologiques	01:49
Demande de certificats, de dépistage, de conseils	01:53
Douleur dentaire, stomatologie	01:53
Viroses cutanéomuqueuses	01:55
Plaies et corps étrangers cutanéomuqueux	01:56
Lésions de l'oeil ou de l'orbite	01:59
Mycoses, parasitoses et autres infections cutanées	02:03

Le délai d'attente avant prise en charge médicale n'est pas présenté ici. La difficulté de repérer précisément l'heure de début de la prise en charge médicale (a fortiori pour les gravités élevées), la multiplicité des situations, des organisations, la gestion de l'urgence rendent le recueil de ce délai variable et très **fragile** d'un établissement à l'autre. Pour près de 30% des RPU, nous ne disposons pas de délai d'attente avant prise en charge médicale, sans compter les valeurs extrêmes qui devraient être exclues.

Un travail, mené par l'ORU-CA, devrait permettre d'améliorer la **fiabilité** de cet indicateur. Ce travail reposera sur :

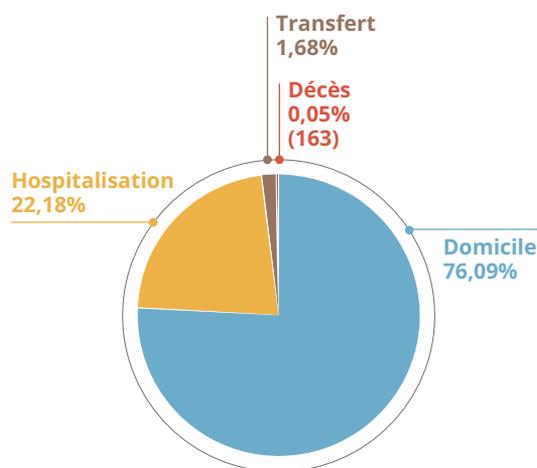
- **un relevé des pratiques** au sein des établissements afin de comprendre l'organisation en place, la manière dont est pointé le début de la prise en charge médicale pour chaque patient ;
- **un accompagnement** des établissements en lien avec les **éditeurs** de logiciels pour assurer une fiabilité de ces données ;
- **des tests de cohérence** pour vérifier par exemple la cohérence entre délai d'attente avant prise en charge médicale et gravité (CCMU), etc.

SORTIE ET DEVENIR DES PATIENTS

Le terme « **mutation** » utilisé dans les RPU correspond aux situations dans lesquelles le malade est hospitalisé vers une autre unité médicale de la **même entité juridique**. Pour plus de clarté, c'est le terme « **hospitalisation** » qui est donc employé dans ce chapitre.

Les transferts concernent les hospitalisations des malades dans une autre entité juridique.

Répartition des passages en fonction du devenir des patients (mode de sortie) en 2013

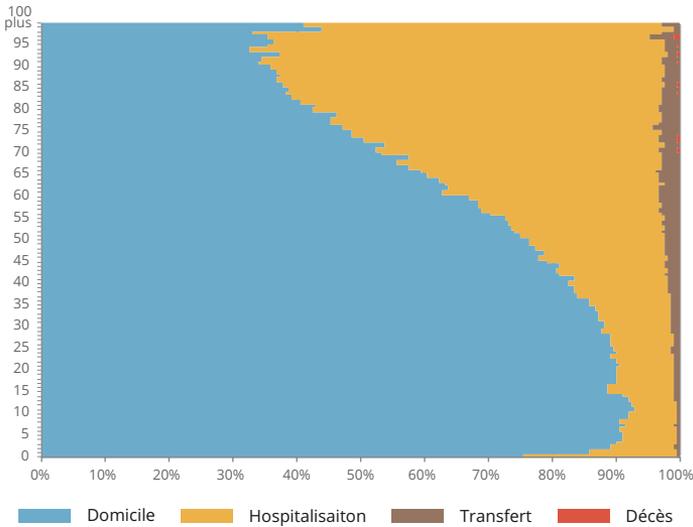


Les éléments de sortie du patient ne sont pas exploitables ou non renseignés dans 2,6% des RPU.

Le nombre de décès semble relativement faible. Il s'agit probablement d'une pratique de certains établissements qui considèrent le patient décédé aux urgences comme administrativement hospitalisé à l'UHCD.

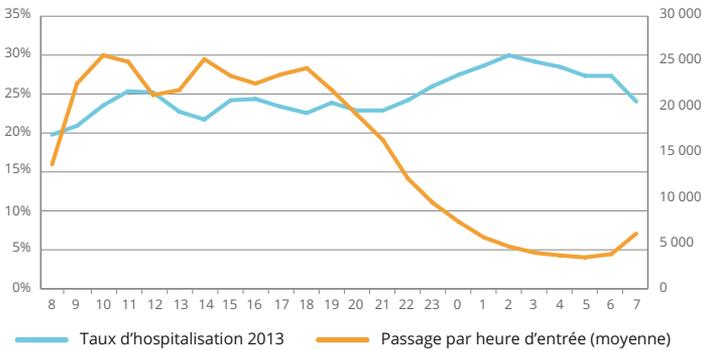
Une partie des décès survenus aux urgences est donc probablement comptée dans les hospitalisations.

Répartition des passages en fonction du mode de sortie et de l'âge en 2013



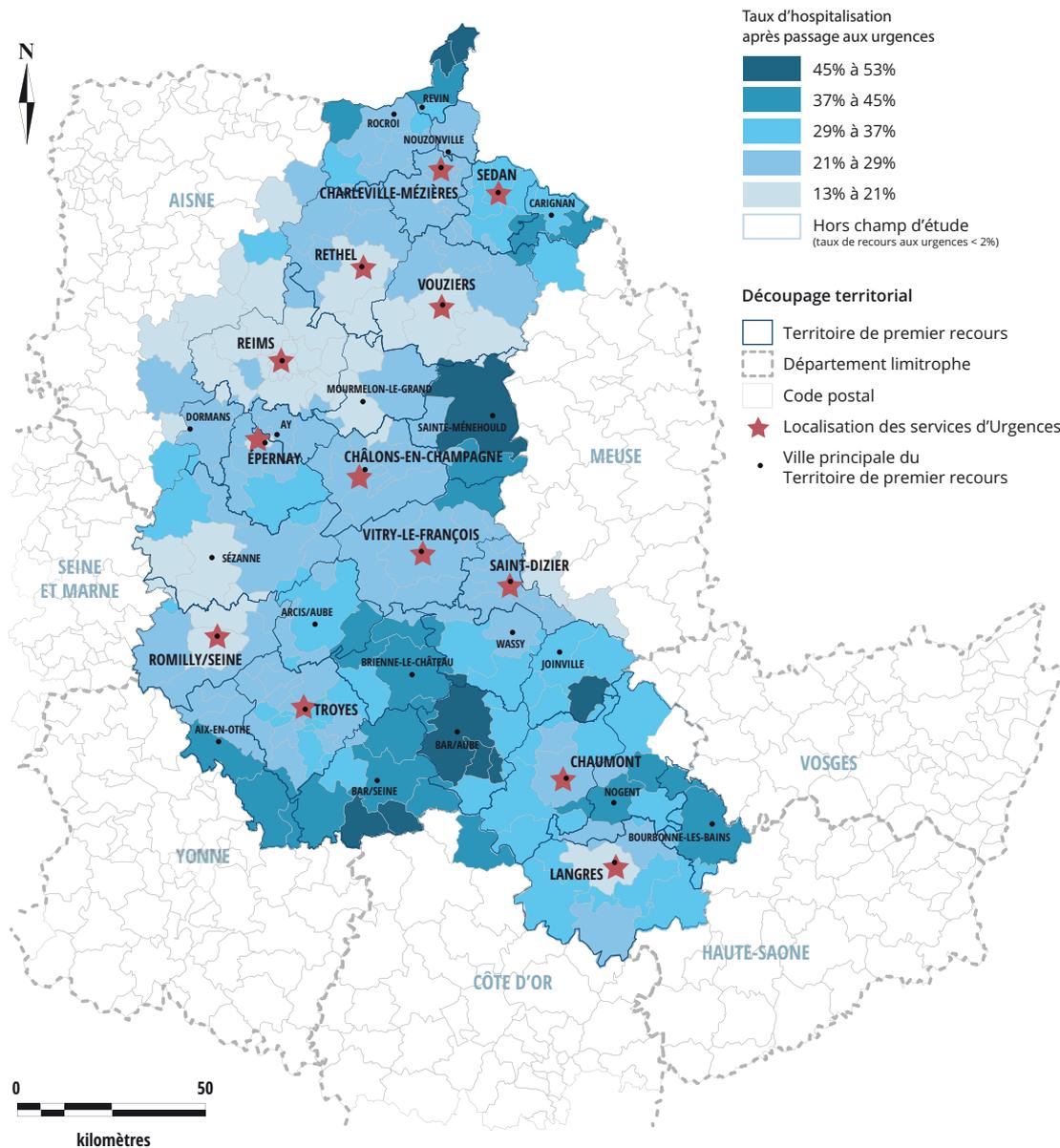
Le taux d'hospitalisation augmente avec l'âge en dehors des âges extrêmes : il est plus élevé avant deux ans et décroît après 98 ans.

Taux d'hospitalisation par heure d'entrée en 2013



On retrouve dans la courbe d'hospitalisation trois pics qui suivent de quelques heures les pics d'activité liés à l'entrée des patients aux urgences. Il faut noter l'inversion des courbes à partir de 20 heures, lorsque le taux d'hospitalisation continue de croître jusqu'à 2 heures alors que le nombre de passages par heure d'entrée diminue.

Taux d'hospitalisation après passage aux urgences en Champagne-Ardenne en 2013 par code postal



Sources : RPU 2013, INSEE 2010
Exploitation : ARS CA / OSA

Les territoires où l'on constate un taux d'hospitalisation plus élevé sont pour la plupart superposables aux territoires où l'on rencontre la densité de population des plus de 75 ans importante (cf. chapitre Thématiques Transversales).

10 diagnostics pour lesquels le taux d'hospitalisation et de transfert est le plus élevé

LIBELLÉ DU TYPE DE PATHOLOGIE (THÉSAURUS ORUMIP)	TAUX D'HOSPITALISATION
Infarctus du myocarde	97,70%
Septicémies et sepsis	97,10%
Embolie pulmonaire	96,60%
Appendicite et autre pathologie appendiculaire	95,20%
Pancréatite aiguë et autre atteinte du pancréas	94,40%
Insuffisance respiratoire aiguë	94,20%
AVC, AIT, hémiplégie et syndrômes apparentés	93,10%
Insuffisance cardiaque	92,70%
Péritonite toute origine	92,10%
Insuffisance rénale	91,30%

10 diagnostics pour lesquels le taux de retour à domicile est le plus élevé

LIBELLÉ DU TYPE DE PATHOLOGIE (THÉSAURUS ORUMIP)	TAUX DE RETOUR À DOMICILE
Réorientations, fugues, refus de soins	100,00%
Sujet en contact avec une maladie transmissible	99,60%
Piqûres d'arthropode, d'insectes, ...	98,00%
Soins de contrôle, surveillances et entretien	97,70%
Lésions de l'oeil ou de l'orbite	97,00%
Demande de certificats, de dépistage, de conseils	97,00%
Douleur oculaire, conjonctivites, autre ophtalmo	97,00%
Entorses et luxations de membre	96,90%
Contusions et lésions superf cutanéomuqueuses (hors plaies et CE)	96,50%
Otalgie, otites et autres pathologies otologiques	96,10%

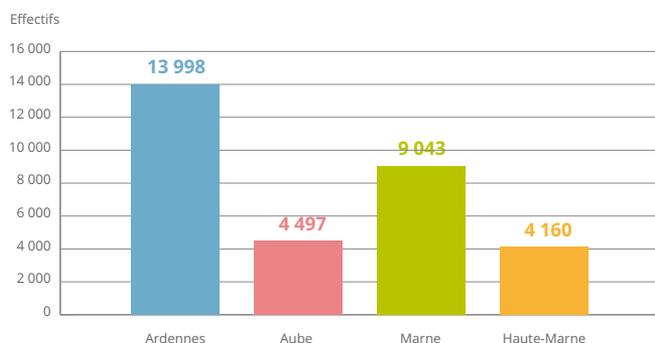
ACTIVITÉ DES UNITÉS D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE

Les informations exploitées dans ce chapitre sont issues des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.

Remarque : Le Centre Hospitalier de Vitry-le-François ne remonte pas de données relatives à l'UHCD dans le PMSI.

En 2013, 31 698 séjours en UHCD ont été réalisés en Champagne-Ardenne et enregistrés dans le PMSI dont 18 295 séjours exclusivement en UHCD (Mono-RUM).

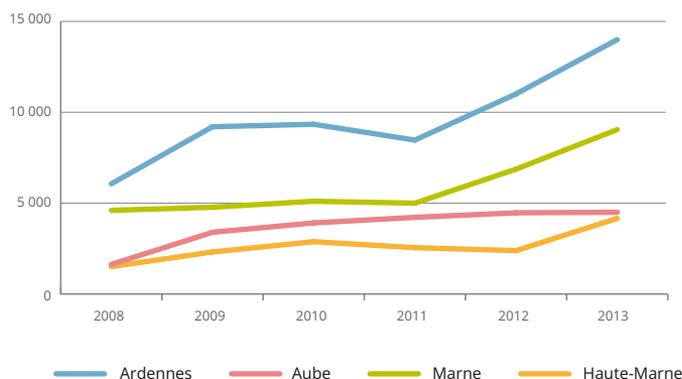
Nombre de séjours UHCD en 2013 par département



Ardennes	44,1%
Aube	14,2%
Marne	28,6%
Haute-Marne	13,1%

Source : PMSI 2013

Evolution du nombre de séjours UHCD en 2013 par département



Source : PMSI 2013

Répartition des séjours UHCD Mono-RUM par mois de sortie (jours constants)



Source : PMSI 2013

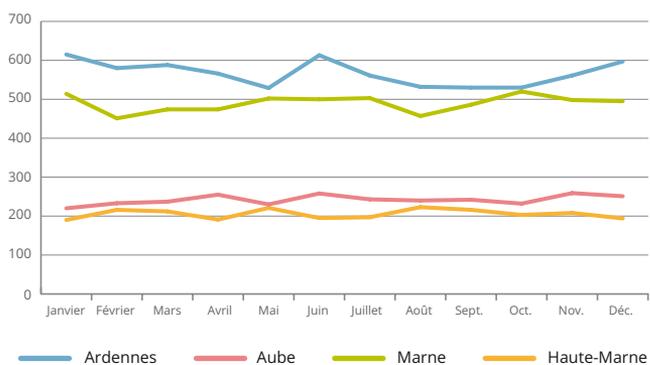
18 295 séjours ont été réalisés en UHCD (Mono-RUM) en région en 2013.

Répartition des séjours UHCD Multi-RUM par mois de sortie (jours constants)



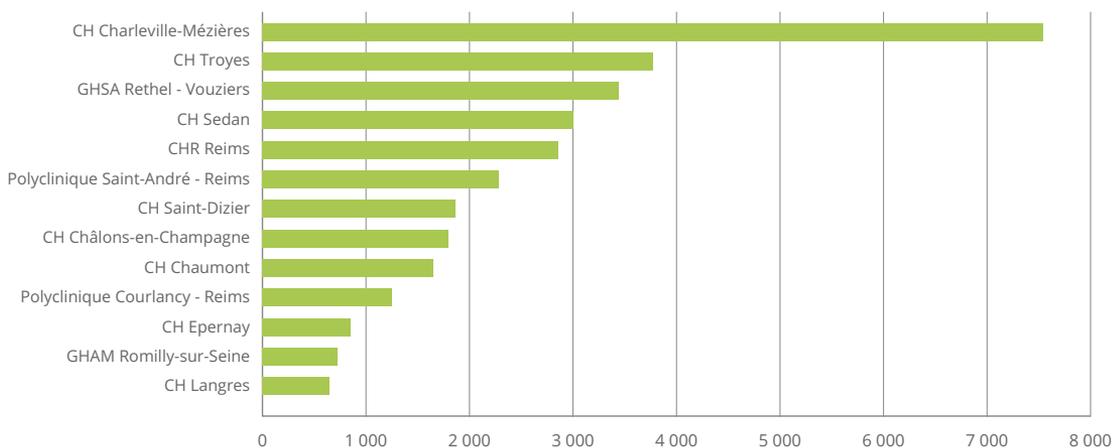
Source : PMSI 2013

Répartition des séjours UHCD Mono-RUM par mois et par département (jours constants)



Source : PMSI 2013

Répartition des séjours UHCD 2013 par établissement



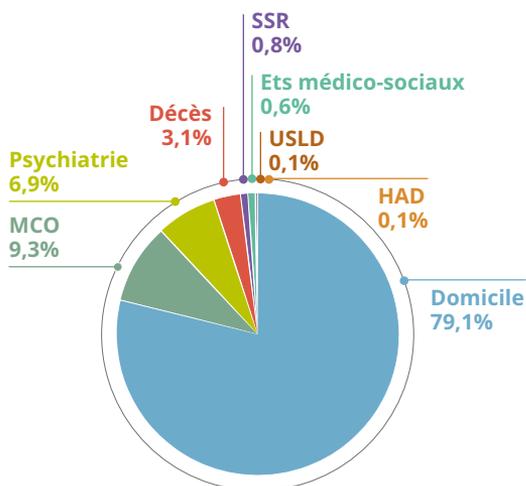
Source : PMSI 2013

Liste des diagnostics principaux les plus fréquents

DIAGNOSTIC PRINCIPAL	NB	%
Intoxications aiguës non alimentaires	3520	19%
Douleurs abdominales, pathologies digestives	2497	14%
Douleurs thoraciques, pathologies cardio-vasculaires	1936	11%
Céphalées, pathologies neurologiques hors SNP	1347	7%
Troubles du psychisme, pathologies psychiatriques	1308	7%
Douleurs pelviennes, pathologies uro-génitales	1158	6%
Dyspnées, pathologies des voies aériennes inférieures	1121	6%
Traumatologie de la tête et du cou	1112	6%
Malaises, lipothymies, syncopes, étourdissements et vertiges	866	5%
Douleurs de membre, rhumatologie, orthopédie, SNP	787	4%
Signes généraux et autres pathologies	749	4%
Traumatologie du membre supérieur	374	2%
Dermato-allergologie et atteintes cutanéomuqueuses	317	2%
Traumatologie thoraco-abdomino-pelvienne	304	2%
ORL, ophtalmo, stomato et carrefour aéro-digestif	296	2%
Fièvre et infectiologie générale	175	1%
Autres recours aux urgences	173	1%
Traumatologie du membre inférieur	173	1%
Traumatologie autre et sans précision	82	0%

Source : PMSI 2013

Répartition des séjours Mono-RUM par mode de sortie



Sources : PMSI 2013

Durée Moyenne de Séjour (DMS) en UHCD par établissement

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	NOMBRE DE SÉJOURS	DMS Mono-RUM (en jours)
CH Sedan	1 386	0,4
CH Charleville-Mézières	3 396	0,5
GHSR Rethel - Vouziers	2 115	0,3
CH Troyes	2 400	0,9
GHAM Romilly-sur-Seine	539	0,8
CHR de Reims	1 910	1,0
CH Châlons-en-Champagne	1 177	1,0
CH Epernay	638	0,6
Polyclinique Courlancy - Reims	1 254	0,5
Polyclinique Saint-André - Reims	981	0,7
CH Chaumont	902	0,8
CH Langres	423	0,8
CH Saint-Dizier	1 174	0,9

Source : PMSI 2013

ACTIVITÉ DES SAMU ET DES SMUR

L'ACTIVITÉ DES SAMU

Les informations exploitées dans ce chapitre sont issues des données recueillies dans ARDAH (serveur de veille et d'alerte en région). Ces données sont transmises quotidiennement par les 4 SAMU.

Définition : les dossiers de régulation correspondent à l'ensemble des dossiers créés (le plus souvent automatiquement au décroché) moins les faux appels (erreurs de numéros, appelants raccrochant entre temps, tests, etc.), les appels administratifs (changements de garde, appels divers, etc.) et les appels pour un dossier déjà ouvert (bilans, échanges multiples pour les transferts, etc).

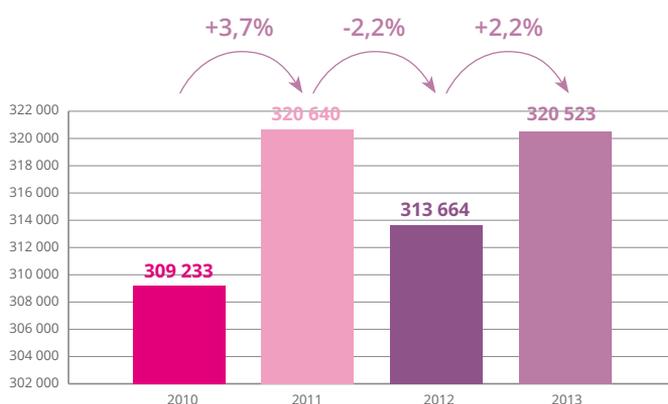
La plateforme ARDAH utilise la terminologie « d'affaires traitées » correspondant au terme « dossier de régulation ». SAMU de France et la Société Française de Médecine d'Urgence préconisent dans leur « Référentiel et Guide d'évaluation » de juin 2013 de ne plus employer le terme d' « affaires traitées »⁽¹⁾.

Nous n'utiliserons donc que le terme de dossier de régulation dans ce document.

En 2013, on recense **320 523 dossiers de régulation en Champagne-Ardenne**, avec une évolution de 2,2% par rapport à 2012.

Le taux de dossiers de régulation est de 240 pour 1000 habitants (démographie 2011, dernière année disponible pour les chiffres de population de l'INSEE).

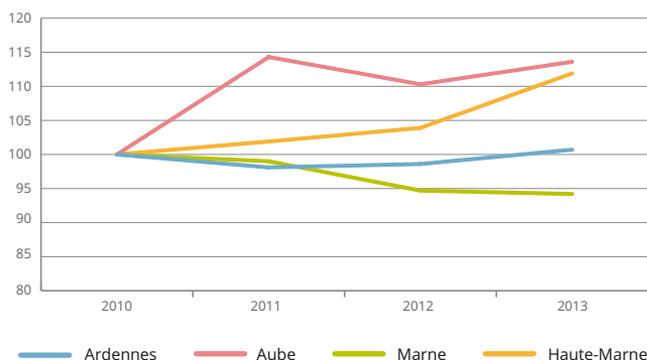
Evolution du nombre de dossiers de régulation renseignés dans ARDAH en Champagne-Ardenne entre 2010 et 2013



Source : ARDAH

(1) « Définition et standardisation des données », 24/03/2009, SDF et SFMU.

Evolution du nombre de dossiers de régulation en Champagne-Ardenne par département entre 2010 et 2013 (base 100 en 2010)

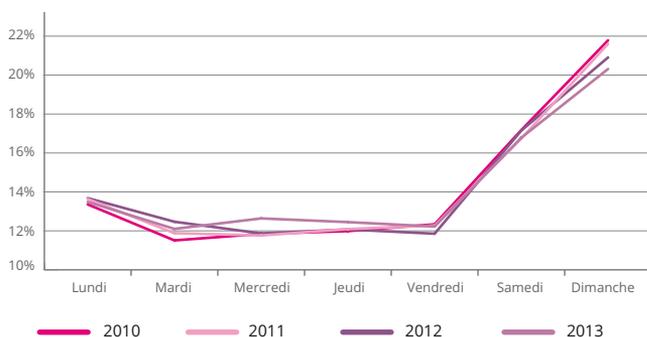


DÉPARTEMENT	NB DOSSIERS RÉGULATION 2013
Ardennes	87 711
Aube	106 532
Marne	92 045
Haute-Marne	34 235

Source : ARDAH

L'évolution de l'activité des centres 15 n'est pas homogène en région, elle est en augmentation dans les départements de l'Aube et de la Haute-Marne, alors que celle de la Marne et des Ardennes reste stable.

Répartition des dossiers de régulation en Champagne-Ardenne par jour de la semaine entre 2010 et 2013 (jours constants)



La fluctuation journalière de l'activité des Centre 15 est superposable dans les 4 départements.

Il existe une nette prédominance de l'activité de régulation durant les week-ends, qui représentent jusqu'à 40% de l'activité totale.

Source : ARDAH

Répartition des dossiers de régulation en Champagne-Ardenne par mois de l'année entre 2010 et 2013 (jours constants) et évolution



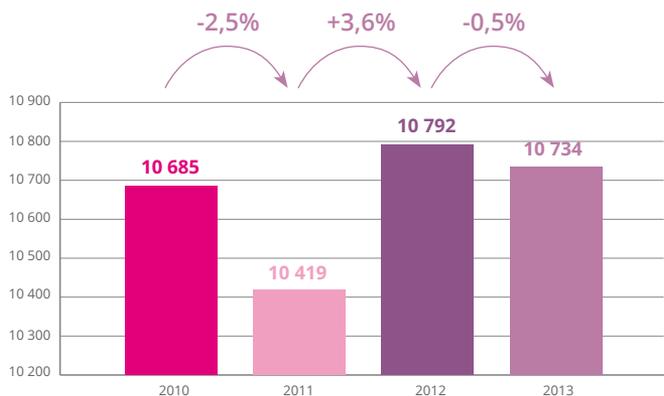
Source : ARDAH

L'ACTIVITÉ DES SMUR

Les données d'activité des SMUR sont issues d'extraction de la base ARDAH (serveur de veille et d'alerte de la région). La qualité de renseignement de l'activité des SMUR est inhomogène et incomplète. En effet le SMUR de Sedan n'a pas saisi son activité, et celle du GHAM est incomplète, représentant environ 10% de l'activité régionale en 2012. Une prudence est donc nécessaire dans l'interprétation de ces éléments.

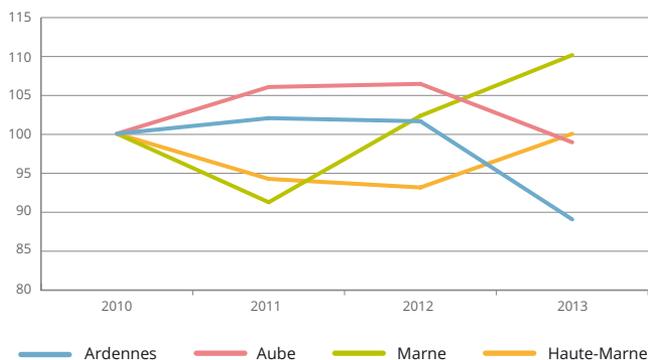
Les SMUR de la région ont réalisé durant l'année 2013, 10 734 interventions primaires, 2596 secondaires et 364 primo-secondaires pour un total de 13 694 interventions, soit une parfaite stabilité par rapport à 2012.

Evolution du nombre d'interventions SMUR primaires en Champagne-Ardenne entre 2010 et 2013



Source : ARDAH

Evolution du nombre d'interventions SMUR primaires en Champagne-Ardenne par département entre 2010 et 2013 (base 100 en 2010)

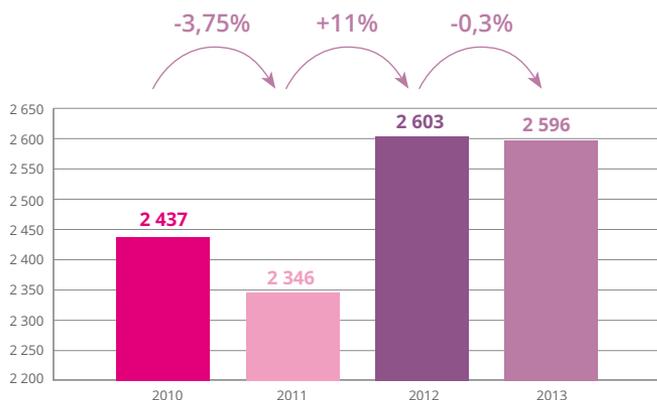


DÉPARTEMENT	NB INTERVENTION 2013
Ardennes	2 329
Aube	2 155
Marne	3 942
Haute-Marne	2 308

Source : ARDAH

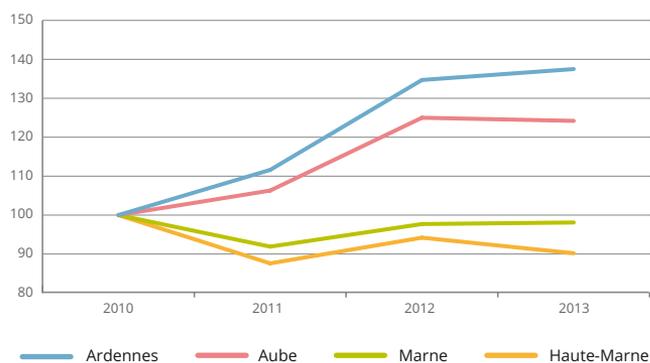
L'activité régionale des SMUR est restée globalement stable entre 2010 et 2013. Par contre si l'on observe les variations départementales, on note une augmentation de 10% de l'activité de la Marne et une diminution de 11% de celle des Ardennes.

Evolution du nombre d'interventions SMUR secondaires (transferts) en Champagne-Ardenne entre 2010 et 2013



Source : ARDAH

Evolution du nombre d'interventions SMUR secondaires (transferts) par département en Champagne-Ardenne entre 2010 et 2013 (base 100 en 2010)

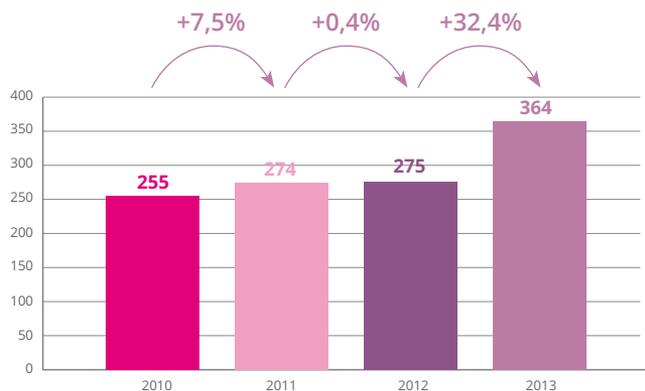


DÉPARTEMENT	NB INTERVENTION 2013
Ardennes	499
Aube	472
Marne	1 203
Haute-Marne	422

Source : ARDAH

Sans qu'elle puisse être expliquée par des modifications de pratiques ou d'offre de soins, on note une augmentation importante du recours aux transferts secondaires dans les départements des Ardennes et de l'Aube.

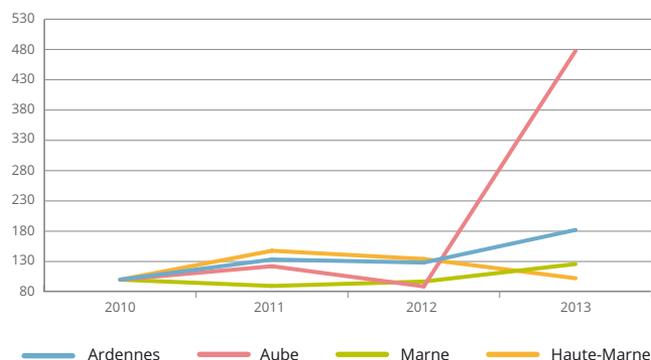
Evolution du nombre d'interventions SMUR primo-secondaires (transferts) par département en Champagne-Ardenne entre 2010 et 2013



Source : ARDAH

Définition : une intervention primo-secondaire est une mission pour laquelle un SMUR vient en jonction d'un SMUR déjà engagé pour la prise en charge d'un patient. Cette notion d'intervention primo-secondaire est encore présente dans ARDAH. A compter de 2015, elle sera abandonnée en application des recommandations du Référentiel et guide d'évaluation des SMUR publié en juin 2013 par Samu Urgences de France et la SFMU.

Evolution du nombre d'interventions SMUR primo-secondaires (transferts) par département en Champagne-Ardenne entre 2010 et 2013 (base 100 en 2010)



DÉPARTEMENT	NB INTERVENTION 2013
Ardennes	71
Aube	43
Marne	205
Haute-Marne	45

Source : ARDAH

L'augmentation de 500% de l'activité de primo-secondaire du SAMU 10 semble probablement liée à une problématique de saisie. Le SAMU 10 remarque néanmoins avoir augmenté ses interventions primo-secondaires du fait d'une saturation des lits d'aval du CH de Troyes, mais ce seul point ne suffit pas à expliquer une telle augmentation.

La seule source d'information régionale aujourd'hui disponible pour décrire l'activité des SMUR est celle de la plateforme ARDAH. Les informations qui y sont présentées n'apportent que peu d'éléments descriptifs sur la nature, la typologie et les modalités de cette activité. Il conviendra donc de déterminer en lien avec le RESURCA, quelles sont les modalités de recueil qui seront à mettre en place.

THÉMATIQUES TRANSVERSALES

PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE

La Permanence Des Soins Ambulatoire est une mission de service public prévue à l'article L.6314-1 du Code de la santé publique qui a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelle des cabinets libéraux et des centres de santé.

La PDSA concerne les horaires suivants :

- Tous les jours de 20 heures à 8 heures,
- Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures,
- Les samedis de 12 heures à 20 heures ; les samedis de 8 heures à 20 heures lorsqu'ils suivent un jour férié.
- Les lundis de 8 heures à 20 heures lorsqu'ils précèdent un jour férié et les vendredis et samedis de 8 heures à 20 heures lorsqu'ils suivent un jour férié.

Elle est assurée par les médecins exerçant dans les cabinets médicaux, maisons et pôles de santé ainsi que par les médecins exerçant dans les associations de PDSA.

Les besoins de soins immédiats et susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel relèvent de l'aide médicale urgente.

Les départements de la région Champagne-Ardenne ont été découpés en secteurs de Permanence Des Soins Ambulatoire par l'Agence Régionale de Santé, chargée de l'organisation de cette permanence au niveau régional.

Ces secteurs de permanence des soins constituent les périmètres géographiques des différentes gardes assurées par les médecins.

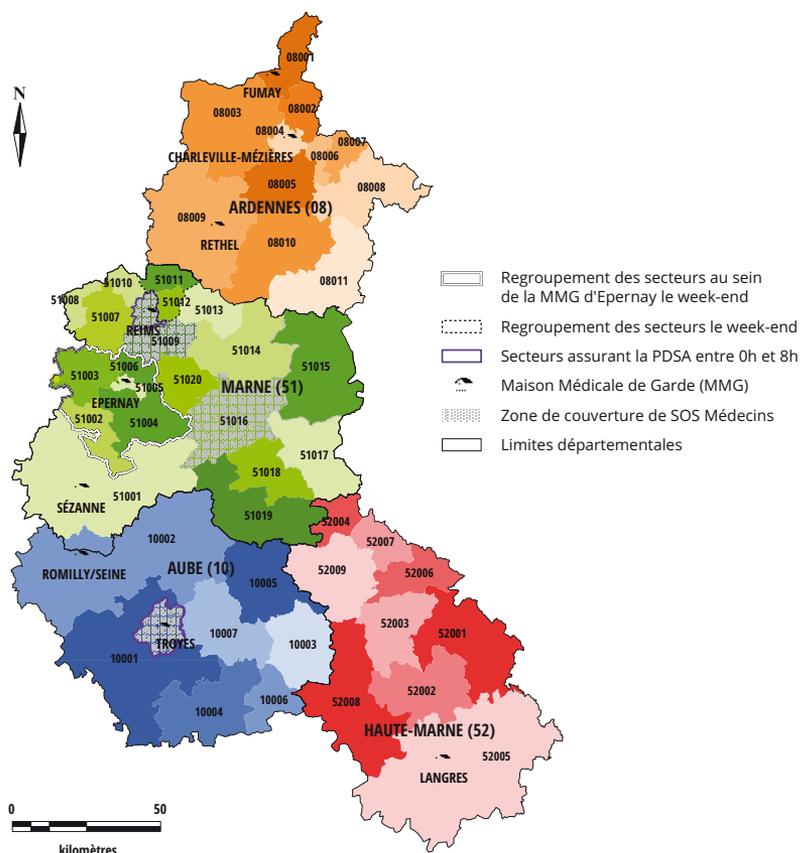
Les structures hospitalières de médecine d'urgence prennent le relais de la PDSA entre 0h et 8h, sauf en cas de présence d'une association de permanence des soins SOS médecin sur le secteur concerné (agglomération de Reims et de Troyes).

On distinguera ainsi 4 périodes :

- Période hors PDSA : du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi matin de 8h à 12h,
- Période des dimanches, jours fériés en journée (8h-20h), du samedi après-midi (12h-20h) ou du samedi complet lorsqu'il suit un jour férié,
- Période de tous les jours de 20h à 24h :
1^{ère} partie de nuit,
- Période de tous les jours de 0h à 8h :
2^e partie de nuit ou nuit profonde.

Les passages aux urgences durant la période de Permanence Des Soins Ambulatoire représentent 45,5% du total des passages.

Carte des secteurs de la PDSA en Champagne-Ardenne



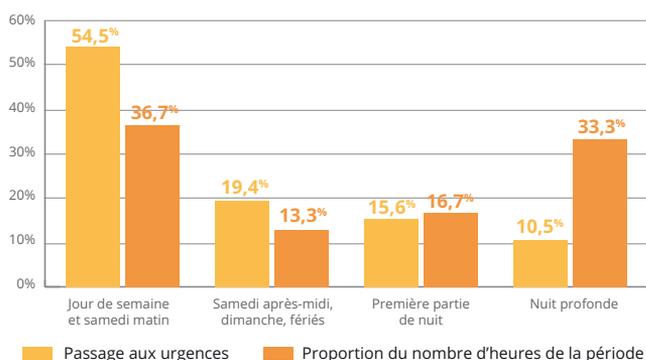
Source : Cahier des Charges Régional de la PDSA au 01/01/2013

Part de l'activité des urgences durant les horaires de PDSA par département en 2013

ARDENNES	AUBE	MARNE	HAUTE-MARNE	RÉGION
43,1%	46,2%	46,0%	46,4%	45,5%

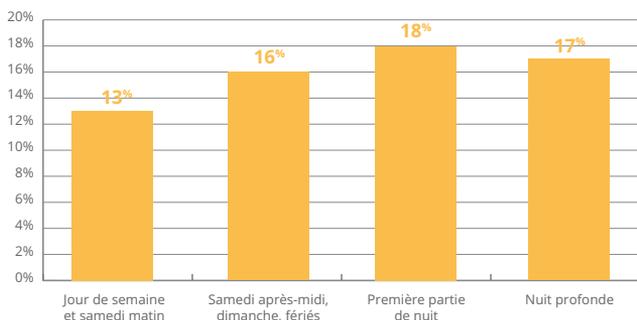
43,1% de l'activité des Ardennes a lieu durant la PDSA.

Part des passages aux urgences en périodes PDSA et hors PDSA en 2013



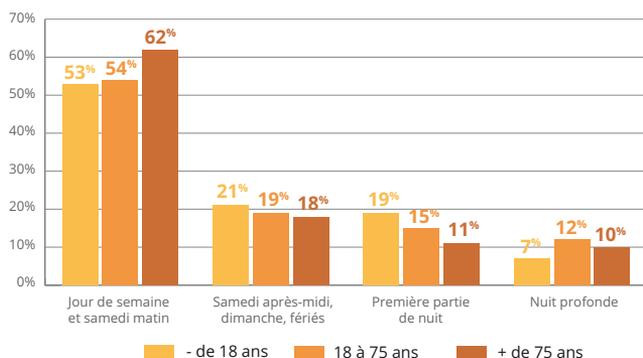
La période de « Journée de semaine et samedi matin » représente 3 216h dans l'année soit 36,7% du nombre total d'heures de l'année 2013.

Part des CCMU 1 selon les périodes en 2013



La part des passages codés CCMU 1 est significativement plus élevée durant les horaires de PDSA et tout particulièrement en première partie de nuit. Il s'agit d'une activité de consultation ne nécessitant aucun examen complémentaire, donc assimilable à une consultation réalisable par le dispositif de PDSA de ville.

Répartition des passages par classe d'âge selon les périodes en 2013



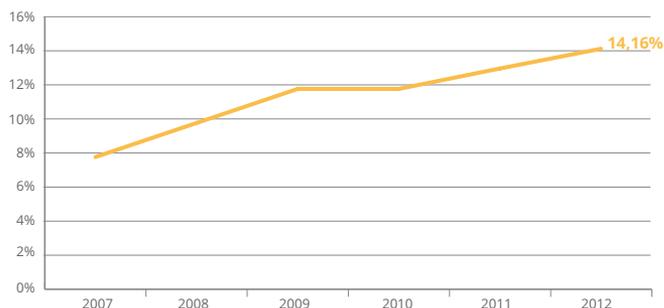
Les sujets âgés consultent majoritairement durant les périodes de jours de semaine. Les enfants quant à eux, sont ceux qui consultent proportionnellement le plus en journée de week-end et en première partie de nuit.

Top 15 des diagnostics les plus fréquents durant la PDSA

DIAGNOSTIC PRINCIPAL	%
Plaies et corps étrangers cutanéomuqueux	3,0%
Contusions et lésions superf. cutanéomuqueuses (hors plaies et CE)	2,8%
Entorses et luxations de membre	1,6%
Fractures de membre	1,4%
Douleur abdominale sans précision	1,3%
Demande de certificats, de dépistage, de conseils	1,0%
Douleurs aiguës et chroniques non précisées, soins palliatifs	1,0%
Angines, amygdalites, rhino-pharyngites, toux	1,0%
Diarrhée et gastro-entérite	0,8%
Malaises sans PC ou sans précision	0,7%
Traumatismes autres et sans précision	0,6%
Douleur précordiale ou thoracique non élucidée	0,6%
Constipation et autre trouble fonctionnel intestinal	0,6%
Otalgie, otites et autres pathologies otologiques	0,6%
Fièvre	0,6%

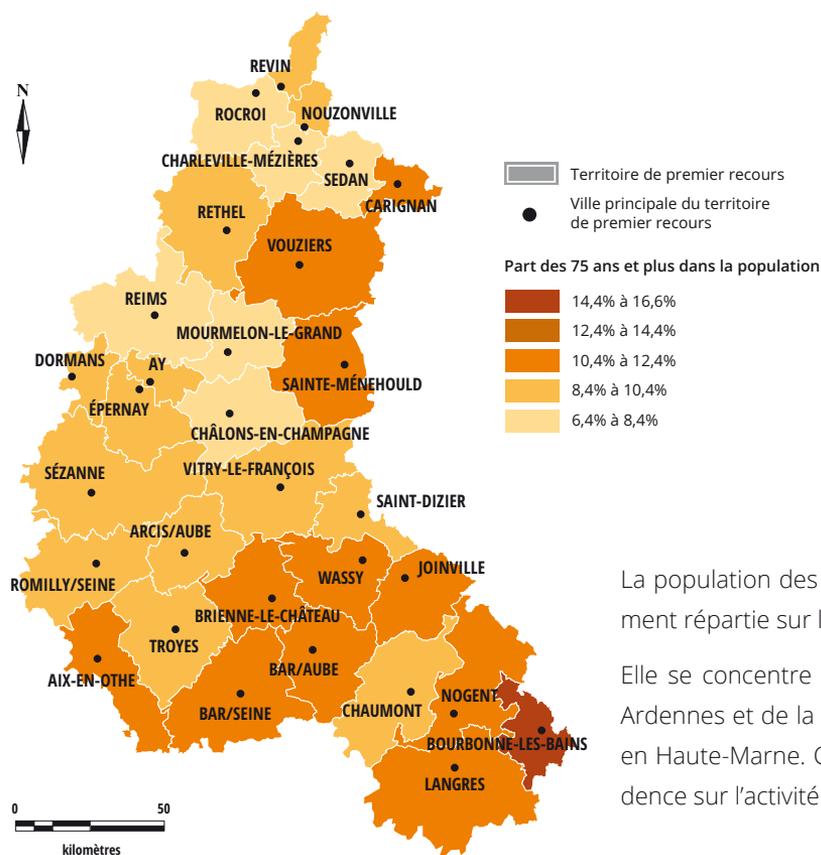
La notion de « personne âgée » recouvre ici la personne âgée de 75 ans et plus.

Part des patients de 75 ans et plus dans les passages aux urgences



Source : SAE

Population des 75 ans et plus dans la population en Champagne-Ardenne



La population des 75 ans et plus est inégalement répartie sur le territoire régional.

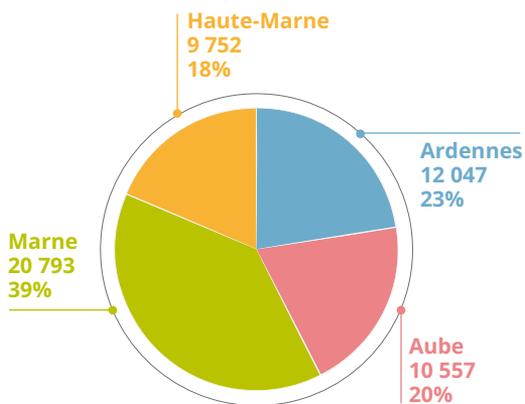
Elle se concentre essentiellement à l'est des Ardennes et de la Marne, au sud de l'Aube et en Haute-Marne. Cette répartition a une incidence sur l'activité des structures d'urgences.

Sources : ARS 2014, INSEE 2010 - Exploitation : ARS CA / OSA

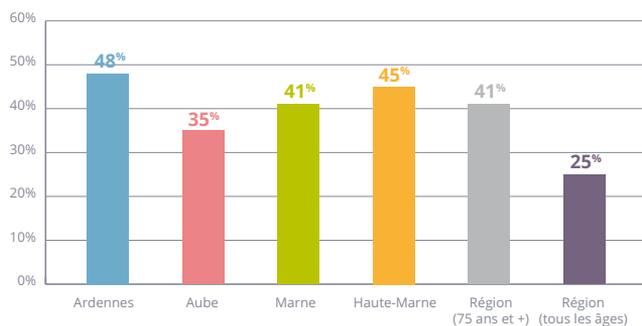
En 2012, les 75 ans et plus représentaient 14,16% des patients venus aux urgences (données SAE), en 2013, selon les données issues des RPU, cette part est de 14,45%.



Répartition des passages de personnes âgées aux urgences par département en 2013



Taux de recours aux urgences de Champagne-Ardenne des patients de 75 ans et plus en 2013

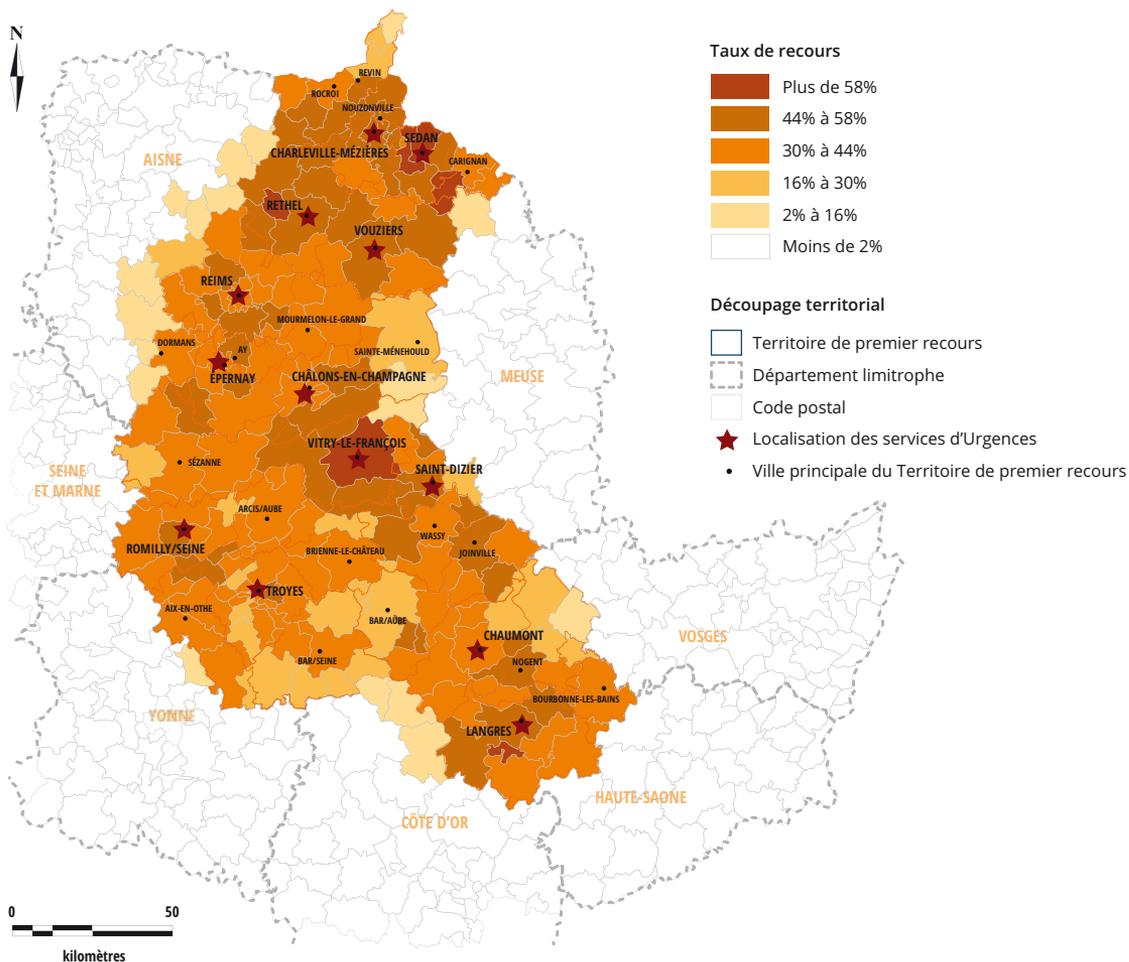


Définition du taux de recours : nombre de passages aux urgences de la région de patients originaires d'un département / population totale du département

Source : INSEE 2010 - RPU 2013

Au niveau régional, le taux de recours des patients âgés (41%) est beaucoup plus important que le taux de recours moyen en Champagne-Ardenne (25%). Néanmoins, le taux de recours dans l'Aube est toujours plus faible que la moyenne régionale et celui des Ardennes plus élevé.

Carte du taux de recours aux services d'urgences des patients âgés en 2013 par code postal d'origine



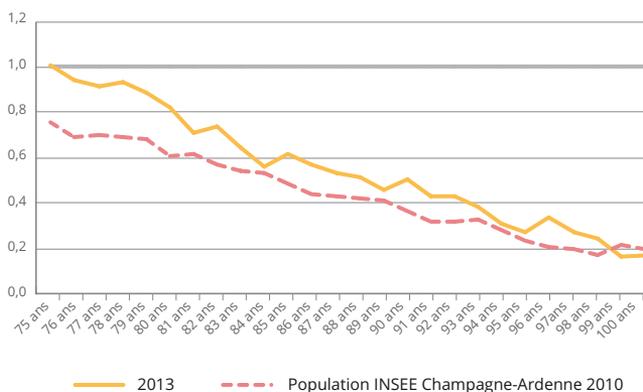
Sources : RPU 2013, population INSEE 2010
Exploitation : ARS CA / OSA

Taux de recours aux urgences par classe d'âge

CLASSES D'ÂGE	NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES	PART DANS LES PASSAGES AUX URGENCES DES PATIENTS ÂGÉS	POPULATION INSEE 2010	TAUX DE RECOURS
De 75 à 79 ans	13 496	25,4%	49 236	27%
De 80 à 84 ans	15 602	29,4%	38 133	41%
De 85 à 89 ans	14 313	26,9%	23 965	60%
De 90 à 94 ans	7 952	15,0%	7 033	113%
Pus de 95 ans	1 763	3,3%	2 811	63%

Ces données sont à appréhender avec précaution : les données utilisées pour la population sont celles de 2010. Néanmoins, on observe une augmentation du taux de recours très marquée jusque 95 ans.

Sex-ratio des passages aux urgences des personnes âgées en 2013



**Définition : sex - ratio =
nombre de passages hommes
/nombre de passages femmes**

Les femmes sont majoritaires dans la population champardennaise âgée de 75 ans et plus. Cependant, jusqu'à 98 ans, les hommes ont un taux de recours qui reste plus important que celui des femmes en comparaison à la population régionale.

Répartition des passages de patients âgés par mois en 2013 (jours constants)



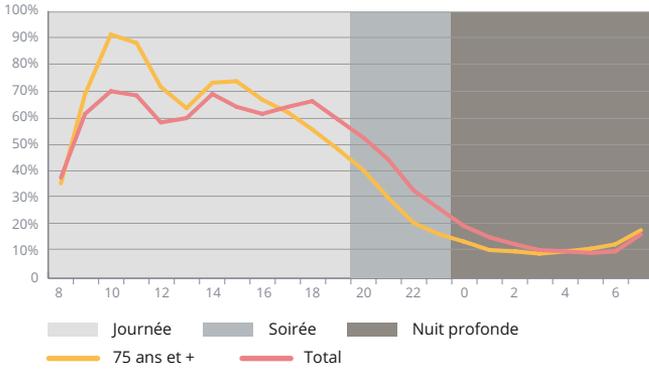
L'activité liée aux passages de patients âgés est très importante pendant la période hivernale. La hausse estivale de l'activité ne concerne les patients âgés qu'au mois de juillet et dans une moindre mesure.

Répartition des passages de patients âgés par jour de la semaine en 2013 (jours constants)



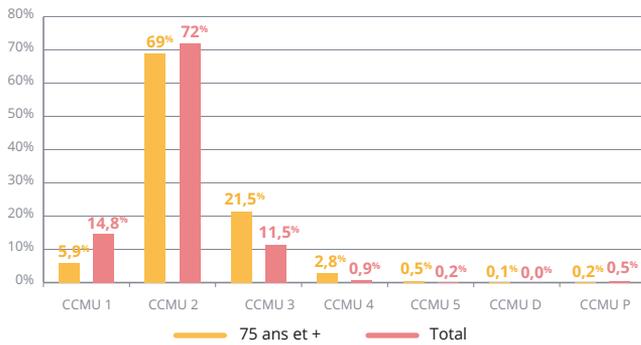
La hausse d'activité du lundi est plus marquée chez les personnes âgées. On observe également un pic d'activité le vendredi. Les passages de patients âgés sont moins importants le samedi et ne représentent le dimanche qu'une petite part de l'activité liée aux personnes âgées.

Répartition des passages de patients âgés par heure d'admission en 2013



Les sujets âgés consultent essentiellement de jour, et tout particulièrement en matinée.

Répartition des passages de patients âgés par gravité (CCMU) en 2013



Pour 10,2% des passages de patients âgés de 75 ans et plus, la gravité n'est pas ou est mal codée.

Les motifs de prise en charge des sujets âgés sont évalués comme étant proportionnellement plus graves (CCMU 3, 4 et 5) que ceux de la population générale.

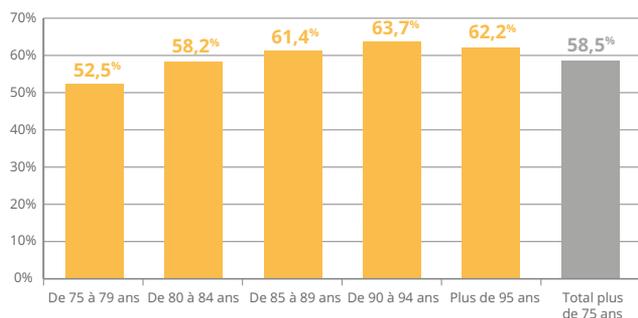
Temps de passage moyen et médian des patients âgés par classe d'âge en 2013

CLASSE D'ÂGE	MOYENNE TEMPS DE PASSAGE 75+	MÉDIANE TEMPS DE PASSAGE 75+
De 75 à 79 ans	04:22	03:46
De 80 à 84 ans	04:34	03:58
De 85 à 89 ans	04:41	04:06
De 90 à 94 ans	04:41	04:08
Pus de 95 ans	04:40	04:04

3,3% des RPU établis pour des patients de 75 ans et plus ont une durée de passage inconnue ou hors des valeurs admises (< 10 minutes ou > 24h).

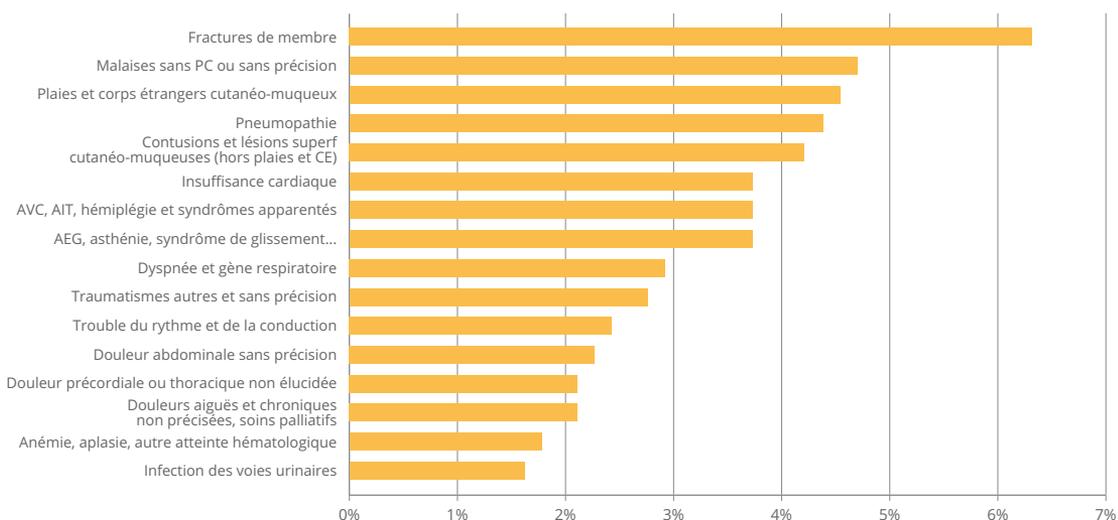
La moyenne du temps de passage aux urgences des patients âgés est presque deux fois plus importante que celle de la population générale.

Taux d'hospitalisation des patients âgés par classe d'âge



Le taux d'hospitalisation des sujets âgés est deux fois plus important que celui de la population générale.

Liste des 15 pathologies les plus fréquentes chez les patients âgés de 75 ans et plus



Ces données sont à appréhender avec prudence. Les pourcentages ne tiennent pas compte des diagnostics manquants.

38,3% des passages de patients âgés ne comportent pas de diagnostic valide.

PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX

L'AVC et sa prise en charge, positionnés comme priorités sanitaires nationales par le plan d'action 2010-2014, ont été définis parmi les objectifs régionaux du Projet Régional de Santé.

Celui-ci prévoit tout particulièrement :

- L'amélioration de l'identification et de la détection des AVC,
- Une meilleure définition et organisation de la filière de prise en charge des AVC,
- La mise en place d'un réseau de télémédecine AVC,
- L'ouverture de nouvelles places d'unité neuro-vasculaire.

Les urgences ont bien évidemment un rôle central dans la phase aiguë de la prise en charge de ces patients, notamment par l'amélioration de la précocité de l'identification des AVC et par leur orientation en urgence vers la structure de prise en charge adaptée dans l'optique d'une désobstruction vasculaire et de la diminution de la morbi-mortalité de cette pathologie.

Un groupe de travail au sein du RESURCA travaille sur cette thématique, et les données ici rassemblées apportent un premier état des lieux de cette filière.

La notion d'AVC recouvre dans ce chapitre les accidents ischémiques cérébraux transitoires, les hémorragies sous arachnoïdiennes, les hémorragies intracrâniennes non traumatiques et les infarctus cérébraux.

Les données RPU 2013 ont été exploitées afin d'analyser la prise en charge des AVC. Malheureusement elles demeurent aujourd'hui particulièrement fragiles et incomplètes.

En effet, seuls 61% des RPU disposent d'un diagnostic valide (cf Activité des services d'urgences, chapitre Diagnostic principal). Les SU de Courlancy, St André, CHU adulte et Charleville-Mézières ont un taux de DP valide inférieur à 5%. Il ne nous est donc pas possible de présenter une analyse à partir des RPU, et les éléments ci-dessous s'appuieront donc majoritairement sur les données PMSI.

La prise en charge des AVC par département

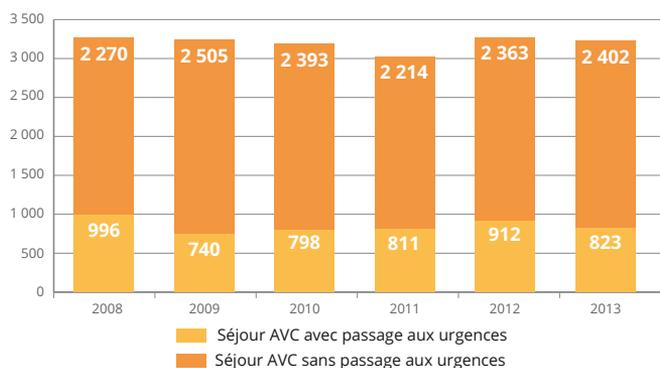
DÉPARTEMENT	NOMBRE DE SÉJOURS HOSPITALIERS AVC DÉCLARÉS DANS LE PMSI	NOMBRE DE PASSAGES AVC DÉCLARÉS DANS LES RPU	TAUX DE DIAGNOSTIC VALIDE (RPU)
Ardennes	711	207	35,4%
Aube	734	868	96,8%
Marne	1 331	593	47,1%
Haute-Marne	449	444	88,9%
Ensemble	3 225	2 112	60,8%

Les chiffres issus du PMSI recensent tous les séjours liés à un AVC déclarés par les établissements de santé de Champagne-Ardenne pour l'année 2013, que les patients soient passés par les urgences ou non.

On identifie un total de **3 225 séjours pour AVC dans le PMSI. Parmi ceux-ci 2 402 patients (74,5%) sont déclarés comme étant passés aux urgences** avant d'être hospitalisés.

Cette donnée est à appréhender avec précaution car l'origine des patients n'est pas toujours correctement tracée dans le PMSI. Les passages aux urgences pour AVC recensés parmi les RPU 2013 représentent 87,9% des 2 402 patients.

Evolution du nombre de séjours pour AVC déclarés dans le PMSI

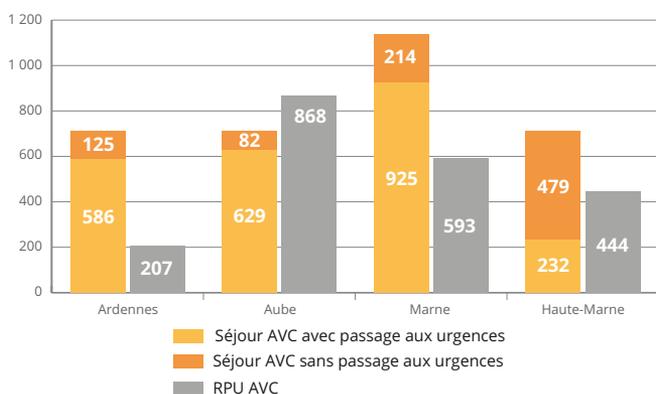


Source : PMSI 2013

ANNÉE	NB TOTAL DE SÉJOURS	EVOLUTION
2008	3 266	-
2009	3 245	-0,6%
2010	3 191	-1,7%
2011	3 025	-5,2%
2012	3 275	+8,3%
2013	3 225	-1,5%

Source : PMSI

Nombre de séjours AVC/AIT par département en 2013



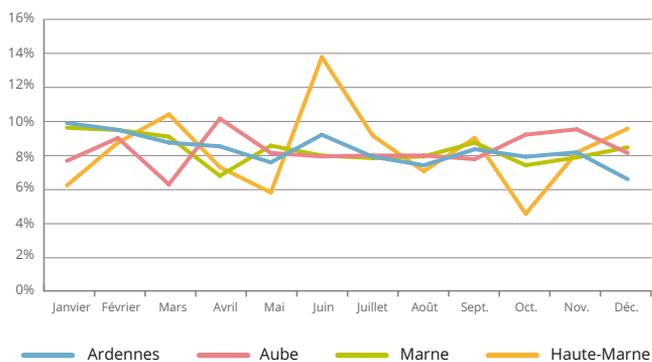
Source : PMSI 2013

Les différences observées entre les séjours PMSI et les passages aux urgences pour AVC peuvent s'expliquer de plusieurs façons :

- Qualité et exhaustivité du diagnostic principal insuffisantes (notamment Ardennes et Marne),
- Patient pris en charge aux urgences pour AVC puis transféré vers une autre structure hors département,
- Diagnostic AVC posé par excès aux urgences,
- Défaut de codage de l'origine du patient au sein du PMSI (essentiellement Haute-Marne).

Cette comparaison permet une nouvelle fois d'insister sur l'ampleur et la nécessité de mise en œuvre d'un travail d'amélioration de la qualité des diagnostics principaux.

Répartition des séjours AVC/AIT par mois de sortie et par département (jours constants)

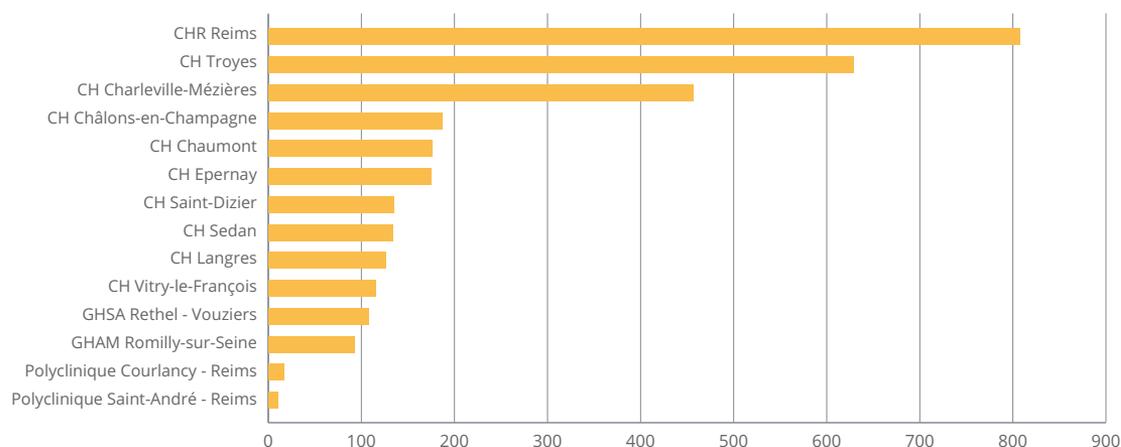


Seuls les séjours avec passage aux urgences ont été utilisés pour ce graphique.

En Haute-Marne, les séjours pour AVC avec passage aux urgences sont incomplets (un établissement ne précise pas l'origine des patients dans son PMSI).

Source : PMSI 2013

Nombre de séjours AVC/AIT par établissement en 2013

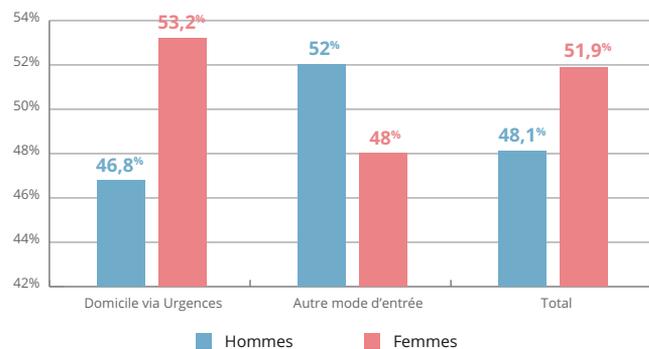


Source : PMSI 2013

Les établissements de la région ne disposant pas d'autorisation de médecine d'urgence comptabilisent 57 séjours pour AVC et ne figurent pas sur ce graphique.

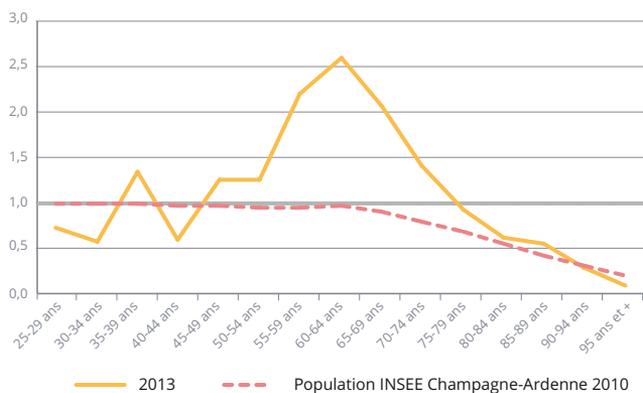
La moyenne d'âge des patients accueillis au sein des établissements champardennais en 2013 pour AVC et/ou AIT est de 72 ans (données PMSI).

Répartition des séjours et passages pour AVC par sexe en 2013



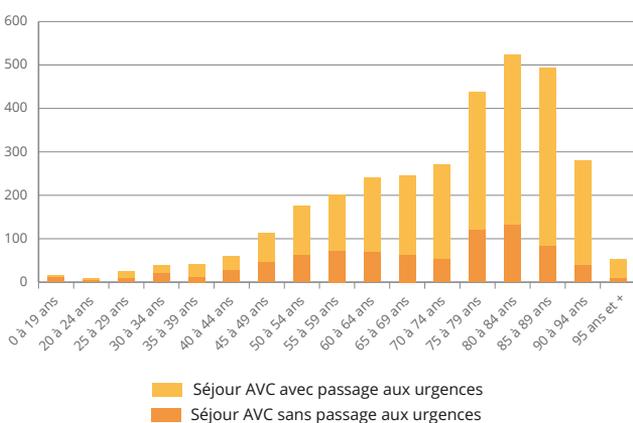
Source : PMSI 2013

Sexe ratio des séjours AVC/AIT en 2013



Source : INSEE 2010 et PMSI 2013

Part des séjours pour AVC passés par les urgences par classe d'âge

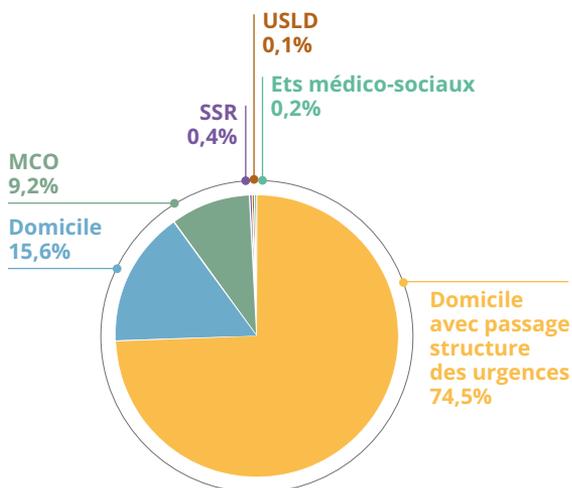


Source : PMSI 2013

Le parcours de prise en charge des AVC reste très majoritairement précédé par un passage par les urgences. Cette proportion concerne jusqu'à 85% des AVC chez le sujet âgé.

On recense 5 séjours AVC de patients âgés de moins de 20 ans soit 0,2% du total des séjours pour AVC avec passage aux urgences.

Répartition des passages aux urgences pour AVC en 2013 par mode d'entrée

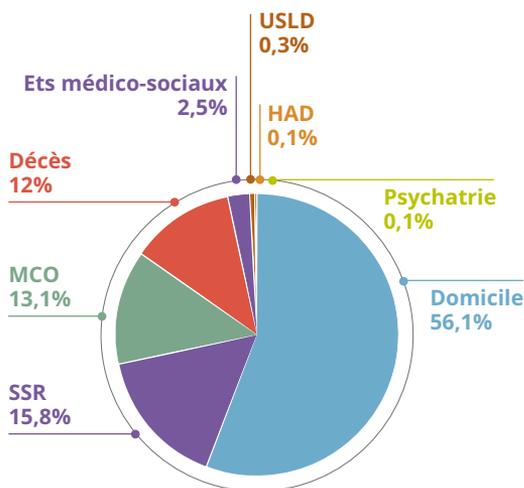


Source : PMSI 2013

75% des AVC hospitalisés le sont après passage aux urgences.

La durée moyenne de séjour (DMS) hospitalier pour les séjours liés à un AVC et/ou un AIT est de 10,8 jours.

Répartition des séjours AVC/AIT en 2013 par mode de sortie (source PMSI)



Source : PMSI 2013

Plus d'un patient sur deux retourne à domicile après une hospitalisation pour AVC. Le SSR n'accueille que 16% des AVC à leur sortie de court séjour.

ACTIVITÉ DE L'UNITÉ NEURO-VASCULAIRE

La région ne dispose en 2013 que d'une seule UNV créée en 2007 au CHU de Reims qui est constituée de 4 lits de soins intensifs et de 10 lits dits « tièdes » de neurologie.

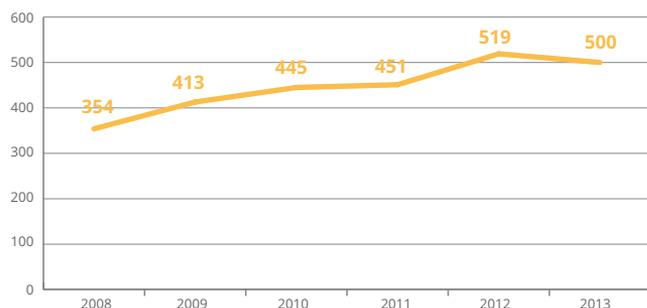
Le SROS-PRS prévoit l'ouverture de deux UNV supplémentaires situées à Troyes et à Charleville-Mézières ainsi que le déploiement d'un réseau télé-AVC de télémédecine. Le premier point (site pilote) de ce réseau a été mis en fonction en octobre 2013 au sein de la structure d'urgences de Troyes. L'objectif de ce dispositif est de permettre de réaliser les thrombolyse d'AVC ischémique le plus précocement possible, au sein des SU, avant leur transfert vers une UNV.

Le recours régional à l'UNV pour la prise en charge des AVC est donc limité en premier lieu par son sous-dimensionnement et, en second lieu, par sa situation géographique unique.

L'UNV du CHU de Reims a réalisé **500 séjours en 2013**, soit un peu moins qu'en 2012.

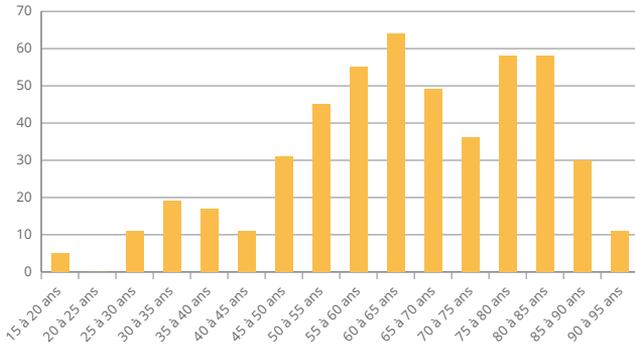
Seulement **15,5% des AVC de la région bénéficient d'une prise en charge en UNV.**

Evolution du nombre de séjours en Unité Neuro-Vasculaire



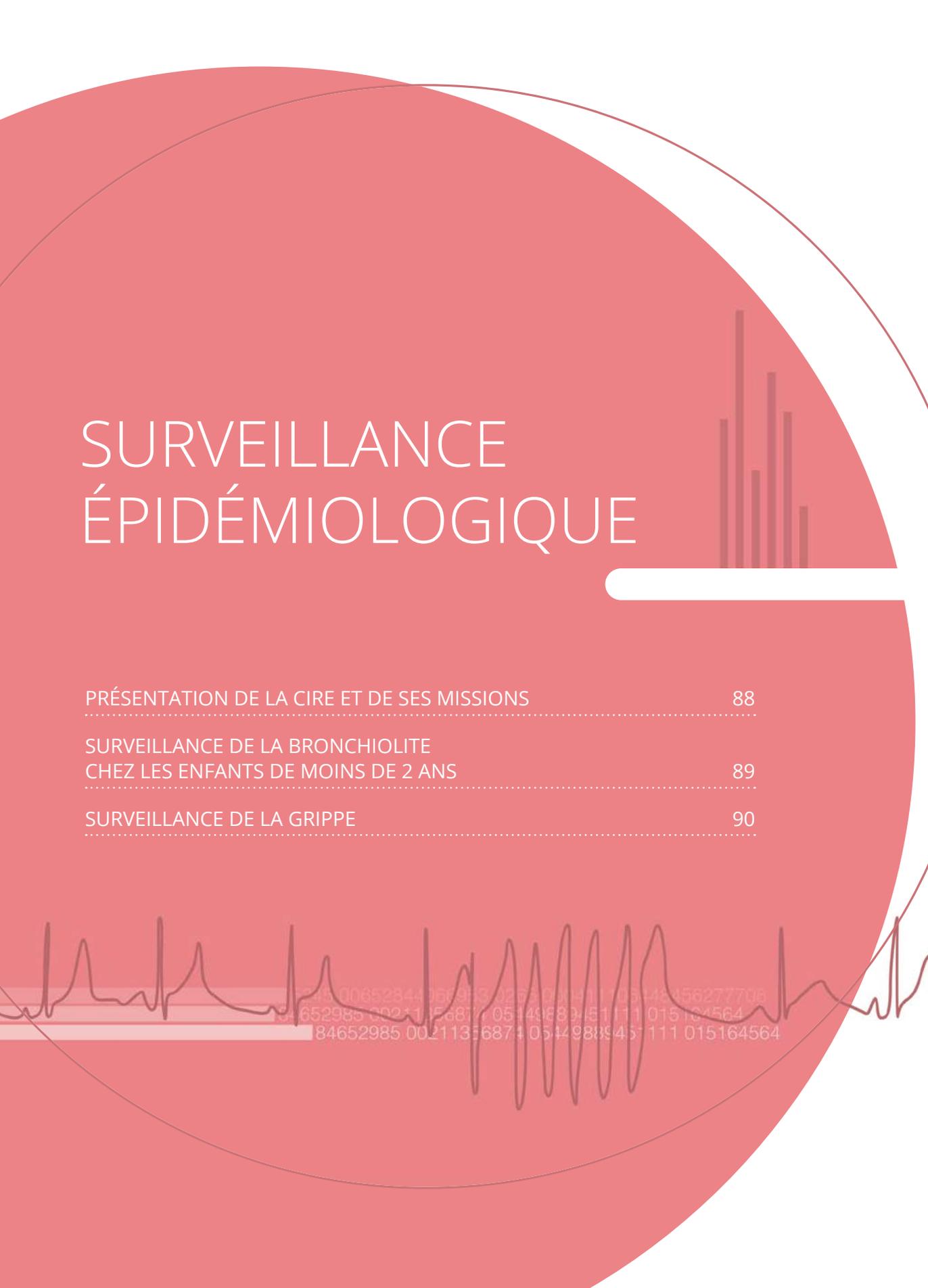
Source : PMSI 2013

Répartition des séjours en UNV en 2013 par tranche d'âge



Source : PMSI 2013

SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE



PRÉSENTATION DE LA CIRE ET DE SES MISSIONS 88

SURVEILLANCE DE LA BRONCHIOLITE
CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 2 ANS 89

SURVEILLANCE DE LA GRIPPE 90

0085284496631302650314117034845627706
84652985 0021156874 05149889451111 015164564
84652985 00211356874 0544988945111 015164564

SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

PRÉSENTATION DE LA CIRE ET DE SES MISSIONS

L'INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (InVS)

Etablissement public, placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé, l'InVS réunit les missions de surveillance, de vigilance et d'alerte dans plusieurs domaines de la santé publique.

Créé par la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits

destinés à l'homme, l'InVS a vu ses missions complétées et renforcées par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, afin de répondre aux nouveaux défis révélés par les crises sanitaires et les risques émergents.

Il est composé de plusieurs départements et services et dispose d'un réseau régional, les Cellules de l'InVS en région (Cire), qui relaient son action et exercent une partie de ses missions au niveau régional.

LES CELLULES DE L'InVS EN RÉGIONS (CIRE)

Les CIRE sont placées sous la responsabilité scientifique du directeur général de l'InVS (François Bourdillon, en fonction depuis le 4 août 2014) et sont localisées au sein des Agences Régionales de Santé (ARS), au plus près de l'autorité sanitaire. Les CIRE fournissent aux ARS un appui méthodologique et une expertise indépendante des signaux d'alerte sanitaire. Elles participent également à la veille sanitaire en région.

Le dispositif compte **17 CIRE**, 15 métropolitaines et deux ultramarines. Neuf CIRE sont interrégionales dont la CIRE Ile-de-France Champagne-Ardenne, et huit sont monorégionales.

La CIRE Ile-de-France Champagne-Ardenne est constituée de dix agents (épidémiologiste, ingénieurs, moniteurs et chargés d'études et un assistant), et dispose d'une antenne en Champagne-Ardenne.

Les CIRE assurent deux fonctions essentielles :

- une fonction d'épidémiologie d'intervention et d'évaluation quantitative des risques sanitaires, orientée principalement vers **l'aide à la décision et le déclenchement de l'alerte** (analyse du signal, évaluation de la situation, proposition d'options de gestion, suivi permettant l'adaptation de la réponse) ;
- une fonction **d'animation, de structuration et de coordination du réseau régional de veille sanitaire**, dans le prolongement de l'action de l'InVS et dans le cadre des plans régionaux relatifs à l'alerte et à la gestion des situations d'urgence sanitaire (loi n°2004-806 du 9 août 2004).

Les CIRE animent et exploitent en particulier le système « SurSaUD® » (Surveillance Sanitaire des Urgences et des Décès), système national mis en place et piloté par le Département de la coordination des alertes et des régions de l'InVS.

Le système repose sur les services d'urgences hospitaliers à travers le réseau OSCOUR® (Organisation de la Surveillance Coordinée des Urgences), les médecins libéraux des associations SOS Médecins, les états civils informatisés et la certification électronique des décès.

Les CIRE sont principalement chargées des analyses régionales (détection de phénomènes anormaux, mesure de l'impact d'événements identifiés...) et des retours d'information aux producteurs des données. Les CIRE produisent des bulletins régionaux de veille utiles pour la décision.

Pour plus d'informations :
[www.invs.sante.fr/
Regions-et-territoires/Missions-des-Cire](http://www.invs.sante.fr/Regions-et-territoires/Missions-des-Cire)



SURVEILLANCE DE LA BRONCHIOLITE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 2 ANS

La bronchiolite est une maladie virale du jeune enfant, qui touche principalement les enfants avant l'âge de 2 ans. Dans la très grande majorité des cas, la bronchiolite évolue de manière favorable, spontanément ou plus souvent avec l'aide d'une kinésithérapie. Dans de rares cas, la bronchiolite impose l'hospitalisation, afin de pouvoir surveiller la fonction respiratoire et, éventuellement, de mettre en œuvre des mesures de réanimation. Les décès imputables à la bronchiolite aiguë sont très rares (inférieurs à 1%).

Dans plus de 7 cas sur 10, la bronchiolite de l'enfant est due au Virus Respiratoire Syncytial (VRS). Le virus se transmet par la salive, les éternuements, la toux, le matériel souillé par une personne enrhumée et par les mains.

Ainsi, un rhume de l'enfant et de l'adulte peut être à l'origine d'une bronchiolite chez le nourrisson.

La bronchiolite qui est facilement reconnue par le médecin ou le pédiatre relève dans la très grande majorité des cas (95%) d'une prise en charge en ville.

Il est donc très important de rappeler que les parents doivent, lorsque cela est possible, en priorité consulter un médecin de ville avant de se rendre à l'hôpital.

Pour plus d'informations : www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Infections-respiratoires/Bronchiolite

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

La bronchiolite se manifeste le plus fréquemment sous forme d'épidémie saisonnière. L'épidémie débute généralement à la mi-octobre, pour atteindre un pic en décembre et se termine à la fin de l'hiver.

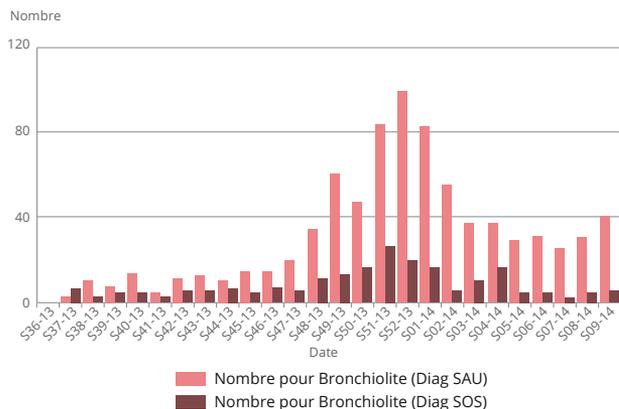
En France, on estime que la bronchiolite touche chaque hiver près de 30 % des nourrissons, soit environ 460 000 cas par an. Deux pour cent des nourrissons de moins de 1 an seraient hospitalisés pour une bronchiolite plus sévère chaque année.

SYSTÈMES DE SURVEILLANCE

Plusieurs dispositifs complémentaires permettent la surveillance de la bronchiolite en France. Le système SurSaUD® (surveillance sanitaire des urgences et des décès) contribue à cette surveillance via la remontée d'informations à partir des services d'urgences (réseau Oscour® : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) et des associations SOS Médecins. Les groupes régionaux d'observatoire de la grippe (Grog) participaient également

à ce dispositif par la surveillance de la circulation du VRS en France et les consultations de médecine de ville (médecins généralistes et pédiatres) pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans. On note également des réseaux locaux comme le Réseau bronchiolite Ile-de-France et autres.

Nombres hebdomadaires de recours en urgence pour bronchiolite (diagnostics de passages aux urgences et diagnostics SOS Médecins) chez les enfants de moins de 2 ans en Champagne-Ardenne, 2013-2014 (du 02/09/2013 au 02/03/2014, source : InVS-SurSaUD®)



Remarque : le pic de l'épidémie a été observé en Champagne-Ardenne fin décembre, avec n=99 passages aux urgences pour bronchiolite et n=26 diagnostics SOS Médecins de bronchiolite (cf. graphique ci-contre). Tendance similaire à celle observée au niveau national.

Les nourrissons âgés de moins d'1 an représentaient 85% des enfants de moins de 2 ans admis aux urgences pour bronchiolite et 60% des diagnostics SOS Médecins de bronchiolite dans la même tranche d'âge (données non publiées).

SURVEILLANCE DE LA GRIPPE

La surveillance de la grippe a pour objectifs généraux :

- **la détection du début de l'épidémie,**
- **la description de l'épidémie :**
 - le suivi temporo-spatial de l'épidémie,
 - le suivi de sa gravité et identification des populations à risque,
 - l'identification et le suivi des souches circulantes,
- **l'évaluation des mesures de contrôle** (vaccination et antiviraux),
- **la mesure de l'impact de la grippe** sur la communauté et les structures de soins.

Le dispositif de surveillance permet de suivre les épidémies de grippe selon plusieurs niveaux de gravité de l'infection allant du signalement d'un cas non compliqué jusqu'au décès.

En France métropolitaine, il est activé en semaine 40 (1^{ère} semaine d'octobre) et se termine en semaine 15 de l'année suivante (mi-avril).

Les données épidémiologiques et virologiques issues de la médecine ambulatoire, des collectivités de personnes âgées, de l'hôpital ainsi que celles concernant les décès auxquelles sont associées des informations sur la grippe issues directement de la population, sont analysées chaque semaine.

Figure 1 : Dispositif de surveillance de la grippe en France

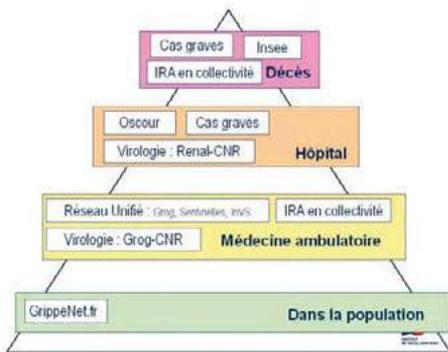
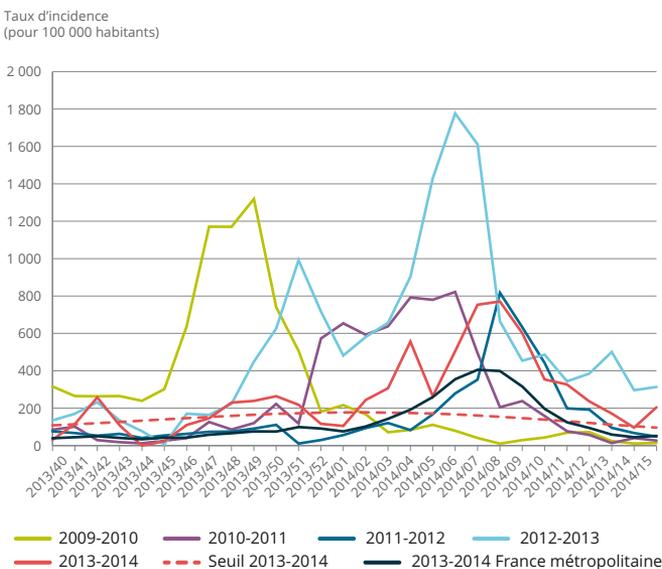
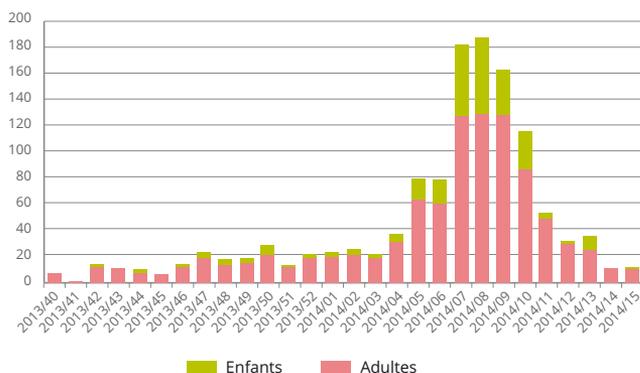


Figure 2 : Taux d'incidence régionale hebdomadaire des consultations pour grippe clinique en médecine de ville en Champagne-Ardenne depuis la saison hivernale 2009-2010 et taux national d'incidence en 2013-2014



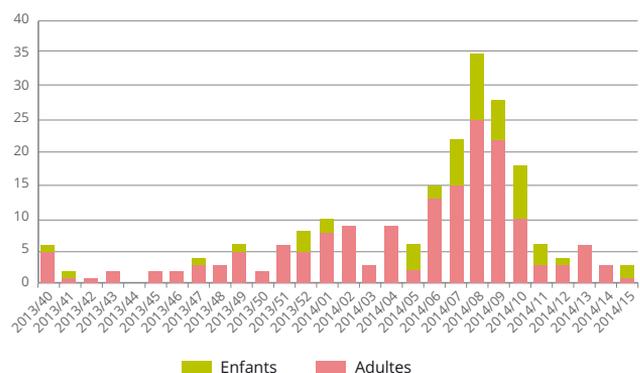
Source : Réseau unifié Sentinelles-Grog-InVS

Figure 3 : Evolution du nombre hebdomadaire de diagnostics SOS Médecins de grippe clinique déclarés par 2 associations de Champagne-Ardenne d'octobre 2013 à mi-avril 2014



Source : Données SOS Médecins/InVS via SurSaUD®

Figure 4 : Evolution du nombre hebdomadaire de passages pour grippe clinique dans 14 services d'urgence de Champagne-Ardenne d'octobre 2013 à mi-avril 2014



Source : Données Oscour® via SurSaUD®

Le dispositif de surveillance de la grippe en France se décline à plusieurs niveaux, partant de la population générale aux décès observés pendant cette période (cf. figure 2).

Au niveau régional, d'après les données du réseau unifié, la saison 2013-14 a été marquée par une épidémie grippale d'intensité faible (cf. figure 3), de durée un peu plus longue qu'au niveau national et sans gravité particulière. On a noté dans la région plusieurs dépassements du seuil épidémique national, et en particulier celui débuté en semaine 02/2014 et s'étant poursuivi durant 12 semaines consécutives (cf. figure 3).

Le nombre le plus élevé de passages aux urgences pour grippe et des diagnostics SOS Médecins de grippe a été observé en semaine 08/2014, et les adultes ont été particulièrement atteints (cf. figures 4 et 5).

Pendant la saison 2013-14, douze cas graves de grippe ont été admis en réanimation dans la région, dont 1 enfant de moins de 15 ans. Tous ces cas présentaient au moins un facteur de risque et étaient infectés par le virus A. Quatre décès ont été recensés parmi ces cas.

ANNEXES



PRÉCISIONS SUR LES INDICATEURS RECUEILLIS DANS LES RPU	94
NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES PAR ÉTABLISSEMENT EN 2013	95
GLOSSAIRE	96
SOURCES ET DOCUMENTS CITÉS	98

00852844966313026503141170314845627706
04652985 0021156871 05149889451111 015164564
84652985 00211356871 0544988945111 015164564

PRÉCISIONS SUR LES INDICATEURS RECUEILLIS DANS LES RPU

GRUPE D'ETUDE MULTICENTRIQUE DES SERVICES D'ACCUEIL (GEMSA)

Validée par la Commission de Médecine d'Urgence de la Société de Réanimation de Langue Française, cette classification répartit les patients en 6 types de passage dont la nature est déterminée, en principe, a posteriori.

Les critères de classement sont : le mode d'entrée et le mode de sortie du patient, la programmation ou non de la prise en charge.

L'indicateur GEMSA permet ainsi de tracer l'organisation de la prise en charge et la trajectoire du patient.

Modalités :

- « 1 » : patient décédé à l'arrivée ou avant tout geste de réanimation ;
- « 2 » : patient non convoqué, sortant après consultation ou soins (petite chirurgie, consultation médicale) ;
- « 3 » : patient convoqué pour des soins à distance de la prise en charge initiale ;
- « 4 » : patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage au service d'accueil des urgences ;
- « 5 » : patient attendu dans un service, ne passant dans le service d'urgences que pour des raisons d'organisation ;
- « 6 » : patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante (réanimation) ou prolongée (surveillance médicale attentive pendant au moins une heure).

La charge de travail est plus lourde pour les groupes 4 et 6.

CLASSIFICATION COMMUNE DES MALADES AUX URGENCES (CCMU)

Élaborée par l'Association pour la Recherche aux Urgences (ARU) et reprise depuis par les sociétés scientifiques, cette classification permet de répartir les patients en classe de gravité selon l'état du patient et les actes réalisés.

- **CCMU 1** : situation stable, abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique ;
- **CCMU 2** : situation stable, réalisation d'acte complémentaire diagnostique et/ou thérapeutique ;
- **CCMU 3** : situation susceptible de s'aggraver, sans mise en jeu du pronostic vital ;
- **CCMU 4** : pronostic vital engagé, pas de manœuvre de réanimation immédiate ;
- **CCMU 5** : pronostic vital engagé, avec manœuvre de réanimation immédiate.

- La CCMU « P » concerne les patients avec problème dominant psychiatrique ou psychologique isolé ou associé à une pathologie somatique jugée stable. Comme pour la CCMU 1, il n'y a pas d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique.
- CCMU « D » : patient décédé à l'entrée aux urgences sans avoir pu bénéficier d'initiation ou poursuite de manœuvres de réanimation aux urgences

Cette classification répond à une logique médicale, mais son arbre de décision principal est fondé sur un jugement médical subjectif (état jugé stable ou non) qui biaise la répartition finale des passages entre les classes, par ailleurs non iso-ressources.

NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES PAR ÉTABLISSEMENT EN 2013 : DIFFÉRENCE ENTRE LES DONNÉES DE LA SAE ET LES DONNÉES RPU

ETABLISSEMENT	NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES (SAE)	NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES (RPU)	DIFFÉRENCE	EN %
Ardennes				
Centre Hospitalier de Charleville-Mézières	49 316	40 498	-8 818	-17,9%
Centre Hospitalier de Sedan	20 614	20 646	+32	0,2%
Groupe Hospitalier Sud Ardennes Rethel - Vouziers	18 254	18 030	-224	-1,2%
Aube				
Centre Hospitalier de Troyes	51 202	50 916	-286	-0,6%
Groupe Hospitalier Aube - Marne Romilly-sur-Seine	16 527	20 147	-3 620	21,9%
Marne				
Centre Hospitalier de Châlons-en-Champagne	26 888	25 611	-1 277	-4,7%
Centre Hospitalier d'Épernay	20 178	20 425	+247	1,2%
Centre Hospitalier de Vitry-le-François	13 799	13 871	+72	0,5%
Centre Hospitalier Universitaire Urgences Adultes	45 608	46 365	+757	1,7%
Centre Hospitalier Universitaire Urgences pédiatriques	23 929	24 279	+350	1,5%
Polyclinique Courlancy	15 290	15 332	+42	0,3%
Polyclinique Saint-André	13 589	13 548	-41	-0,3%
Haute-Marne				
Centre Hospitalier de Chaumont	19 567	18 806	-761	-3,9%
Centre Hospitalier de Langres	13 102	13 517	+415	3,2%
Centre Hospitalier de Saint-Dizier	25 650	25 774	+124	0,5%
TOTAL	373 513	367 765	-5 748	-1,5%

AIT

Accident Ischémique
Transitoire

ARDAH

Serveur de Veille
et d'Alerte de la Région
Champagne-Ardenne

ARS

Agence Régionale de Santé

ATIH

Agence Technique
de l'Information
sur l'Hospitalisation

AVC

Accident Vasculaire Cérébral

CA

Champagne-Ardenne

CCAM

Classification Commune
des Actes Médicaux

CCMU

Classification Clinique
des Malades aux Urgences

CH

Centre Hospitalier

CHU

Centre Hospitalier Universitaire

CIM 10

Classification Internationale
des Maladies 10^e version

CIRE

Cellule de l'InVS en REgion

CMUCA

Collège de Médecine d'Urgence
de Champagne-Ardenne

CNOM

Conseil National de l'Ordre
des Médecins

CRRA

Centre de Réception
et de Régulation des Appels

CSP

Code de la santé publique

DMS

Durée Moyenne de Séjour

DP

Diagnostic Principal

DREES

Direction de la Recherche,
des Etudes, de l'Evaluation
et des Statistiques

ECG

Electrocardiogramme

EHPAD

Etablissement
d'Hébergement
pour Personnes Âgées
Dépendantes

ES

Etablissement de Santé

ETP

Equivalent Temps Plein

FEDORU

FEDération des
Observatoires Régionaux
des Urgences

FINESS

Fichier National
des Etablissements
Sanitaires et Sociaux

GCS

Groupement de Coopération
Sanitaire

GEMSA

Groupe d'Etude Multicen-
trique des Services d'Accueil

GHAM

Groupe Hospitalier
Aube / Marne
(CH de Romilly-sur-Seine)

GHSA

Groupe Hospitalier
Sud Ardennes
(CH de Rethel-Vouziers)

HAD

Hospitalisation A Domicile

HAS

Haute Autorité de Santé

IOA

Infirmier Organisateur
de l'Accueil

INSEE

Institut National de la
Statistique et des Études
Économiques

InVS

Institut de Veille Sanitaire

IRM

Imagerie par Résonance
Magnétique

MCO

Médecine Chirurgie
Obstétrique

MDO

Maladie à Déclaration
Obligatoire

ORS

Observatoire Régional
de Santé

ORU

Observatoire Régional
des Urgences

ORU-CA

Observatoire Régional des
Urgences Champagne-Ardenne

ORULIM

Observatoire Régional
des Urgences du Limousin

ORULOR

Observatoire Régional
des Urgences Lorraine

ORUMIP

Observatoire Régional des
Urgences de Midi-Pyrénées

OSCOUR

Organisation de la Surveillance
COordonnée des URgences

PDS

Permanence Des Soins

PDSA

Permanence Des Soins
Ambulatoire

PDSSES

Permanence Des Soins
des Etablissements de Santé

PEC

Prise En Charge

PMSI

Programme de
Médicalisation des
Systèmes d'Information

PRS

Projet Régional de Santé

ROR

Répertoire Opérationnel
des Ressources

RPU

Résumé de Passage
aux Urgences

RUM

Résumé d'Unité Médicale

SAE

Statistique Annuelle des
Etablissements de santé

SAMU

Service d'Aide Médicale
Urgente

SC

Surveillance Continue

SCAM

Sortie Contre Avis Médical

SDF

SAMU De France

SDIS

Service Départemental
d'Incendie et de Secours

SFMU

Société Française de
Médecine d'Urgence

SI

Soins Intensifs

SIS-CA

Système d'Information
de Santé de
Champagne-Ardenne

SLD

Soins de Longue Durée

SROS

Schéma Régional
d'Organisation des Soins

SMUR

Service Mobile d'Urgence
et de Réanimation

SSR

Soins de Suite
et de Réadaptation

SU

Structure d'Urgences

TPR

Territoire de Premier
Recours

TIAC

Toxi Infection Alimentaire
Collective

UHCD

Unité d'Hospitalisation
de Courte Durée

UNV

Unité Neuro Vasculaire

VRS

Virus Respiratoire Syncytial

VSAV

Véhicule de Secours
et d'Assistance aux Victimes



SOURCES ET DOCUMENTS CITÉS

Projet Régional de Santé (PRS)

www.prs-champagne-ardenne.fr

Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS)

www.ars.champagne-ardenne.sante.fr/fileadmin/CHAMPAGNE-ARDENNE/ARS_Internet/votre_ars/prs/composantes/SROS_OK.pdf



ORU-CA

Observatoire Régional des Urgences
Champagne-Ardenne

Extraction des données -

Analyse statistique - Cartographies

Mme Stéphanie DAUTHEL (ARS, service OSA)

Mme Sylvie DUPUIS (ARS, service OSA)

Mme Julie HUSSON (ARS, service OSA)

M. Jean-Baptiste MOHIN (SIS-CA)

Comité de rédaction

Mme Élisabeth LAGILLE (ORU-CA)

Docteur Ibrahim MOUNECHETROU-NJOYA (CIRE-InVS)

Docteur Marc NOIZET (ORU-CA)

**Observatoire Régional
des Urgences Champagne-Ardenne**

51 rue du Commandant Derrien

51000 Châlons-en-Champagne

tél. 09 64 41 51 89

contact@oru-ca.com

www.oru-ca.com