

# ORULOR

Observatoire Régional  
des Urgences de Lorraine

## Comité de rédaction

Mme Nelly BOUTILLIER\*  
Mme Oriane BROUSTAL\*\*\*  
M. Abdoulaye DIALLO\*\*\*\*  
M. Jean-Louis FUCHS\*\*  
M. Yann KUBIAK\*\*

Dr. Bruno MAIRE\*  
Dr. Christine MEFFRE\*\*\*  
Mme Pascale PERROT\*\*  
M. Mickaël SAULNIER\*\*

\* Réseau Lorraine Urgences  
\*\* ARS Lorraine

\*\*\* InVS  
\*\*\*\* GCS Télésanté Lorraine

conception/réalisation : Studio C.Autrement 07 82 55 42 92 • Nancy 2015

ORULOR • ACTIVITÉ DES STRUCTURES D'URGENCE EN LORRAINE

# ORULOR

Observatoire Régional  
des Urgences de Lorraine



## Activité des structures d'urgence en Lorraine

## contacts



ars-lorraine-direction-performance-gdr@ars.sante.fr



lorraineurgences@chu-nancy.fr

RAPPORT 2013



## Rapport Annuel 2013





**M. Simon KIEFFER**

Directeur

Direction de l'accès à la santé  
et des soins de proximité (DASSP)

ARS de Lorraine

« Emparez-vous  
de ces données,  
exploitez-les,  
interrogez-vous »

L'observatoire régional des urgences de Lorraine (ORULOR) est déployé depuis 2008, ce rapport annuel est le 3<sup>ème</sup> du genre.

Des données de qualités sont disponibles pour tous les acteurs, de fait de l'expérience acquise et d'une vigilance constante du comité ORULOR.

L'obligation de remonter au niveau national les RPU et la création de la FEDORU en 2013 (FEDeration des Observatoires Régionaux des Urgences), confirme la pertinence d'ORULOR comme un outil indispensable dans le paysage des urgences en Lorraine.

#### **Des données de qualités mais pour quel usage ?**

ORULOR peut répondre à des interrogations épidémiologiques, de logique d'organisation interne à chaque établissement de santé ou d'organisation territoriale.

Pour illustrer ce dernier point une analyse des effets sur l'attractivité des services d'urgences de l'agglomération Messine suite au déménagement du CHR a été réalisée et intégrée au présent rapport.

Pour la période hivernale 2014-2015, un guide « hôpital en tension » est initié en Lorraine. Dans ce cadre, les données ORULOR sont un outil précieux d'anticipation des tensions, afin de mesurer l'adéquation entre l'offre de soins et la demande et apporter la vision territoriale permettant d'envisager des actions solidaires. ORULOR offre dans ce cas tout son potentiel opérationnel.

#### **Des perspectives pour le prochain rapport annuel**

Le prochain rapport annuel évoluera dans son format, dans sa finalité. Basé sur des chiffres clés, le prochain document sera plus synthétique, comportant moins de chiffres mais plus d'analyse, car les données n'ont de valeur que dans l'usage que l'on en fait.

Les données des services d'urgences nous interpellent sur l'organisation d'un établissement, sur l'offre de soins du territoire, sur l'accès aux soins non programmés des populations,...

Alors *emparez-vous de ces données, exploitez-les, interrogez-vous.*



## Sommaire général

Contexte régional	5
Activité régionale 2013 des services d'urgence de Lorraine	11
Activité par département et par service	62
Activité des SAMU	143
Activité des SDIS en Lorraine	155
Urgences à Mercy : un renforcement du positionnement du CHR	165
Surveillance épidémiologique	171
Perspectives	186
Annexes	189
Remerciements	206



## sommaire

### Contexte régional ●

- Données démographiques
- Offre de soins des structures d'urgence en 2012

5

6

9

URGENCES

5

## Données démographiques

La population Lorraine continue d'augmenter, à un rythme faible

### DONNÉES GÉNÉRALES - LORRAINE

Données	LORRAINE	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	France métropolitaine
Population au 1 <sup>er</sup> janvier 2010	2 350 920	732 207	193 923	1 045 066	379 724	62 765 235
Population au 1 <sup>er</sup> janvier 2012 (Estimation de la population (1))	2 356 585	733 971	194 390	1 047 585	380 639	63 409 191

Source : INSEE (Recensement de population) - (1) Résultats provisoires arrêtés fin 2012

### STRUCTURE PAR ÂGE DE LA POPULATION (EFFECTIFS PAR CLASSE D'ÂGE AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2012)

Classes d'âge	LORRAINE	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	France métropolitaine
0 - 4 ans	133 258	41 790	11 012	59 771	20 685	3 884 277
5 - 9 ans	137 656	42 409	11 791	60 727	22 729	3 897 370
10 - 14 ans	140 323	43 410	12 291	60 864	23 758	3 895 078
15 - 19 ans	142 125	48 655	10 707	60 401	22 362	3 842 398
20 - 24 ans	149 586	55 790	10 128	64 072	19 596	3 879 497
25 - 54 ans	937 105	286 556	75 602	431 538	143 409	24 946 360
55 - 59 ans	162 383	48 015	13 891	73 463	27 014	4 064 841
60 - 64 ans	152 010	45 407	13 591	65 318	27 694	4 030 845
65 - 74 ans	191 607	57 245	16 041	84 156	34 165	5 209 004
75 - 84 ans	153 582	46 603	13 674	65 337	27 968	4 023 259
85 ans et +	56 950	18 091	5 662	21 938	11 259	1 736 262
<b>Ensemble</b>	<b>2 356 585</b>	<b>733 971</b>	<b>194 390</b>	<b>1 047 585</b>	<b>380 639</b>	<b>63 409 191</b>
Femmes âgées de 15 à 49 ans	524 883	170 469	39 979	236 216	78 219	14 258 117
Femmes âgées de 15 ans et +	1 006 520	316 263	81 080	446 481	162 696	26 980 940
Jeunes de moins de 20 ans	553 362	176 264	45 801	241 763	89 534	15 519 123
Jeunes de moins de 25 ans	702 948	232 054	55 929	305 835	109 130	19 398 620
Adultes de 25 à 64 ans	1 251 498	379 978	103 084	570 319	198 117	33 042 046
Personnes âgées de 65 ans et +	402 139	121 939	35 377	171 431	73 392	10 968 525
Personnes âgées de 75 ans et +	210 532	64 694	19 336	87 275	39 227	5 759 521
Personnes âgées de + de 80 ans	109 399	34 601	10 438	43 509	20 851	3 135 151

Source : Estimation de la population INSEE (résultats provisoires arrêtés fin 2012)

L'espérance de vie régionale un an en deçà du niveau national

### INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Indicateurs	LORRAINE	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	France métropolitaine
<b>Taux de natalité en 2011</b> Naissances domiciliées pour 1000 hab.	11,0	11,6	10,9	11,0	10,2	12,5
<b>Taux de mortalité en 2011</b> Décès domiciliés pour 1 000 habitants (1)	8,9	8,5	10,0	8,6	10,4	8,4
<b>Taux de fécondité en 2011</b> Naissances pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans	49,5	49,9	53,0	48,6	49,6	55,5
<b>Taux mortalité infantile (1)</b> Décès de moins d'1 an / 1 000 naissances (moyenne 2009-2010-2011)	3,3	3,5	2,7	3,1	3,7	3,4
<b>Indice de vieillissement de la population en 2012 (1)</b> Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans	72,7	69,2	77,2	70,9	82,0	70,7
<b>Espérance de vie à la naissance en 2011 (1)</b>						
Hommes	77,3	77,6	76,3	77,5	76,4	78,5
Femmes	83,9	84,2	84,4	83,7	83,8	84,9
<b>Espérance de vie à 65 ans en 2011 (1)</b>						
Hommes	17,9	18,2	17,4	17,6	18,1	18,8
Femmes	22,0	22,4	22,2	21,7	22,2	22,8

Source : INSEE - (1) Indicateurs sociaux départementaux

Une densité médicale inférieure au niveau national, de fortes disparités départementales

### PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX OU MIXTE (1) EN EXERCICE AU 01/01/2013 : NOMBRE ET DENSITÉ POUR 100 000 HABITANTS (2)

Professions	LORRAINE	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	France métropolitaine
<b>Médecins généralistes</b>						
nombre	2 434	880	174	1005	375	67 445
densité	103	120	90	96	99	106
dont praticiens de 55 ans et plus	1 075	339	92	457	187	31 542
<b>Médecins spécialistes</b>						
nombre	1 801	741	87	750	223	59 799
densité	76	101	45	72	59	94
dont praticiens de 55 ans et plus	993	368	53	426	146	31 787
<b>Ensemble des médecins libéraux</b>						
nombre	4 235	1621	261	1755	598	127 244

Tableau page précédente

Sources : DREES - ARS - ADELI - ASIP – RPPS traitements DREES

(1) Le champ de ces statistiques est constitué par l'ensemble des professionnels de santé ayant déclaré une activité. Il exclut les bénévoles et les personnes en recherche d'emploi. Dans Adéli lorsqu'un professionnel déclare plusieurs activités, c'est l'activité principale qui est retenue pour l'élaboration de ces statistiques. Dans le RPPS, c'est l'activité la plus récente qui intervient en premier lieu. À l'exception toutefois de la situation professionnelle (libéral ou salarié), qui tient compte de l'ensemble des activités : un professionnel est ici considéré comme libéral (ou plus exactement, « libéral ou mixte ») dès lors qu'il a une activité libérale, même s'il ne s'agit pas de son activité principale.

(2) Rupture de série pour les médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et sages-femmes en raison du changement, en 2011, du répertoire d'inscription à l'installation.

### Un taux de mortalité prématurée régional supérieur au niveau national

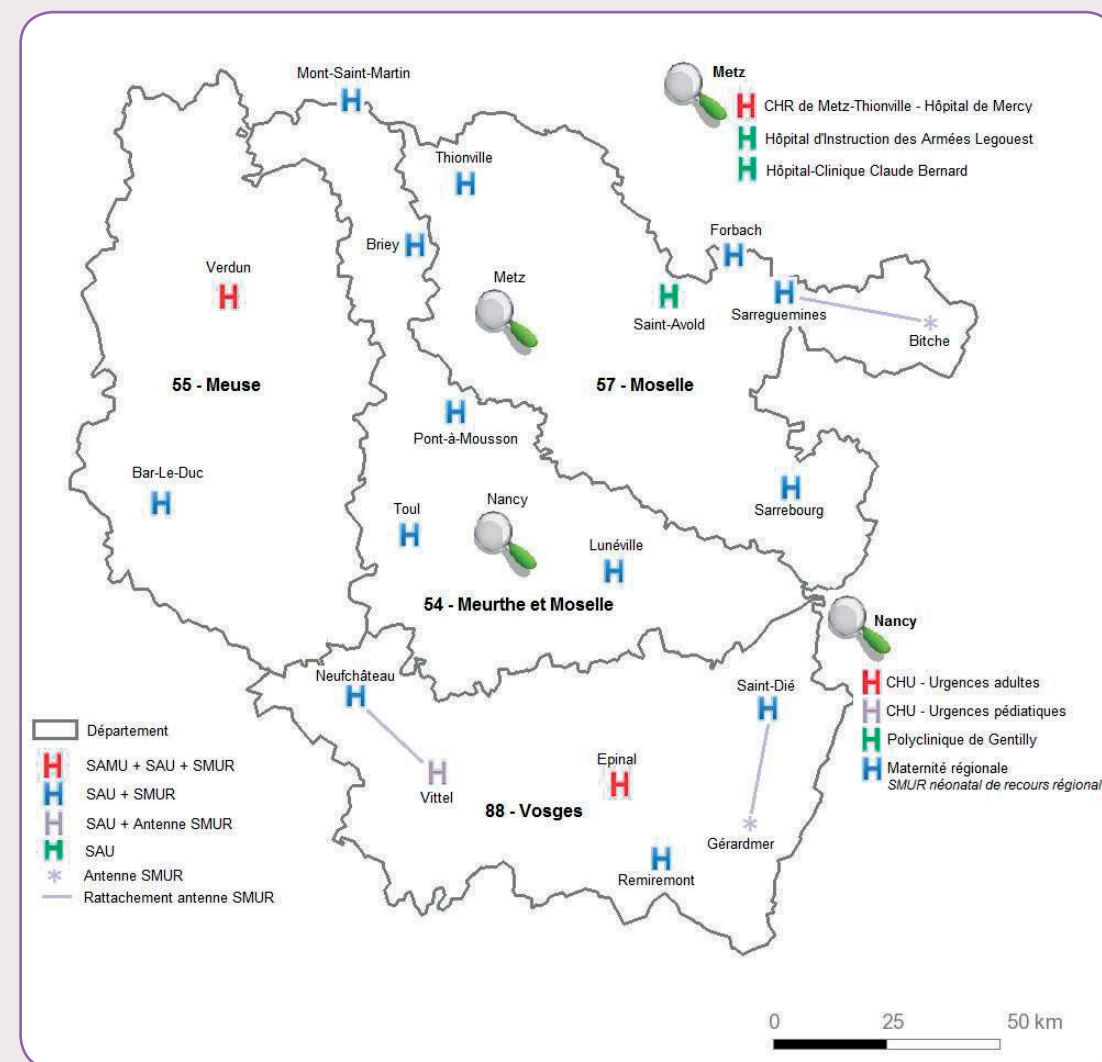
#### TAUX COMPARATIFS DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE (1) DÉCÈS AVANT 65 ANS POUR 100 000 HABITANTS, ANNÉES 2008-2009-2010

	LORRAINE	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	France métropolitaine
<b>Hommes</b>						
Toutes causes dont :	285,9	288,3	293,9	273,6	313,0	274,8
Tumeurs	105,9	110,3	104,6	103,7	104,5	101,9
Appareil circulatoire	40,9	36,3	52,6	40,5	44,7	39,1
Traumatisme, empoisonnement et causes externes	47,6	47,9	59,5	37,5	70,1	48,7
dont suicides	21,9	23,5	27,2	16,7	31,1	21,3
dont accidents de transport	10,9	9,8	15,6	8,0	19,6	10,6
Alcoolisme	33,2	33,7	32,6	31,7	36,9	32,1
<b>Femmes</b>						
Toutes causes dont :	133,8	142,6	131,0	128,7	134,9	125,3
Tumeurs	63,3	68,3	65,0	60,3	62,6	59,3
Appareil circulatoire	13,7	14,2	13,9	14,3	11,5	13,0
Traumatisme, empoisonnement et causes externes	15,9	17,2	18,1	12,1	23,3	15,1
dont suicides	8,2	8,7	8,3	6,5	12,1	7,1
dont accidents de transport	2,7	2,6	3,4	2,1	4,6	2,5
Alcoolisme	7,8	8,7	6,8	7,0	8,8	7,8

Sources : INSERM – CepiDc

(1) Taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge que la population de France métropolitaine

### Offre de soins des structures d'urgence en 2013





## Sommaire

<b>Activité régionale 2013 des services d'urgence de Lorraine</b>	<b>11</b>
• Les passages aux urgences dans le temps	15
• Qui a recours aux urgences ?	21
• Combien de temps passe-t-on aux urgences ?	26
• D'où viennent les patients ?	32
• Pourquoi vient-on aux urgences ?	34
• Quels sont les principaux diagnostics posés ?	40
• Que deviennent les patients à la sortie des urgences ?	54

URGENCES

## ● Activité régionale 2013 des services d'urgence de Lorraine

Afin d'avoir une parfaite lecture du présent rapport, nous souhaitons préciser que l'activité enregistrée sur ORULOR n'est pas encore parfaitement exhaustive par manque de remontée de quelques passages pédiatriques médicaux.

De plus, des difficultés de mise en œuvre d'une solution dédiée « structure d'urgence » au CH de Toul, nous empêchent d'afficher des durées de moyenne de passage cohérentes pour cet établissement.

Les points de vigilances de lecture, ainsi que le cadre méthodologique liés aux graphiques ont été regroupés en annexe afin d'alléger le corps du rapport.

Toutes les nomenclatures et abréviations utilisées dans ces analyses sont détaillées en annexe. De même pour les notes méthodologiques liées à la qualité des données ou aux limites d'interprétation ainsi que les méthodes de calcul et références.

Toutes les nomenclatures et abréviations utilisées dans ces analyses sont détaillées en annexe.



## Interview



**Dr Isabelle Caillier**

Directrice des Hôpitaux publics de Forbach et de Saint-Avold (CHIC Unisanté)



### Quelle utilisation faites-vous d'ORULOR ?

Il y a au moins deux utilisations différentes d'ORULOR : la première est réalisée par les services des urgences eux-mêmes afin de suivre leur activité et les performances de leur service ; la seconde est celle faite par les directions d'établissement : accès à l'évolution de l'activité du service des urgences de l'établissement, soit dans le temps, soit en comparaison aux différentes structures régionales ou d'un territoire de santé donné. Cela permet de mettre en évidence les axes à améliorer et d'adapter ainsi l'organisation.

J'utilise également ORULOR comme outil de gestion pour mettre en adéquation les effectifs en personnels au flux de passages aux urgences.

**Le Rapport Annuel me permet de discuter en interne avec les équipes sur la façon dont fonctionne le service et d'étudier avec elles les points à améliorer et comment les améliorer.**

ORULOR fournit en effet l'intensité horaire de l'activité au sein des urgences, excellent indicateur organisationnel !

En général, je me connecte une fois par mois et regarde bien évidemment ce qui se passe sur un mois glissant au niveau de mon établissement mais aussi des autres établissements ; je suis surtout les taux de retour à domicile, de transfert ou d'hospitalisation, ou encore le degré de gravité des patients pris en charge...

### En temps de crise, ORULOR vous est-il d'une grande aide ?

Pour l'instant, il n'y a pas eu de grande crise ! Mais, si tel était le cas, ORULOR permettrait de voir s'il s'agit

d'une crise passagère, d'une crise locale, si les difficultés sont générales à l'ensemble des services ou au contraire si cela est plutôt dû à une problématique organisationnelle. ORULOR permet de répondre à ces questions via le délai d'attente pour un passage et donc la possibilité d'orienter les patients vers d'autres services d'urgences moins engorgés afin de fluidifier les services saturés.

### Quelles informations issues du Rapport Annuel 2013 vous ont particulièrement marqué ?

*Le Rapport Annuel me permet de discuter en interne avec les équipes sur la façon dont fonctionne le service et d'étudier avec elles les points à améliorer et comment les améliorer.*

Ce qui m'a particulièrement marqué dans ce rapport, c'est la diminution générale des délais d'attente de prise en charge aux urgences qui dépendent souvent de l'organisation même des services. Le temps de passage moyen reflète souvent la relation qui existe entre le service des urgences et les services hospitaliers de l'établissement car la sortie d'un patient relève d'une procédure mise en place entre ces deux acteurs.

Par ailleurs, j'ai pu remarquer l'augmentation du nombre de passages aux urgences malgré des liens plus soutenus avec la médecine de ville. Or on sait qu'il existe une corrélation entre la précarisation de la population d'un territoire de santé et le nombre de passages aux urgences ; A ce titre, certains territoires de santé de Lorraine ne sont pas épargnés et les moyens déployés pour satisfaire cette augmentation de flux ont dû être majorés !

Je regarde également la nature des pathologies prises en charge sur différentes années, ceci témoigne de l'évolution du recours aux services des urgences en Lorraine.



... suite de l'interview

Petite anecdote, en lisant le rapport, nous nous sommes rendus compte que tous les RPU n'étaient pas remontés correctement... Nous avons donc fait le nécessaire afin de corriger cette erreur.

**Pensez-vous que les données d'ORULOR permettent aux directions d'améliorer la performance des services d'urgences ?**

Je suis entièrement convaincue que l'analyse statistique des données issues d'ORULOR entraîne une amélioration du fonctionnement des services d'urgences et donc de leur performance, même si cette analyse fait souvent l'objet de critique. ORULOR a le mérite d'harmoniser le recueil des données pour les rendre ainsi comparables soit dans le temps pour un même service, soit dans l'espace entre différents services. C'est l'analyse de ces évolutions, c'est la dynamique qu'elle crée par le questionnement qui font progresser nos organisations.

**Quelles améliorations souhaiteriez-vous apporter au logiciel ?**

Pour ma part, je souhaiterais qu'ORULOR dépasse le stade de « statistique descriptive » pour être complété par une « statistique plus analytique ». ORULOR est à maturité pour aborder le temps des croisements de

données, comme par exemple, étudier le lien entre le nombre de passages aux urgences et les caractéristiques de la population desservie. On peut faire l'hypothèse que les résultats seront différents d'un territoire à l'autre, en fonction par exemple du nombre de praticiens libéraux. Plus il est important sur le territoire, moins la population a recours aux services d'urgence. C'est une réflexion épidémiologique qui aidera utilement les décideurs à améliorer l'offre de soins.

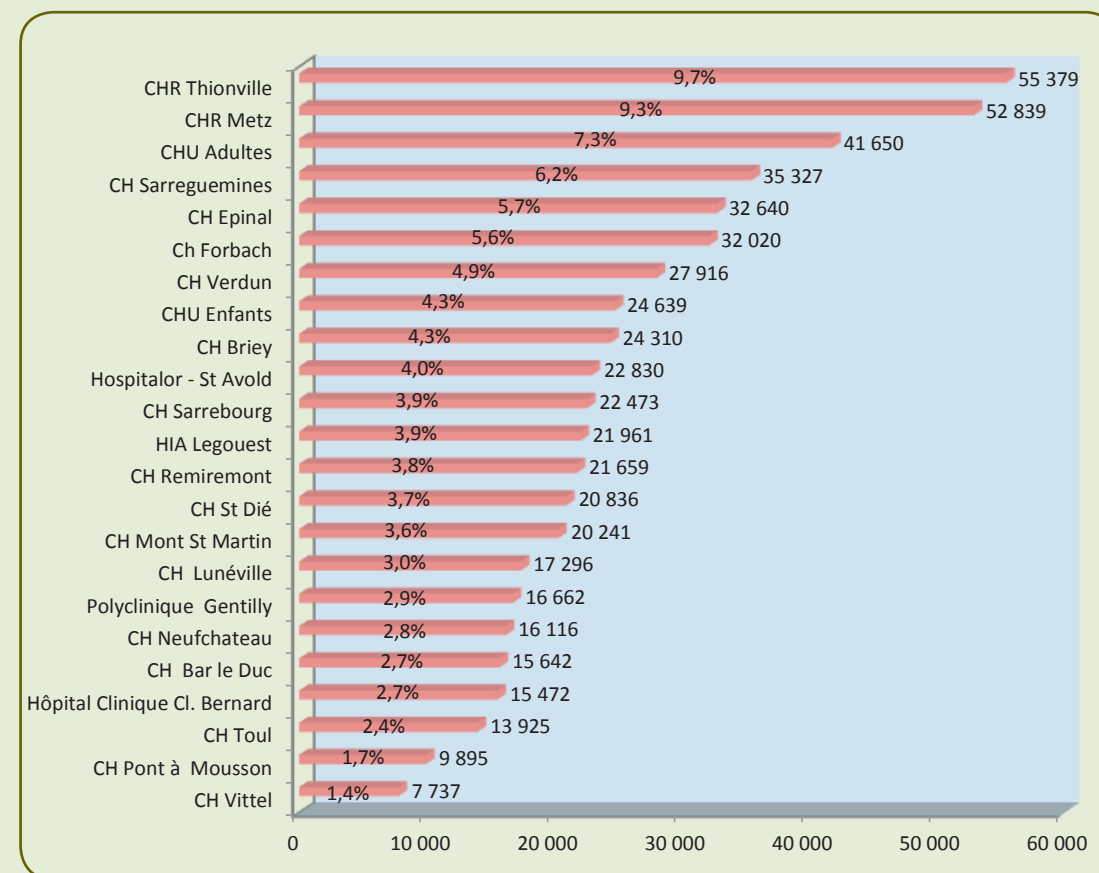
De façon plus pragmatique et plus sémantique aussi, il faudrait définir ce que l'on appelle une urgence en gynécologie-obstétrique pour pouvoir être comparable ou tout simplement pour pouvoir agréger des données avec bon sens : car aujourd'hui, la définition de l'urgence en GO peut être différente d'un établissement à un autre. Il en est de même de certains indicateurs dont le mode de calcul et à la définition seraient à préciser.

Concernant l'outil en lui-même, je n'ai aucune remarque à faire, c'est un excellent outil, convivial, ergonomique et fédérateur des équipes de soins par les questionnements que génère en interne l'analyse de ses données.

**Les passages aux urgences dans le temps**

23 services d'urgence connectés pour un total de 569 465 passages enregistrés

**NOMBRE TOTAL DE PASSAGES ENREGISTRÉS PAR SERVICE D'URGENCE**



Le nombre de passages enregistrés en 2013 sur ORULOR est de 569 465. Ce nombre représente l'activité régionale totale car les 23 sites autorisés sont tous connectés à l'observatoire.

L'activité des SU est variable, allant de plus de 55 000 passages à près de 8 000, avec une moyenne régionale de 24 759 passages (intérêt en comparaison inter régionale).

## Une augmentation de l'activité enregistrée régionale de 1,5%

### VARIATION DU NOMBRE DE PASSAGES ENTRE 2011 ET 2012 POUR LES 14 SU CONNECTÉS DEPUIS LE 1<sup>ER</sup> JANVIER 2011, ET ENTRE 2012 ET 2013 POUR LES 23 SU CONNECTÉS

1) hors urgences pédiatriques médicales car données non exhaustives sur l'ensemble des données comparées.

	NOMBRE DE PASSAGES			VARIATION DES PASSAGES	
	2011	2012	2013	2011-2012	2012-2013
CHR Thionville	50 928	51 424	55 379	0,97%	7,69%
CHR Metz	50 177	49 949	52 839	-0,45%	5,79%
CHU Adultes	42 143	41 015	41 650	-2,68%	1,55%
CH Epinal	32 559	32 625	32 640	0,20%	0,05%
CH Verdun	26 988	27 642	27 916	2,42%	0,99%
CH Forbach (1)	25 941	26 519	32 020	2,23%	20,74%
CH Briey	23 060	23 602	24 310	2,35%	3,00%
CH Sarrebourg	21 491	21 926	22 473	2,02%	2,49%
CH Remiremont (1)	14 980	21 028	21 659	40,37%	3,00%
CH Lunéville	18 139	17 658	17 296	-2,65%	-2,05%
Polyclinique Gentilly	16 862	17 153	16 662	1,73%	-2,86%
Hôpital Clinique Claude Bernard	14 403	16 802	15 472	16,66%	-7,92%
CH Neufchâteau	15 946	16 219	16 116	1,71%	-0,64%
CH Pont-à-Mousson	10 347	10 750	9 895	3,89%	-7,95%
<b>SOUS TOTAL</b>	<b>363 964</b>	<b>374 311</b>			
CH Sarreguemines		35 972	35 327		-1,79%
CHU Enfants		24 456	24 639		0,75%
Hospitalor St Avold		23 605	22 830		-3,28%
HIA Legouest		22 405	21 961		-1,98%
CH St Dié		20 436	20 836		1,96%
Mont St Martin		20 517	20 241		-1,35%
CH Bar-le-Duc		15 079	15 642		3,73%
CH Toul		15 507	13 925		-10,20%
CH Vittel		8 690	7 737		-10,97%
<b>TOTAL</b>	<b>548 702</b>	<b>560 978</b>	<b>569 465</b>	<b>2,84%</b>	<b>1,51%</b>

En 2013, l'activité totale des 23 SU connectés représente 569 465 passages alors qu'en 2012, l'activité totale était de 560 978 passages, ce qui correspond à une augmentation d'activité régionale de près de 8 500 passages sur un an, soit de 1,5%.

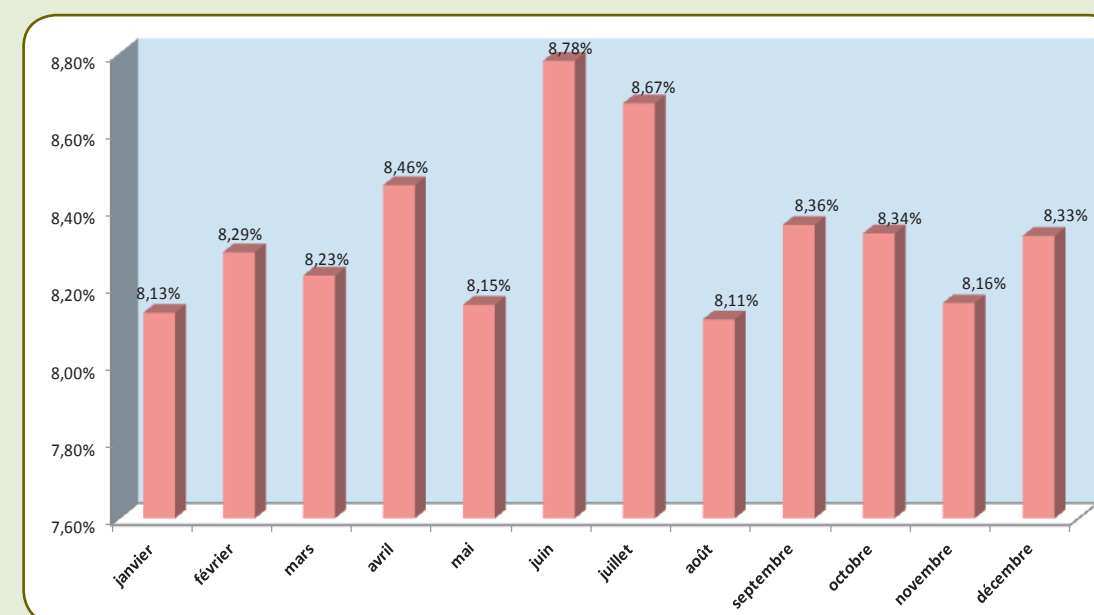
Ce chiffre global traduit une augmentation de l'activité enregistrée mais pas forcément de l'activité réelle. En effet, l'intégration en 2013 des passages médicaux pédiatriques du site de Forbach explique

une bonne partie de ce phénomène.

Il est donc plus pertinent d'analyser site par site les variations d'activité, ce qui permet de retrouver quelques baisses d'activité comme à Pont à Mousson et Vittel, mais surtout des majorations d'activité habituellement modérée mais parfois considérable comme au CHR de Metz – Thionville, en particulier sur le site de Thionville (près de 8%).

## L'activité des urgences est la plus forte en mai et juin

### RÉPARTITION DES PASSAGES PAR MOIS (EN JOURS CONSTANTS)

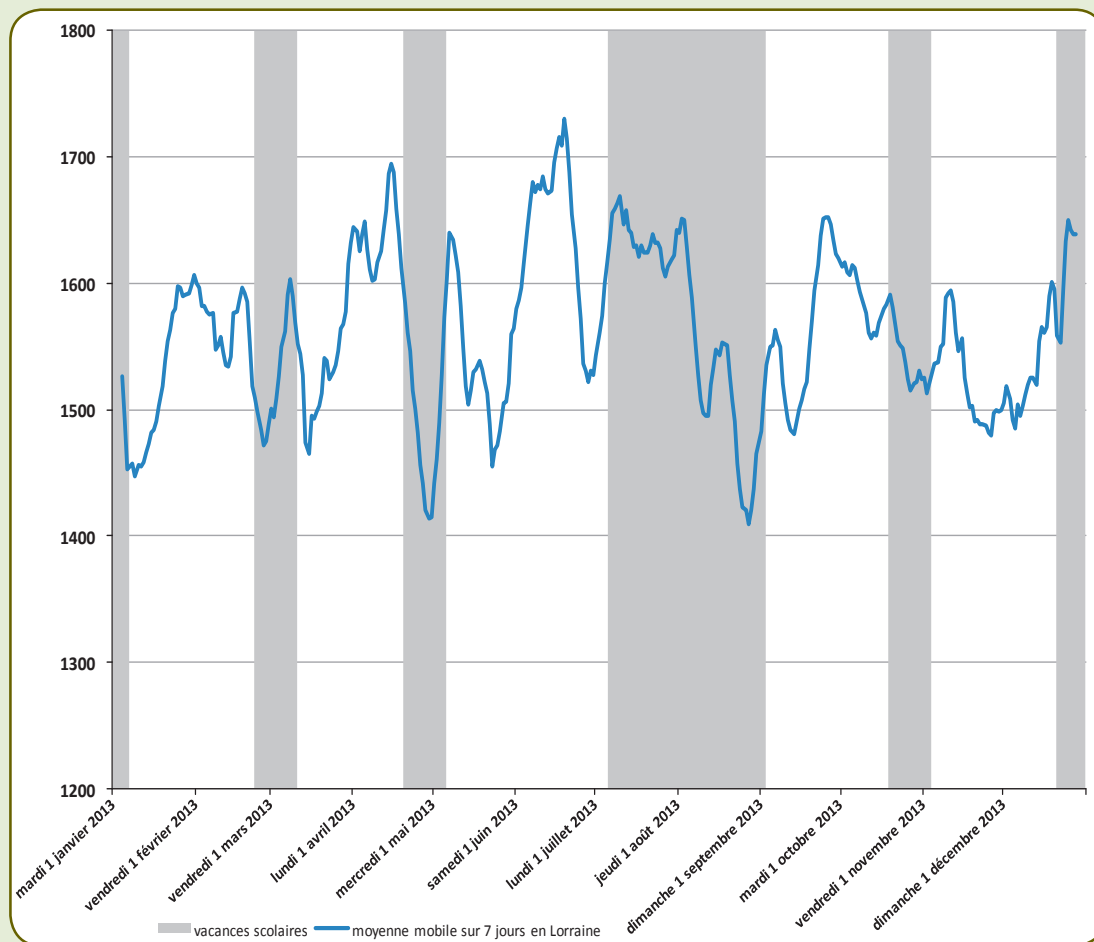


À nombre de jours constants, et comme en 2011 et 2012, le mois de juin s'avère être le plus gros mois de l'année, suivi d'avril en 2011, de mai en 2012 et de juillet en 2013.

 cf. notes méthodologiques (p.204)

Une activité qui tend à baisser mais de manière moins significative qu'en 2012 durant les périodes de vacances scolaires.

DISTRIBUTION DES PASSAGES (MOYENNE MOBILE SUR 7 JOURS)



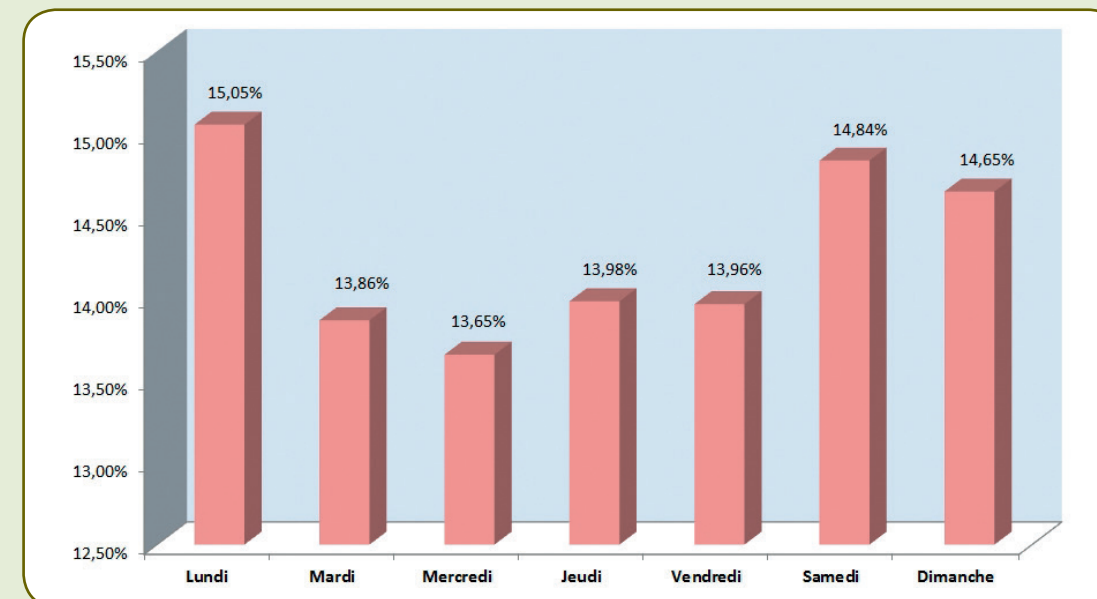
Si une baisse d'activité est notée lors des vacances de février et de Pâques, ce phénomène est moins net qu'en 2012 pour la période estivale, avec une augmentation d'activité en juillet contrastant avec une forte baisse en août. Pour autant, cela ne change pas le fait que l'activité des urgences en Lorraine est principalement

liée à l'activité et aux mouvements géographiques des Lorrains et demeure peu impactée par des mouvements de patients extérieurs à la Lorraine.

cf. notes méthodologiques (p.204)

Une classique suractivité le week-end mais aussi le lundi

RÉPARTITION DES PASSAGES PAR JOUR DE LA SEMAINE



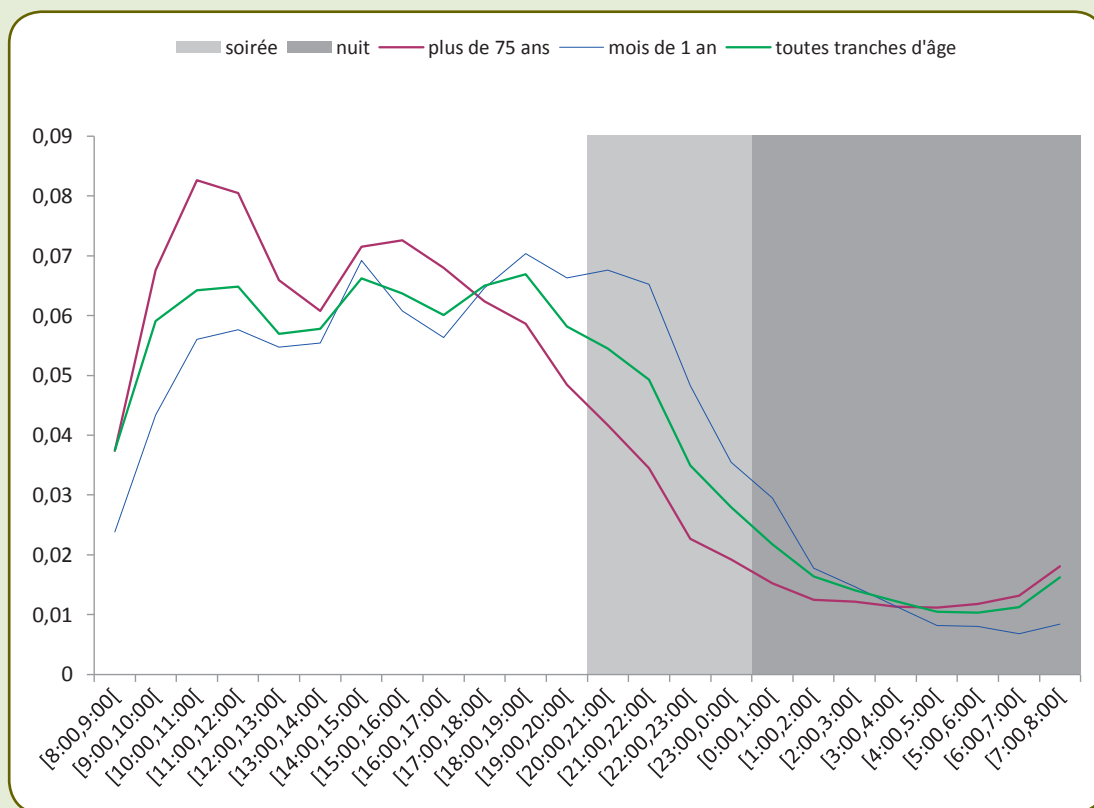
Ce graphique montre, comme en 2011 et 2012, la classique suractivité du lundi et du week-end, versus le relatif calme des milieux de semaine. La constance des fluctuations d'activité (jours de la semaine et heures de la journée par exemple) ne fait que confirmer que l'activité

non programmée des urgences est prévisible avec son corollaire en terme d'actions préventives de tension des urgences.

cf. notes méthodologiques (p.204)

### 3 pics journaliers d'activité et seulement 11% des admissions de nuit

COURBE DE RÉPARTITION DES ADMISSIONS AU COURS D'UNE JOURNÉE



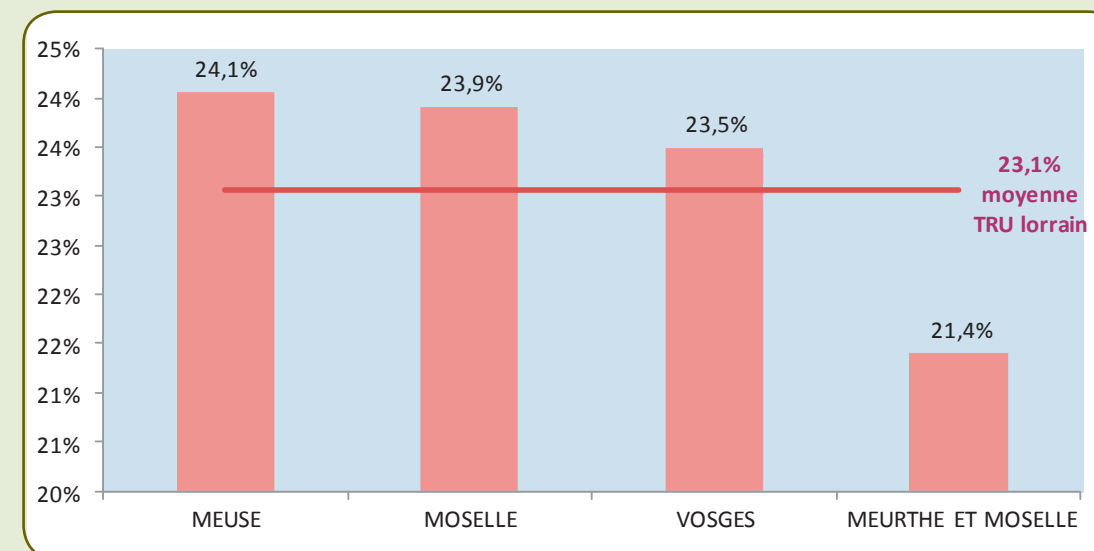
Comme en 2011 et 2012, nous pouvons visualiser sur ce graphique trois pics d'activité : en milieu de matinée, en début d'après-midi et en fin d'après-midi. À l'inverse, la nuit (00h00 - 8h00) ne représente qu'un peu plus de 10% des admissions. Ces phénomènes sont plus ou moins accentués selon la tranche d'âge, le pic de milieu de matinée est particulièrement marqué chez les personnes de plus de 75 ans, celui de début de soirée chez les nourrissons.

! NB : Dans cette répartition, les heures prises en compte sont les heures d'admission. Il ne s'agit donc pas de la variation du nombre de patients présents à un instant t.

### Qui a recours aux urgences ?

Près d'un Lorrain sur quatre se rend chaque année aux urgences

TAUX DE RECOURS AUX URGENCES (TRU)



Le taux de recours aux urgences Lorrain en 2013 (en excluant donc les patients non Lorrains) est de 23,1% (proche des 23,9 % de 2012 et des 23,4 % de 2011 avec un mode de calcul différent), ce qui signifie que près d'un Lorrain sur quatre se rend chaque année aux urgences (avec l'approximation que certains patients fréquentent « assidûment » les urgences).

Par ailleurs, la variation du TRU d'un département à l'autre est peu impactée par la densité de population (TRU variant de 21,4 à 24,1% pour une densité de population variant de 31 à 167).

En 2012, le calcul a été fait en prenant l'ensemble des passages aux urgences d'un département ou de la région et en le rapportant à la population concernée mais sans tenir compte du code postal de résidence. Mais il est difficile de parler de taux de recours des Lorrains alors que sont intégrés les passages de patients non Lorrains. Il faut donc pour ce calcul par département, ne retenir que les passages de patients d'un département donné, ayant consulté dans un des SU de ce département puis les rapporter à la population du département en question.

cf. notes méthodologiques (p.204)

### Une activité essentiellement liée à des patients domiciliés en Lorraine

PROVENANCE DES PATIENTS PAR DÉPARTEMENT DE LOCALISATION DES SERVICES D'URGENCE

	Français - Hors Lorraine*	Etranger	54	55	57	88	Non renseigné
SU – Dép. 54	1,94%	0,14%	87,32%	2,88%	5,15%	1,76%	0,80%
SU – Dép. 55	4,24%	0,22%	2,09%	91,86%	0,69%	0,16%	0,73%
SU – Dép. 57	3,18%	0,14%	2,58%	0,19%	93,07%	0,11%	0,74%
SU – Dép. 88	7,38%	0,37%	2,14%	1,20%	0,48%	86,53%	1,90%

\*Possibilité de quelques étrangers dans « Français - Hors Lorraine »

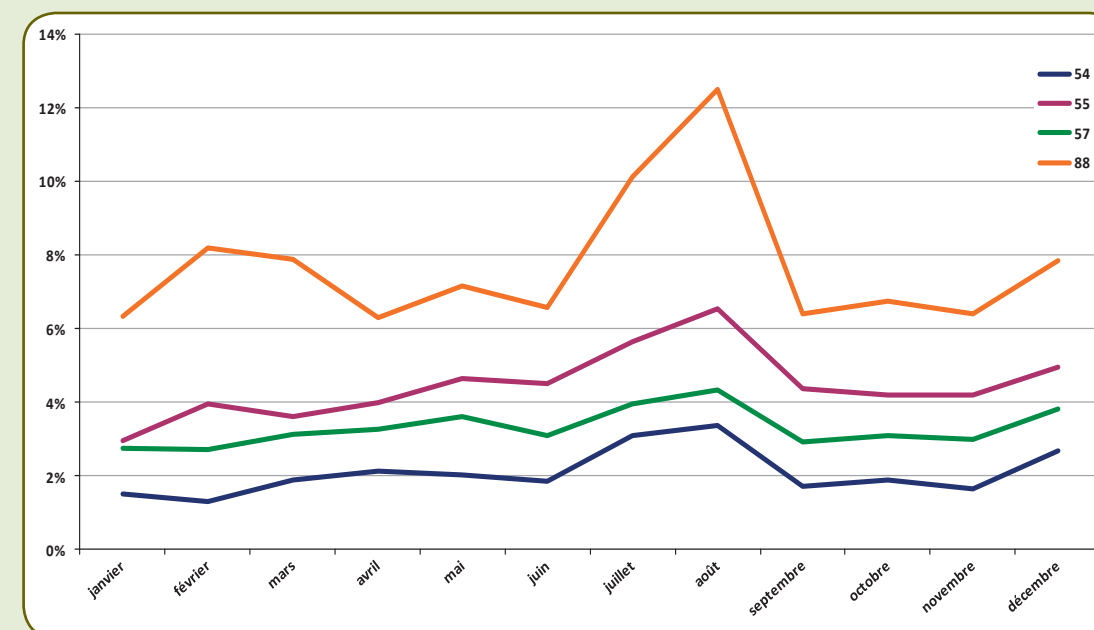
L'activité des SU de Lorraine est essentiellement liée à des patients domiciliés en Lorraine (92 à 98% en fonction des départements).

Les Vosges et, dans une moindre mesure, la Meuse ont une activité semblant discrètement liée au tourisme avec respectivement près de 8% et de 4,5% de non Lorrains.

Par ailleurs, le département de la Meurthe et Moselle accueille plus de Lorrains en dehors de son département que les autres départements. Cela s'explique probablement par un positionnement géographique central et par la présence du CHU de Nancy.

### Un phénomène saisonnier très légèrement marqué

ÉVOLUTION MENSUELLE PAR DÉPARTEMENT DE LA QUOTE-PART DE PATIENTS NON LORRAINS



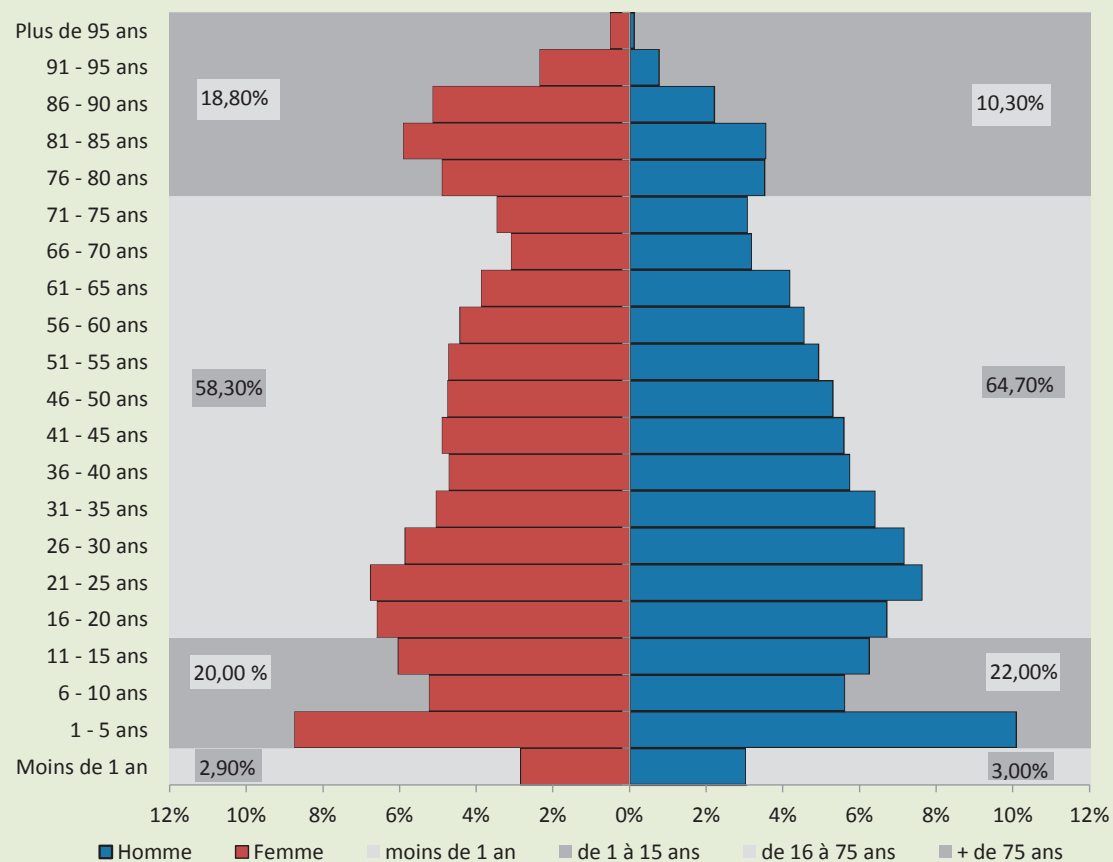
En corrélation avec le tableau précédent, le phénomène saisonnier en particulier estival est peu marqué pour les départements de la Meurthe et Moselle et de la Moselle, mais davantage pour la Meuse et surtout les Vosges (13% de

non Lorrains). Les Vosges semblent être également légèrement impactées par les périodes d'enneigement du massif vosgien.

cf. notes méthodologiques (p.204)

Près d'1/4 d'enfants et 15% de plus de 75 ans

PART DES PASSAGES AUX URGENCES PAR TRANCHES D'ÂGE ET PAR SEXE

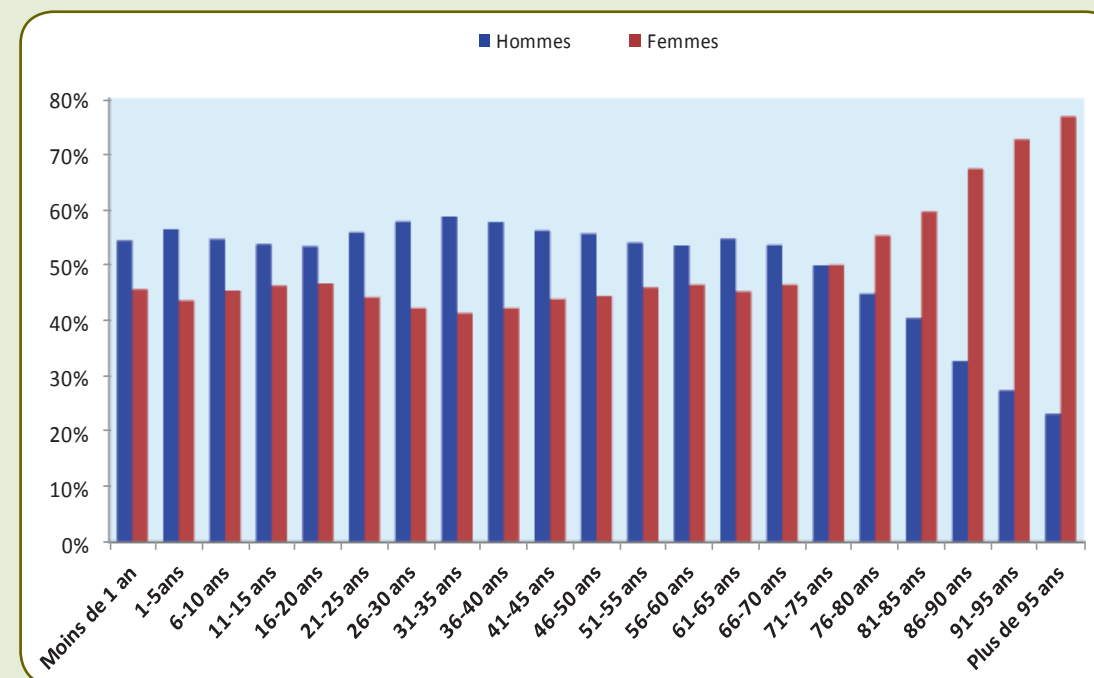


L'activité pédiatrique, définie comme en 2011 et 2012 (< 16 ans), représente un peu moins d'un quart des passages, avec une forte accentuation entre 1 et 5 ans. Si, comme convenu dans le cadre de la FEDORU, elle est définie avec un âge < 18 ans, elle représente alors 26,5% de

l'activité. Quant à l'activité gériatrique (> 75 ans), elle représente quant à elle 15% des passages. Cette pyramide des âges des patients ayant consulté dans les SU de Lorraine en 2013 est très voisine de celle de 2012.

Une surreprésentation masculine jusqu'à 75 ans, puis féminine au-delà

PROPORTION DES HOMMES ET DES FEMMES PASSANT AUX URGENCES PAR TRANCHES D'ÂGE



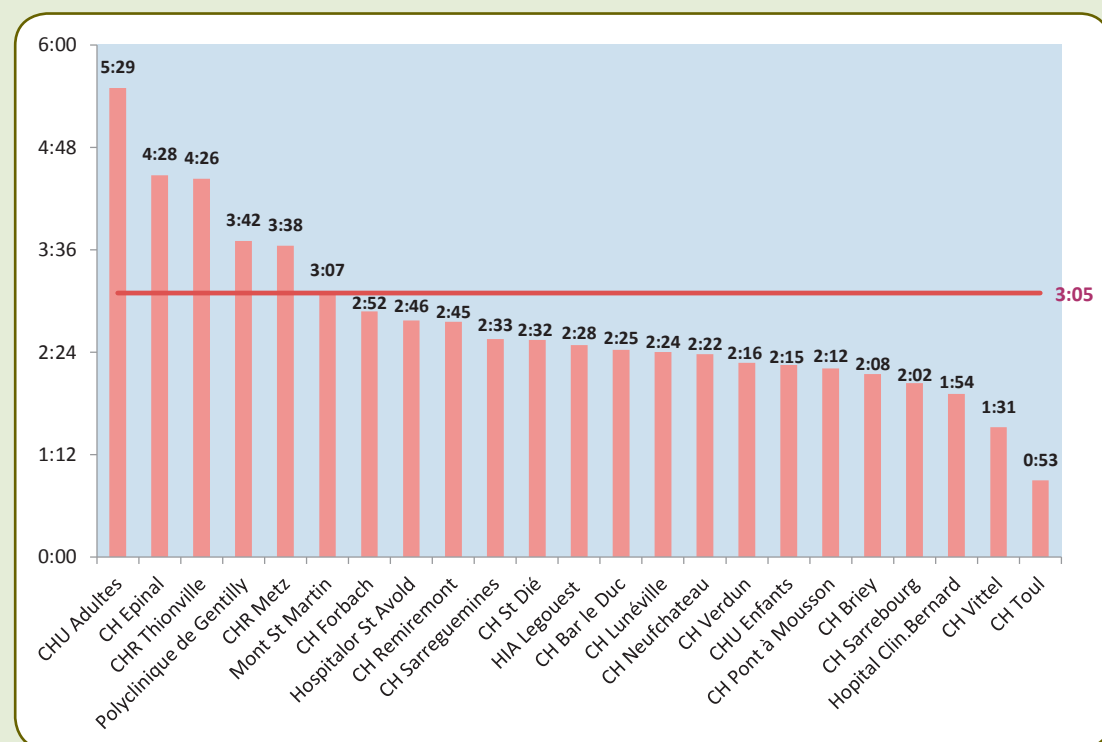
La population masculine est surreprésentée dans toutes les tranches d'âge jusqu'à la tranche 65-70 ans. Cette surreprésentation est d'environ 10% chez les moins de 15 ans et s'avère particulièrement importante pour les tranches d'âge allant de 20 à 45 ans (jusqu'à 20%).

Par contre, le phénomène s'inverse totalement après 75 ans avec une surreprésentation féminine de près de 50% à 90 ans. A noter que ces variations avaient déjà été observées en 2012.

## Combien de temps passe-t-on aux urgences ?

Une durée moyenne de passage dans les SU de Lorraine de 3h

DURÉE MOYENNE DE PASSAGE PAR SU



La durée moyenne de passage en Lorraine en 2013 est de 3h05, versus 3h01 en 2012 et 3h11 en 2011.

Ces durées moyennes de passage doivent être interprétées en fonction de plusieurs facteurs et, en particulier, du pourcentage de patients de moins de 15 ans et de plus de 75 ans.

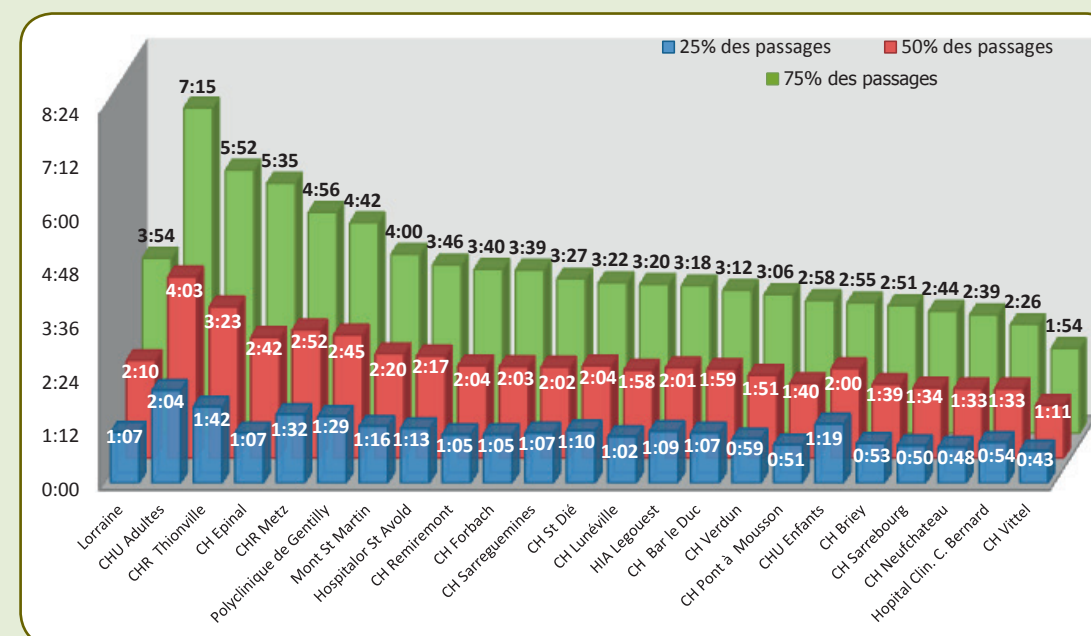
À titre d'exemple, les SU du CHU Adultes et de Gentilly ne prennent en charge aucun enfant

et ont, de ce fait, des DMP logiquement plus longues en comparaison avec des SU de taille équivalente avec activité pédiatrique.

Enfin, la relative stabilité de la DMP régionale masque des variations individuelles parfois logiques (majoration modérée pour Thionville mais avec une importante augmentation de l'activité), parfois plus difficiles à expliquer comme pour Epinal.

## Plus de 75 % des passages se font en moins de 4h

DURÉES DE PASSAGE POUR 25%, 50% ET 75% DES PASSAGES AUX URGENCES



75% des passages aux urgences durent moins de 3h54 (versus 3h51 en 2012), sachant qu'une base théorique nationale cible une durée maximale de 4h pour 80% des passages.

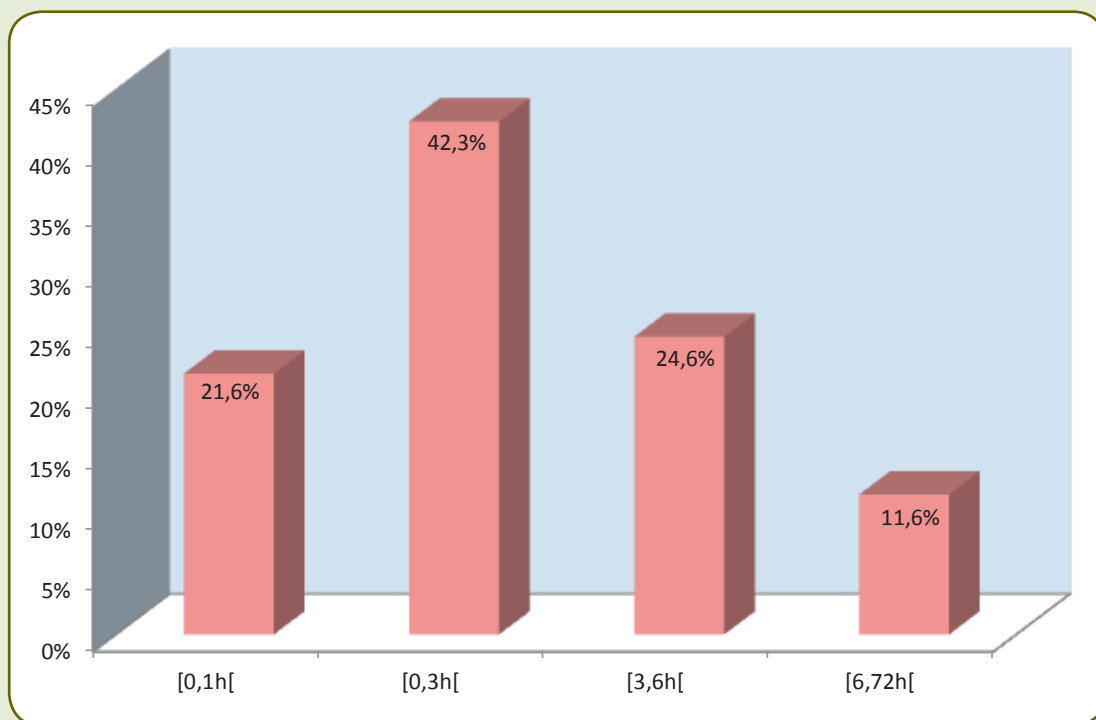
Cependant, six établissements sont éloignés de cette barre de 80% de passages de moins de 4 heures. Mais ce paramètre, pris isolément, n'a pas de sens dès lors qu'il est interprété sans tenir compte par exemple des pourcentages de CCMU et surtout des pourcentages de tranches d'âge.

Par ailleurs, comme en 2011 et 2012, ce sont les SU ayant la plus grosse activité et /ou ceux qui n'ont pas d'activité pédiatrique qui sont les plus éloignés de cette « barre des 80% ». Il serait certainement intéressant de rechercher une éventuelle corrélation avec le rapport nombre de passages / nombre de lits d'hospitalisation, mais aussi avec le temps médical disponible (ratio passages/ETP).

cf. notes méthodologiques (p.204)

65 % des passages durent moins de 3h, mais plus de 10% plus de 6h

RÉPARTITION DE LA DURÉE MOYENNE DE PASSAGE AUX URGENCES

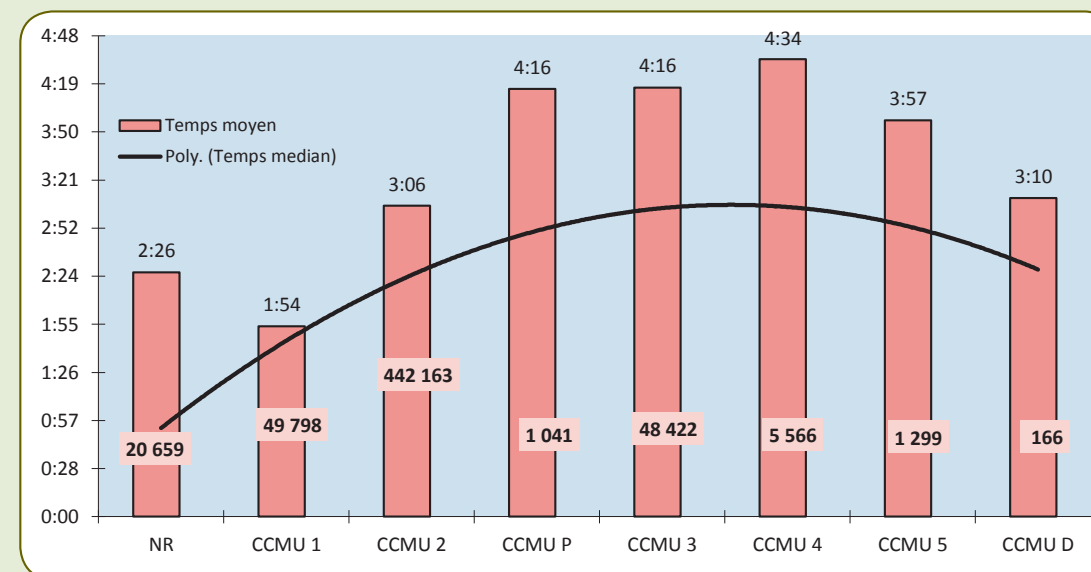


Comme en 2012, près de 65% des séjours durent moins de 3 heures mais ils sont plus de 10% à durer plus de 6 heures dans les services

d'urgence de Lorraine. A noter que les patients « groupe 4 »<sup>1</sup> sont inclus dans ce décompte.

Un examen complémentaire = une heure de plus aux urgences

DURÉE MOYENNE DE PASSAGE EN FONCTION DE LA GRAVITÉ (CCMU)



La réalisation d'un examen complémentaire chez un patient non grave augmente d'une heure sa durée moyenne de passage. Les patients les plus graves ont une durée moyenne

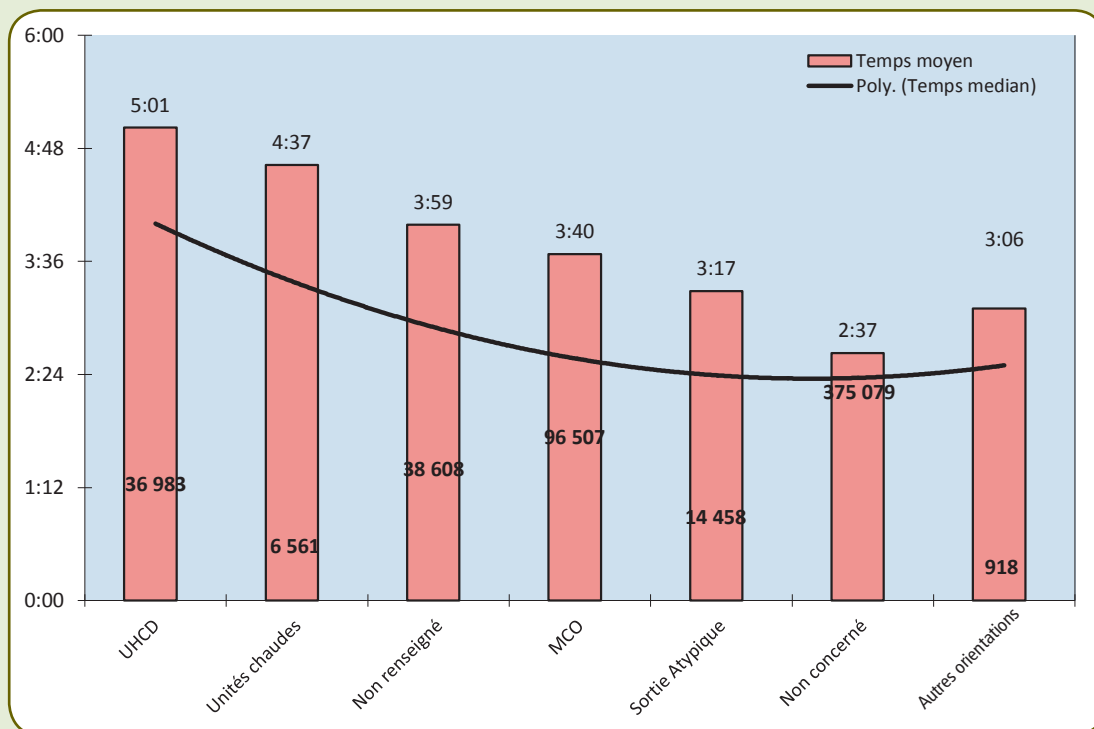
de passage d'au moins quatre heures, soit le double des patients bénéficiant d'une simple consultation. Ces données de 2013 sont très proches de celles de 2012 et 2011.

<sup>1</sup> « Groupe 4 » : Patient admis « virtuellement en UHCD » pour valorisation d'activité (Recommandations SFMU)



### Aux alentours de 4 heures aux urgences avant une hospitalisation

DURÉE MOYENNE DE PASSAGE EN FONCTION DE L'ORIENTATION



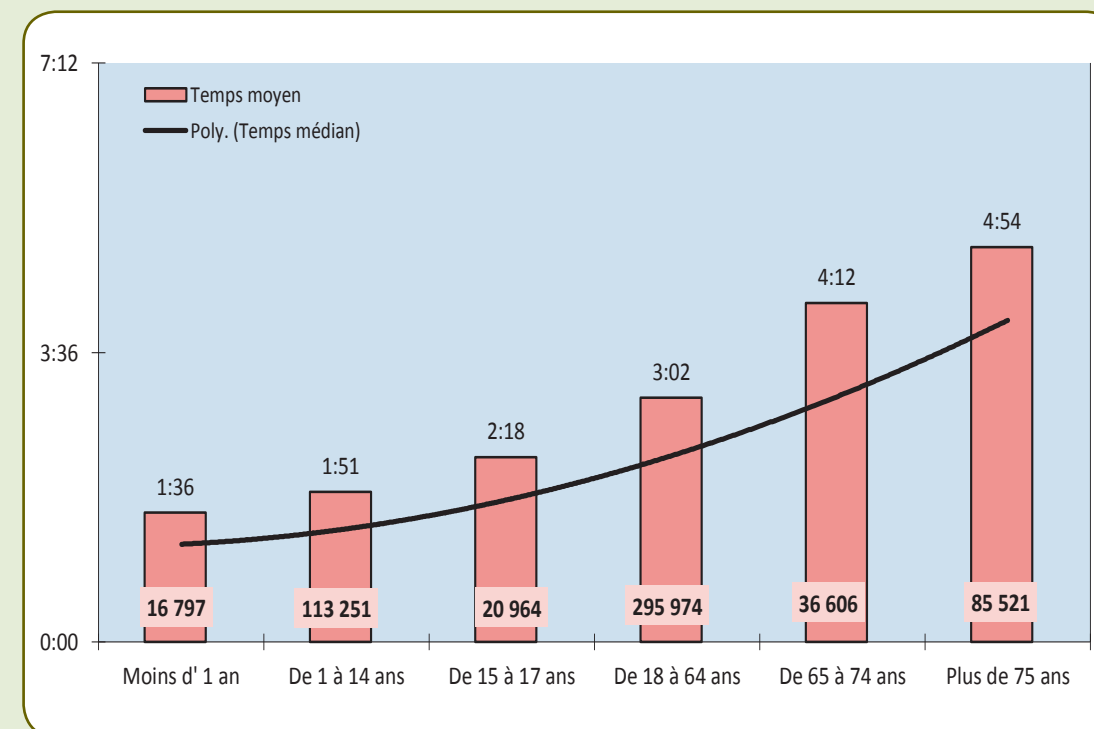
Il existe des variations importantes de ces durées de passage en fonction de l'orientation, selon les SU témoignant d'organisations et de contraintes locales variables : optimisation du diagnostic ou du conditionnement versus accueil plus rapide en MCO ou en unités chaudes; hospitalisation précoce en UHCD (patientèle « normale ») ou plus tardive faute de place.

Pour autant, un patient hospitalisé en MCO passe en moyenne plus de 3H30 aux urgences. En comparaison par rapport à 2012, nous pouvons noter une majoration des durées de passage des patients hospitalisés de l'ordre de 20 minutes (18 pour MCO, 24 pour UHCD et 31 pour les unités chaudes).

cf. notes méthodologiques (p.204)

### Les plus de 75 ans séjournent aux urgences 2,5 fois plus longtemps que les moins de 15 ans

DURÉE MOYENNE DE PASSAGE EN FONCTION DES TRANCHES D'ÂGE



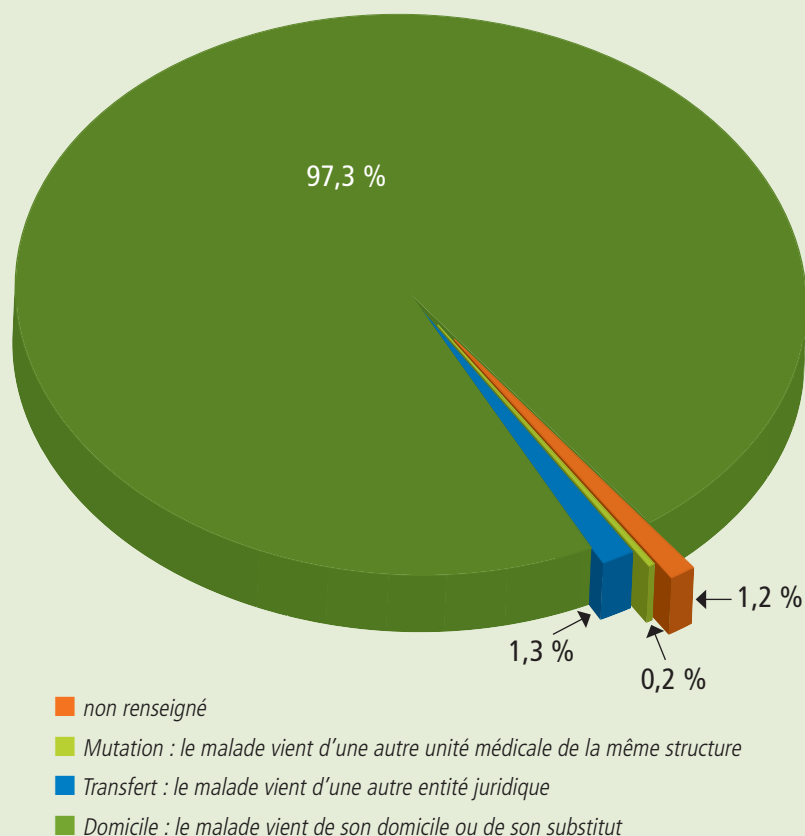
Indépendamment des organisations locales, il existe un facteur 2,5 entre la durée de passage des patients de moins de 15 ans et de ceux de plus de 75 ans. Comme nous pouvons le voir au graphique «Proportion de CCMU1, CCMU2 et CCMU3-4-5 par tranches d'âge», cette consta-

tation est directement corrélée aux CCMU1 pour les différentes patientèles. Au total : l'âge, la gravité et l'hospitalisation sont des facteurs de majoration de la durée moyenne de passage aux urgences.

## D'où viennent les patients ?

Mutation ou transfert, des modes d'entrée heureusement marginaux

RÉPARTITION DES PASSAGES EN FONCTION DES MODES D'ENTRÉE

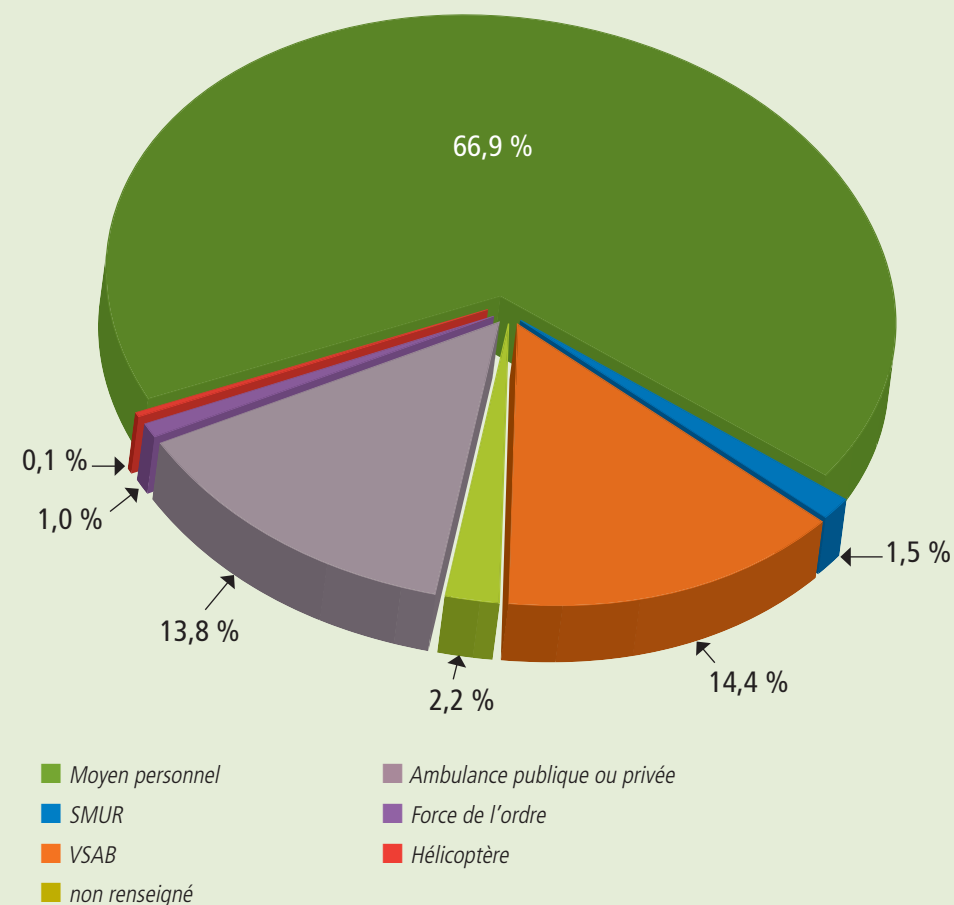


L'immense majorité des patients vient du domicile (au sens large du terme, à savoir non d'un établissement de soins). A noter que dans les mutations figure un certain nombre de SMUR

internes. Ces pourcentages de modes d'entrée sont superposables à ceux des années précédentes.

Près de 7 patients sur 10 accèdent aux SU par leurs propres moyens

RÉPARTITION DES PASSAGES EN FONCTION DU MODE DE TRANSPORT À L'ADMISSION



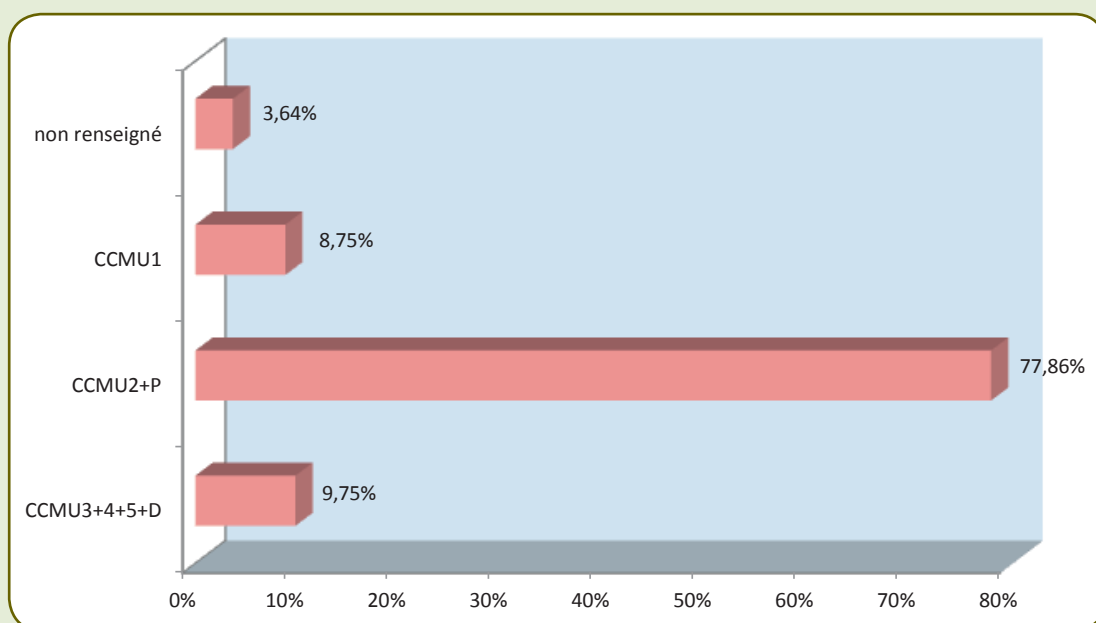
Près de 70% des patients se présentent par leurs propres moyens aux urgences. Lorsque les patients sont transportés, ils le sont autant par ambulance que par VSAB. Les modes de transport à l'admission en 2013 sont voisins

de ceux constatés en 2012 (discrète diminution des transports par ambulance). A noter enfin que, comme les années précédentes, environ un patient sur 100 est présenté par les forces de l'ordre.

## ■ Pourquoi vient-on aux urgences ?

Moins de 10% de « simples consultations » et moins de 10% de patients graves

POURCENTAGE DE PASSAGES PAR REGROUPEMENT DE CCMU



Les « simples » consultations représentent moins de 10% des passages en Lorraine versus près de 80% pour les consultations nécessitant des examens complémentaires.

Quant aux urgences « graves », elles représentent également un peu moins de 10% des

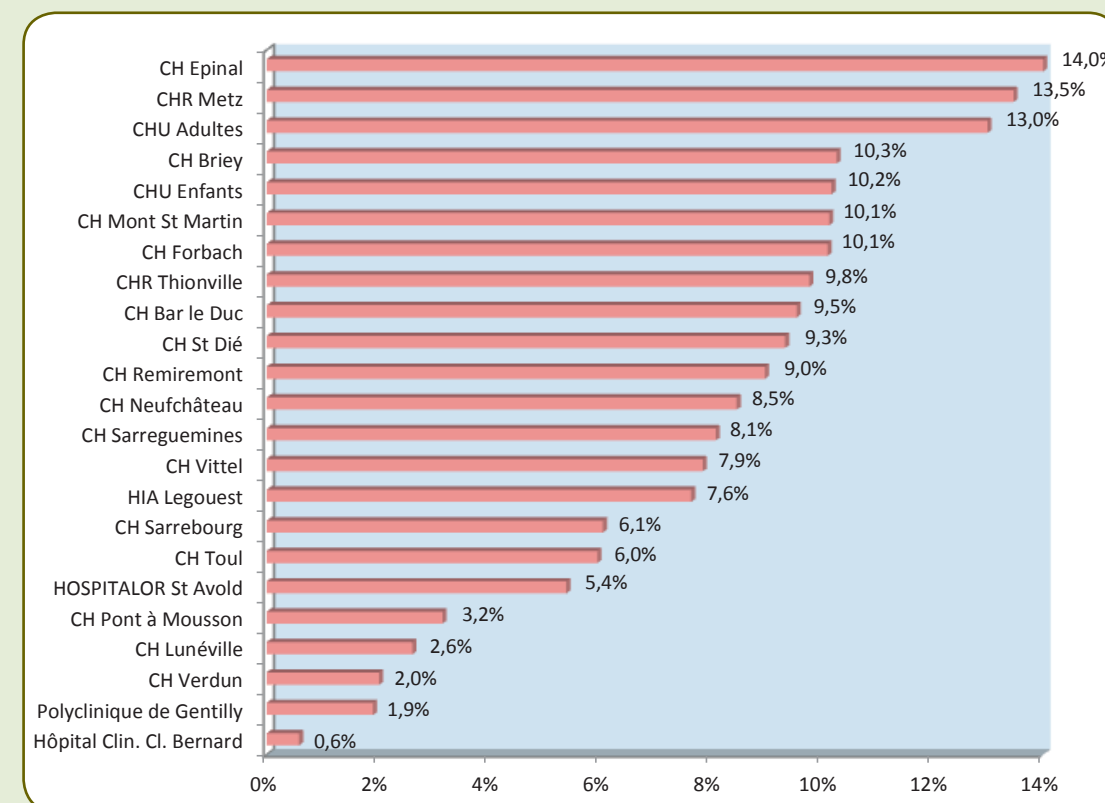
passages aux urgences.

Cette répartition en pourcentage des CCMU de 2013 est très voisine de celle de 2012 et de 2011.

cf. notes méthodologiques (p.205)

Des consultations allant de moins de 1 % à plus de 14 %

CCMU1 EN POURCENTAGE PAR ÉTABLISSEMENT



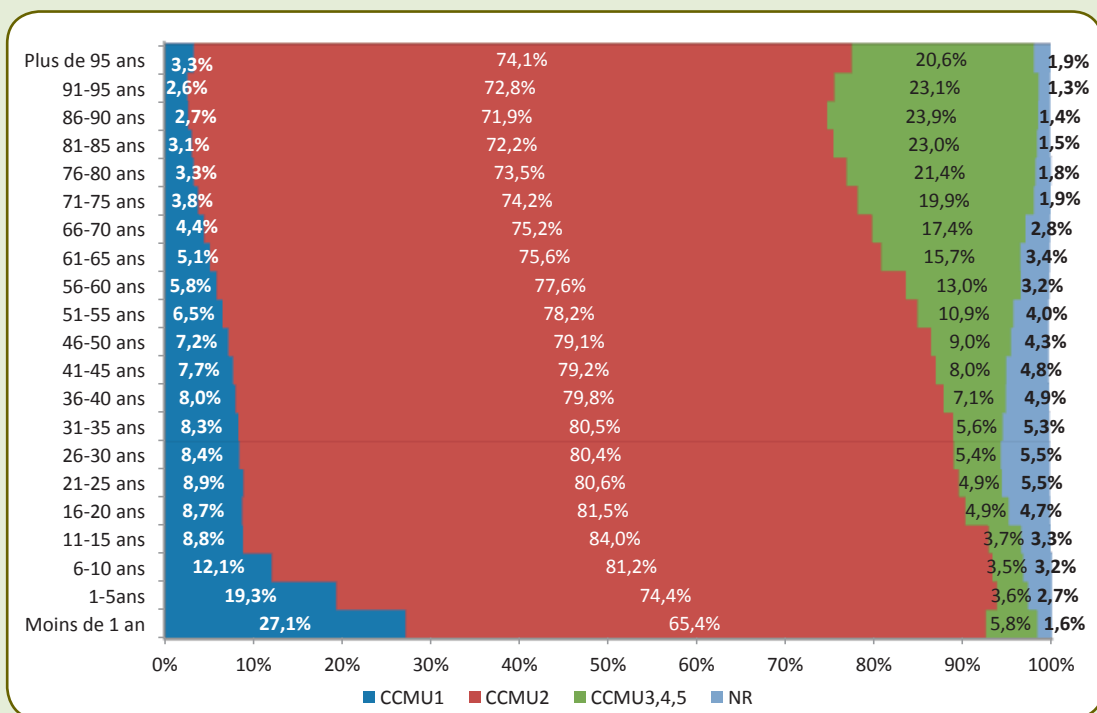
! Les chiffres de CCMU 1 sont à interpréter avec prudence. En effet, il s'agit d'un paramètre dont la pertinence de la cotation reste probablement à optimiser. Un point particulier doit être précisé, à savoir les modalités de cotation des consultations spécialisées aux urgences car elles sont très variables d'un établissement à l'autre, transforment les CCMU 1 en CCMU 2. La réserve concernant la CCMU exprimée dans

la rubrique « réserve d'interprétation » est illustrée par les modifications de pourcentage de CCMU entre 2012 et 2013 constatées pour certains établissements sans explication plausible par ailleurs (exemple de St Dié qui est passé de 16,5% à 9,3%).

Avec ces réserves, les CCMU1 ont légèrement diminué en 2013 (8,75 % en 2013 versus 8,92% en 2012 et 9,73% en 2011).

20 % et plus de CCMU 1 pour les - de 5 ans et plus de 20% de CCMU 3, 4, 5 pour les + de 75 ans

PROPORTION DE CCMU1, CCMU2 ET CCMU 3, 4, 5 PAR TRANCHES D'ÂGE

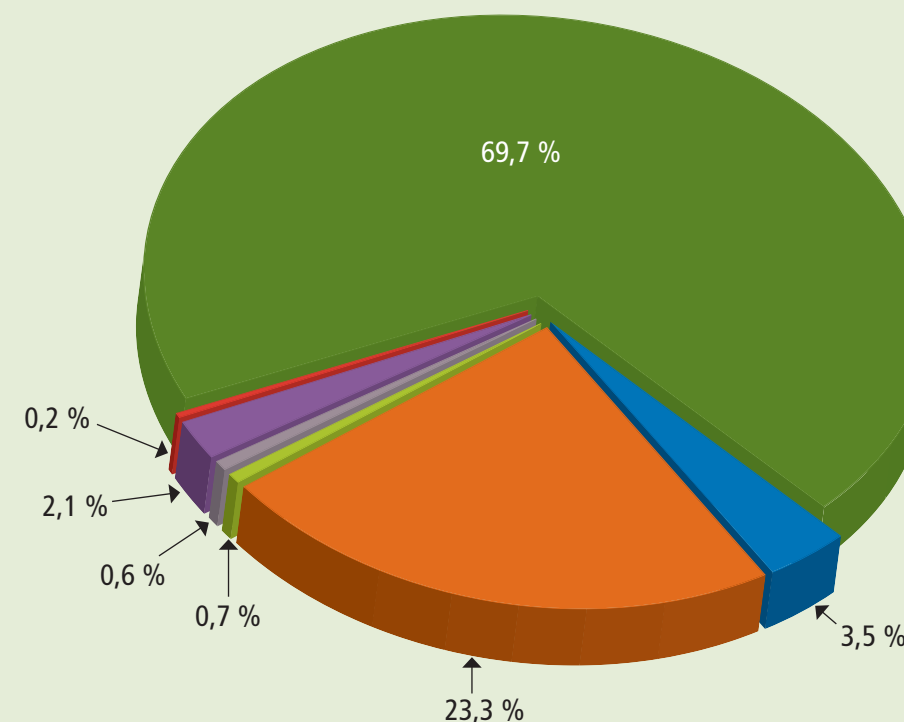


La décision de recours aux urgences varie fortement selon l'âge de la patientèle. Ainsi, plus de 20% des passages aux urgences de patients de moins de 5 ans s'avèrent de simples consultations (CCMU1) alors que plus de 20% de passages aux urgences de patients de plus de 75

ans sont des urgences « graves » (CCMU 3,4,5). Au total, plus le patient est âgé, plus il vient aux urgences pour des pathologies graves, plus il passe de temps aux urgences et plus il est hospitalisé.

Un intérêt théorique lié aux GEMSA 3 et 5

RÉPARTITION DES PASSAGES EN FONCTION DU GEMSA



- non renseigné
- GEMSA 1 : Patient décédé à l'arrivée ou avant toute réa
- GEMSA 2 : Patient non convoqué sortant après consultations ou soins
- GEMSA 3 : Patient convoqué pour des soins à distance de la prise charge initiale
- GEMSA 4 : Patient non attendu et hospitalisé après passage aux urgences
- GEMSA 5 : Patient passant pour des raisons organisationnelles
- GEMSA 6 : Prise thérapeutique immédiate importante ou prolongée

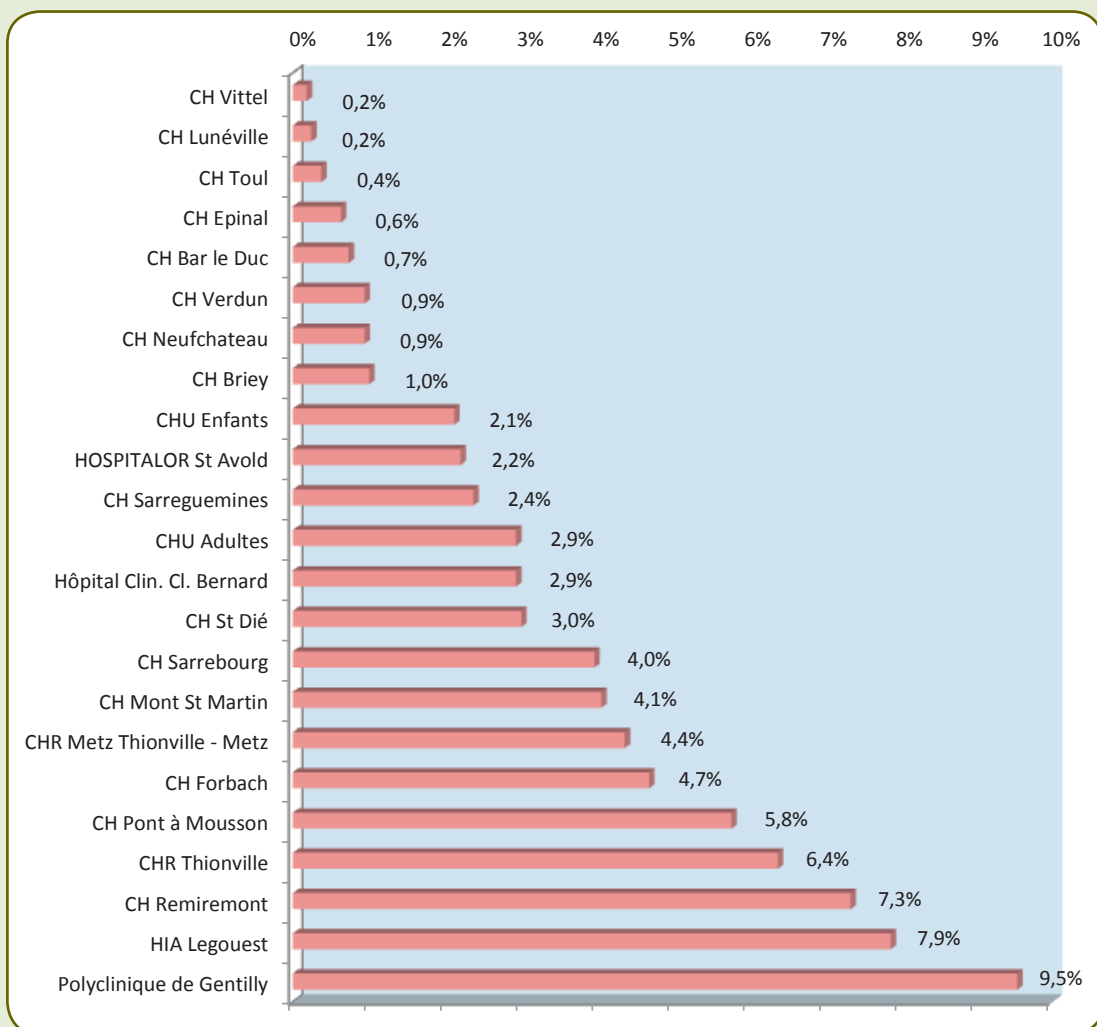
Au niveau régional, le pourcentage de patient passant aux urgences pour des raisons organisationnelles (donc sans soin) demeure très faible (0,7% versus 0,64% en 2012). Il en va de même pour les GEMSA 3 (reconvocations pour suite de soins aux urgences) avec 3,5%

des passages comme en 2012. Par contre, des différences significatives existent entre les établissements.

cf. notes méthodologiques (p.205)

Des re-convocations aux urgences pouvant concerner 10% des passages

GEMSA3 EN POURCENTAGE PAR ÉTABLISSEMENT



Les SU de Gentilly, Legouest, Remiremont, Thionville, Pont à Mousson et Forbach demeurent comme en 2012, ceux qui re-convocquent le plus de patients (de 5 à 10%).

A l'inverse, ceux de Vittel, Lunéville, Epinal, Bar Le Duc, Verdun, Neufchâteau re-convocquent moins de 1% de leurs patients.

cf. notes méthodologiques (p.205)



Interview



**Dr Mahmut Gundesli**  
Praticien hospitalier au SAU-SAMU-SMUR  
CHU de Nancy



Quelle utilisation faites-vous d'Orulor ?

Je regarde les données de l'Observatoire environ tous les trois mois, essentiellement pour analyser notre propre activité : majoration d'un flux, diagnostics les plus fréquents, nombre de passages, etc.

J'utilise aussi ce service informatique pour comparer l'activité de notre service à celle des autres établissements lorrains. J'ai d'ailleurs réalisé que

En visualisant les indicateurs dans l'Observatoire, nous constatons que les choix effectués il y a quelques années ont été les bons.

nous vivions les mêmes difficultés au même moment. Ainsi, si un jour je constate une différence fondamentale entre les chiffres de notre structure et ceux d'un autre établissement, ce sera un argument fort pour faire appel aux tutelles, et les alerter sur ce point de vigilance.

En temps de crise, Orulor vous est-il d'une grande aide ?

Pour visualiser l'occupation des services en temps réel, je me sers essentiellement de notre logiciel d'urgence, et décide si besoin, d'envoyer des patients vers Gentilly pendant un temps donné. En revanche, Orulor me permet de déceler que nous sommes dans une situation de crise qui dure plusieurs jours : l'activité augmente, le service est saturé, les statistiques explosent. Dans ce cas, il est important de considérer si les autres services régionaux connaissent des difficultés semblables : pour cela, nous n'avons qu'Orulor.

Pensez-vous que les données d'Orulor permettent aux directions d'améliorer la performance des services d'urgences ?

Au CHU de Nancy, les plans d'amélioration ont été pensés avant Orulor. Mais aujourd'hui, en visualisant les indicateurs dans l'Observatoire, nous constatons que les choix effectués il y a quelques années ont été les bons.

Quelles améliorations souhaiteriez-vous apporter au logiciel ?

Je pense qu'il est nécessaire de vérifier la qualité des données d'Orulor. Gardons à l'esprit que si les données sont mal saisies à la source, les tableaux de bord Orulor seront erronés. Quelqu'un devrait, me semble-t-il, vérifier la véracité des informations. En outre, je souhaiterais vivement visualiser en temps réel l'état des lits disponibles dans l'ensemble des établissements lorrains. Le mieux serait même de disposer d'un état des lieux sous forme de cartographie à l'instant T.

Autre point : concernant la saisie des diagnostics, il serait préférable qu'il y ait un thésaurus de base identique dans tous les logiciels d'urgence. Aujourd'hui, nous nous appuyons sur la CIM 10, mais il existe trop de codes différents pour décrire une même pathologie. Par conséquent, les données ne peuvent pas toujours être parfaitement comparables, si les codes utilisés par chaque professionnel ne sont pas toujours identiques.

## Quels sont les principaux diagnostics posés ?

Pour l'analyse des diagnostics dans ce rapport 2013, nous avons retenu les classes d'âge et les regroupements de pathologies validés au niveau de la fédération des observatoires des urgences (FEDORU).

C'est ainsi que la classe d'âge 15-75 est divisée en 15-18, 18-65 et 65-75 ans.

A noter, par ailleurs, une meilleure exhaustivité concernant la population pédiatrique.

## Moins de 1 an – 50% de pathologies infectieuses et 20% de pathologies digestives

### MOINS DE 1 AN : GROUPEMENT DE PATHOLOGIES COUVRANT 80% DES PASSAGES

Regroupement de pathologies	Nb de passages par reg. pathologies	en %
Angines, Amygdalites, Rhino-pharyngites	2 423	15,0%
Bronchite aiguë et bronchiolite	1 744	10,8%
Diarrhée et gastro-entérite	1 545	9,6%
Fièvre	1 114	6,9%
Traumatismes crâniens	847	5,3%
Autres pathologies digestives et alimentaires	555	3,4%
Otalgies, otites et autres pathologies otologiques	529	3,3%
Nausées, vomissements	504	3,1%
Contusions et lésions superficielles cutanéomuqueuses (hors plaies et CE)	408	2,5%
Demande de certificats, de dépistages, de conseils	395	2,5%
Agitation, trouble de personnalité et comportement	358	2,2%
Constipation et autre trouble fonctionnel intestinal	353	2,2%
Laryngite, trachéite et autres atteintes laryngée	335	2,1%
Œsophagite et reflux gastro-œsophagien	310	1,9%
Douleur abdominale sans précision	298	1,9%
Autres pathologies et signes généraux	280	1,7%
Erythème et autres éruptions	269	1,7%
Infection des voies urinaires	239	1,5%
Douleur oculaire, conjonctivite, autre ophtalmo	233	1,4%
Plaies et corps étrangers cutanéomuqueux	231	1,4%
<b>Total des regroupements pathologies présentées</b>	<b>12 970</b>	<b>80,6%</b>
RESTE	3 131	19,4%

Chez les enfants de moins de 1 an, les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont les pathologies infectieuses qui représentent environ 50% des diagnostics codés. Parmi ces infections, les atteintes ORL représentent près de 20% des diagnostics codés (rhinopharyngites, otites, angines, laryngo-trachéites...), les bronchites et bronchiolites 10%, de même que les gastroentérites.

Par ailleurs, si l'on s'intéresse à l'ensemble des pathologies digestives (comprenant les gastroenté-

rites), elles représentent 20% des diagnostics.

À côté de ces pathologies infectieuses, les traumatismes divers sont codés dans environ 11% des passages dont plus de 5% de traumatismes crâniens.

A noter que l'utilisation des nouvelles bornes dans ce rapport (conforme FEDORU), à savoir excluant les enfants de 1 an, divise pratiquement par 2 l'effectif de cette classe d'âge et modifie la répartition des regroupements de pathologies (baisse des traumatismes par exemple).

Entre 1 et 15 ans – Plus de 50% de pathologies traumatiques et 20% de pathologies infectieuses

ENTRE 1 ET 15 ANS : GROUPEMENT DE PATHOLOGIES COUVRANT 80% DES PASSAGES

Regroupement de pathologies	Nb de passages par reg. pathologies	en %
Plaies et corps étrangers cutanéomuqueux	15 079	14,0%
Contusions et lésions superficielles cutanéomuqueuses (hors plaies et CE)	12 644	11,7%
Entorses et luxations de membre	8 680	8,0%
Fractures de membre	8 101	7,5%
Angines, amygdalites, rhino-pharyngites et toux	6 253	5,8%
Diarrhée et gastro-entérite	4 122	3,8%
Traumatismes crâniens	3 581	3,3%
Douleur abdominale sans précision	3 546	3,3%
Otalgie, otites et autres pathologies otologiques	3 249	3,0%
Fièvre	2 905	2,7%
Traumatismes autres sans précisions	2 315	2,1%
Constipation et autre trouble fonctionnel intestinal	2 158	2,0%
Douleur de membre, contracture, myalgie...	1 861	1,7%
Arthralgie, arthrite, tendinites...	1 595	1,5%
Arthralgie, arthrose, arthrite et autres atteintes articulaires	1 186	1,21%
Laryngite, trachéite et autre atteinte laryngée	1 515	1,4%
Asthme	1 386	1,3%
Bronchite aiguë et bronchiolite	1 254	1,2%
Douleur oculaire, conjonctivites et autre ophtalmo	1 230	1,1%
Nausées, vomissements	1 126	1,0%
Demande de certificats, de dépistage, de conseils	1 054	1,0%
Epilepsie et convulsions	1 006	0,9%
Abcès, phlegmons, furoncles...	970	0,9%
Erythème et autres éruptions	951	0,9%
Total des regroupements de pathologies présentées	86 581	80,1%
RESTE	21 477	19,9%

Chez les enfants de 1 à 15 ans, les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont les pathologies traumatiques qui représentent plus de 50% des diagnostics codés avec environ 50 000 enfants concernés.

À côté de ces pathologies traumatiques, les pathologies infectieuses concernent environ 20% des passages dont la moitié est de l'infection ORL.

Enfin, certains diagnostics plus rares (hors tableau) sont intéressants comme par exemple : 700 intoxications (comme en 2012) dont plus de la moitié avec des médicaments, 50 avec de l'alcool et autant au CO et/ou fumées d'incendie. Plus de 1 000 pathologies à connotation psychiatrique hors intoxication médicamenteuse (angoisse, troubles du comportement, agitation, dépression, délire, hallucinations ...).

Entre 15 et 18 ans – 50% de pathologies traumatiques, plus que 7% de pathologies infectieuses mais presque autant de pathologies psychiatriques (avec les intoxications)

**ENTRE 15 ET 18 ANS : GROUPEMENT DE PATHOLOGIES COUVRANT 80% DES PASSAGES**

Regroupement de pathologies	Nb de passages par reg. pathologies	en %
Entorses et luxations de membre	3 026	15,1%
Contusions et lésions superficielles cutanéomuqueuses (hors plaies et CE)	2 802	14,0%
Palies et corps étrangers cutanéomuqueux	1 845	9,2%
Fractures de membre	1 293	6,5%
Douleur abdominale sans précision	951	4,8%
Traumatismes autres et sans précision	591	3,0%
Malaise sans PC ou sans précision	499	2,5%
Douleur de membre, contracture, myalgie...	498	2,5%
Arthralgie, arthrites, tendinites...	374	1,9%
Angoisse, stress, trouble névrotique ou somatoforme	353	1,8%
Demande de certificats, de dépistage, de conseils	326	1,6%
Agitation, trouble de personnalité et du comportement	325	1,6%
Intoxication alcoolique	310	1,6%
Migraine et céphalées	265	1,3%
Abcès, phlegmons, furoncles...	259	1,3%
Traumatismes crâniens	259	1,3%
Intoxication médicamenteuse	245	1,2%
Infection des voies urinaires	243	1,2%
Douleurs aiguës et chroniques non précisées, soins palliatifs	232	1,2%
Douleurs oculaires, conjonctivites, autre ophtalmo	194	1,0%
Lésion profonde des tissus (tendons, nerfs...) ou d'organes internes (hors TC)	185	0,9%
Angines, amygdalites, rhino-pharyngites, toux	182	0,9%
Diarrhée et gastro-entérite	180	0,9%
Douleur thoracique pariétale	180	0,9%
Constipation et autre trouble fonctionnel intestinal	170	0,9%
Douleur précordiale ou thoracique non élucidée	168	0,8%
Lombalgie, lombo sciatique, rachis lombaire	144	0,7%
<b>Total des regroupements de pathologies présentées</b>	<b>16 099</b>	<b>80,6%</b>
RESTE	3 875	19,4%

Il s'agit d'une nouvelle classe d'âge qui était en 2012 regroupée dans une classe allant de 16 à 75 ans.

Dans cette tranche d'âge, les pathologies traumatiques sont aussi importantes que pour les 1-15 ans (environ 50%) mais les pathologies

infectieuses sont beaucoup plus rares (moins de 7%).

Enfin, les intoxications en particulier médicamenteuses et alcooliques sont cinq fois plus fréquentes et il en va de même pour les pathologies psychiatriques (plus de 4% des diagnostics hors intoxication).



Entre 18 et 65 ans – Plus de 30% de traumatismes puis des pathologies digestives, rhumatismales et psychiatriques

ENTRE 18 ET 65 ANS : GROUPEMENT DE PATHOLOGIES COUVRANT 80% DES PASSAGES

Regroupement de pathologies	Nb de passages par reg. pathologies	en %
Plaies et corps étrangers cutanéomuqueux	26 920	9,6%
Contusions et lésions superficielles cutanéomuqueuses (hors plaies et CE)	22 037	7,8%
Entorses et luxations de membre	19 253	6,9%
Fracture de membre	12 480	4,4%
Douleurs abdominales sans précision	12 032	4,3%
Demande de certificats, de dépistage, de conseils	8 062	2,9%
Lombalgie, lombo-sciatique, rachis lombaire	6 724	2,4%
Intoxication alcoolique	6 590	2,3%
Traumatismes autres et sans précision	6 475	2,3%
Douleur de membre, contracture, myalgie...	6 396	2,3%
Arthralgie, arthrites, tendinites	6 093	2,2%
Douleur thoracique pariétale	5 638	2,0%
Douleur précordiale ou thoracique non élucidée	5 546	2,0%
Colique néphrétique et lithiase urinaire	5 137	1,8%
Abcès, phlegmons, furoncles...	5 111	1,8%
Douleur oculaire, conjonctivites, autre ophtalmo	5 099	1,8%
Angoisse, stress, trouble névrotique ou somatoforme	4 956	1,8%
Malaises sans PC ou sans précision	4 677	1,7%
Agitation, trouble de la personnalité et du comportement	4 322	1,5%
Migraine et céphalées	4 140	1,5%
Douleurs aiguës et chroniques non précisées, soins palliatifs	3 704	1,3%
Infection des voies urinaires	3 465	1,2%
Lésions de l'œil ou de l'orbite	3 422	1,2%
Intoxication médicamenteuse	3 230	1,1%
Vertiges et sensations vertigineuses	3 113	1,1%
Epilepsie et convulsions	2 715	1,0%
Dépression et troubles de l'humeur	2 694	1,0%
Cervicalgie, névralgie et autre atteinte cervicale	2 648	0,9%
Diarrhée et gastro-entérite	2 615	0,9%

Regroupement de pathologies	Nb de passages par reg. pathologies	en %
Douleurs dentaires, stomatologie	2 479	0,9%
Angines, amygdalites, rhino-pharyngites, toux	2 415	0,9%
Troubles du rythme et de la conduction	2 292	0,8%
Iatrogénie et complication post chirurgicale (SAI)	2 144	0,8%
Lésion profonde des tissus (tendons, nerfs...) ou d'organes internes (hors TC)	2 059	0,7%
Pneumopathie	1 915	0,7%
Dyspnée et gêne respiratoire	1 848	0,7%
Soins de contrôle, surveillance et entretien	1 834	0,7%
Constipation et autre trouble fonctionnel intestinal	1 813	0,6%
Otalgie, otites et autres pathologies otologiques	1 755	0,6%
<b>Total des regroupements de pathologies présentées</b>	<b>225 848</b>	<b>80,4%</b>
RESTE	55 064	19,6%

Les pathologies traumatiques sont les plus fréquentes dans cette classe d'âge et concernent, comme en 2012 pour la tranche 15-75, 30% des passages dont près de 10% pour les plaies cutanéomuqueuses.

En deuxième place viennent les pathologies digestives (plus de 9% soit 25 000 passages).

Les autres types de pathologies retrouvés dans cette tranche d'âge sont les suivants :

- Rhumatismales au sens large du terme (rachialgies, arthralgies...) avec 10% des passages (en incluant, les douleurs thoraciques pariétales) ;
- Neurologiques dans 4,5% des passages (en intégrant les vertiges) dont 1 700 AVC ;
- Psychiatriques, au sens large du terme, avec

près de 5% des diagnostics codés, qui passent à plus de 6% si on ajoute les intoxications médicamenteuses volontaires, voire à plus de 8% avec les 6 600 intoxications éthyliques aiguës ;

- Cardiovasculaires qui représentent, avec les douleurs précordiales ou thoraciques non élucidées, 4% des passages dont environ 800 événements coronariens avérés dont la moitié d'infarctus ;
- Urologiques (4%) dont plus de 5 000 coliques néphrétiques,
- Pulmonaires (3% en intégrant les dyspnées).

Entre 65 et 75 ans – 20% de traumatismes puis des pathologies cardiorespiratoires, digestives et neurologiques

ENTRE 65 ET 75 ANS : GROUPEMENT DE PATHOLOGIES COUVRANT 80% DES PASSAGES

Regroupement de pathologies	Nb de passages par reg. pathologies	en %
Plaies et corps étrangers cutanéomuqueux	2 219	6,2%
Fracture de membre	2 187	6,2%
Contusions et lésions superficielles cutanéomuqueuses (hors plaies et CE)	1 434	4,0%
Douleurs abdominales sans précision	1 332	3,8%
Malaises sans PC ou sans précision	1 014	2,9%
Pneumopathie	989	2,8%
AVC, AIT, hémiplégie et syndromes apparentés	937	2,6%
Dyspnée et gêne respiratoire	900	2,5%
AEG, asthénie, syndrome de glissement...	896	2,5%
Entorses et luxations de membre	875	2,5%
Douleur précordiale ou thoracique non élucidée	872	2,5%
Troubles du rythme et de la conduction	807	2,3%
Arthralgie, arthrites, tendinites...	673	1,9%
Douleur thoracique pariétale	642	1,8%
Vertiges et sensations vertigineuses	628	1,8%
Rétention urinaire, problème de sonde, dysurie	601	1,7%
Lombalgie, lombo-sciatique, rachis lombaire	587	1,7%
Douleur oculaire, conjonctivites, autre ophtalmo	570	1,6%
Douleurs de membre, contractures, myalgie...	569	1,6%
Epistaxis	562	1,6%
Traumatismes autres et sans précision	509	1,4%
Anémie, aplasie, autre atteinte hématologique	483	1,4%
Insuffisance cardiaque	446	1,3%
Agitation, trouble de la personnalité et du comportement	392	1,1%
Infection des voies urinaires	380	1,1%
Demande de certificats, de dépistage, de conseils	373	1,1%
Constipation et autre trouble fonctionnel intestinal	369	1,0%
Douleurs aiguës et chroniques non précisée, soins palliatifs	352	1,0%

Regroupement de pathologies	Nb de passages par reg. pathologies	en %
Bronchite aiguë et bronchiolite	351	1,0%
Colique néphrétique et lithiase urinaire	349	1,0%
Diabète et troubles de la glycémie	319	0,9%
Insuffisance respiratoire aiguë	313	0,9%
Fièvre	302	0,9%
Abcès, phlegmons, furoncles	301	0,8%
Angoisse, stress, trouble névrotique ou somatoforme	297	0,8%
Lithiase, infection et autre atteinte des voies biliaires	293	0,8%
Diarrhée et gastro-entérite	290	0,8%
Autres pathologies et signes généraux	282	0,8%
HTA et poussées tensionnelles	275	0,8%
Soins de contrôle, surveillance et entretien	275	0,8%
Epilepsie et convulsions	270	0,8%
BPCO et insuffisance respiratoire chronique	269	0,8%
Intoxication alcoolique	263	0,7%
Traumatismes crâniens	251	0,7%
Occlusion toute origine	250	0,7%
Iatrogénie et complication post chirurgicale SAI	248	0,7%
Déshydratation et troubles hydro-électrolytiques	236	0,7%
Erysipèle	227	0,6%
Troubles sensitifs, moteurs et toniques autres	209	0,6%
<b>Total des regroupements de pathologies présentées</b>	<b>28 468</b>	<b>80,2%</b>
RESTE	7 046	19,8%

Dans cette tranche d'âge, les pathologies traumatiques sont toujours majoritaires à plus de 20%, mais en régression par rapport à la tranche 15-65 ans.

Viennent ensuite, par ordre décroissant, les pathologies digestives (10%), neurologiques (7%), cardiovasculaires (7%), pneumologiques (6%) et rhumatologiques (6%).

## Plus de 75 ans – 20% de traumatismes et autant de pathologies cardio-pulmonaires

### PLUS DE 75 ANS : GROUPEMENT DE PATHOLOGIES COUVRANT 80% DES PASSAGES

Regroupement de pathologies	Nb de passages par reg. pathologies	en %
Fracture de membre	5 800	6,9%
AEG, asthénie, syndrome de glissement...	4 620	5,5%
Pneumopathie	4 228	5,0%
Plaies et corps étrangers cutanéomuqueux	3 796	4,5%
Contusions et plaies superficielles cutanéomuqueuses (hors plaies et CE)	3 266	3,9%
Malaises sans PC ou sans précision	3 151	3,8%
Insuffisance cardiaque	2 906	3,5%
AVC, AIT, hémiplégie et syndromes apparentés	2 881	3,4%
Dyspnée et gêne respiratoire	2 851	3,4%
Douleur abdominale sans précision	2 101	2,5%
Troubles du rythme et de la conduction	1 828	2,2%
Traumatismes autres et sans précision	1 730	2,1%
Douleurs de membre, contractures, myalgie...	1 575	1,9%
Anémie, aplasie, autre atteinte hématologique	1 494	1,8%
Douleurs précordiales ou thoraciques non élucidées	1 466	1,6%
Rétention urinaire, problème de sonde, dysurie	1 326	1,6%
Arthralgie, arthrites, tendinites...	1 317	1,6%
Bronchite aiguë et bronchiolite	1 173	1,4%
Insuffisance respiratoire aiguë	1 166	1,4%
Epistaxis	1 105	1,3%
Traumatismes crâniens	1 092	1,3%
Vertiges et sensations vertigineuses	1 062	1,3%
Lombalgie, lombo-sciatique, rachis lombaire	1 032	1,2%
Infection des voies urinaires	1 008	1,2%
Constipation et autre trouble fonctionnel intestinal	976	1,2%
Douleur thoracique pariétale	966	1,1%
Entorses et luxations de membre	959	1,1%
Désorientation et troubles cognitifs	915	1,1%

Regroupement de pathologies	Nb de passages par reg. pathologies	en %
Déshydratation et troubles hydro-électrolytiques	863	1,0%
Diarrhée et gastro-entérite	786	0,9%
Agitation, trouble de la personnalité et du comportement	763	0,9%
Occlusion toute origine	724	0,9%
Demande de certificats, de dépistage, de conseils	704	0,8%
Douleurs aiguës et chroniques non précisée, soins palliatifs	700	0,8%
Syncopes, lipothymies et malaises avec PC	697	0,8%
BPCO et insuffisance respiratoire chronique	678	0,8%
Diabète et troubles de la glycémie	667	0,8%
HTA et poussées tensionnelles	660	0,8%
Insuffisance rénale	635	0,8%
Erysipèle	632	0,8%
Fièvre	613	0,7%
Lithiase, infection et autre atteinte des voies biliaires	608	0,7%
<b>Total des regroupements de pathologies présentées</b>	<b>67 520</b>	<b>80,4%</b>
RESTE	16 505	19,6%

Pour les plus de 75 ans, les pathologies traumatiques sont toujours les plus fréquentes (plus de 20%) comme pour les 65-75 ans. Par contre, les pathologies pulmonaires arrivent, comme en 2012, en seconde place avec

plus de 12% des codes diagnostics. Puis, viennent les pathologies cardiovasculaires (10%), neurologiques (8%), digestives (8%) et rhumatismales (7%).

## Un codage des diagnostics exhaustif permettant d'avoir un premier niveau d'analyse pertinent du recours aux urgences

### Traumatologie

En regroupant toutes les classes d'âge, la traumatologie représente environ 34% de l'activité des urgences avec plus de 186 000 patients concernés (dont 50 000 plaies et 60 000 fractures, entorses ou luxations).

### Les pathologies digestives

Les pathologies digestives représentent 10% des diagnostics (plus de 56 000 diagnostics) dont 20 000 douleurs abdominales, mais aussi environ 1 500 syndromes occlusifs, 1 400 syndromes appendiculaires et 1 200 hémorragies digestives (de l'ordre de 3 par jour sur la région avec son corollaire potentiel en termes de mutualisation de PDES - Permanence Des Soins des Etablissements de Santé).

### Les pathologies rhumatismales

Les pathologies rhumatismales, au sens large du terme, sont à l'origine de 45 000 consultations (8,3%) avec par ordre décroissant de fréquence : douleurs de membres et arthralgies (11 000 passages pour chaque regroupement diagnostics), lombalgies (8 700), douleurs thoraciques pariétales (7 700), cervicalgies (3 300) puis dorsalgies (2 600).

### Les pathologies cardiaques

Les pathologies cardiaques sont codées pour 18 800 passages (3,4%) sans compter les 8 300 douleurs thoraciques non élucidées (mais non pariétales) ni les 1 850 syncopes-lipothymies-malaises sans PC (d'étiologie non forcément cardiaque).

Parmi celles-ci, il est intéressant de noter :

- 5 100 troubles du rythme ou de la conduction

- 3 600 insuffisances cardiaques
  - 1 850 événements coronariens dont 800 infarctus
  - 1 000 embolies pulmonaires et autant de phlébites
  - 750 chocs codés cardiovasculaires
- Enfin, le diagnostic d'arrêt cardiaque est retrouvé dans 231 RPU.

### Les pathologies pneumologiques

Les pathologies pneumologiques sont codées dans 27 500 RPU (5%) en intégrant les 6 000 dyspnées (dont l'origine cardiaque ou respiratoire est souvent difficile à préciser au décours d'un passage aux urgences, l'origine mixte étant même fréquemment retenue en sortie d'hospitalisation).

Parmi celles-ci, nous pouvons noter :

- Près de 8 000 pneumopathies et 6 000 bronchites
- 2 700 crises d'asthme
- 1 900 insuffisances respiratoires aiguës et 1 350 insuffisances respiratoires chroniques / BPCO
- Plus de 500 pleurésies et épanchements pleuraux
- 400 hémoptysies et 400 pneumothorax spontanés non traumatiques (le nombre de pneumothorax drainés aux urgences étant impossible à préciser)

### Les pathologies neurologiques

Les pathologies neurologiques sont codées dans 4,8% des passages avec en particulier plus de 5 500 AVC et autant de migraines/céphalées, 5 100 vertiges (sans distinction étiologique ORL / neurologique), 4 700 épilepsies. A signaler également 340 méningites et encéphalites.

### Les pathologies psychiatriques

Les pathologies psychiatriques, au sens large du terme, sont codées dans 17 800 RPU (4%) en intégrant les 4 350 intoxications médicamenteuses volontaires (IMV). Les regroupements les plus fréquents sont les suivants :

- 6 800 agitations, troubles du comportement ou de la personnalité
- 6 400 troubles névrotiques, angoisse, stress
- 3 200 troubles de l'humeur, syndrome dépressif
- 1 400 délires, hallucinations, schizophrénie

### Les intoxications en dehors des IMV

En ce qui concerne les intoxications en dehors des IMV, les intoxications éthyliques sont codées dans 7 400 RPU (1,4% des passages), les intoxications autres (non médicamenteuses, volontaires ou non) dans 1 000 et les intoxications au CO dans 270.

### Les pathologies ORL

Les pathologies ORL représentent environ 6% des diagnostics codés (31 500 RPU), dominées par les angines et les rhino-pharyngites (11 700), les otites et otalgies (5 800), les épistaxis (3 100), les laryngites (2 100) et les sinusites (700).

### Les pathologies ophtalmologiques

Les pathologies ophtalmologiques (avec en premier lieu les conjonctivites) sont codées dans 7 900 RPU (1,5%).

### L'odontologie

L'odontologie, en pratique les algies dentaires sont également à l'origine de 3 700 consultations aux urgences.

### Les diagnostics urologiques

Les diagnostics urologiques sont codés dans 3,6% des RPU avec 6 200 infections urinaires, 5 800 coliques néphrétiques, 2 800 dysuries et rétentions urinaires intégrant les problèmes de sondes, 2 300 douleurs testiculaires, prostatites et orchi-épididymites et 1 000 insuffisances rénales.

### Les pathologies gynécologiques

Les pathologies gynécologiques sont peu représentées (0,4%) car beaucoup de ces consultations non programmées se font en dehors des services des urgences. Nous retrouvons ici 1 100 infections gynécologiques, 400 hémorragies génitales et 150 fausses couches.

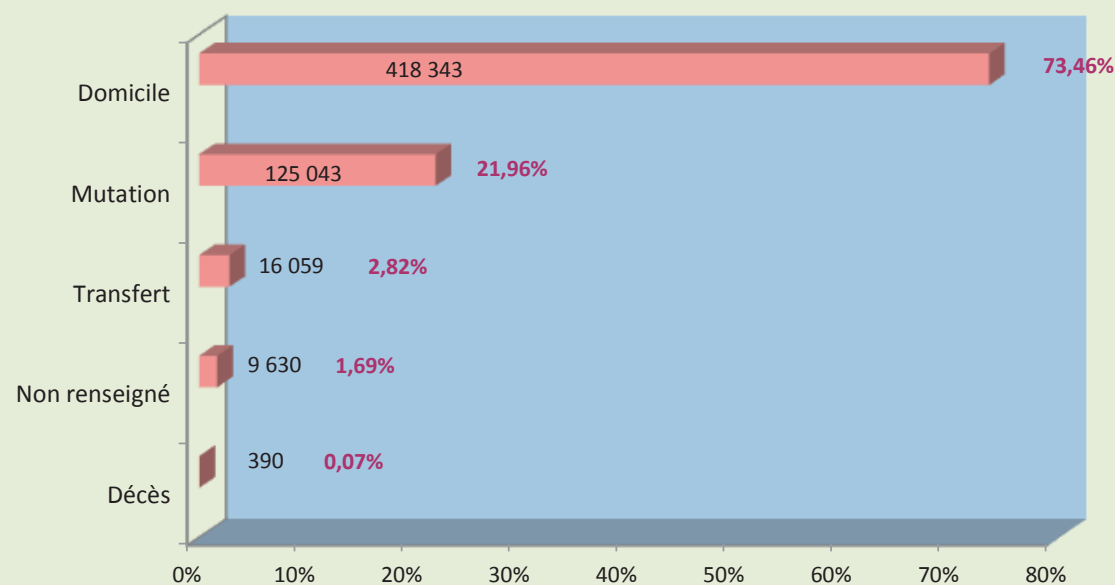
### Les autres regroupements

En ce qui concerne les autres regroupements, nous pouvons signaler : 11 000 demandes de certificats ou de dépistages, plus de 10 000 malaises sans PC et sans précision, 7 000 AEG, 3 500 iatrogénies et complications post chirurgicales et enfin 3200 soins de contrôle correspondant à des re-convocations mais très certainement sous codées.

## Que deviennent les patients à la sortie des urgences ?

Trois patients sur quatre rentrent à leur domicile

RÉPARTITION DES PASSAGES EN FONCTION DES MODES DE SORTIE



Le pourcentage d'hospitalisation moyen (mutations et transferts) est, comme en 2012, d'un peu moins de 25% (en intégrant les hospitalisations en UHCD), mais toujours avec des fluctuations importantes entre les établissements. Les transferts depuis les urgences représentent moins de 3% des modes de sortie.

Donc au total, sur 100 patients se présentant aux urgences, 75 rentrent chez eux, 22 sont

hospitalisés dans l'établissement siège du service d'urgence et 3 sont transférés.

Quant aux patients décédant aux urgences, ils correspondent à 0,1% des passages ce qui représente en 2013, 390 décès.

 Définition des modes de sortie : cf. Nomenclatures (page 198)

## Un retour à domicile variant de 63% à 85% selon la structure d'urgences

POURCENTAGE PAR MODE DE SORTIE PAR STRUCTURE D'URGENCES

	N.R.	Mutation	Transfert	Domicile	Décès
Alpha Santé-Mont St Martin	0,0%	23,3%	2,1%	74,5%	0,1%
CH Remiremont	0,0%	24,9%	3,5%	71,5%	0,1%
CH Vittel	7,1%	12,0%	5,7%	75,1%	0,1%
CH Jean Monnet Epinal	0,0%	22,1%	3,9%	73,9%	0,1%
CH Jeanne d'Arc-Bar le Duc	1,00%	19,2%	6,3%	73,4%	0,1%
CH Marie-Madeleine-Forbach	0,0%	15,7%	2,6%	81,7%	0,0%
CH Neufchâteau	0,0%	34,8%	1,8%	63,1%	0,2%
CH Pont à Mousson	0,0%	19,0%	8,3%	72,6%	0,1%
CH St Charles-St Dié	0,0%	29,3%	1,7%	68,9%	0,1%
CH St Nicolas-Verdun	0,0%	28,0%	0,8%	71,2%	0,0%
CH St Charles-Toul	64,0%	0,5%	2,6%	32,9%	0,0%
CHU Enfants	0,0%	22,6%	0,3%	77,1%	0,0%
CHU-Hôpital Central	0,0%	25,4%	4,7%	69,7%	0,1%
CHR Metz	0,0%	25,3%	3,4%	71,2%	0,1%
CHR Thionville	0,0%	21,2%	3,3%	75,3%	0,1%
CH Lunéville	0,0%	26,8%	2,6%	70,6%	0,0%
Hôpital Clinique Claude Bernard	0,0%	17,2%	0,6%	82,2%	0,0%
HIA Legouest	0,0%	12,5%	2,9%	84,7%	0,0%
Hôpital Maillot-Briey	0,1%	17,8%	1,9%	80,2%	0,0%
Hôpital Robert Pax-Sarreguemines	0,0%	23,4%	2,5%	76,6%	0,0%
Hôpital St Nicolas-Sarrebourog	0,0%	21,8%	2,5%	75,7%	0,0%
Hospitalor-Hôpital de St Avold	0,0%	22,3%	4,0%	73,7%	0,1%
Polyclinique Gentilly	0,0%	20,4%	3,2%	76,4%	0,1%
Moyenne	3,1%	21,1%	3,0%	72,7%	0,1%

Le pourcentage de retour à domicile varie donc de 63% pour le SU de Neufchâteau à 85% pour le SU du HIA Legouest (les données du SU de Toul étant manifestement aberrantes).

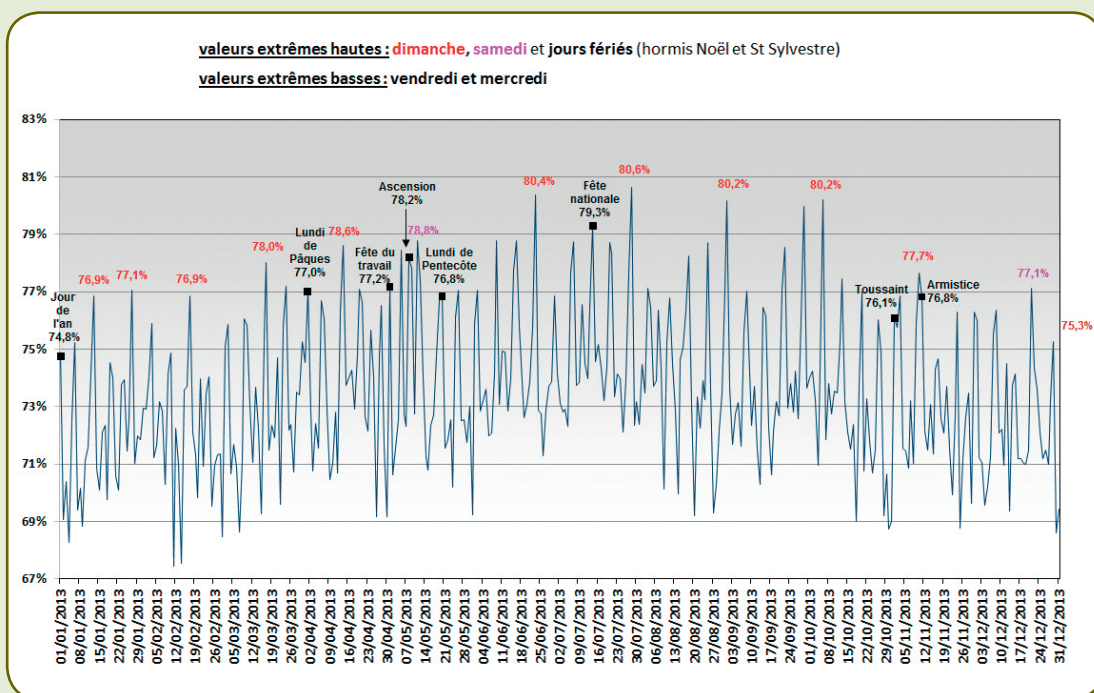
Ce pourcentage de retour à domicile et donc d'hospitalisation, dépend de plusieurs facteurs comme par exemple, l'âge moyen des patients (hospitalisation plus fréquente chez les personnes âgées), la pathologie en cause et la gravité de celle-ci (patho-

logie traumatique moins pourvoyeuse d'hospitalisation que la pathologie médicale).

Par ailleurs, d'autres facteurs d'aval peuvent intervenir comme le taux d'occupation de l'établissement, mais aussi l'organisation des établissements inhérente à l'accueil des admissions non programmées. Concernant le pourcentage de transfert, il est au maximum de 8% pour Pont à Mousson et d'environ 6% pour Vittel et Bar Le Duc.

### Un retour à domicile journalier qui oscille entre 67% et 81%

VARIATION DU POURCENTAGE JOURNALIER DE RETOUR À DOMICILE (RAD)

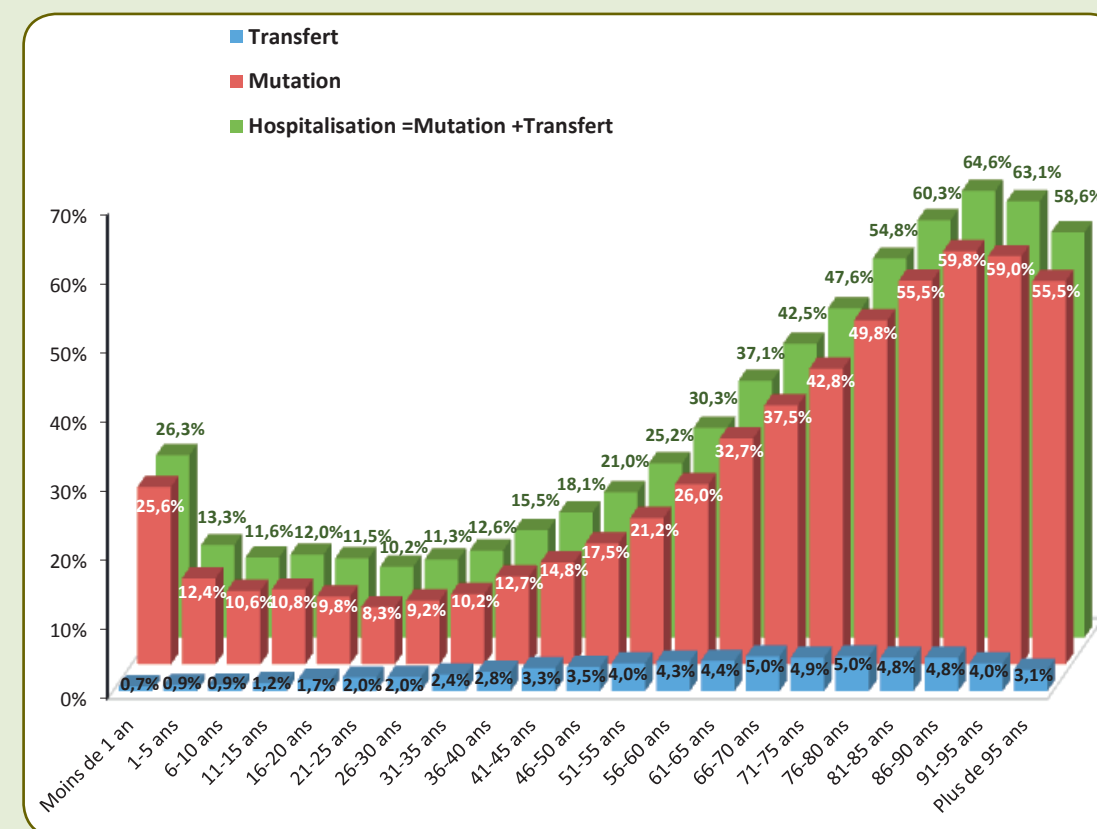


Les fluctuations du pourcentage de retour à domicile vont de 67 à 81% et sont superposables globalement à 2012. Les valeurs hautes des samedis et dimanches correspondent probablement à la majoration des pathologies acciden-

telles et domestiques. Il en va de même pour la plupart des jours fériés. Le jour où ce pourcentage est le plus élevé est, non pas comme en 2012 le lundi de pentecôte, mais un dimanche de mois de juillet.

### Plus de 50% d'hospitalisation pour les plus de 75 ans

POURCENTAGE D'HOSPITALISATIONS PAR TRANCHES D'ÂGES



Le taux d'hospitalisation est fortement lié à l'âge. C'est ainsi que plus de 50% des patients de plus de 75 ans sont hospitalisés et même plus de 60% au-delà de 80 ans. Une première explication est donnée par la gravité des pathologies (CCMU 3, 4, 5 augmentant avec l'âge). Pour autant, ces CCMU 3, 4, 5 cumulent au maximum 24% pour les personnes âgées, ce qui montre qu'un nombre important de patients cotés CCMU2 est hospitalisé.

Il est probable que des facteurs complémentaires, tels que le niveau d'autonomie et/ou le lien social, expliquent l'hospitalisation de ces

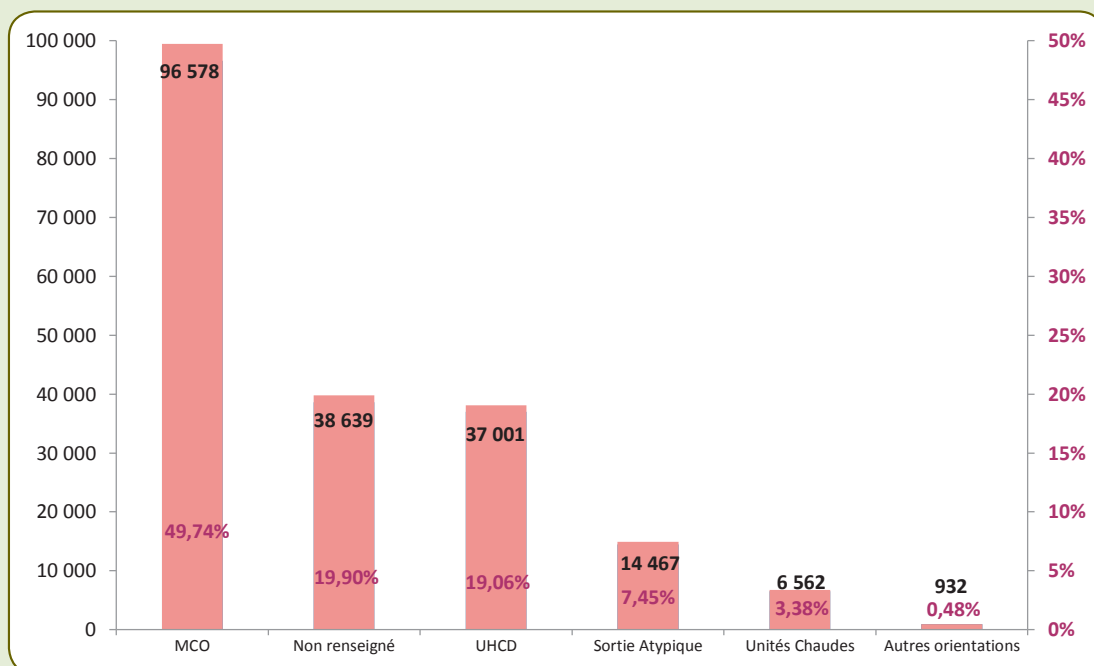
personnes âgées atteintes de pathologies non graves.

De plus, la codification de la gravité aux urgences ne prend pas suffisamment en compte le pronostic fonctionnel, voire secondairement vital, de certaines pathologies pour cette population fragile (exemple classique de la fracture du col fémoral pouvant engager secondairement le pronostic vital).

Par ailleurs, ce graphique montre également la forte proportion de nourrissons qui est hospitalisée, et ce, sans corrélation avec la CCMU.

20% des patients hospitalisés en UHCD et 3,5 % dans les unités chaudes

RÉPARTITION DES PASSAGES EN FONCTION DES MODES D'ORIENTATION



Les hospitalisations se font dans près de 20 % des cas en UHCD et dans 3,5 % en UC (unités chaudes qui regroupent réanimation, USC, USI). Les « hospitalisations » en MCO doivent représenter en fait environ 65 % des hospitalisations car les orientations non renseignées le sont essentiellement au dépend de cette valeur. Quant aux SA (sorties atypiques), elles représentent environ 7,5 % des modes d'orientation.

! Le mode d'orientation est l'un des paramètres qui souffre le plus d'un défaut d'exhaustivité. Par ailleurs, Ce champ du RPU mélange curieusement des patients hospitalisés et une partie des patients qui ne le sont pas à savoir les sorties atypiques. Pour cette raison, les pourcentages des différentes valeurs ne correspondent pas réellement à des % de patients hospitalisés.

Un tableau sur les modes d'orientation confirmant les limites actuelles de ce paramètre

TABLEAU DES MODES D'ORIENTATION PAR ÉTABLISSEMENT EN %

	MCO	Sortie atypique	HDT	HO	Non répondant	UC	Réorientation directe sans soins	UHCD
Alpha Santé - Mont St Martin	17,67%	12,71%	0,00%	0,00%	8,71%	3,27%	0,00%	57,65%
CH Remiremont	77,56%	5,11%	0,00%	0,00%	13,08%	3,82%	0,00%	0,41%
CH Vittel	0,00%	1,54%	0,00%	0,00%	50,97%	0,00%	0,00%	47,49%
CH Jean Monnet Epinal	45,68%	13,71%	0,00%	0,00%	8,65%	5,82%	0,00%	26,13%
CH Jeanne d'Arc-Bar le Duc	37,35%	3,91%	17,25%	0,76%	18,28%	7,42%	0,27%	14,75%
CH Marie-Madeleine-Forbach	42,78%	12,78%	0,00%	0,00%	14,95%	3,45%	0,00%	26,03%
CH Neufchâteau	80,55%	0,99%	0,00%	0,03%	0,82%	5,65%	0,07%	11,90%
CH Pont à Mousson	12,60%	7,33%	0,00%	0,00%	28,66%	0,00%	0,00%	51,40%
CH St Charles-St Dié	55,85%	7,36%	0,00%	0,00%	5,37%	7,23%	0,00%	24,19%
CH St Nicolas-Verdun	63,36%	3,35%	0,00%	0,00%	2,55%	8,03%	0,00%	22,70%
CH St Charles-Toul	0,28%	0,09%	0,00%	0,01%	99,42%	0,03%	0,02%	0,15%
CHU Enfants	0,12%	5,62%	0,00%	0,00%	94,25%	0,00%	0,00%	0,02%
CHU-Hôpital Central	7,84%	14,56%	0,00%	0,00%	58,95%	2,47%	0,00%	16,18%
CHR Metz	33,37%	8,11%	0,00%	0,00%	10,81%	4,67%	0,00%	43,03%
CHR Thionville	35,90%	19,90%	0,00%	0,00%	15,05%	3,71%	0,00%	25,43%
CH Lunéville	49,30%	7,89%	0,00%	0,00%	8,06%	7,30%	0,00%	27,45%
Hôpital Clinique Claude Bernard	87,70%	4,54%	0,00%	0,00%	3,36%	4,40%	0,00%	0,00%
HIA Legouest	72,43%	8,15%	0,00%	0,00%	16,92%	2,51%	0,00%	0,00%
Hôpital Maillot-Briey	67,52%	5,18%	2,14%	0,02%	9,41%	5,46%	0,00%	10,27%
Hôpital Robert Pax-Sarreguemines	94,82%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,53%	0,00%	4,65%
Hôpital St Nicolas-Sarrebourg	74,10%	6,42%	0,00%	0,00%	16,51%	2,86%	0,00%	0,10%
Hospitalor-Hôpital de St Avold	41,30%	10,38%	0,00%	0,00%	13,46%	3,47%	0,00%	31,39%
Polyclinique Gentilly	36,09%	5,94%	0,00%	0,00%	12,51%	2,67%	0,00%	42,79%

Ce tableau confirme le peu de pertinence du champ « modes d'orientation » qui associe donc des patients hospitalisés et des patients qui ne le sont pas. De plus, certaines notions existent ou pas en fonction des progiciels. C'est le cas par exemple de la notion de réorientation ou de sorties atypiques. De plus, la caractérisation des dif-

férents services, en particulier comme MCO, n'est pas constante avec son corollaire en termes de perte d'information.

Les exemples de non pertinence concernent tous les modes d'orientation: MCO allant de 0 à 94%; UHCD de 0% à plus de 50%, sans parler des HDT, HO, réorientation....



# Interview



**M. Francis Venchiarutti**

*Cadre supérieur de santé, en charge du Pôle « Urgences - Médecines - Justice » CHR Metz-Thionville*

Une façon de se projeter dans l'avenir et d'envisager plusieurs scénarios.

### Quelle utilisation faites-vous d'ORULOR ?

En premier lieu, c'est une vision macro que m'offre ce service : Orulor me permet non seulement de surveiller l'activité des deux services d'urgences qui me sont affectés (Mercy et Bel-Air), mais surtout de situer notre activité sur le bassin de population messin et thionvillois. Orulor est comparable à une photographie à l'instant T des urgences en Lorraine. Je m'efforce de comparer notre activité aux établissements dont l'activité est sensiblement similaire, non pas dans le seul but de se comparer, mais pour connaître les axes d'amélioration que nous pourrions choisir. Il est intéressant de voir si chaque structure a connu les mêmes difficultés au cours des mêmes périodes.

En second lieu, Orulor m'offre une visio micro, au sein même de nos services d'urgences. J'analyse essentiellement le temps moyen de passage ainsi que les tranches d'âge des patients accueillis. Ces chiffres m'ont permis d'ailleurs de relever un indicateur de performance notable au CHR : depuis deux ans, les arrivées aux urgences se multiplient. On aurait tendance à penser que, plus il y a de patients, plus le temps moyen de passage s'allonge... Les statistiques montrent l'inverse : le temps passé aux urgences n'a pas augmenté pour autant. Voilà un indicateur qualité pour nos services d'urgences, tiré de l'analyse d'Orulor.

### Pensez-vous que les données d'Orulor permettent aux directions d'améliorer la performance des services d'urgences ?

Par des biais comparatifs, Orulor permet en effet aux établissements de remettre en question leurs organisations.

Concernant la durée moyenne de passage aux urgences, j'ai noté par exemple une différence de 50 minutes entre deux établissements à l'activité similaire. Il se trouve que ces deux services d'urgence ne sont absolument

pas organisés de la même façon, dans l'accueil et l'orientation des patients. A réfléchir... peut-être que l'un des deux devrait revoir son organisation interne, pour une prise en charge plus rapide des patients. De la même façon, en considérant l'activité d'établissements voisins, nos équipes sont amenées à réfléchir à la question d'être, ou non, en capacité d'absorber l'activité d'urgences supplémentaire d'une autre structure, si celle-ci venait à être fermée pendant un laps de temps (pour travaux par exemple). *Une façon de se projeter dans l'avenir et d'envisager plusieurs scénarios.*

### Quelles améliorations souhaiteriez-vous apporter au logiciel ?

Je trouve que la catégorie « Autres », assez floue, revient trop souvent dans les tableaux de bord, notamment dans la provenance ou la destination des patients. J'attends d'Orulor un niveau de précision plus important. Mais globalement, l'outil est intéressant et fiable. Les données recueillies sont consolidées. Si certains chiffres paraissent erronés, je ne mets pas en cause l'outil informatique, mais la source : l'information a sûrement été mal saisie dans l'établissement. Mais avec les années, et la publication de Rapports d'Activité, les acteurs devraient de plus en plus se responsabiliser, prendre conscience que toute donnée saisie sur le terrain est traitée dans Orulor.

A noter aussi qu'Orulor et le COLMU (Collège Lorrain de Médecine d'Urgence) ont rapproché les professionnels de l'urgence de notre région. Certes, avec Orulor, les professionnels analysent, observent... mais ils se mobilisent aussi et forment une communauté médicale et paramédicale de services d'urgences soudée.



Sommaire

Activité par département et par service ●

62

Département de la Moselle - 57

63

Département de la Meurthe et Moselle - 54

90

Département de la Meuse - 55

117

Département des Vosges - 88

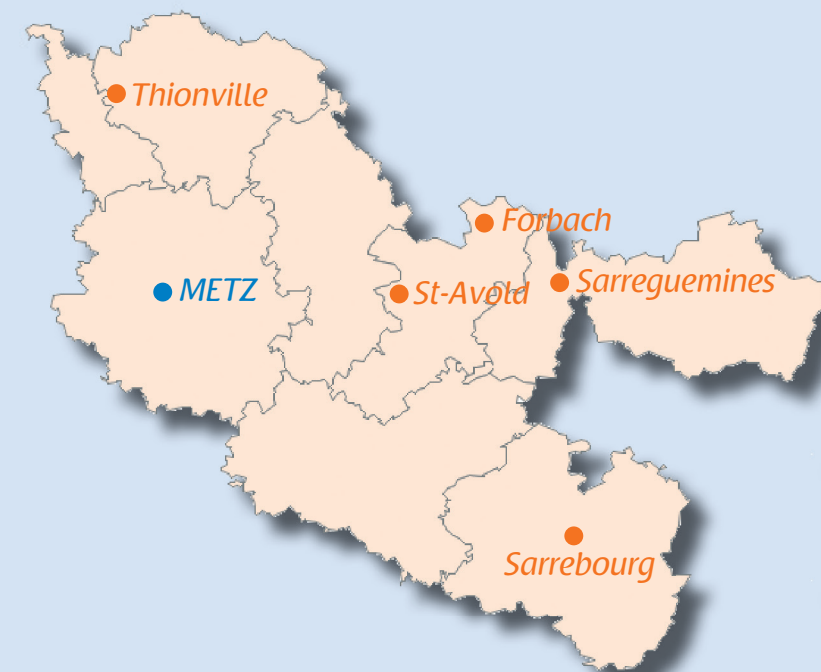
125

● **Activité par département et par service**

Département de la Moselle - 57

ACTIVITÉ DÉTAILLÉE DU DÉPARTEMENT DE LA MOSELLE

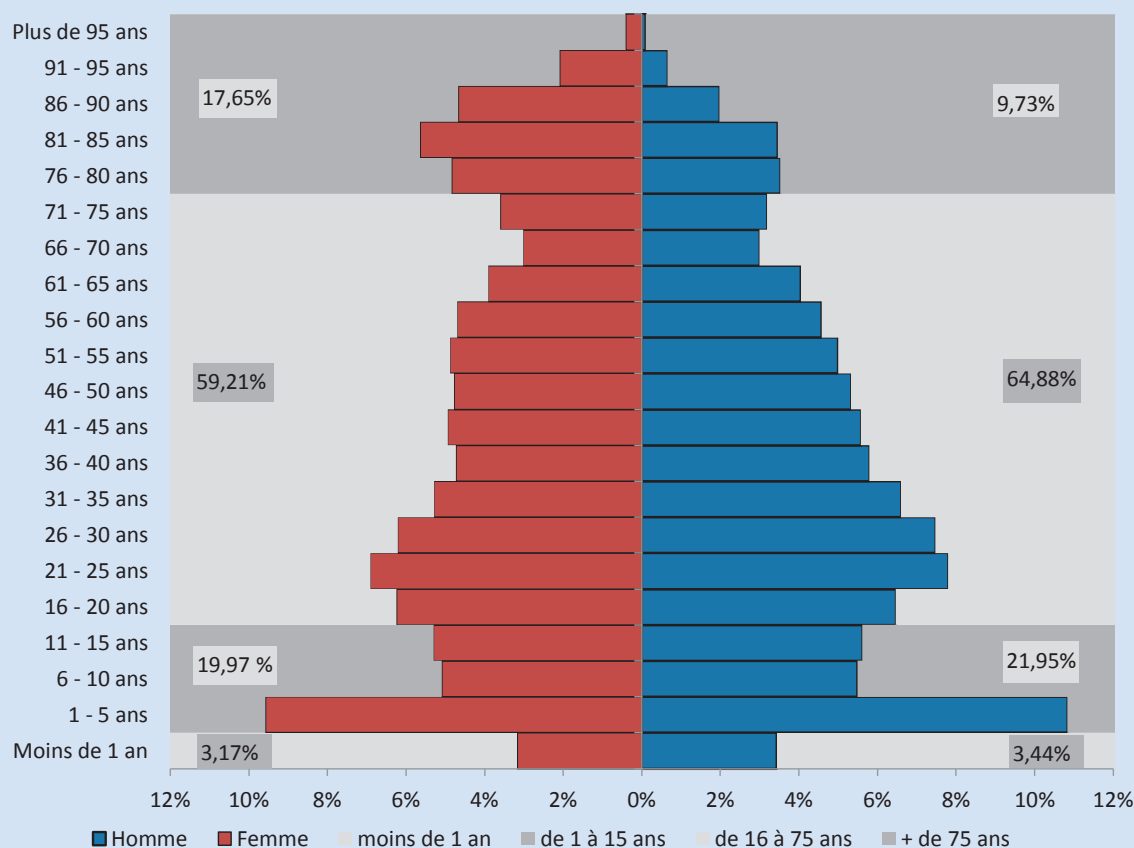
Agglomération	SU	Nbre passages	en % départemental	en % régional
Thionville	CHR - Thionville	55 379	21,44%	9,70%
Metz		<b>90 272</b>	<b>34,95%</b>	<b>15,90%</b>
	CHR – Metz	52 839	20,46%	9,30%
	HIA Legouest	21 961	8,50%	3,90%
	Hôpital Clin. C. Bernard	15 472	5,99%	2,70%
Saint-Avold	Hospitalor St Avold	22 830	4,00%	8,84%
Forbach	CH Forbach	32 020	5,60%	12,40%
Sarreguemines	CH Sarreguemines	35 327	6,20%	13,68%
Sarrebourg	CH Sarrebourg	22 473	3,90%	5,99%
<b>TOTAL Moselle</b>		<b>258 301</b>	<b>100%</b>	<b>45,40%</b>



URGENCES

## En Moselle, près de 25% d'enfants et moins de 15% de plus de 75 ans

### PART DES PASSAGES AUX URGENCES PAR TRANCHES D'ÂGE ET PAR SEXE – MOSELLE



La pyramide des âges de recours aux urgences de la Moselle est très proche de la pyramide régionale, avec une légère inflexion pour le recours des plus de 75 ans.

Cette similitude est en grande partie liée à l'effet populationnel, la Moselle représentant près de 45% de la population Lorraine.

## Une patientèle mosellane très dominante, une attractivité extra régionale faible et étrangère négligeable

	France Hors Lorraine*	Etranger	54	55	57	88	Non renseigné
CHR - Thionville	1,50%	0,14%	3,79%	0,17%	93,71%	0,11%	0,57%
CHR - Metz	1,96%	0,13%	4,30%	0,39%	92,59%	0,12%	0,50%
HIA Legouest	2,24%	0,26%	3,24%	0,39%	92,29%	0,14%	1,44%
Hôpital Clin. C. Bernard	1,74%	0,01%	3,39%	0,34%	94,25%	0,06%	0,21%
Hospitalor Saint Avold	1,48%	0,00%	0,45%	0,04%	96,93%	0,08%	1,02%
CH Forbach	1,47%	0,36%	0,30%	0,04%	97,59%	0,06%	0,19%
CH Sarreguemines	8,27%	0,00%	0,17%	0,03%	90,74%	0,06%	0,73%
CH Sarrebourg	8,22%	0,13%	3,60%	0,09%	85,85%	0,26%	1,85%
<b>TOTAL Moselle</b>	<b>3,36%</b>	<b>0,13%</b>	<b>2,41%</b>	<b>0,19%</b>	<b>92,99%</b>	<b>0,11%</b>	<b>0,81%</b>

\*Possibilité de quelques étrangers dans «Français - Hors Lorraine »

Comme en 2012, 93% des patients se rendant dans les SU de Moselle sont domiciliés en Moselle. L'activité extrarégionale est faible, qu'il s'agisse de patients français et surtout de patients étrangers.

À noter, une particularité pour les SU de Sarrebourg et de Sarreguemines avec aux alentours de 8% de patients hors Lorraine mais toujours avec peu d'étrangers.

CHR - Thionville : 1<sup>er</sup> SU de Lorraine

FICHE DE SYNTHÈSE : CHR - THIONVILLE

Onglets	Requêtes	CHR THIONVILLE	% Région	
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages	55379	9.73 %	
	Activité par tranche d'âge	00 < 1 an	4.51 %	2.95 %
		01-14 ans	23.95 %	19.91 %
		15-17 ans	3.15 %	3.68 %
		18-64 ans	46.90 %	52.00 %
		65-74 ans	5.71 %	6.43 %
		75 ans et plus	15.78 %	15.03 %
ADMISSION en %	Mode d'entrée	Domicile	98.21 %	97.27 %
		Mutation	0.19 %	0.23 %
		Transfert	0.09 %	1.33 %
		Non renseigné	1.52 %	1.17 %
	Mode de transport	Ambulances publiques ou privées	12.66 %	13.76 %
		Forces de l'ordre	1.43 %	1.05 %
		Hélicoptère	0.14 %	0.14 %
		Moyen personnel	63.08 %	66.94 %
		SMUR	4.09 %	1.54 %
		VSAB	17.65 %	14.37 %
		Non renseigné	0.96 %	2.21 %
		Provenance des patients	54	3.79 %
	55		0.17 %	8.17 %
	57		93.71 %	43.87 %
	88		0.11 %	15.62 %
	Etranger		0.14 %	0.18 %
	France Hors Lorraine		1.50 %	3.62 %
	Non identifié		0.58 %	0.79 %
	DURÉES en hh:mn		Durée moyenne de passage (hh:mn)	04:26
Durées de passage :		<4h	57.36 %	75.61 %
		selon orientation	HDT-HO	/
MCO			05:56	03:40

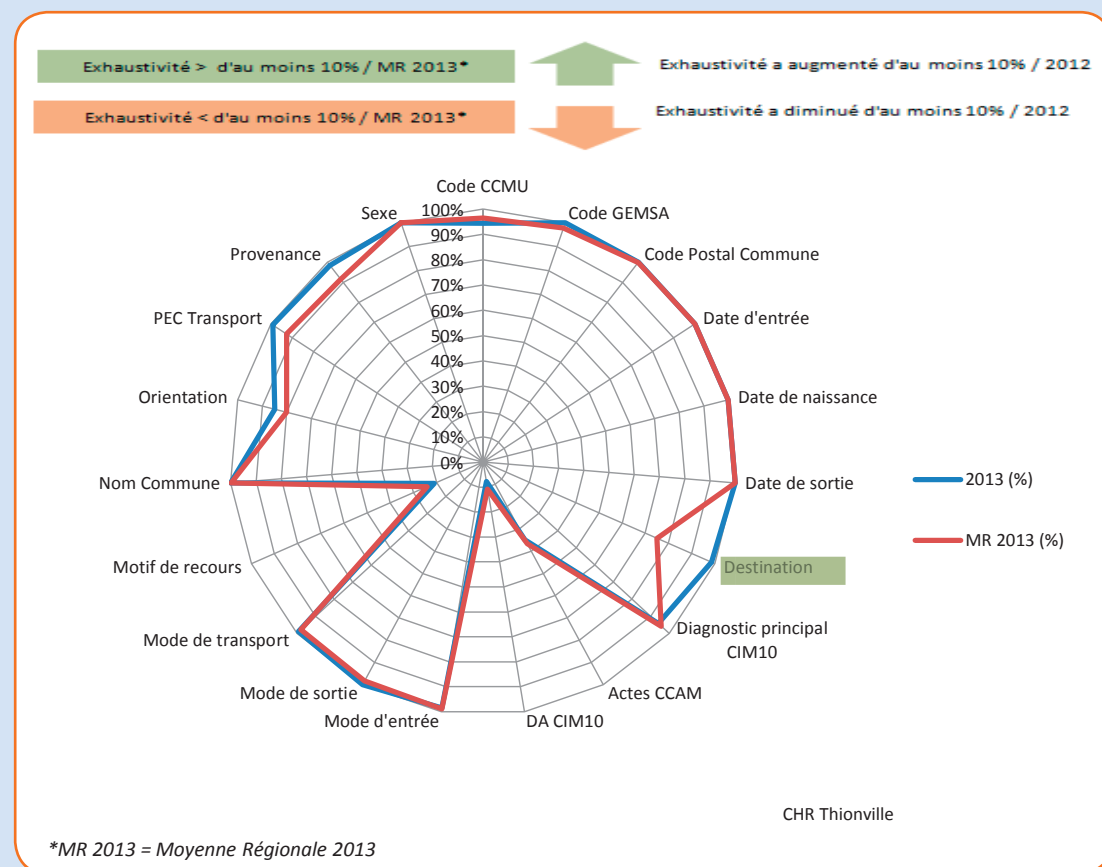
\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

Onglets	Requêtes	CHR THIONVILLE	% Région	
DURÉES en hh:mm	selon orientation	Non Renseigné	06:36	03:59
		REO	/	01:10
		Sorties atypiques	03:58	03:17
		UHCD	05:05	05:01
		Unités chaudes	06:02	04:37
GEMSA CCMU en %	GEMSA	1	0.05 %	0.15 %
		2	68.94 %	69.75 %
		3	6.37 %	3.47 %
		4	23.92 %	23.29 %
		5	0.57 %	0.66 %
		6	0.16 %	0.57 %
		Non renseigné	/	2.12 %
		CCMU	1	9.77 %
	2		76.39 %	77.68 %
	3		6.83 %	8.51 %
	4		0.94 %	0.98 %
	5		0.27 %	0.23 %
	D		0.03 %	0.03 %
	SORTIE en %	par mode de sortie	Non renseigné	0.11 %
Domicile			75.32 %	73.46 %
Mutation			21.23 %	21.96 %
Transfert			3.34 %	2.82 %
Décès			0.11 %	0.07 %
suivant l'orientation		Non renseigné	/	1.69 %
		HDT-HO	/	0.47 %
		MCO	35.90 %	52.30 %
		Non Renseigné	15.05 %	15.76 %
		REO	/	0.01 %
GEMSA CCMU en %	selon orientation	Sorties atypiques	19.90 %	7.83 %
		UHCD	25.43 %	20.03 %
		Unités chaudes	3.71 %	3.55 %
		Non renseigné	5.66 %	3.64 %

Le SU de Thionville est comme en 2012 le premier SU de Lorraine en nombre de passages. C'est aussi celui qui a le plus augmenté son activité passant de 51 424 à 55 379 passages, soit une augmentation de 3 955 passages (7,69%), qui concerne essentiellement l'activité gériatrique. Pour autant, les passages pédiatriques sont toujours importants (32% de moins de 18 ans versus 27% en moyenne régionale).

La DMP, qui s'est logiquement majorée à 4h26 (+ 13 minutes), est 3ème plus longue de Lorraine. Les modes d'admission et de sortie sont dans la moyenne régionale, mises à part les sorties atypiques toujours très importantes et qui concernent 20% des passages (mais comme en 2012 essentiellement en rapport avec des pratiques non pertinentes de clôture de dossier).

**RADAR D'EXHAUSTIVITE : CHR - THIONVILLE**



Comme en 2012, l'exhaustivité des données est bonne pour la majorité des champs. À noter

que les données sont considérées comme validées par absence de retour de la charte qualité.

**CHR – Metz : 2<sup>ème</sup> SU de Lorraine**

**FICHE DE SYNTHÈSE : CHR – METZ**

Onglets	Requêtes	CHR METZ	% Région	
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages	52839	9.28 %	
	Activité par tranche d'âge	00 < 1 an	4.21 %	2.95 %
		01-14 ans	21.36 %	19.91 %
		15-17 ans	3.26 %	3.68 %
		18-64 ans	49.15 %	52.00 %
		65-74 ans	6.26 %	6.43 %
	75 ans et plus	15.76 %	15.03 %	
ADMISSION en %	Mode d'entrée	Domicile	94.79 %	97.27 %
		Mutation	0.72 %	0.23 %
		Transfert	1.40 %	1.33 %
		Non renseigné	3.08 %	1.17 %
	Mode de transport	Ambulance publique ou privée	16.78 %	13.76 %
		Forces de l'ordre	1.60 %	1.05 %
		Hélicoptère	0.35 %	0.14 %
		Moyen personnel	52.05 %	66.94 %
		SMUR	2.09 %	1.54 %
		VSAB	26.82 %	14.37 %
		Non renseigné	0.31 %	2.21 %
	Provenance des patients	54	4.30 %	27.56 %
		55	0.39 %	8.17 %
57		92.57 %	43.87 %	
88		0.12 %	15.62 %	
Etranger		0.13 %	0.18 %	
France Hors Lorraine		1.96 %	3.62 %	
Non identifié		0.53 %	0.79 %	
DURÉES en hh:mn	Durée moyenne de passage (hh:mn)	03:38	03:05	
	Durées de passage :	<4h	65.61 %	75.61 %
		selon orientation	HDT-HO	/
	MCO	05:30	03:40	

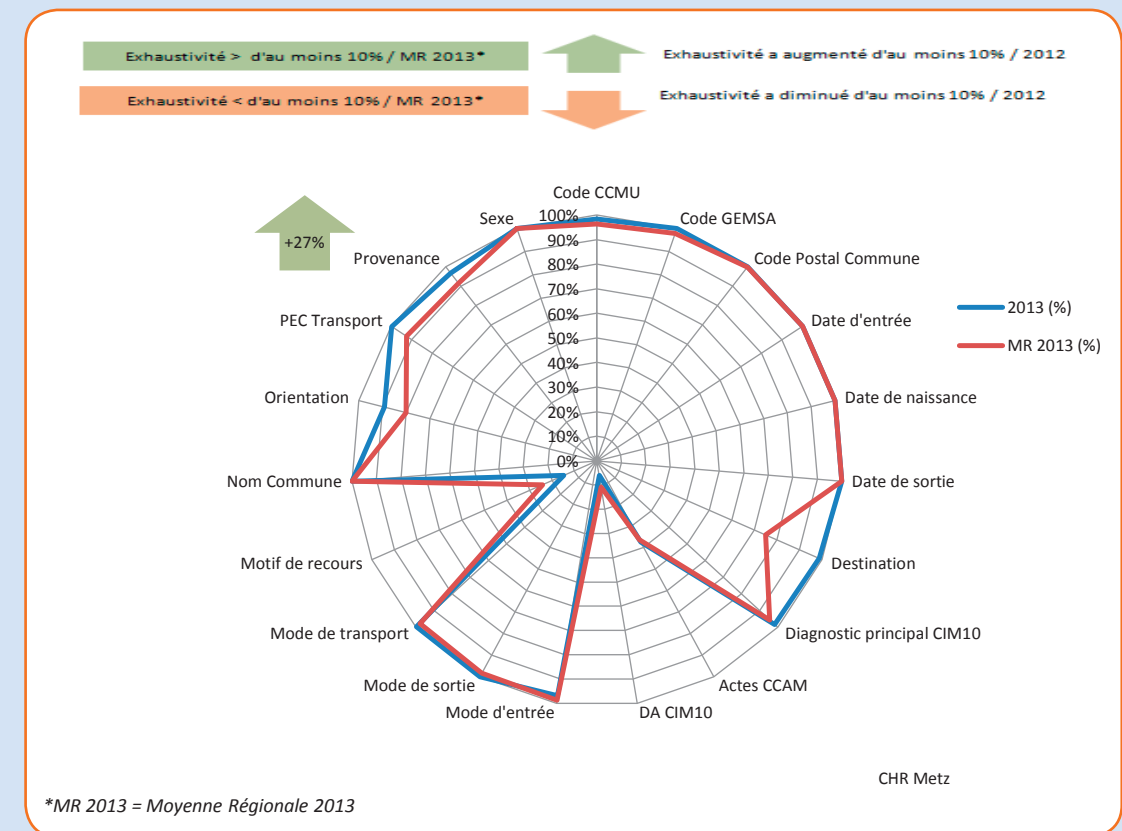
\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

Onglets	Requêtes		CHR METZ	% Région
DURÉES en hh:mn	selon orientation	Non Renseigné	05:32	03:59
		REO	/	01:10
		Sorties atypiques	03:18	03:17
		UHCD	04:44	05:01
		Unités chaudes	05:04	04:37
GEMSA CCMU en %	GEMSA	1	0.05 %	0.15 %
		2	66.85 %	69.75 %
		3	4.36 %	3.47 %
		4	26.72 %	23.29 %
		5	1.58 %	0.66 %
		6	0.43 %	0.57 %
	CCMU	Non renseigné	/	2.12 %
		1	13.46 %	8.75 %
		2	76.91 %	77.68 %
		3	6.07 %	8.51 %
		4	1.39 %	0.98 %
		5	0.37 %	0.23 %
		D	0.04 %	0.03 %
SORTIE en %	par mode de sortie	P	0.09 %	0.18 %
		Non renseigné	1.67 %	3.64 %
		Domicile	71.24 %	73.46 %
		Mutation	25.25 %	21.96 %
		Transfert	3.37 %	2.82 %
	suivant l'orientation	Décès	0.14 %	0.07 %
		Non renseigné	0.00 %	1.69 %
		HDT-HO	/	0.47 %
		MCO	33.37 %	52.30 %
		Non Renseigné	10.81 %	15.76 %
		REO	/	0.01 %
Sorties atypiques	8.11 %	7.83 %		
UHCD	43.03 %	20.03 %		
Unités chaudes	4.67 %	3.55 %		

Second SU de Lorraine comme en 2012 qui, à l'instar de celui de Thionville, a vu son activité augmenter de 2 890 passages (5,78%) mais sans modification de la DMP (moins 4 minutes par rapport à 2012). Les modes de transport à l'admission sont toujours spécifiques (17%

d'ambulance, 27% de VSAV et seulement 1 patient sur 2 par ses moyens personnels). Enfin, comme en 2012, les modes d'orientation à la sortie sont toujours difficiles à interpréter (33% de MCO et 43% d'UHCD !!).

### RADAR D'EXHAUSTIVITE : CHR - METZ



Comme en 2012, l'exhaustivité des données est bonne pour la majorité des champs. À noter

que les données sont considérées comme validées par absence de retour de la charte qualité.

HIA Legouest : 12<sup>ème</sup> SU de Lorraine

FICHE DE SYNTHÈSE : HIA LEGOUEST

Onglets	Requêtes	HIA LEGOUEST	% Région		
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages	21961	3.86 %		
	Activité par tranche d'âge	00 < 1 an	0.08 %	2.95 %	
		01-14 ans	4.44 %	19.91 %	
		15-17 ans	3.41 %	3.68 %	
		18-64 ans	75.04 %	52.00 %	
		65-74 ans	7.23 %	6.43 %	
		75 ans et plus	9.80 %	15.03 %	
ADMISSION en %	Mode d'entrée	Domicile	99.60 %	97.27 %	
		Mutation	0.32 %	0.23 %	
		Transfert	/	1.33 %	
		Non renseigné	0.07 %	1.17 %	
	Mode de transport	Ambulance publique ou privée	3.49 %	13.76 %	
		Forces de l'ordre	/	1.05 %	
		Hélicoptère	0.10 %	0.14 %	
		Moyen personnel	91.13 %	66.94 %	
		SMUR	0.83 %	1.54 %	
		VSAB	4.31 %	14.37 %	
		Non renseigné	0.15 %	2.21 %	
		Provenance des patients	54	3.24 %	27.56 %
	55		0.39 %	8.17 %	
	57		92.29 %	43.87 %	
	88		0.14 %	15.62 %	
	Etranger		0.26 %	0.18 %	
	France Hors Lorraine		2.24 %	3.62 %	
	Non identifié		1.44 %	0.79 %	
	DURÉES en hh:mn		Durée moyenne de passage (hh:mn)	02:28	03:05
Durées de passage :		<4h	83.41 %	75.61 %	
		selon orientation	HDT-HO	/	03:08
			MCO	04:21	03:40

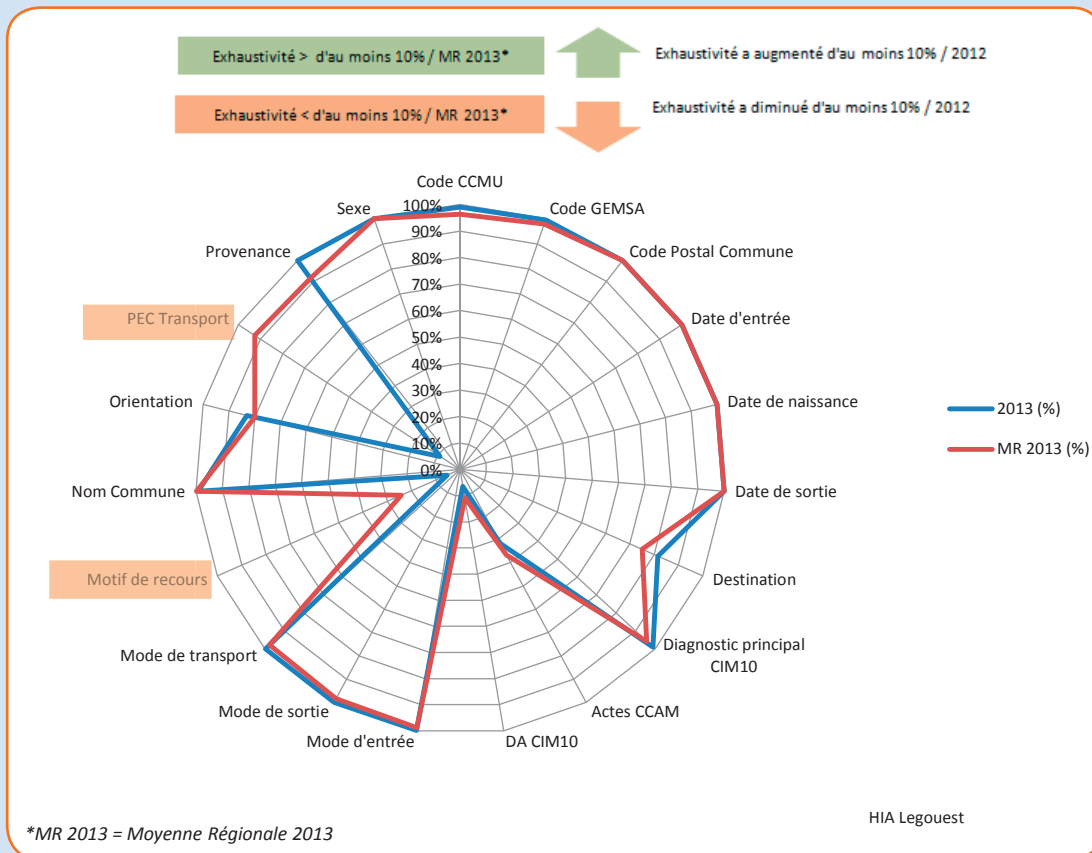
\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

Onglets	Requêtes	HIA LEGOUEST	% Région	
DURÉES en HH:mn	selon orientation	Non Renseigné	03:34	03:59
		REO	/	01:10
		Sorties atypiques	02:41	03:17
		UHCD	/	05:01
		Unités chaudes	04:24	04:37
GEMSA CCMU en %	GEMSA	1	/	0.15 %
		2	76.38 %	69.75 %
		3	7.86 %	3.47 %
		4	13.29 %	23.29 %
		5	1.49 %	0.66 %
		6	0.54 %	0.57 %
		Non renseigné	0.44 %	2.12 %
		CCMU	1	7.64 %
	2		85.16 %	77.68 %
	3		5.14 %	8.51 %
	4		0.74 %	0.98 %
	5		0.14 %	0.23 %
	D		0.01 %	0.03 %
	SORTIE en %	par mode de sortie	Non renseigné	0.20 %
Domicile			84.68 %	73.46 %
Mutation			12.46 %	21.96 %
Transfert			2.85 %	2.82 %
Décès			0.01 %	0.07 %
Non renseigné			/	1.69 %
suivant l'orientation		HDT-HO	/	0.47 %
		MCO	72.44 %	52.30 %
		Non Renseigné	16.90 %	15.76 %
		REO	/	0.01 %
		Sorties atypiques	8.15 %	7.83 %
	UHCD	/	20.03 %	
	Unités chaudes	2.51 %	3.55 %	

12<sup>ème</sup> SU de Lorraine (versus 11<sup>ème</sup> en 2012), le SU de l'hôpital des armées de Metz a connu une légère baisse d'activité (moins 444 passages soit moins 0,2%). Comme en 2012, ce SU ne prend en charge que peu d'enfants (moins de 8% des passages versus plus de 26% en régional) et de patients de plus de 75 ans (10%

versus 15%). La presque totalité des patients se présente par leurs propres moyens (plus de 90%). La DMP à 2h28 s'est améliorée de 20 minutes. Enfin, le taux d'hospitalisation est toujours très faible (15%) probablement avec les près de 93% de CCMU 1 et 2.

**RADAR D'EXHAUSTIVITE : HIA LEGUEST**



Comme en 2012, l'exhaustivité des données est bonne pour la majorité des champs. Le contrôle qualité (retour très complet) a permis de valider

les chiffres ORULOR avec des écarts mineurs (8 passages sur l'année).

**Hôpital Clinique Claude Bernard : 20<sup>ème</sup> SU de Lorraine**

**FICHE DE SYNTHÈSE : HOPITAL CLINIQUE CLAUDE BERNARD**

Onglets	Requêtes	CLAUDE BERNARD	% Région	
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages	15472	2.72 %	
	Activité par tranche d'âge	00 < 1 an	2.68 %	2.95 %
		01-14 ans	28.13 %	19.91 %
		15-17 ans	3.52 %	3.68 %
		18-64 ans	51.75 %	52.00 %
		65-74 ans	5.99 %	6.43 %
		75 ans et plus	7.94 %	15.03 %
ADMISSION en %	Mode d'entrée	Domicile	97.45 %	97.27 %
		Mutation	1.59 %	0.23 %
		Transfert	0.85 %	1.33 %
		Non renseigné	0.12 %	1.17 %
	Mode de transport	Ambulance publique ou privée	6.28 %	13.76 %
		Forces de l'ordre	/	1.05 %
		Hélicoptère	0.06 %	0.14 %
		Moyen personnel	85.34 %	66.94 %
		SMUR	1.08 %	1.54 %
		VSAB	7.13 %	14.37 %
		Non renseigné	0.12 %	2.21 %
	Provenance des patients	54	3.39 %	27.56 %
		55	0.34 %	8.17 %
		57	94.25 %	43.87 %
		88	0.06 %	15.62 %
		Etranger	0.01 %	0.18 %
		France Hors Lorraine	1.73 %	3.62 %
Non identifié		0.22 %	0.79 %	
DURÉES en hh:mn		Durée moyenne de passage (hh:mn)	01:54	03:05
DURÉES en hh:mn	Durées de passage :	<4h	93.10 %	75.61 %
		HDT-HO	/	03:08
	selon orientation	MCO	02:10	03:40

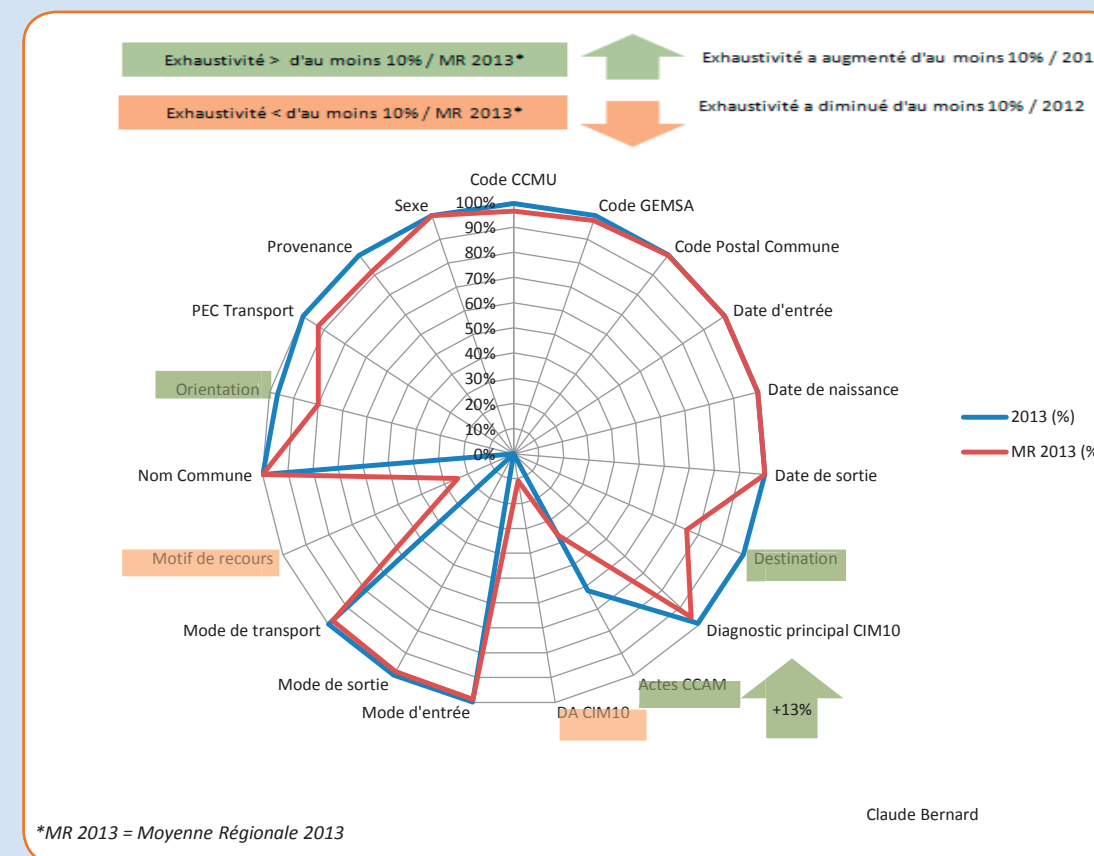
\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

Onglets	Requêtes		CLAUDE BERNARD	% Région
DURÉES en hh:mn	selon orientation	Non Renseigné	03:21	03:59
		REO	/	01:10
		Sorties atypiques	01:32	03:17
		UHCD	/	05:01
		Unités chaudes	02:32	04:37
GEMSA CCMU en %	GEMSA	1	/	0.15 %
		2	79.27 %	69.75 %
		3	2.93 %	3.47 %
		4	17.72 %	23.29 %
		5	0.07 %	0.66 %
		6	0.01 %	0.57 %
		Non renseigné	/	2.12 %
	CCMU	1	0.58 %	8.75 %
		2	92.71 %	77.68 %
		3	5.71 %	8.51 %
		4	0.21 %	0.98 %
		5	0.04 %	0.23 %
		D	0.01 %	0.03 %
		P	/	0.18 %
SORTIE en %	par mode de sortie	Non renseigné	0.74 %	3.64 %
		Domicile	82.20 %	73.46 %
		Mutation	17.15 %	21.96 %
		Transfert	0.63 %	2.82 %
		Décès	0.02 %	0.07 %
	suivant l'orientation	Non renseigné	/	1.69 %
		HDT-HO	/	0.47 %
		MCO	87.70 %	52.30 %
		Non Renseigné	3.36 %	15.76 %
		REO	/	0.01 %
		Sorties atypiques	4.54 %	7.83 %
		UHCD	/	20.03 %
	Unités chaudes	4.40 %	3.55 %	

20<sup>ème</sup> SU de Lorraine (versus 19<sup>ème</sup> en 2012), son activité a baissé de près de 8% en un an, et ce, probablement en lien avec l'ouverture du site de Mercy (une analyse plus précise figure dans ce rapport). Sa patientèle est toujours caractérisée par une très grosse activité pédiatrique (la plus importante des SU polyvalents de Lorraine avec près de 31% d'enfants de moins de 15 ans et 34% de moins de 18 ans). En corollaire, son activité gériatrique reste mineure (moins de 8%

versus plus de 15 % en région). Le mode de transport à l'admission est particulier avec plus de 85% de patient venant par leurs propres moyens. La DMP à 1h54 est excellente. Le taux d'hospitalisation est très faible (moins de 18%), probablement en rapport avec la patientèle. A noter la quasi absence de CCMU 1 contrastant avec près de 93% de CCMU 2 en rapport avec une modalité de codification spécifique.

### RADAR D'EXHAUSTIVITE : HOPITAL CLINIQUE CLAUDE BERNARD



On constate une excellente exhaustivité souvent supérieure à la moyenne régionale, y compris sur les actes CCAM, ce qui est très rare en Lorraine.

À noter enfin, que les données sont considérées comme validées par absence de retour de la charte qualité.



Hospitalor Saint-Avold : 10<sup>ème</sup> SU de Lorraine

FICHE DE SYNTHÈSE : HOSPITALOR SAINT-AVOLD

Onglets	Requêtes	SAINT-AVOLD	% Région	
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages	22830	4.01 %	
	Activité par tranche d'âge	00 < 1 an	0.12 %	2.95 %
		01-14 ans	9.72 %	19.91 %
		15-17 ans	3.25 %	3.68 %
		18-64 ans	62.30 %	52.00 %
		65-74 ans	7.56 %	6.43 %
		75 ans et plus	17.07 %	15.03 %
ADMISSION en %	Mode d'entrée	Domicile	99.43 %	97.27 %
		Mutation	0.04 %	0.23 %
		Transfert	0.11 %	1.33 %
		Non renseigné	0.42 %	1.17 %
	Mode de transport	Ambulance publique ou privée	13.29 %	13.76 %
		Forces de l'ordre	2.22 %	1.05 %
		Hélicoptère	/	0.14 %
		Moyen personnel	63.01 %	66.94 %
		SMUR	1.08 %	1.54 %
		VSAB	19.79 %	14.37 %
		Non renseigné	0.61 %	2.21 %
		Provenance des patients	54	0.45 %
	55		0.04 %	8.17 %
	57		96.93 %	43.87 %
	88		0.08 %	15.62 %
	Etranger		/	0.18 %
	France Hors Lorraine		1.48 %	3.62 %
	Non identifié		1.02 %	0.79 %
	DURÉES en hh:mn		Durée moyenne de passage (hh:mn)	02:46
Durées de passage :		<4h	77.52 %	75.61 %
		selon orientation	HDT-HO	/
MCO			03:54	03:40

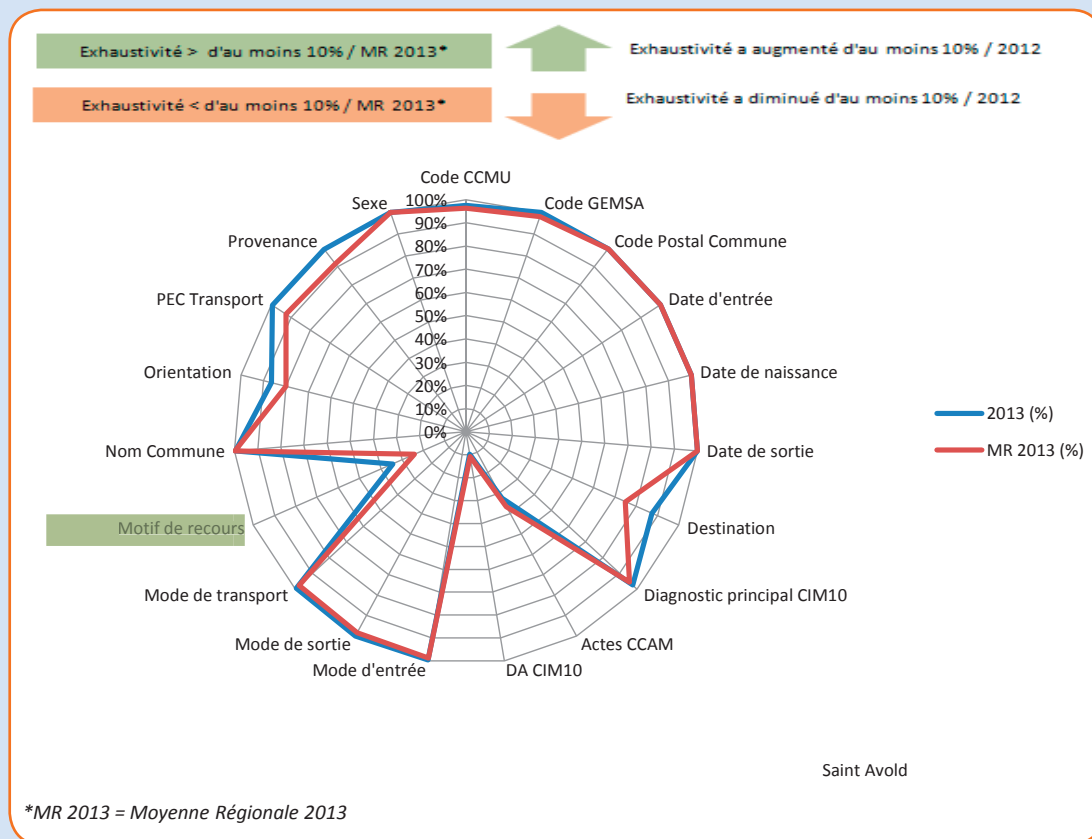
\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

Onglets	Requêtes	SAINT-AVOLD	% Région	
DURÉES en hh:mn	selon orientation	Non Renseigné	03:25	03:59
		REO	/	01:10
		Sorties atypiques	03:54	03:17
		UHCD	03:20	05:01
		Unités chaudes	03:07	04:37
GEMSA CCMU en %	GEMSA	1	0.03 %	0.15 %
		2	71.47 %	69.75 %
		3	2.20 %	3.47 %
		4	25.31 %	23.29 %
		5	0.39 %	0.66 %
		6	0.60 %	0.57 %
		Non renseigné	/	2.12 %
		CCMU	1	5.39 %
	2		78.43 %	77.68 %
	3		11.90 %	8.51 %
	4		1.21 %	0.98 %
	5		0.26 %	0.23 %
	D		0.02 %	0.03 %
	SORTIE en %	par mode de sortie	P	0.33 %
Non renseigné			2.46 %	3.64 %
Domicile			73.67 %	73.46 %
Mutation			22.29 %	21.96 %
Transfert			3.97 %	2.82 %
suivant l'orientation		Décès	0.07 %	0.07 %
		Non renseigné	/	1.69 %
		HDT-HO	/	0.47 %
		MCO	41.30 %	52.30 %
		Non Renseigné	13.46 %	15.76 %
selon orientation	REO	/	0.01 %	
	Sorties atypiques	10.38 %	7.83 %	
	UHCD	31.39 %	20.03 %	
	Unités chaudes	3.47 %	3.55 %	

10<sup>ème</sup> SU de Lorraine (versus 9<sup>ème</sup> en 2012), son activité a baissé d'environ 3% (probablement liée au regroupement de la pédiatrie sur Forbach). Sa DMP est bonne à 2h48 d'autant que son activité pédiatrique est réduite (moins de 10% d'enfants <15 ans).

Le recours à l'UHCD est toujours important, de même que les transferts (mais moins qu'en 2012), compte tenu de ses limites en terme de capacité d'hospitalisation en particulier dans certaines spécialités (cardiologie, neurologie...).

### RADAR D'EXHAUSTIVITE : HOSPITALOR SAINT-AVOLD



On constate une bonne exhaustivité sur la grande majorité des données. Celles-ci ont été validées par la charte qualité avec une confir-

mation de l'importante activité de l'UHCD et de transfert.

### CH Forbach : 6<sup>ème</sup> SU de Lorraine

#### FICHE DE SYNTHÈSE : CH FORBACH

Onglets	Requêtes	FORBACH	% Région	
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages	32020	5.62 %	
	Activité par tranche d'âge	00 < 1 an	3.72 %	2.95 %
		01-14 ans	21.01 %	19.91 %
		15-17 ans	3.19 %	3.68 %
		18-64 ans	52.80 %	52.00 %
		65-74 ans	6.22 %	6.43 %
		75 ans et plus	13.06 %	15.03 %
ADMISSION en %	Mode d'entrée	Domicile	99.93 %	97.27 %
		Mutation	0.00 %	0.23 %
		Transfert	0.00 %	1.33 %
	Mode de transport	Non renseigné	0.07 %	1.17 %
		Ambulance publique ou privée	20.21 %	13.76 %
		Forces de l'ordre	0.88 %	1.05 %
		Hélicoptère	0.11 %	0.14 %
		Moyen personnel	73.33 %	66.94 %
		SMUR	1.49 %	1.54 %
		VSAB	3.75 %	14.37 %
	Provenance des patients	Non renseigné	0.22 %	2.21 %
		54	0.30 %	27.56 %
		55	0.04 %	8.17 %
57		97.57 %	43.87 %	
88		0.06 %	15.62 %	
Etranger		0.36 %	0.18 %	
France Hors Lorraine		1.47 %	3.62 %	
DURÉES en hh:mn	Non identifié	0.20 %	0.79 %	
	Durée moyenne de passage (hh:mn)		02:52	03:05
	Durées de passage :	<4h	78.31 %	75.61 %
		selon orientation	HDT-HO	/
	MCO	03:50	03:40	

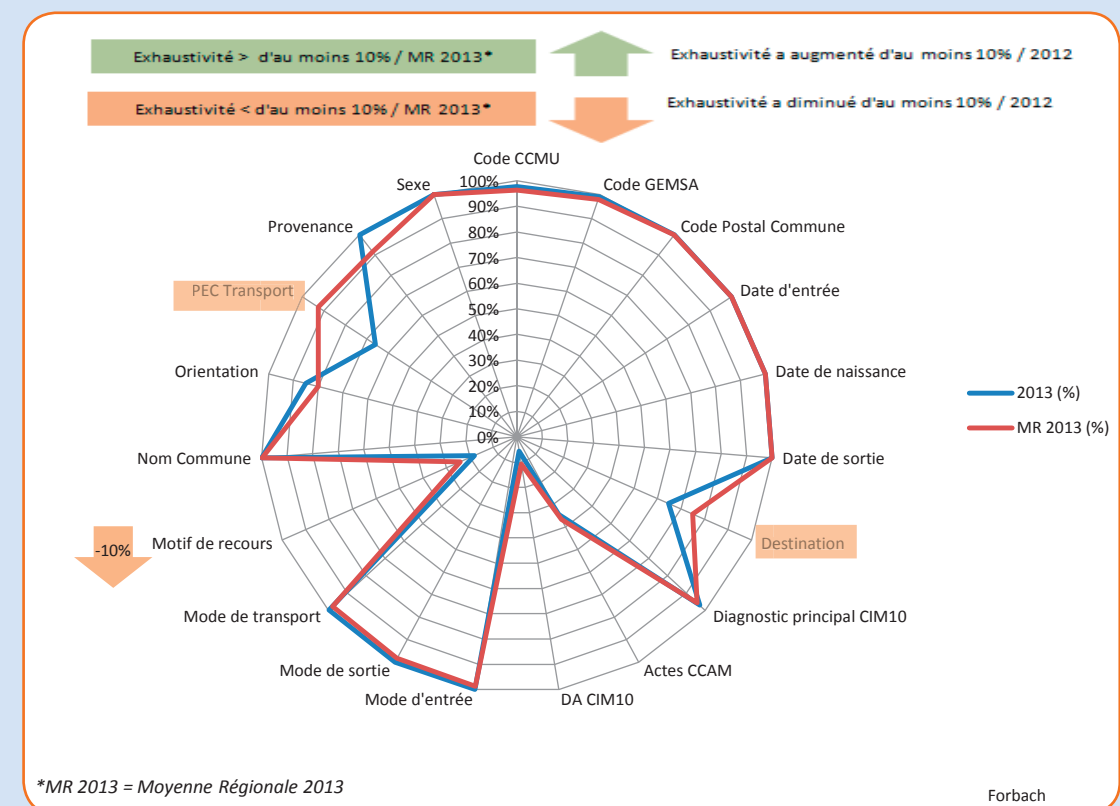
\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

Onglets	Requêtes		FORBACH	% Région
DURÉES en hh:mn	selon orientation	Non Renseigné	04:51	03:59
		REO	/	01:10
		Sorties atypiques	03:11	03:17
		UHCD	03:46	05:01
		Unités chaudes	03:34	04:37
GEMSA CCMU en %	GEMSA	1	0.07 %	0.15 %
		2	78.02 %	69.75 %
		3	4.68 %	3.47 %
		4	16.00 %	23.29 %
		5	0.26 %	0.66 %
		6	0.10 %	0.57 %
	CCMU	Non renseigné	0.88 %	2.12 %
		1	10.10 %	8.75 %
		2	84.49 %	77.68 %
		3	2.44 %	8.51 %
		4	0.26 %	0.98 %
		5	0.07 %	0.23 %
		D	0.03 %	0.03 %
		P	0.38 %	0.18 %
SORTIE en %	par mode de sortie	Domicile	81.69 %	73.46 %
		Mutation	15.66 %	21.96 %
		Transfert	2.62 %	2.82 %
		Décès	0.03 %	0.07 %
		Non renseigné	/	1.69 %
	suivant l'orientation	HDT-HO	/	0.47 %
		MCO	42.78 %	52.30 %
		Non Renseigné	14.95 %	15.76 %
		REO	/	0.01 %
		Sorties atypiques	12.78 %	7.83 %
		UHCD	26.03 %	20.03 %
		Unités chaudes	3.45 %	3.55 %

6<sup>ème</sup> SU de Lorraine (versus 7<sup>ème</sup> en 2012) grâce à l'intégration d'une partie des urgences pédiatriques médicales à l'origine d'une augmentation de plus de 5 500 passages (20,7%) et expliquant que les enfants de moins de 15 ans

soient passés de 13% à près de 25%. Comme en 2012, le taux d'hospitalisation est faible (18%), à l'inverse de l'activité de l'UHCD (26% des hospitalisés). Enfin, le pourcentage de sorties atypiques est toujours important (13%).

### RADAR D'EXHAUSTIVITE : CH FORBACH



On constate une exhaustivité dans la moyenne, sauf sur la destination où l'exhaustivité s'améliore mais en restant en dessous de la moyenne régionale. Les retours dans le cadre de la charte qualité confirment que la totalité des urgences pédiatriques médicales n'est pas actuellement

remontée sur l'observatoire. Au total, l'activité globale représente selon les données du CH de Forbach 43 102 passages (26 032 passages SU adultes et de pédiatrie traumatologique + 13 354 passages de pédiatrie médicale + 3 716 passages en gynécologie).

CH Sarreguemines : 4<sup>ème</sup> SU de Lorraine

FICHE DE SYNTHÈSE : CH SARREGUEMINES

Onglets	Requêtes	SARREGUEMINES	% Région		
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages	35 327	6.20 %		
	Activité par tranche d'âge	00 < 1 an	5.23 %	2.95 %	
		01-14 ans	25.11 %	19.91 %	
		15-17 ans	3.31 %	3.68 %	
		18-64 ans	46.49 %	52.00 %	
		65-74 ans	6.16 %	6.43 %	
		75 ans et plus	13.71 %	15.03 %	
ADMISSION en %	Mode d'entrée	Domicile	99.99 %	97.27 %	
		Mutation	/	0.23 %	
		Transfert	0.01 %	1.33 %	
		Non renseigné	/	1.17 %	
	Mode de transport	Ambulance publique ou privée	9.38 %	13.76 %	
		Forces de l'ordre	/	1.05 %	
		Hélicoptère	0.05 %	0.14 %	
		Moyen personnel	74.65 %	66.94 %	
		SMUR	2.39 %	1.54 %	
		VSAB	12.96 %	14.37 %	
		Non renseigné	0.58 %	2.21 %	
		Provenance des patients	54	0.17 %	27.56 %
	55		0.03 %	8.17 %	
	57		90.74 %	43.87 %	
	88		0.06 %	15.62 %	
	Etranger		/	0.18 %	
	France Hors Lorraine		8.27 %	3.62 %	
Non identifié	0.73 %		0.79 %		
DURÉES en hh:mn	Durée moyenne de passage (hh:mn)		02:33	03:05	
	Durées de passage :	<4h	81.12 %	75.61 %	
		selon orientation	HDT-HO	/	03:08
			MCO	02:30	03:40

\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

Onglets	Requêtes	SARREGUEMINES	% Région		
DURÉES en hh:mn	selon orientation	Non Renseigné	/	03:59	
		REO	/	01:10	
		Sorties atypiques	/	03:17	
		UHCD	03:14	05:01	
		Unités chaudes	03:21	04:37	
GEMSA CCMU en %	GEMSA	1	0.03 %	0.15 %	
		2	72.95 %	69.75 %	
		3	2.37 %	3.47 %	
		4	20.87 %	23.29 %	
		5	1.17 %	0.66 %	
		6	2.61 %	0.57 %	
		Non renseigné	0.01 %	2.12 %	
		CCMU	1	8.08 %	8.75 %
	2		59.76 %	77.68 %	
	3		30.58 %	8.51 %	
	4		1.07 %	0.98 %	
	5		0.36 %	0.23 %	
	D		0.02 %	0.03 %	
	P		0.12 %	0.18 %	
	Non renseigné		0.01 %	3.64 %	
	SORTIE en %		par mode de sortie	Domicile	76.59 %
		Mutation		23.41 %	21.96 %
Transfert		/		2.82 %	
Décès		/		0.07 %	
Non renseigné		/		1.69 %	
suivant l'orientation		HDT-HO		/	0.47 %
		MCO	94.82 %	52.30 %	
		Non Renseigné	/	1.69 %	
		REO	/	0.01 %	
		Sorties atypiques	/	7.83 %	
		UHCD	4.65 %	20.03 %	
Unités chaudes		0.53 %	3.55 %		

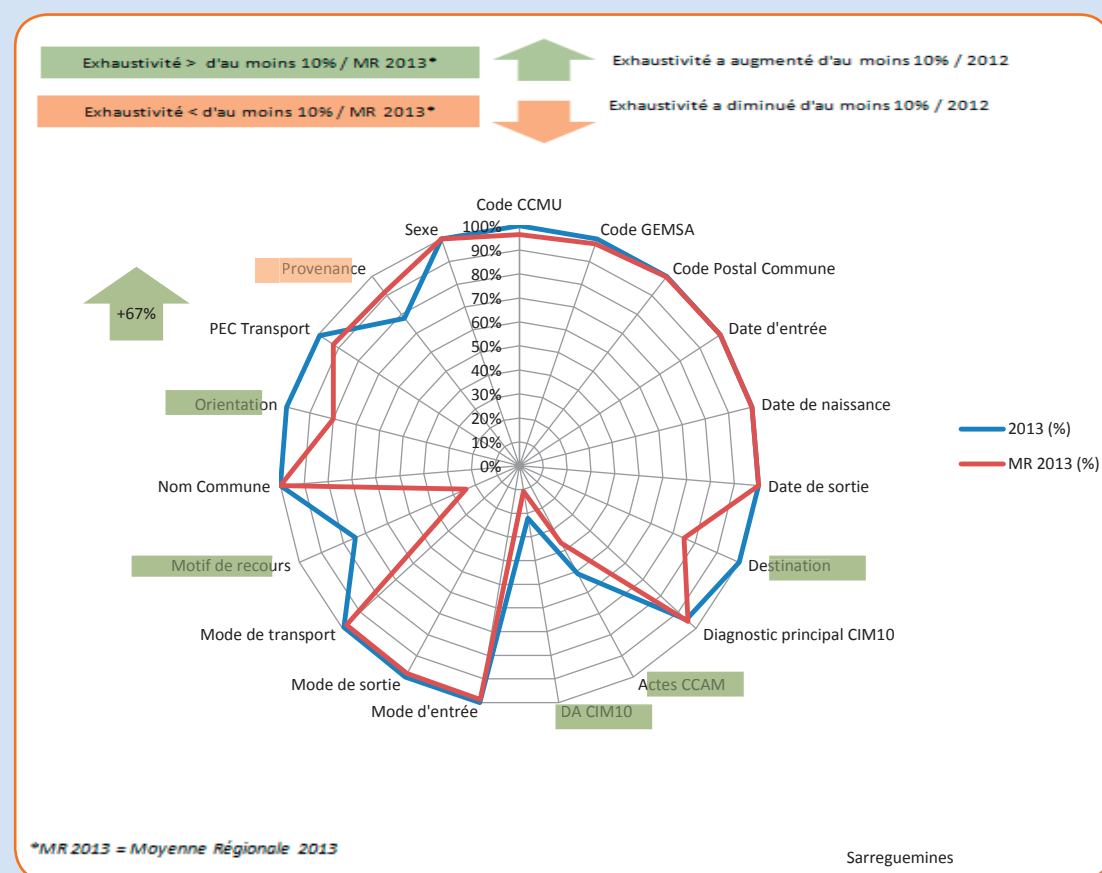
4<sup>ème</sup> SU de Lorraine (mais toujours en prenant en compte les urgences gynécologiques mais surtout les passages de l'antenne de Bitche). Les chiffres ORULOR montrent une discrète baisse d'activité de 1,8%, mais non confirmée par l'établissement.

La patientèle est, comme en 2012, caractérisée par une importante activité pédiatrique (plus

de 30%) et par un recrutement extra régional significatif (8,4%). La DMP est toujours très bonne (2H23).

Le pourcentage d'hospitalisation est inférieur à la moyenne régionale (effet patientèle) avec, par ailleurs, une absence de transfert et de DCD en mode de sortie, probablement liée à un problème d'interfaçage.

### RADAR D'EXHAUSTIVITE : CH SARREGUEMINES



L'exhaustivité est globalement supérieure à la moyenne régionale. Le retour très complet et argumenté de la charte qualité fournit des explications et des plans d'action par rapport aux quelques difficultés rencontrées.

De plus, l'établissement signale une sous-évaluation d'activité (déjà constatée en 2012) de 2 741 passages sur l'année 2013, qui serait liée à des clôtures médicales tardives de dossiers.

### CH Sarrebourg : 11<sup>ème</sup> SU de Lorraine

#### FICHE DE SYNTHÈSE : CH SARREBOURG

Onglets	Requêtes	SARREBOURG	% Région	
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages	22473	3.95 %	
	Activité par tranche d'âge	00 < 1 an	1.43 %	2.95 %
		01-14 ans	17.35 %	19.91 %
		15-17 ans	4.42 %	3.68 %
		18-64 ans	55.01 %	52.00 %
		65-74 ans	7.08 %	6.43 %
	75 ans et plus	14.71 %	15.03 %	
ADMISSION en %	Mode d'entrée	Domicile	98.65 %	97.27 %
		Mutation	0.02 %	0.23 %
		Transfert	1.02 %	1.33 %
		Non renseigné	0.31 %	1.17 %
	Mode de transport	Ambulance publique ou privée	9.02 %	13.76 %
		Forces de l'ordre	1.58 %	1.05 %
		Hélicoptère	0.13 %	0.14 %
		Moyen personnel	72.38 %	66.94 %
		SMUR	0.78 %	1.54 %
		VSAB	15.77 %	14.37 %
		Non renseigné	0.34 %	2.21 %
	Provenance des patients	54	3.60 %	27.56 %
		55	0.09 %	8.17 %
57		85.85 %	43.87 %	
88		0.26 %	15.62 %	
Etranger		0.13 %	0.18 %	
France Hors Lorraine		8.22 %	3.62 %	
	Non identifié	1.85 %	0.79 %	
DURÉES en hh:mn	Durée moyenne de passage (hh:mn)	02:02	03:05	
	Durées de passage :	<4h	88.70 %	75.61 %
		selon orientation	HDT-HO	/
	MCO	03:09	03:40	

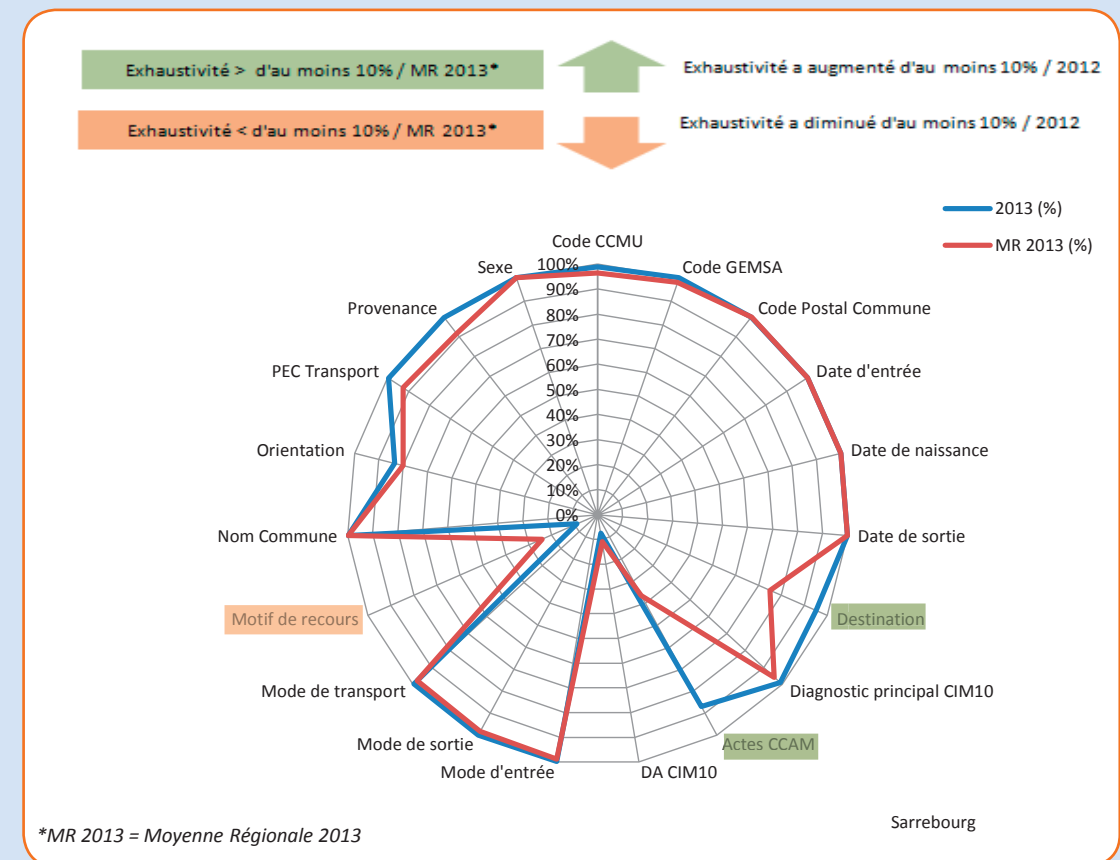
\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

Onglets		Requêtes	SARREBOURG	% Région
DURÉES en hh:mn	selon orientation	Non Renseigné	02:23	03:59
		REO	/	01:10
		Sorties atypiques	02:18	03:17
		UHCD	01:37	05:01
		Unités chaudes	03:34	04:37
GEMSA CCMU en %	GEMSA	1	0.02 %	0.15 %
		2	71.64 %	69.75 %
		3	3.96 %	3.47 %
		4	22.57 %	23.29 %
		5	1.54 %	0.66 %
		6	0.20 %	0.57 %
		Non renseigné	0.07 %	2.12 %
	CCMU	1	6.05 %	8.75 %
		2	78.10 %	77.68 %
		3	13.59 %	8.51 %
		4	0.62 %	0.98 %
		5	0.10 %	0.23 %
		D	0.02 %	0.03 %
		P	0.44 %	0.18 %
SORTIE en %	par mode de sortie	Domicile	75.68 %	73.46 %
		Mutation	21.78 %	21.96 %
		Transfert	2.51 %	2.82 %
		Décès	0.04 %	0.07 %
		Non renseigné	/	1.69 %
		HDT-HO	/	0.47 %
	suivant l'orientation	MCO	74.10 %	52.30 %
		Non Renseigné	16.51 %	15.76 %
		REO	/	0.01 %
		Sorties atypiques	6.42 %	7.83 %
		UHCD	0.10 %	20.03 %
		Unités chaudes	2.86 %	3.55 %

11<sup>ème</sup> SU de Lorraine (versus 12<sup>ème</sup> en 2012), son activité a augmenté de 2,5% en 2013. Le nombre de patients non Lorrains fréquentant ce SU est toujours important par rapport à la moyenne régionale (plus de 9%). Selon l'établissement, cette fréquentation est liée à la

proximité de l'Alsace mais aussi à la présence de Center Parc (560 passages dont une majorité d'étrangers). Sa DMP à 2h04 (versus 1h44 en 2012) est toujours très bonne. A noter cette année, comme en 2012, l'absence d'UHCD visible sur les modes d'orientation.

### RADAR D'EXHAUSTIVITE : CH SARREBOURG



L'exhaustivité des données (dont les actes CCAM) est bonne. Par ailleurs, le retour de la charte qualité valide les chiffres de l'observatoire avec quelques discrets écarts peu

impactant (9 passages sur l'année ou quelques variations de l'ordre 0,1% sur les tranches d'âge et les provenances).

## ● Département de la Meurthe et Moselle - 54

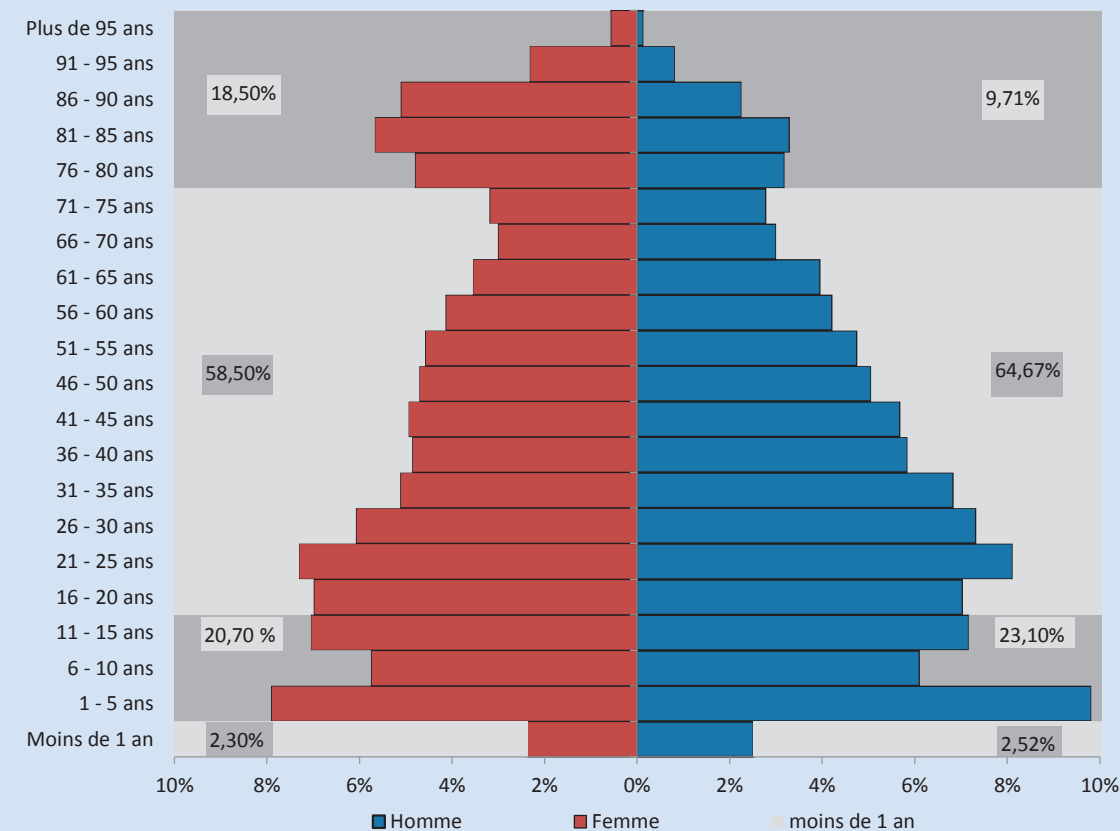
### ACTIVITÉ DÉTAILLÉE DU DÉPARTEMENT DE LA MEURTHE ET MOSELLE

Agglomération	SU	Nbre passages	en % départemental	en % régional
Nancy		<b>82 951</b>	<b>49,19%</b>	<b>14,50%</b>
	CHU Adultes	41 650	24,70%	7,30%
	CHU Enfants	24 639	14,61%	4,30%
	Polyclinique de Gentilly	16 662	9,88%	2,90%
Toul	CH Toul	13 925	2,40%	8,26%
Lunéville	CH Lunéville	17 269	10,26%	3,00%
Pont à Mousson	CH Pont à Mousson	9 895	5,87%	1,70%
Briey	CH Briey	24 310	14,42%	4,30%
Mont St Martin	Mont St Martin	20 241	12,00%	3,60%
<b>TOTAL Meurthe et Moselle</b>		<b>168 618</b>	<b>100%</b>	<b>29,60%</b>



## En Meurthe et Moselle, 25% d'enfants et 15% de plus de 75 ans

### PART DES PASSAGES AUX URGENCES PAR TRANCHES D'ÂGE ET PAR SEXE MEURTHE ET MOSELLE



La pyramide des âges de recours aux urgences de la Meurthe et Moselle est proche de la pyra-

mide régionale, avec une représentation légèrement plus importante des moins de 15 ans.

Une patientèle lorraine dominante dont 10% extra départementale  
mais peu d'attractivité extra régionale

	France Hors Lorraine*	Etranger	54	55	57	88	Non renseigné
CHU Adultes	2,41%	0,07%	89,60%	1,17%	3,22%	3,06%	0,46%
CHU Enfants	2,43%	0,09%	87,08%	2,61%	3,86%	3,46%	0,47%
Polyclinique de Gentilly	1,86%	0,02%	91,75%	1,32%	1,75%	1,94%	1,36%
CH Toul	2,06%	0,52%	80,17%	15,71%	0,52%	0,75%	0,26%
CH Lunéville	1,86%	0,20%	94,35%	0,11%	1,27%	2,03%	0,19%
CH Pont à Mousson	1,61%	0,02%	92,91%	1,15%	3,46%	0,31%	0,55%
CH Briey	0,93%	0,00%	72,85%	3,70%	21,05%	0,08%	1,39%
CH Mont St Martin	1,81%	0,36%	92,87%	1,43%	1,69%	0,05%	1,79%
<b>TOTAL Meurthe et Moselle</b>	<b>1,87%</b>	<b>0,16%</b>	<b>87,70%</b>	<b>3,40%</b>	<b>4,60%</b>	<b>1,46%</b>	<b>0,81%</b>

\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

Comme en 2012, plus de 87% des patients se rendant dans les SU de Meurthe et Moselle sont domiciliés dans ce département. Cependant, ce département central de la Lorraine prend en charge près de 10% de patients venant des 3 autres départements Lorrains,

mais son activité extrarégionale ou extranationale est anecdotique. Une particularité est à signaler pour l'hôpital de Briey qui reçoit dans son service des urgences 20% de patients mosellans.

CHU – Nancy Adultes : 3<sup>ème</sup> SU de Lorraine

FICHE DE SYNTHÈSE : CHU ADULTES

Onglets	Requêtes	NANCY ADULTES	% Région	
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages	41650	7.32 %	
	Activité par tranche d'âge	00 < 1 an	0.01 %	2.95 %
		01-14 ans	0.34 %	19.91 %
		15-17 ans	2.00 %	3.68 %
		18-64 ans	70.45 %	52.00 %
		65-74 ans	7.53 %	6.43 %
	75 ans et plus	19.67 %	15.03 %	
ADMISSION en %	Mode d'entrée	Domicile	89.68 %	97.27 %
		Mutation	0.36 %	0.23 %
		Transfert	9.96 %	1.33 %
		Non renseigné	0.01 %	1.17 %
	Mode de transport	Ambulance publique ou privée	25.33 %	13.76 %
		Forces de l'ordre	/	1.05 %
		Hélicoptère	0.24 %	0.14 %
		Moyen personnel	45.84 %	66.94 %
		SMUR	1.17 %	1.54 %
		VSAB	23.76 %	14.37 %
		Non renseigné	3.65 %	2.21 %
	Provenance des patients	54	89.59 %	27.56 %
		55	1.17 %	8.17 %
57		3.22 %	43.87 %	
88		3.06 %	15.62 %	
Etranger		0.07 %	0.18 %	
France Hors Lorraine		2.41 %	3.62 %	
Non identifié		0.47 %	0.79 %	
DURÉES en hh:mn	Durée moyenne de passage (hh:mn)	05:29	03:05	
	Durées de passage :	<4h	49.47 %	75.61 %
		HDT-HO	/	03:08
	selon orientation	MCO	07:55	03:40

\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

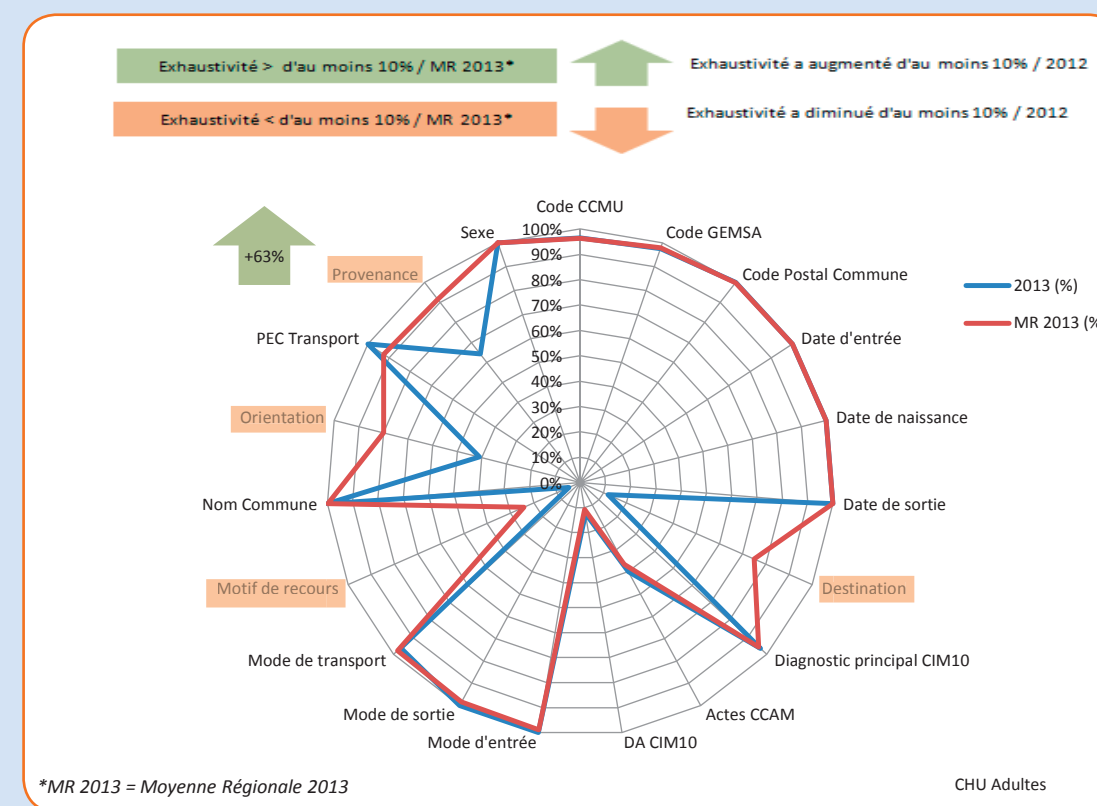


Onglets	Requêtes		NANCY ADULTES	% Région
DURÉES en hh:mn	selon orientation	Non Renseigné	07:49	03:59
		REO	/	01:10
		Sorties atypiques	04:01	03:17
		UHCD	08:54	05:01
		Unités chaudes	06:19	04:37
GEMSA CCMU en %	GEMSA	1	0.05 %	0.15 %
		2	64.51 %	69.75 %
		3	2.93 %	3.47 %
		4	29.23 %	23.29 %
		5	0.77 %	0.66 %
		6	0.14 %	0.57 %
	CCMU	Non renseigné	2.37 %	2.12 %
		1	12.99 %	8.75 %
		2	70.36 %	77.68 %
		3	11.11 %	8.51 %
		4	1.29 %	0.98 %
		5	0.40 %	0.23 %
		D	0.04 %	0.03 %
		P	0.29 %	0.18 %
SORTIE en %	par mode de sortie	Non renseigné	3.51 %	3.64 %
		Domicile	69.74 %	73.46 %
		Mutation	25.44 %	21.96 %
		Transfert	4.74 %	2.82 %
		Décès	0.08 %	0.07 %
		Non renseigné	/	1.69 %
	suivant l'orientation	HDT-HO	/	0.47 %
		MCO	7.84 %	52.30 %
		Non Renseigné	58.95 %	15.76 %
		REO	/	0.01 %
		Sorties atypiques	14.56 %	7.83 %
		UHCD	16.18 %	20.03 %
		Unités chaudes	2.47 %	3.55 %

3<sup>ème</sup> SU de Lorraine, son activité a légèrement progressé (1,5%). La DMP a un peu diminué (5h36 versus 5h50) mais reste la plus élevée de la région, ce qui est essentiellement en rapport avec sa patientèle exclusivement adulte. Le pourcentage de patients transportés par un vecteur sanitaire est toujours atypique (moins

de 50% de « moyens personnels »), de même que les 10% de transferts en mode d'admission. Par ailleurs, 10% de son recrutement est extra départemental. Le taux d'hospitalisation à 30% est un peu plus important que la moyenne régionale mais de nouveau avec une spécificité de patientèle.

### RADAR D'EXHAUSTIVITE : CHU ADULTES



On constate, comme en 2012, une exhaustivité très problématique sur l'orientation à la sortie, la destination et, dans une moindre mesure, sur la provenance. Le retour de la charte qualité valide

les données chiffrées (pas de commentaire sur ces derniers) et propose comme plan d'action, la mise à jour des thésaurus par la société prestataire et la sensibilisation des utilisateurs.

CHU Nancy Enfants : 8<sup>ème</sup> SU de Lorraine

FICHE DE SYNTHÈSE : CHU ENFANTS

Onglets	Requêtes	NANCY ENFANTS	% Région	
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages	24639	4.33 %	
	Activité par tranche d'âge	00 < 1 an	12.54 %	2.95 %
		01-14 ans	79.53 %	19.91 %
		15-17 ans	7.60 %	3.68 %
		18-64 ans	0.33 %	52.00 %
		65-74 ans	/	6.43 %
		75 ans et plus	/	15.03 %
ADMISSION en %	Mode d'entrée	Domicile	96.98 %	97.27 %
		Mutation	0.09 %	0.23 %
		Transfert	2.89 %	1.33 %
		Non renseigné	0.04 %	1.17 %
	Mode de transport	Ambulance publique ou privée	5.30 %	13.76 %
		Forces de l'ordre	/	1.05 %
		Hélicoptère	0.23 %	0.14 %
		Moyen personnel	87.79 %	66.94 %
		SMUR	0.67 %	1.54 %
		VSAB	5.85 %	14.37 %
		Non renseigné	0.16 %	2.21 %
		Provenance des patients	54	87.08 %
	55		2.61 %	8.17 %
	57		3.86 %	43.87 %
	88		3.46 %	15.62 %
	Etranger		0.09 %	0.18 %
	France Hors Lorraine		2.43 %	3.62 %
Non identifié	0.47 %		0.79 %	
DURÉES en hh:mn	Durée moyenne de passage (hh:mn)	02:15	03:05	
	Durées de passage :	<4h	90.48 %	75.61 %
		selon orientation	HDT-HO	/
	MCO		02:41	03:40

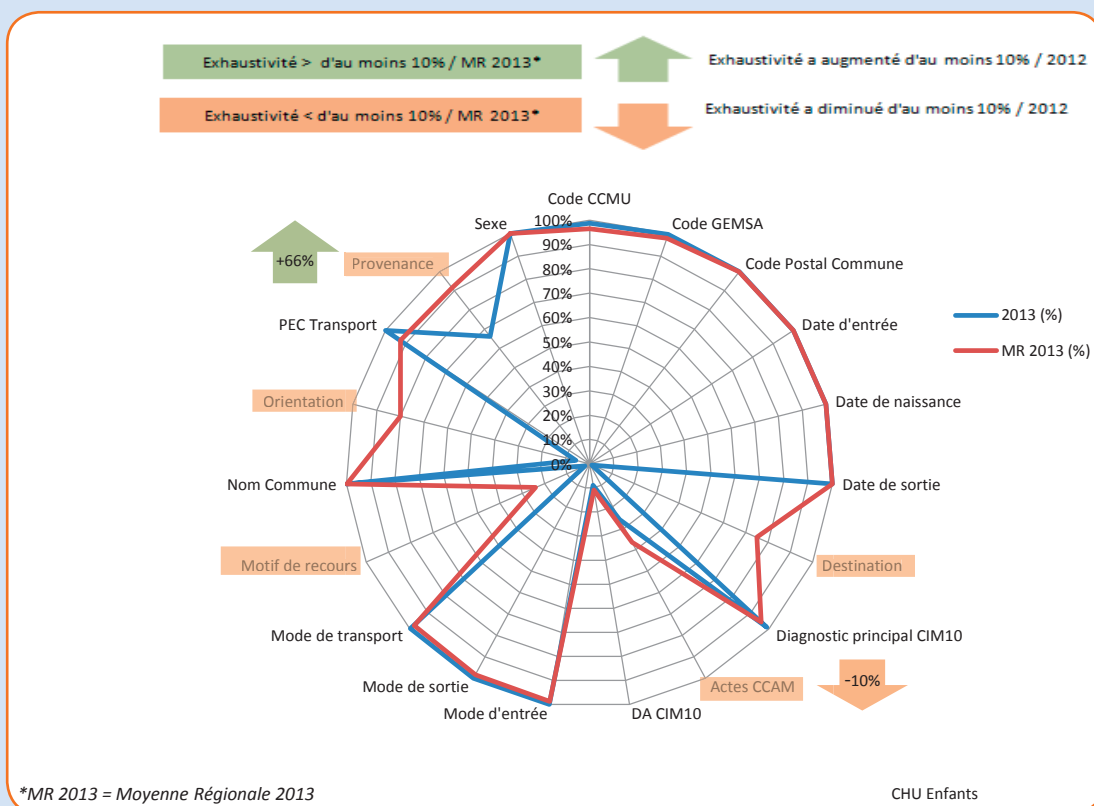
\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

Onglets	Requêtes	NANCY ENFANTS	% Région	
DURÉES en hh:mn	selon orientation	Non Renseigné	02:20	03:59
		REO	/	01:10
		Sorties atypiques	01:59	03:17
		UHCD	03:40	05:01
		Unités chaudes	04:24	04:37
GEMSA CCMU en %	GEMSA	1	0.01 %	0.15 %
		2	74.45 %	69.75 %
		3	2.12 %	3.47 %
		4	20.73 %	23.29 %
		5	0.54 %	0.66 %
		6	1.64 %	0.57 %
	CCMU	Non renseigné	0.52 %	2.12 %
		1	10.17 %	8.75 %
		2	82.47 %	77.68 %
		3	5.42 %	8.51 %
		4	0.37 %	0.98 %
		5	0.11 %	0.23 %
		D	0.04 %	0.03 %
		P	0.22 %	0.18 %
SORTIE en %	par mode de sortie	Non renseigné	1.21 %	3.64 %
		Domicile	77.09 %	73.46 %
		Mutation	22.63 %	21.96 %
		Transfert	0.28 %	2.82 %
		Décès	/	0.07 %
	suivant l'orientation	Non renseigné	/	1.69 %
		HDT-HO	/	0.47 %
		MCO	0.12 %	52.30 %
		Non Renseigné	94.25 %	15.76 %
		REO	/	0.01 %
	Sorties atypiques	5.62 %	7.83 %	
	UHCD	0.02 %	20.03 %	
	Unités chaudes	/	3.55 %	

8<sup>ème</sup> SU de Lorraine, comme en 2012, son activité a très discrètement augmenté (0,7%). Sa DMP est stable (2h17 versus 2h20) et excellente, mais il s'agit du seul SU ne recevant qu'une patientèle exclusivement pédiatrique. A l'inverse du site Adultes du CHU, la très grande majorité des patients vient consulter en utili-

sant des « moyens personnels » (près de 90% versus 45%). Le recrutement est essentiellement départemental avec cependant 12% d'extra régional. Le taux d'hospitalisation à environ 23% est comme en 2012 voisin du taux régional malgré la spécificité de la patientèle.

### RADAR D'EXHAUSTIVITE : CHU ENFANTS



Comme pour le site Adultes du CHU de Nancy, l'exhaustivité est très problématique sur l'orientation à la sortie, la destination et la provenance.

Les commentaires de la charte qualité sont communs avec ceux du site « adultes ».

### Polyclinique Gentilly : 17<sup>ème</sup> SU de Lorraine

#### FICHE DE SYNTHÈSE – POLYCLINIQUE GENTILLY

Onglets	Requêtes	GENTILLY	% Région	
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages	16662	2.93 %	
	Activité par tranche d'âge	00 < 1 an	0.01 %	2.95 %
		01-14 ans	0.15 %	19.91 %
		15-17 ans	2.77 %	3.68 %
		18-64 ans	67.96 %	52.00 %
		65-74 ans	10.19 %	6.43 %
		75 ans et plus	18.92 %	15.03 %
ADMISSION en %	Mode d'entrée	Domicile	98.36 %	97.27 %
		Mutation	0.46 %	0.23 %
		Transfert	0.52 %	1.33 %
		Non renseigné	0.67 %	1.17 %
	Mode de transport	Ambulance publique ou privée	19.09 %	13.76 %
		Forces de l'ordre	1.04 %	1.05 %
		Hélicoptère	/	0.14 %
		Moyen personnel	68.62 %	66.94 %
		SMUR	0.53 %	1.54 %
		VSAB	9.91 %	14.37 %
		Non renseigné	0.80 %	2.21 %
	Provenance des patients	54	91.50 %	27.56 %
		55	1.32 %	8.17 %
57		1.75 %	43.87 %	
88		1.94 %	15.62 %	
Etranger		0.01 %	0.18 %	
France Hors Lorraine		1.86 %	3.62 %	
Non identifié		1.62 %	0.79 %	
Durée moyenne de passage (hh:mn)		03:42	03:05	
DURÉES en hh:mn	Durées de passage :	<4h	68.13 %	75.61 %
		HDT-HO	/	03:08
	selon orientation	MCO	05:28	03:40

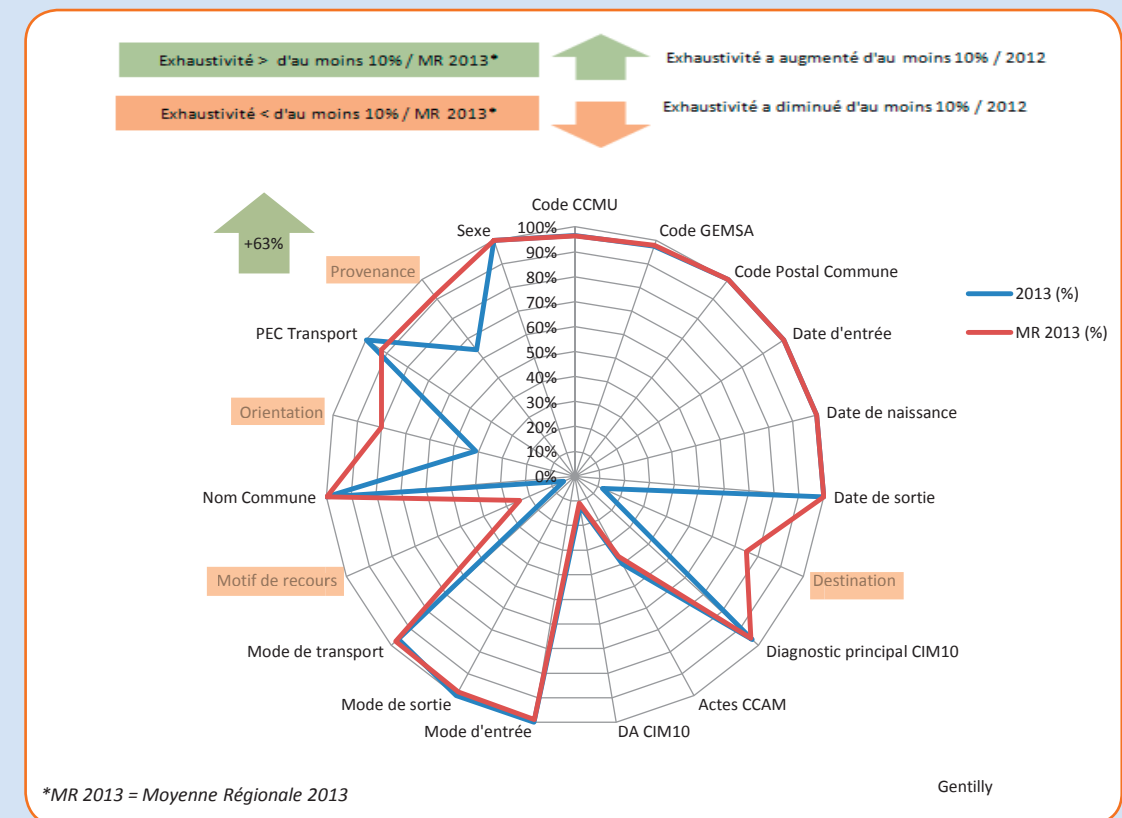
\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

Onglets	Requêtes		GENTILLY	% Région
DURÉES en hh:mn	selon orientation	Non Renseigné	06:06	03:59
		REO	/	01:10
		Sorties atypiques	02:59	03:17
		UHCD	04:22	05:01
		Unités chaudes	06:18	04:37
GEMSA CCMU en %	GEMSA	1	0.03 %	0.15 %
		2	65.66 %	69.75 %
		3	9.53 %	3.47 %
		4	23.07 %	23.29 %
		5	0.33 %	0.66 %
		6	0.25 %	0.57 %
	CCMU	Non renseigné	1.13 %	2.12 %
		1	1.91 %	8.75 %
		2	94.03 %	77.68 %
		3	1.71 %	8.51 %
		4	0.35 %	0.98 %
		5	0.09 %	0.23 %
		D	0.04 %	0.03 %
		P	/	0.18 %
SORTIE en %	par mode de sortie	Non renseigné	1.87 %	3.64 %
		Domicile	76.37 %	73.46 %
		Mutation	20.39 %	21.96 %
		Transfert	3.15 %	2.82 %
		Décès	0.09 %	0.07 %
	suivant l'orientation	Non renseigné	/	1.69 %
		HDT-HO	/	0.47 %
		MCO	36.09 %	52.30 %
		Non Renseigné	12.51 %	15.76 %
		REO	/	0.01 %
		Sorties atypiques	5.94 %	7.83 %
		UHCD	42.79 %	20.03 %
		Unités chaudes	2.67 %	3.55 %

17<sup>ème</sup> SU de Lorraine comme en 2012, son activité a baissé de 2,8%. La DMP à 3h42 (3h50 en 2012) est supérieure à la moyenne régionale mais, comme pour le site Adultes du CHU, essentiellement en rapport avec une patientèle exclusivement adulte. Pour autant, le pourcentage de « moyens personnels » en mode de

transport à l'admission est dans la moyenne régionale. Enfin, le taux d'hospitalisation est discrètement plus bas, et ce, malgré la patientèle exclusivement adulte. La comparaison de ces deux dernières données entre les deux sites nancéiens « adultes » suggère une différence de « profil » de patient entre ces 2 sites.

### RADAR D'EXHAUSTIVITE : POLYCLINIQUE GENTILLY



L'exhaustivité est dans la moyenne régionale pour les champs importants. Le retour de charte qualité ne fait pas de commentaire sur

les chiffres et propose comme plan d'action, une optimisation des modalités de transfert des RPU.

CH Toul : 21<sup>ème</sup> SU de Lorraine

FICHE DE SYNTHÈSE : CH TOUL

Onglets	Requêtes	TOUL	% Région	
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages	13925	2.45 %	
	Activité par tranche d'âge	00 < 1 an	1.39 %	2.95 %
		01-14 ans	22.00 %	19.91 %
		15-17 ans	5.27 %	3.68 %
		18-64 ans	59.32 %	52.00 %
		65-74 ans	4.89 %	6.43 %
		75 ans et plus	7.13 %	15.03 %
ADMISSION en %	Mode d'entrée	Domicile	89.46 %	97.27 %
		Mutation	0.14 %	0.23 %
		Transfert	/	1.33 %
		Non renseigné	10.41 %	1.17 %
	Mode de transport	Ambulance publique ou privée	5.38 %	13.76 %
		Forces de l'ordre	1.77 %	1.05 %
		Hélicoptère	0.01 %	0.14 %
		Moyen personnel	49.65 %	66.94 %
		SMUR	0.14 %	1.54 %
		VSAB	7.19 %	14.37 %
		Non renseigné	35.86 %	2.21 %
		Provenance des patients	54	80.17 %
	55		15.71 %	8.17 %
	57		0.52 %	43.87 %
	88		0.75 %	15.62 %
	Etranger		0.52 %	0.18 %
	France Hors Lorraine		2.06 %	3.62 %
Non identifié	0.26 %		0.79 %	
DURÉES en hh:mn	Durée moyenne de passage (hh:mn)		00:53	03:05
	Durées de passage :	<4h	94.15 %	75.61 %
		selon orientation	HDT-HO	01:30
	MCO		02:43	03:40

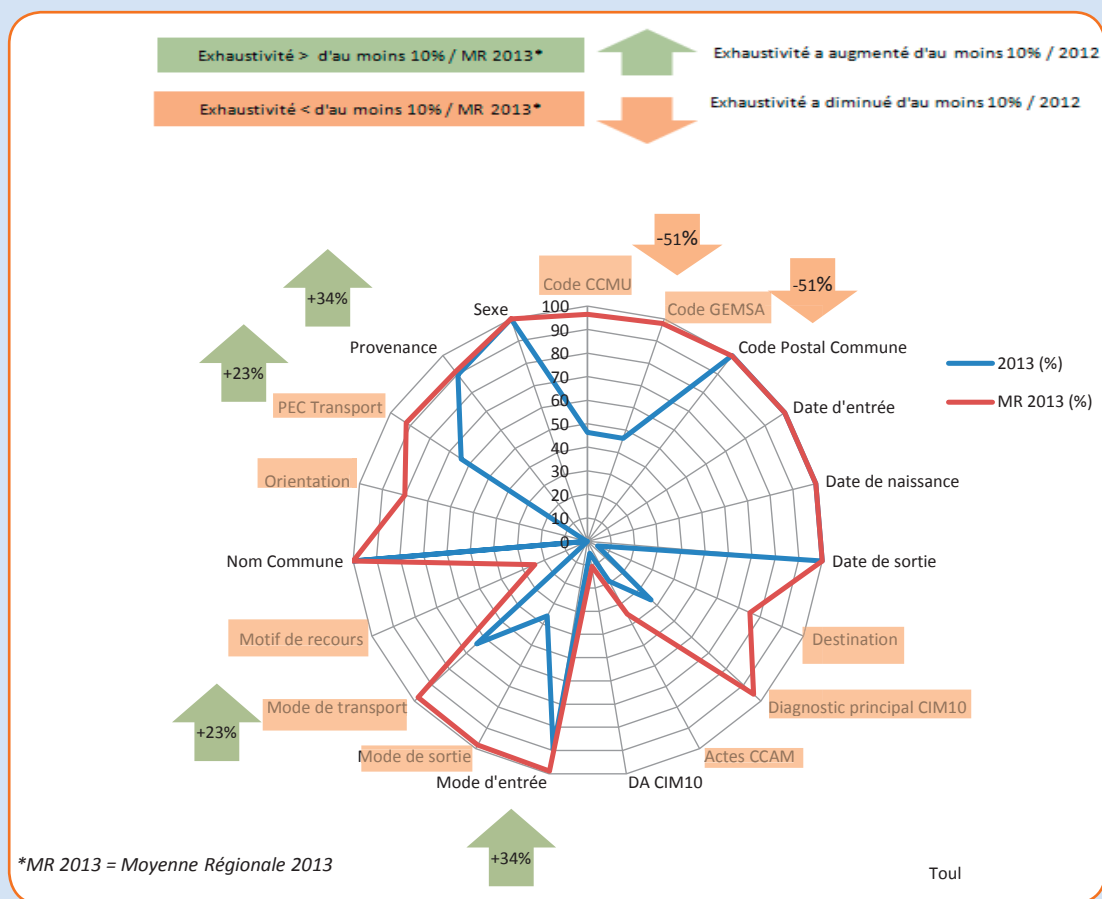
Onglets	Requêtes	TOUL	% Région	
DURÉES en hh:mn	selon orientation	Non Renseigné	02:01	03:59
		REO	00:01	01:10
		Sorties atypiques	00:57	03:17
		UHCD	08:24	05:01
		Unités chaudes	03:25	04:37
GEMSA CCMU en %	GEMSA	1	4.75 %	0.15 %
		2	39.52 %	69.75 %
		3	0.37 %	3.47 %
		4	1.52 %	23.29 %
		5	0.06 %	0.66 %
		6	0.17 %	0.57 %
	CCMU	Non renseigné	53.62 %	2.12 %
		1	5.95 %	8.75 %
		2	38.48 %	77.68 %
		3	1.56 %	8.51 %
		4	0.21 %	0.98 %
		5	0.02 %	0.23 %
		D	/	0.03 %
		P	/	0.18 %
SORTIE en %	par mode de sortie	Non renseigné	53.78 %	3.64 %
		Domicile	32.92 %	73.46 %
		Mutation	0.54 %	21.96 %
		Transfert	2.55 %	2.82 %
		Décès	0.01 %	0.07 %
	suivant l'orientation	Non renseigné	63.98 %	1.69 %
		HDT-HO	0.22 %	0.47 %
		MCO	5.63 %	52.30 %
		Non Renseigné	88.31 %	15.76 %
		REO	0.43 %	0.00 %
		Sorties atypiques	1.73 %	7.83 %
	UHCD	3.03 %	20.03 %	
	Unités chaudes	0.65 %	3.55 %	

\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

21<sup>ème</sup> SU de Lorraine (versus 19<sup>ème</sup> en 2012), son activité aurait baissé de 10%. Son activité extra départementale, en particulier meusienne,

serait toujours importante (15%) mais la très mauvaise qualité des données rend, comme en 2012, toute interprétation hasardeuse.

### RADAR D'EXHAUSTIVITE : CH TOUL



Comme en 2012, il existe un problème majeur de qualité des données (DMP aberrante de 53 minutes, 64% de non renseignés en mode de sortie et 88% en mode d'orientation...).

L'absence de progiciel dédié oblige les urgentistes à saisir des informations en sus de leurs dossiers médicaux, ce qui ne parait pas recevable en termes de charge de travail supplémentaire et explique les problèmes d'exhaustivité.

### CH Lunéville : 16<sup>ème</sup> SU de Lorraine

#### FICHE DE SYNTHÈSE : CH LUNÉVILLE

Onglets	Requêtes	LUNÉVILLE	% Région	
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages	17296	3.04 %	
	Activité par tranche d'âge	00 < 1 an	1.67 %	2.95 %
		01-14 ans	18.77 %	19.91 %
		15-17 ans	4.25 %	3.68 %
		18-64 ans	50.62 %	52.00 %
		65-74 ans	7.27 %	6.43 %
75 ans et plus	17.43 %	15.03 %		
MODE D'ENTRÉE	Domicile	98.34 %	97.27 %	
	Mutation	0.23 %	0.23 %	
	Transfert	1.11 %	1.33 %	
	Non renseigné	0.32 %	1.17 %	
MODE DE TRANSPORT	Ambulance publique ou privée	16.70 %	13.76 %	
	Forces de l'ordre	1.46 %	1.05 %	
	Hélicoptère	0.08 %	0.14 %	
	Moyen personnel	66.57 %	66.94 %	
	SMUR	0.73 %	1.54 %	
	VSAB	14.14 %	14.37 %	
	Non renseigné	0.32 %	2.21 %	
PROVENANCE DES PATIENTS	54	94.35 %	27.56 %	
	55	0.11 %	8.17 %	
	57	1.27 %	43.87 %	
	88	2.03 %	15.62 %	
	Etranger	0.20 %	0.18 %	
	France Hors Lorraine	1.86 %	3.62 %	
	Non identifié	0.19 %	0.79 %	
DURÉES en hh:mn	Durée moyenne de passage (hh:mn)	02:24	03:05	
	Durées de passage :	<4h	82.64 %	75.61 %
		selon orientation	HDT-HO	/
	MCO	03:22	03:40	

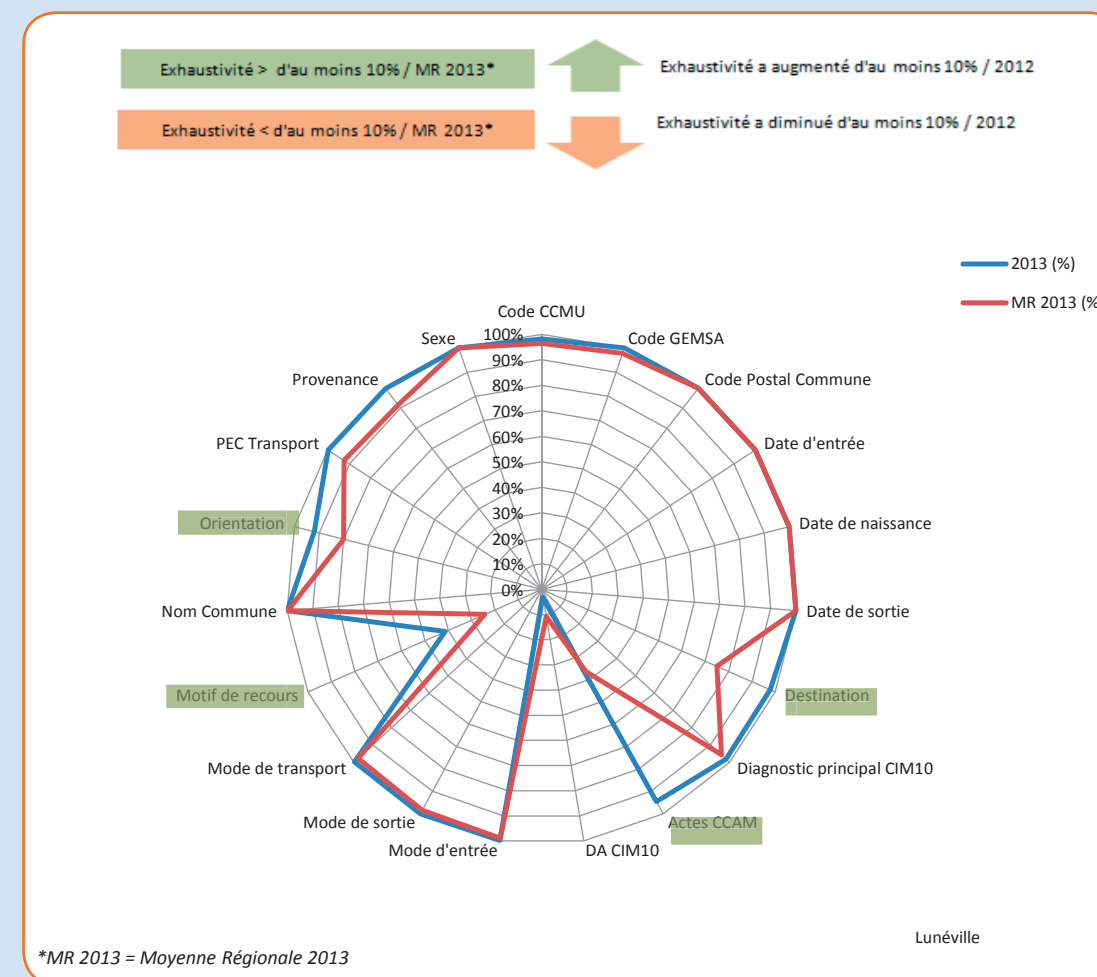
\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

Onglets	Requêtes		LUNEVILLE	% Région
DURÉES en hh:mn	selon orientation	Non Renseigné	02:55	03:59
		REO	/	01:10
		Sorties atypiques	01:49	03:17
		UHCD	02:46	05:01
		Unités chaudes	03:40	04:37
GEMSA CCMU en %	GEMSA	1	/	0.15 %
		2	70.37 %	69.75 %
		3	0.24 %	3.47 %
		4	29.32 %	23.29 %
		5	0.06 %	0.66 %
		6	0.01 %	0.57 %
		Non renseigné	/	2.12 %
	CCMU	1	2.62 %	8.75 %
		2	83.31 %	77.68 %
		3	11.11 %	8.51 %
		4	0.91 %	0.98 %
		5	0.15 %	0.23 %
		D	0.01 %	0.03 %
		P	0.11 %	0.18 %
SORTIE en %	par mode de sortie	Domicile	70.62 %	73.46 %
		Mutation	26.79 %	21.96 %
		Transfert	2.58 %	2.82 %
		Décès	0.01 %	0.07 %
		Non renseigné	/	1.69 %
		HDT-HO	/	0.47 %
	suivant l'orientation	MCO	49.30 %	52.30 %
		Non Renseigné	8.06 %	15.76 %
		REO	/	0.01 %
		Sorties atypiques	7.89 %	7.83 %
		UHCD	27.45 %	20.03 %
		Unités chaudes	7.30 %	3.55 %

16<sup>ème</sup> SU de Lorraine (comme en 2012), son activité a discrètement baissé de 2%. La DMP à 2h24 est toujours très bonne. Le taux d'hospita-

lisation à 29% demeure supérieur à la moyenne régionale, les autres données étant sans particularité notable.

### RADAR D'EXHAUSTIVITE : CH LUNÉVILLE



L'exhaustivité est toujours bonne pour la majorité des données. Le retour de la charte qualité valide la plupart des chiffres (delta non négligeable sur la DMP mais lié à l'exclusion dans les calculs ORULOR des DMP supérieures à 72h,

conformément aux recommandations de la FE-DORU). Le plan d'action fait état d'une mise à jour de certaines bases et d'une sensibilisation des utilisateurs.

CH Pont à Mousson : 22<sup>ème</sup> SU de Lorraine

FICHE DE SYNTHÈSE : CH PONT A MOUSSON

Onglets	Requêtes	PONT-A-MOUSSON	% Région		
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages	9895	1.74 %		
	Activité par tranche d'âge	00 < 1 an	0.43 %	2.95 %	
		01-14 ans	17.35 %	19.91 %	
		15-17 ans	4.57 %	3.68 %	
		18-64 ans	54.67 %	52.00 %	
		65-74 ans	6.81 %	6.43 %	
		75 ans et plus	16.16 %	15.03 %	
ADMISSION en %	Mode d'entrée	Domicile	100.00 %	97.27 %	
		Mutation	/	0.23 %	
		Transfert	/	1.33 %	
		Non renseigné	/	1.17 %	
	Mode de transport	Ambulance publique ou privée	10.96 %	13.76 %	
		Forces de l'ordre	1.61 %	1.05 %	
		Hélicoptère	/	0.14 %	
		Moyen personnel	70.62 %	66.94 %	
		SMUR	0.79 %	1.54 %	
		VSAB	15.08 %	14.37 %	
		Non renseigné	0.95 %	2.21 %	
	Provenance des patients	54	92.91 %	27.56 %	
		55	1.15 %	8.17 %	
		57	3.46 %	43.87 %	
		88	0.31 %	15.62 %	
Etranger		0.02 %	0.18 %		
France Hors Lorraine		1.61 %	3.62 %		
Non identifié		0.55 %	0.79 %		
DURÉES en hh:mn	Durée moyenne de passage (hh:mn)	02:12	03:05		
	Durées de passage :	<4h	85.28 %	75.61 %	
		selon orientation	HDT-HO	/	03:08
			MCO	04:22	03:40

Onglets	Requêtes	PONT-A-MOUSSON	% Région	
DURÉES en hh:mn	selon orientation	Non Renseigné	02:45	03:59
		REO	/	01:10
		Sorties atypiques	02:43	03:17
		UHCD	02:48	05:01
		Unités chaudes	/	04:37
GEMSA CCMU en %	GEMSA	1	0.06 %	0.15 %
		2	66.59 %	69.75 %
		3	5.76 %	3.47 %
		4	26.60 %	23.29 %
		5	0.21 %	0.66 %
		6	0.03 %	0.57 %
	CCMU	Non renseigné	0.75 %	2.12 %
		1	3.16 %	8.75 %
		2	76.42 %	77.68 %
		3	16.21 %	8.51 %
		4	1.07 %	0.98 %
		5	0.16 %	0.23 %
		D	0.01 %	0.03 %
		P	0.18 %	0.18 %
SORTIE en %	par mode de sortie	Non renseigné	2.78 %	3.64 %
		Domicile	72.64 %	73.46 %
		Mutation	18.97 %	21.96 %
		Transfert	8.33 %	2.82 %
		Décès	0.06 %	0.07 %
	suivant l'orientation	Non renseigné	/	1.69 %
		HDT-HO	/	0.47 %
		MCO	12.60 %	52.30 %
		Non Renseigné	28.66 %	15.76 %
		REO	/	0.01 %
		Sorties atypiques	7.33 %	7.83 %
	UHCD	51.40 %	20.03 %	
	Unités chaudes	/	3.55 %	

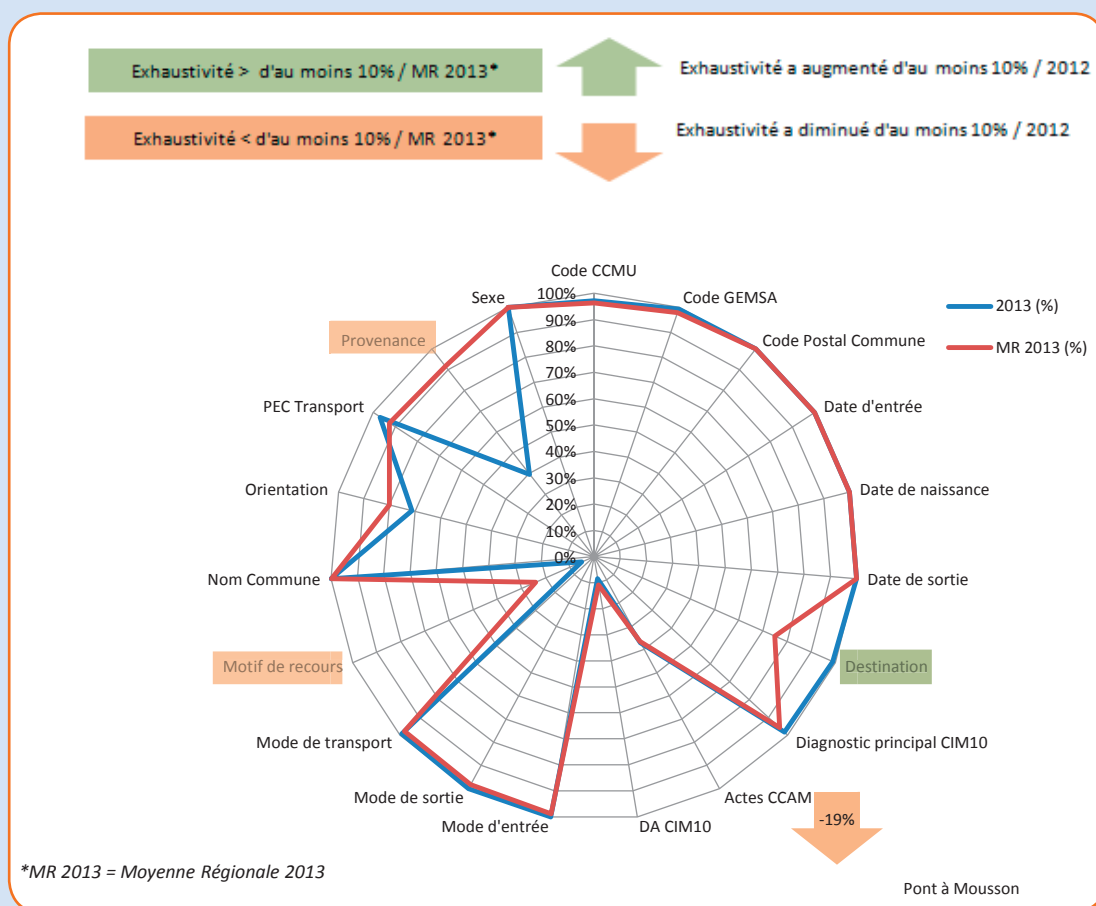
\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »



22<sup>ème</sup> SU de Lorraine, comme en 2012, son activité a baissé de près de 8%, probablement en rapport avec l'activité limitée de l'été 2013. Sa DMP est toujours très bonne (2h12). L'activité pédiatrique est faible (18% de moins de 15

ans). Le taux d'hospitalisation est un peu supérieur à la moyenne régionale, avec comme en 2012, un pourcentage important de transferts (plus de 8%).

### RADAR D'EXHAUSTIVITE : CH PONT A MOUSSON



L'exhaustivité est dans la moyenne régionale. Les données sont considérées comme validées du fait de l'absence de retour de la charte qualité.

### CH Briey : 9<sup>ème</sup> SU de Lorraine

#### FICHE DE SYNTHÈSE : CH BRIEY

Onglets	Requêtes	BRIEY	% Région	
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages	24310	4.27 %	
	Activité par tranche d'âge	00 < 1 an	0.47 %	2.95 %
		01-14 ans	14.54 %	19.91 %
		15-17 ans	3.11 %	3.68 %
		18-64 ans	59.11 %	52.00 %
		65-74 ans	5.94 %	6.43 %
	75 ans et plus	16.82 %	15.03 %	
ADMISSION en %	Mode d'entrée	Domicile	99.21 %	97.27 %
		Mutation	0.07 %	0.23 %
		Transfert	0.03 %	1.33 %
		Non renseigné	0.69 %	1.17 %
	Mode de transport	Ambulance publique ou privée	10.41 %	13.76 %
		Forces de l'ordre	1.92 %	1.05 %
		Hélicoptère	0.00 %	0.14 %
		Moyen personnel	74.89 %	66.94 %
		SMUR	0.64 %	1.54 %
		VSAB	11.90 %	14.37 %
	Non renseigné	0.23 %	2.21 %	
Provenance des patients	54	72.84 %	27.56 %	
	55	3.70 %	8.17 %	
	57	21.04 %	43.87 %	
	88	0.08 %	15.62 %	
	Etranger	/	0.18 %	
	France Hors Lorraine	0.93 %	3.62 %	
	Non identifié	1.40 %	0.79 %	
DURÉES en hh:mn	Durée moyenne de passage (hh:mn)	02:08	03:05	
	Durées de passage :	<4h	87.17 %	75.61 %
		selon orientation	HDT-HO	02:35
	MCO	03:22	03:40	

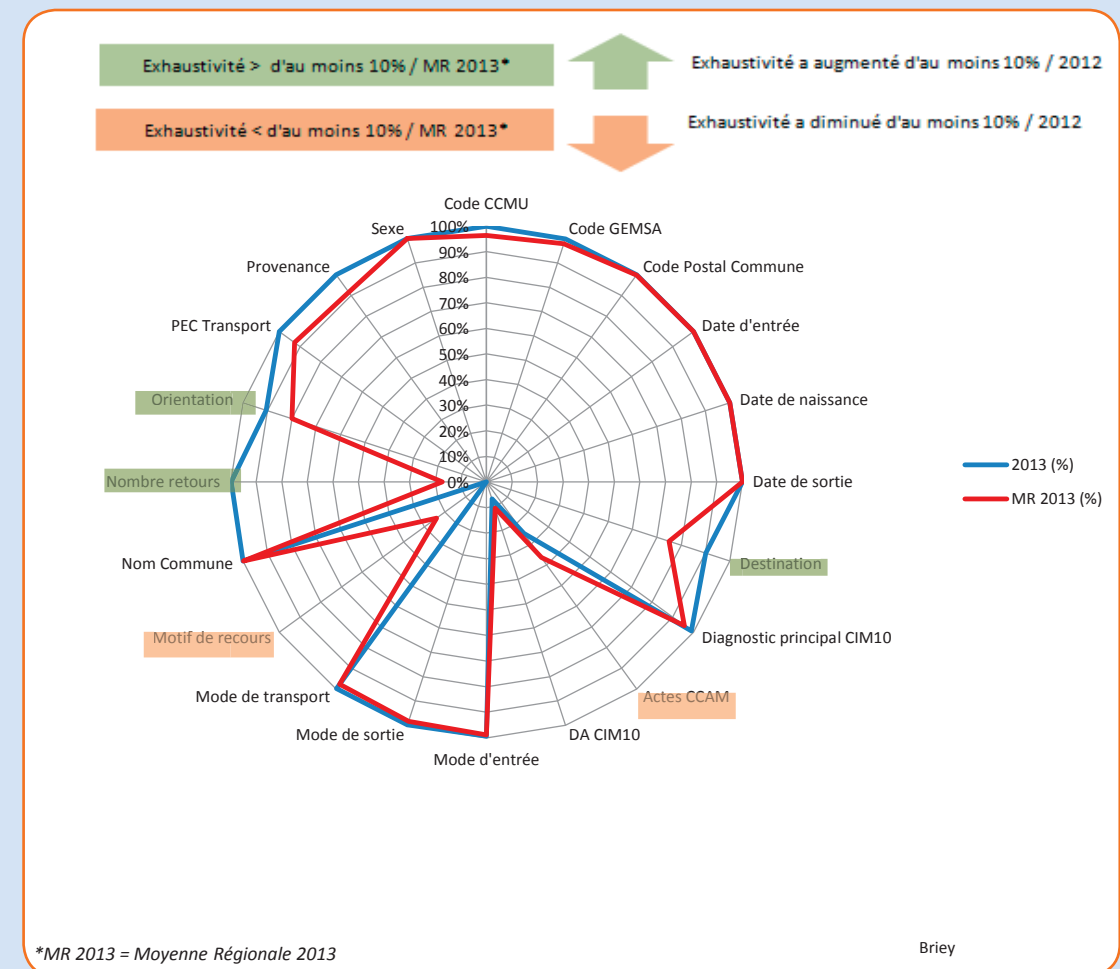
\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

Onglets	Requêtes		BRIEY	% Région
DURÉES en hh:mn	selon orientation	Non Renseigné	04:21	03:59
		REO	/	01:10
		Sorties atypiques	01:55	03:17
		UHCD	03:24	05:01
		Unités chaudes	03:48	04:37
GEMSA CCMU en %	GEMSA	1	0.05 %	0.15 %
		2	81.01 %	69.75 %
		3	1.00 %	3.47 %
		4	17.75 %	23.29 %
		5	/	0.66 %
		6	0.01 %	0.57 %
	CCMU	Non renseigné	0.18 %	2.12 %
		1	10.26 %	8.75 %
		2	89.54 %	77.68 %
		3	0.12 %	8.51 %
		4	0.05 %	0.98 %
		5	0.02 %	0.23 %
		D	0.01 %	0.03 %
		P	0.01 %	0.18 %
SORTIE en %	par mode de sortie	Non renseigné	/	3.64 %
		Domicile	80.17 %	73.46 %
		Mutation	17.82 %	21.96 %
		Transfert	1.89 %	2.82 %
		Décès	0.02 %	0.07 %
	suivant l'orientation	Non renseigné	0.09 %	1.69 %
		HDT-HO	2.17 %	0.47 %
		MCO	67.76 %	52.30 %
		Non Renseigné	9.09 %	15.76 %
		REO	/	0.01 %
		Sorties atypiques	5.20 %	7.83 %
		UHCD	10.31 %	20.03 %
		Unités chaudes	5.48 %	3.55 %

9<sup>ème</sup> SU de Lorraine (versus 10<sup>ème</sup> en 2012), son activité a progressé de 3% mais toujours sans intégration de la pédiatrie médicale et de la gynécologie. Son recrutement extra départemental en faveur de la Moselle est

toujours très important (21% des passages). La DMP est très bonne à 2h08 et le taux d'hospitalisation est faible à moins de 20%, à corrélérer peut être avec les 75% de patients venant par des « moyens personnels ».

### RADAR D'EXHAUSTIVITE : CH BRIEY



L'exhaustivité des données est très bonne. Le retour de la charte qualité confirme la non prise en compte des urgences pédiatriques (5 691 passages en 2012 mais non communiqué

en 2013) et gynéco-obstétricales. Par ailleurs, l'établissement précise que l'intégration des PSA ne leur paraît pas forcément logique (pas de soin et pas de facturation).

Mont Saint Martin : 15<sup>ème</sup> SU de Lorraine

FICHE DE SYNTHÈSE – MONT SAINT MARTIN

Onglets	Requêtes	MONT ST MARTIN	% Région	
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages	20241	3.56 %	
	Activité par tranche d'âge	00 < 1 an	1.88 %	2.95 %
		01-14 ans	17.42 %	19.91 %
		15-17 ans	3.29 %	3.68 %
		18-64 ans	54.05 %	52.00 %
		65-74 ans	6.23 %	6.43 %
		75 ans et plus	17.13 %	15.03 %
ADMISSION en %	Mode d'entrée	Domicile	92.70 %	97.27 %
		Mutation	0.24 %	0.23 %
		Transfert	0.03 %	1.33 %
		Non renseigné	7.03 %	1.17 %
	Mode de transport	Ambulance publique ou privée	12.83 %	13.76 %
		Forces de l'ordre	2.46 %	1.05 %
		Hélicoptère	0.08 %	0.14 %
		Moyen personnel	62.97 %	66.94 %
		SMUR	1.60 %	1.54 %
		VSAB	13.20 %	14.37 %
		Non renseigné	6.86 %	2.21 %
		Provenance des patients	54	92.87 %
	55		1.43 %	8.17 %
	57		1.69 %	43.87 %
	88		0.05 %	15.62 %
	Etranger		0.36 %	0.18 %
	France Hors Lorraine		1.81 %	3.62 %
Non identifié	1.79 %		0.79 %	
Durée moyenne de passage (hh:mn)	03:07		03:05	
DURÉES en hh:mn	Durées de passage :	<4h	74.81 %	75.61 %
		HDT-HO	/	03:08
	selon orientation	MCO	04:31	03:40

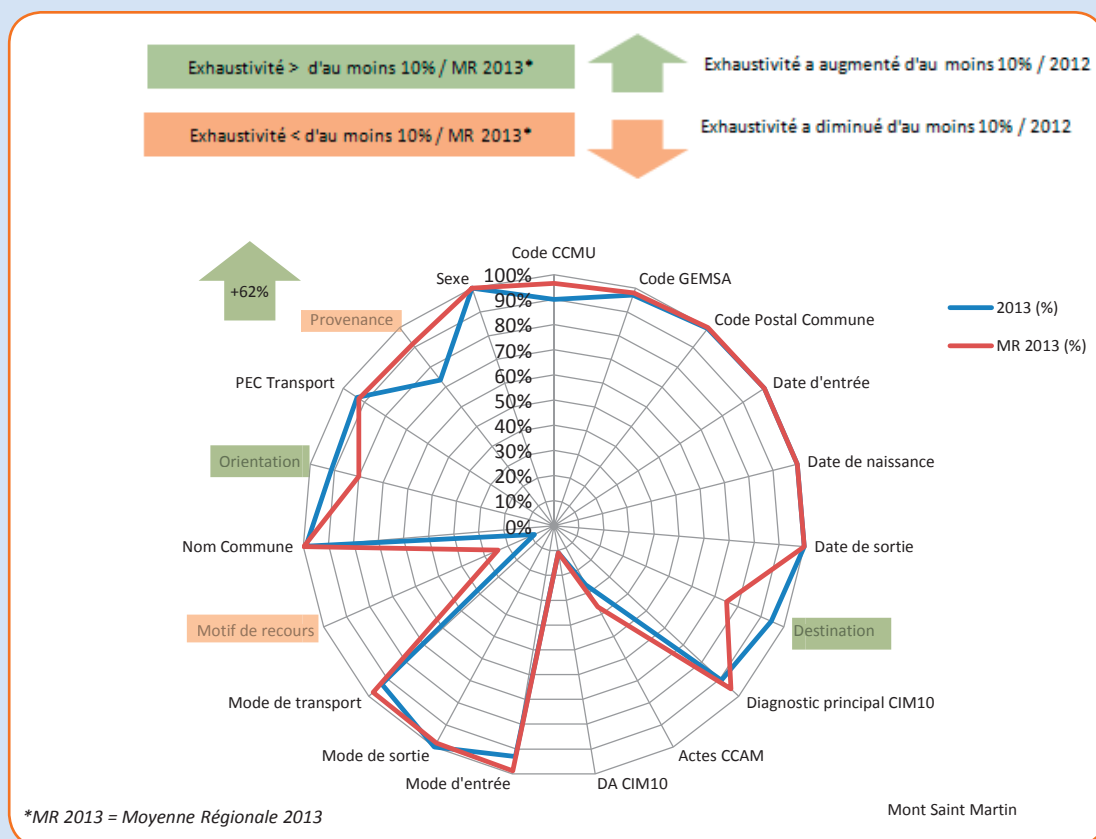
Onglets	Requêtes	MONT ST MARTIN	% Région	
DURÉES en hh:mn	selon orientation	Non Renseigné	03:29	03:59
		REO	/	01:10
		Sorties atypiques	02:21	03:17
		UHCD	05:08	05:01
		Unités chaudes	04:33	04:37
GEMSA CCMU en %	GEMSA	1	0.03 %	0.15 %
		2	67.56 %	69.75 %
		3	4.05 %	3.47 %
		4	23.80 %	23.29 %
		5	1.11 %	0.66 %
		6	0.55 %	0.57 %
		Non renseigné	2.90 %	2.12 %
		CCMU	1	10.13 %
	2		69.67 %	77.68 %
	3		8.36 %	8.51 %
	4		1.03 %	0.98 %
	5		0.22 %	0.23 %
	D		0.05 %	0.03 %
	SORTIE en %	par mode de sortie	P	0.53 %
Non renseigné			9.99 %	3.64 %
Domicile			74.52 %	73.46 %
Mutation			23.34 %	21.96 %
Transfert			2.08 %	2.82 %
Décès			0.06 %	0.07 %
suivant l'orientation		Non renseigné	/	1.69 %
		HDT-HO	/	0.47 %
		MCO	17.67 %	52.30 %
		Non Renseigné	8.71 %	15.76 %
		REO	/	0.01 %
selon orientation	Sorties atypiques	12.71 %	7.83 %	
	UHCD	57.65 %	20.03 %	
	Unités chaudes	3.27 %	3.55 %	
	Non Renseigné	8.71 %	15.76 %	

\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

15<sup>ème</sup> SU de Lorraine (versus 14<sup>ème</sup> en 2012), son activité a baissé de 1,3%. Comme en 2012, le recrutement est essentiellement départemental malgré sa position géographique.

La DMP est dans la moyenne régionale, de même que le taux d'hospitalisation et la plupart des autres paramètres.

### RADAR D'EXHAUSTIVITE : MONT SAINT MARTIN



L'exhaustivité est également dans la moyenne. Le retour de la charte qualité relève l'importance de l'adressage par les forces de l'ordre (2,5%) et de l'utilisation de l'UHCD. Le plan

d'action fait état de la mise en place d'un groupe de travail associant le CH de Mont Saint Martin et celui d'Hospitalor Saint Avold visant à optimiser le fonctionnement des SU.

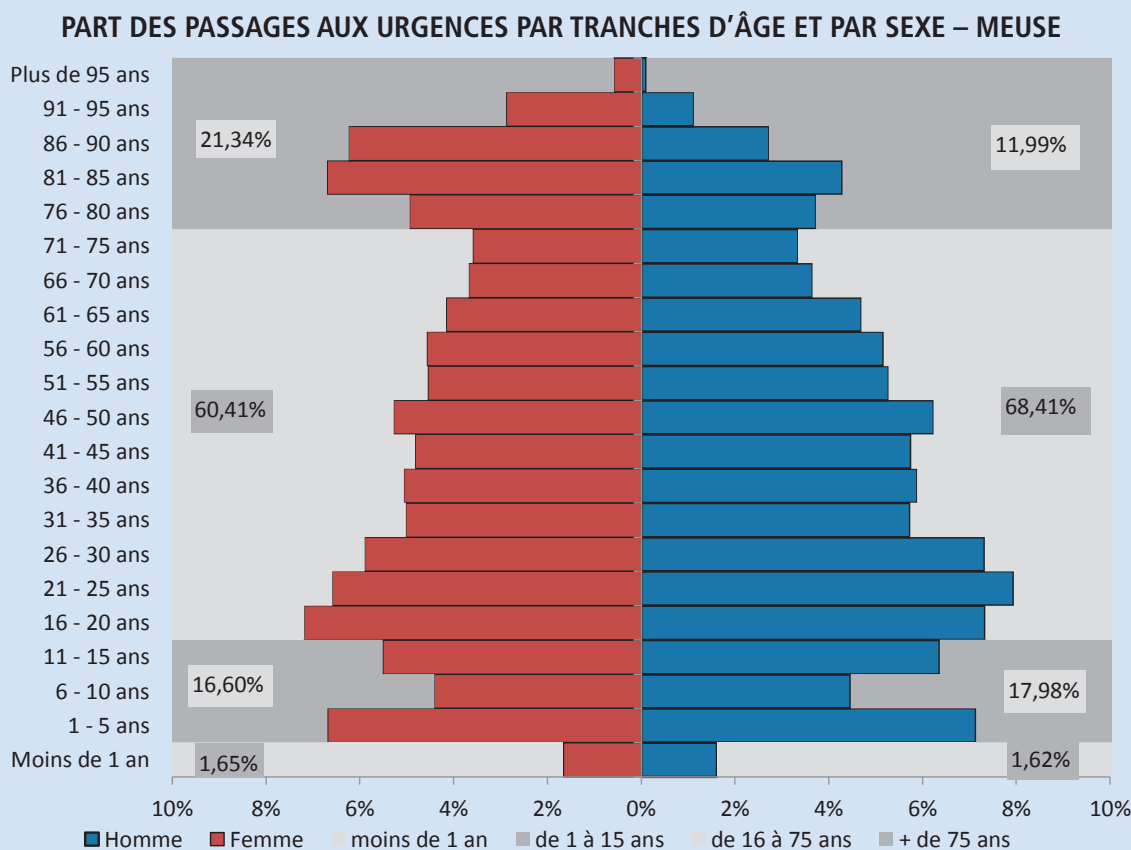
## ● Département de la Meuse - 55

### ACTIVITÉ DÉTAILLÉE DU DÉPARTEMENT DE LA MEUSE

Agglomération	Etablissement	Nbre passages	en % départemental	en % régional
Verdun	CH Verdun	27 916	64,09%	4,90%
Bar le Duc	CH Bar le Duc	15 642	35,91%	2,70%
TOTAL Meuse		43 558	100%	7,60%



### En Meuse, moins de 20% d'enfants et plus de 15% de plus de 75 ans



La pyramide des âges de recours aux urgences de la Meuse se différencie largement de la pyramide régionale. En effet, on y constate une représentation plus faible des moins de 15 ans (plus de 4% d'écart) compensée à parts égales entre les 16-75 ans et les plus de 75 ans.

### Une patientèle Lorraine dominante avec une activité extra régionale concentrée sur Bar-le-Duc

	France Hors Lorraine*	Etranger	54	55	57	88	Non renseigné
CH Bar Le Duc	7,29%	0,00%	0,95%	90,47%	0,37%	0,15%	0,78%
CH Verdun	2,54%	0,35%	2,73%	92,64%	0,87%	0,16%	0,70%
<b>TOTAL Meuse</b>	<b>4,92%</b>	<b>0,18%</b>	<b>1,84%</b>	<b>91,56%</b>	<b>0,62%</b>	<b>0,16%</b>	<b>0,74%</b>

Avec 5% de passages hors Lorraine, la Meuse se situe en seconde position sur ce paramètre, derrière les Vosges (9,60%) ; l'activité extrarégionale étant surtout du fait de Bar Le Duc.

### CH Verdun : 7<sup>ème</sup> SU de Lorraine

#### FICHE DE SYNTHÈSE : CH VERDUN

Onglets	Requêtes	VERDUN	% Région	
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages	27916	4.90 %	
	Activité par tranche d'âge	00 < 1 an	2.35 %	2.95 %
		01-14 ans	17.46 %	19.91 %
		15-17 ans	4.15 %	3.68 %
		18-64 ans	53.83 %	52.00 %
		65-74 ans	6.48 %	6.43 %
		75 ans et plus	15.73 %	15.03 %
ADMISSION en %	Mode d'entrée	Domicile	99.53 %	97.27 %
		Mutation	0.28 %	0.23 %
		Transfert	0.18 %	1.33 %
		Non renseigné	0.01 %	1.17 %
	Mode de transport	Ambulance publique ou privée	13.73 %	13.76 %
		Forces de l'ordre	1.57 %	1.05 %
		Hélicoptère	0.19 %	0.14 %
		Moyen personnel	72.08 %	66.94 %
		SMUR	0.90 %	1.54 %
		VSAB	11.49 %	14.37 %
		Non renseigné	0.04 %	2.21 %
	Provenance des patients	54	2.73 %	27.56 %
		55	92.64 %	8.17 %
		57	0.87 %	43.87 %
		88	0.16 %	15.62 %
		Etranger	0.19 %	0.18 %
		France Hors Lorraine	2.54 %	3.62 %
		Non identifié	0.86 %	0.79 %
		DURÉE en hh:mn	Durée moyenne de passage (hh:mn)	02:16
DURÉE en hh:mn	Durées de passage :	<4h	85.31 %	75.61 %
		HDT-HO	/	03:08
	selon orientation	MCO	03:09	03:40

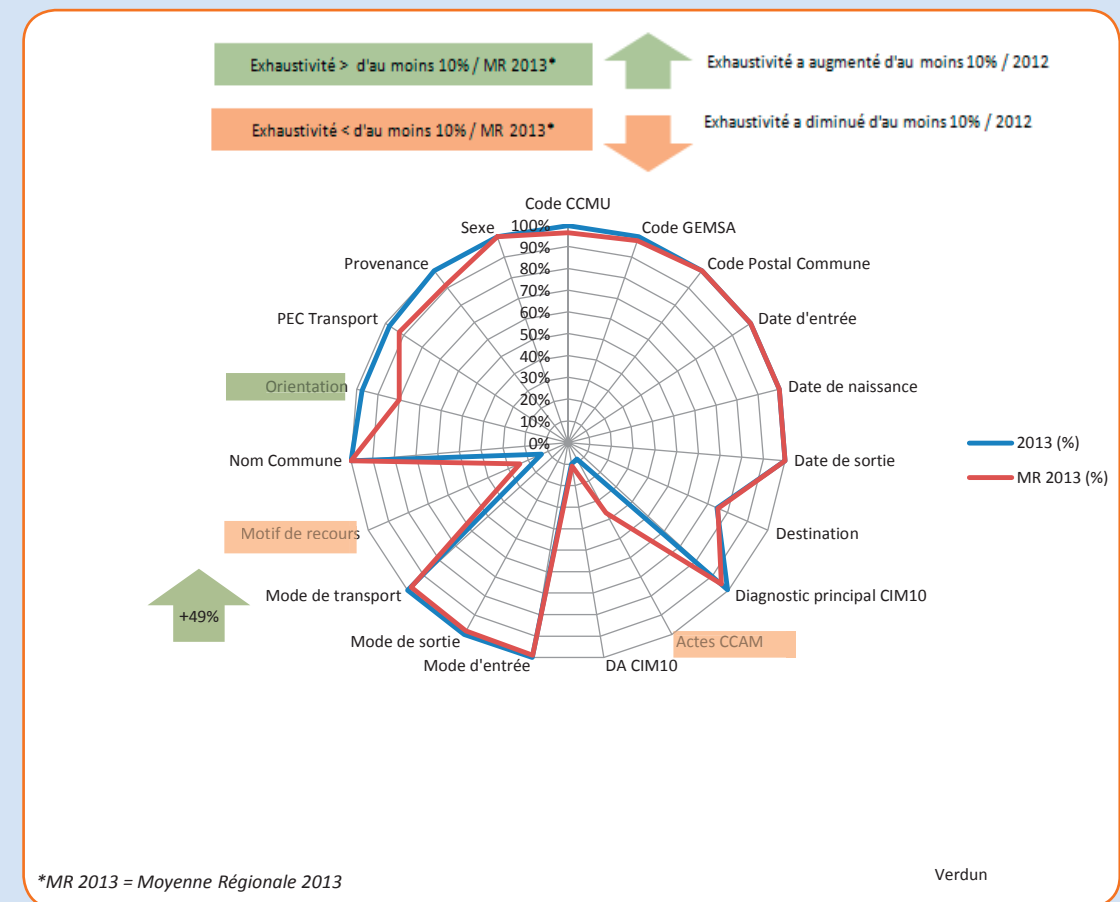
\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

Onglets	Requêtes		VERDUN	% Région
DURÉE en hh:mn	selon orientation	Non Renseigné	03:04	03:59
		REO	/	01:10
		Sorties atypiques	02:20	03:17
		UHCD	03:11	05:01
		Unités chaudes	03:35	04:37
GEMSA CCMU en %	GEMSA	1	0.02 %	0.15 %
		2	70.72 %	69.75 %
		3	0.94 %	3.47 %
		4	27.95 %	23.29 %
		5	0.28 %	0.66 %
		6	0.08 %	0.57 %
	CCMU	Non renseigné	/	2.12 %
		1	2.02 %	8.75 %
		2	92.79 %	77.68 %
		3	4.01 %	8.51 %
		4	0.52 %	0.98 %
		5	0.22 %	0.23 %
		D	0.03 %	0.03 %
		P	0.01 %	0.18 %
SORTIE en %	par mode de sortie	Domicile	71.18 %	73.46 %
		Mutation	28.01 %	21.96 %
		Transfert	0.76 %	2.82 %
		Décès	0.04 %	0.07 %
		Non renseigné	/	1.69 %
	suivant l'orientation	HDT-HO	/	0.47 %
		MCO	63.36 %	52.30 %
		Non Renseigné	2.55 %	15.76 %
		REO	/	0.01 %
		Sorties atypiques	3.35 %	7.83 %
		UHCD	22.70 %	20.03 %
		Unités chaudes	8.03 %	3.55 %

7<sup>ème</sup> SU de Lorraine (versus 6<sup>ème</sup> en 2012 du fait de « l'effet pédiatrie » du SU de Forbach), son activité a légèrement progressé (1%). Sa DMP est toujours très bonne (2h16 versus 2h25 l'an dernier). Le pourcentage d'hospitalisation,

à près de 29%, reste un peu supérieur à la moyenne régionale, et ce, pratiquement sans transfert. Enfin, le pourcentage d'hospitalisations en unités chaudes reste également élevé (8% versus 3,5 en région).

### RADAR D'EXHAUSTIVITE : CH VERDUN



On constate une bonne exhaustivité sur la plupart des champs attendus. Le retour de la charte qualité fait état d'écarts mineurs (47 passages

sur plus de 27 000) et propose des pistes d'optimisation des modalités de comparaison.

CH Bar le Duc : 19<sup>ème</sup> SU de Lorraine

FICHE DE SYNTHÈSE : CH BAR LE DUC

Onglets	Requêtes	BAR LE DUC	% Région		
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages	15642	2.75 %		
	Activité par tranche d'âge	00 < 1 an	0.36 %	2.95 %	
		01-14 ans	13.61 %	19.91 %	
		15-17 ans	3.88 %	3.68 %	
		18-64 ans	53.96 %	52.00 %	
		65-74 ans	8.49 %	6.43 %	
		75 ans et plus	19.70 %	15.03 %	
ADMISSION en %	Mode d'entrée	Domicile	98.89 %	97.27 %	
		Mutation	0.01 %	0.23 %	
		Transfert	0.24 %	1.33 %	
		Non renseigné	0.85 %	1.17 %	
	Mode de transport	Ambulance publique ou privée	15.70 %	13.76 %	
		Forces de l'ordre	1.55 %	1.05 %	
		Hélicoptère	0.01 %	0.14 %	
		Moyen personnel	56.01 %	66.94 %	
		SMUR	1.18 %	1.54 %	
		VSAB	11.80 %	14.37 %	
		Non renseigné	13.75 %	2.21 %	
		Provenance des patients	54	0.95 %	27.56 %
	55		90.47 %	8.17 %	
	57		0.37 %	43.87 %	
	88		0.15 %	15.62 %	
	Etranger		/	0.18 %	
	France Hors Lorraine		7.29 %	3.62 %	
Non identifié	0.78 %		0.79 %		
DURÉES en hh:mn	Durée moyenne de passage (hh:mn)		02:25	03:05	
	Durées de passage :	<4h	84.68 %	75.61 %	
		selon orientation	HDT-HO	03:13	03:08
			MCO	03:03	03:40

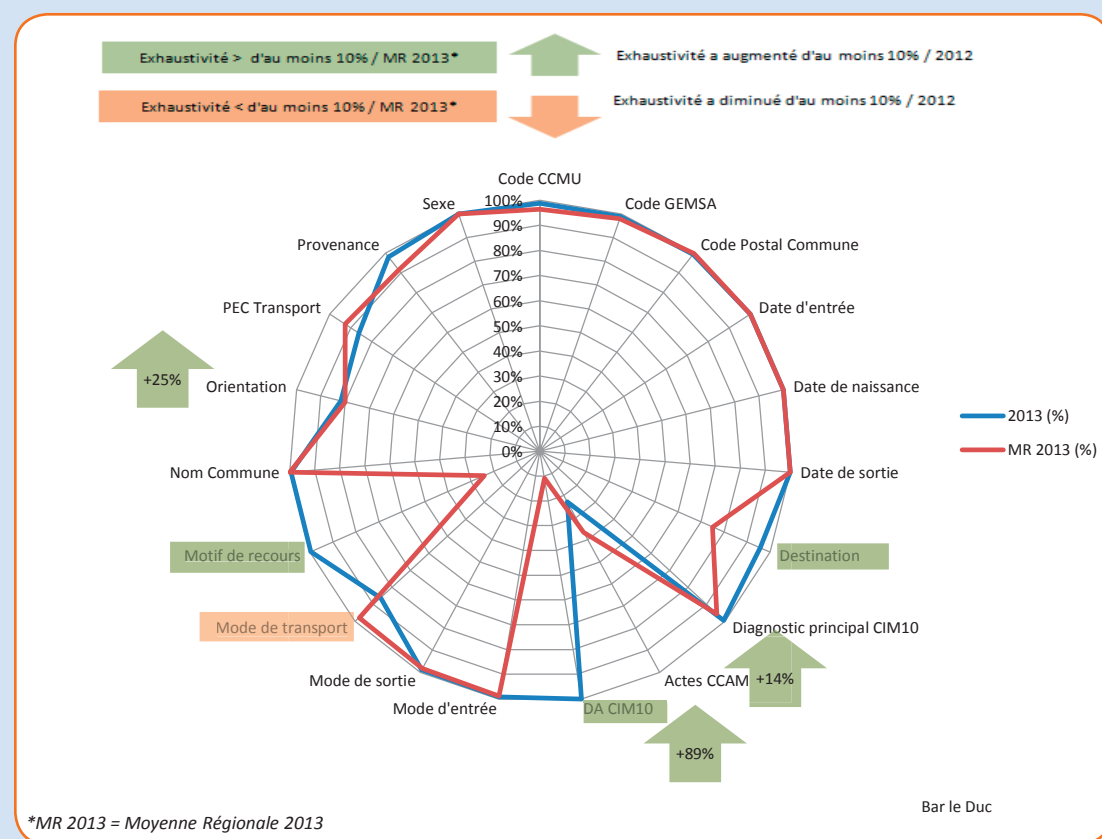
\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

Onglets	Requêtes	BAR LE DUC	% Région	
DURÉES en hh:mn	selon orientation	Non Renseigné	03:06	03:59
		REO	01:21	01:10
		Sorties atypiques	02:24	03:17
		UHCD	02:53	05:01
		Unités chaudes	03:09	04:37
GEMSA CCMU en %	GEMSA	1	0.01 %	0.15 %
		2	73.82 %	69.75 %
		3	0.73 %	3.47 %
		4	23.56 %	23.29 %
		5	0.05 %	0.66 %
		6	0.66 %	0.57 %
	CCMU	Non renseigné	1.17 %	2.12 %
		1	9.54 %	8.75 %
		2	83.33 %	77.68 %
		3	5.26 %	8.51 %
		4	0.56 %	0.98 %
		5	0.10 %	0.23 %
		D	0.01 %	0.03 %
		P	0.02 %	0.18 %
SORTIE en %	par mode de sortie	Non renseigné	1.17 %	3.64 %
		Domicile	73.43 %	73.46 %
		Mutation	19.23 %	21.96 %
		Transfert	6.33 %	2.82 %
		Décès	0.06 %	0.07 %
	suivant l'orientation	Non renseigné	0.95 %	1.69 %
		HDT-HO	18.41 %	0.47 %
		MCO	38.17 %	52.30 %
		Non Renseigné	16.50 %	15.76 %
		REO	0.28 %	0.00 %
		Sorties atypiques	4.00 %	7.83 %
		UHCD	15.07 %	20.03 %
		Unités chaudes	7.58 %	3.55 %

19<sup>ème</sup> SU de Lorraine (versus 21<sup>ème</sup> en 2012 mais avec une mauvaise fiabilité des données), son activité a progressé de 3,7%. L'activité pédiatrique observée est faible mais les consultations non programmées de pédiatrie médicale, ayant lieu aux heures ouvrables dans le service de pédiatrie, ne sont toujours pas comptabilisées (pas de génération de

RPU). La DMP, en amélioration par rapport à 2012, est bonne. Le recrutement extra régional, en particulier de Haute Marne, est toujours significatif (7,5%). Enfin, le taux d'hospitalisation est dans la moyenne mais avec un pourcentage de transferts assez important (6,3%).

### RADAR D'EXHAUSTIVITE : CH BAR LE DUC



L'exhaustivité des données est bonne en particulier sur les diagnostics associés (ce qui est très inhabituel), le seul champ important en deçà de la moyenne étant le mode de transport à l'admission. Le retour de la charte qualité fait état d'une différence importante d'ac-

tivité, à savoir de 2 634 passages (manquant sur ORULOR). Cette différence serait due, selon l'établissement, à la non-comptabilisation des reconvoctions, mais aussi à des problèmes d'interfaçage.

## ● Département des Vosges - 88

### ACTIVITÉ DÉTAILLÉE DU DÉPARTEMENT DES VOSGES

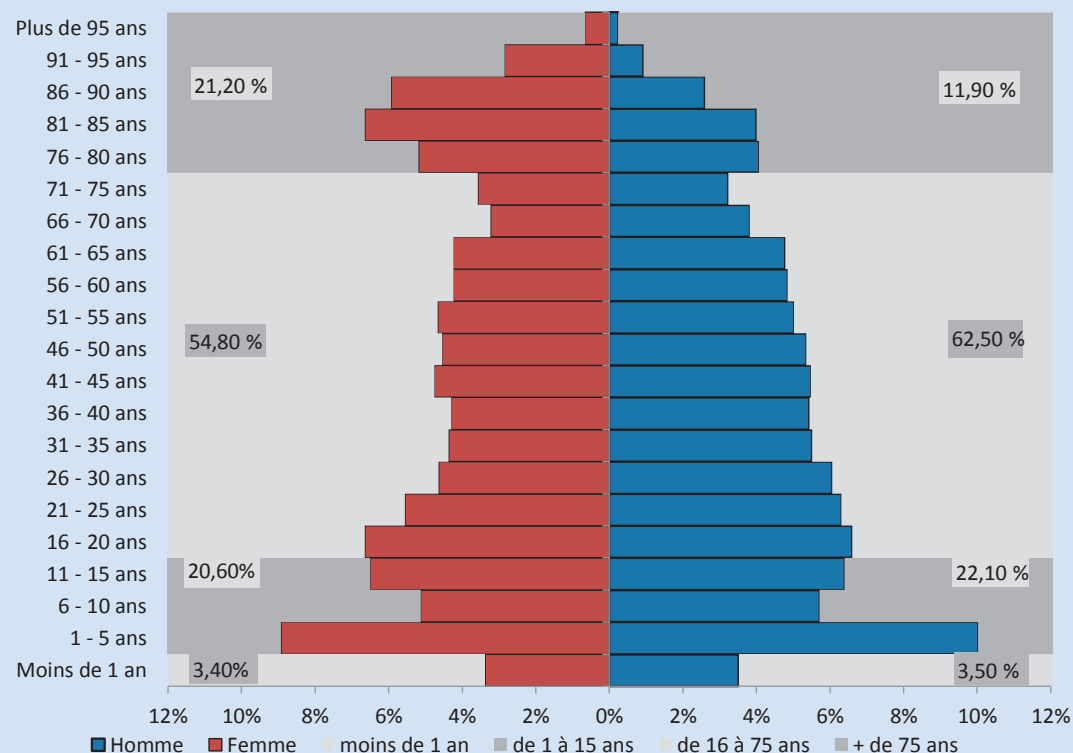
Agglomération	Etablissement	Nbre passages	en % départemental	en % régional
Epinal	CH Epinal	32 640	32,97%	5,70%
Remiremont	CH Remiremont	21 659	21,88%	3,80%
Saint-Dié	CH St Dié	20 836	21,05%	3,70%
Neufchâteau	CH Neufchâteau	16 116	16,28%	2,80%
Vittel	CH Vittel	7 737	7,82%	1,40%
<b>TOTAL Vosges</b>		<b>98 988</b>	<b>100%</b>	<b>17,40%</b>





Dans les Vosges, près de 25% d'enfants et plus de 15% de plus de 75 ans

PART DES PASSAGES AUX URGENCES PAR TRANCHES D'ÂGE ET PAR SEXE – VOSGES



La pyramide des âges de recours aux urgences des Vosges montre une représentation plus importante des personnes de plus de 75 ans en compensation d'une inflexion des personnes de 16 à 75 ans.

	France Hors Lorraine*	Etranger	54	55	57	88	Non renseigné
CH Epinal	2,30%	0,10%	1,30%	0,10%	0,50%	95,50%	0,30%
CH Neufchâteau	16,40%	0,40%	3,00%	6,00%	0,30%	72,80%	0,30%
CH Remiremont	11,60%	1,20%	1,30%	0,20%	0,70%	84,60%	0,50%
CH Saint Dié	5,00%	0,00%	4,20%	0,10%	0,50%	89,20%	1,00%
CH Vittel	4,60%	0,00%	1,00%	0,10%	0,40%	75,60%	18,40%
<b>TOTAL Vosges</b>	<b>8,00%</b>	<b>0,30%</b>	<b>2,10%</b>	<b>1,50%</b>	<b>0,50%</b>	<b>83,50%</b>	<b>4,10%</b>

Le département des Vosges se distingue par une fréquentation assez importante des services d'urgence par des non Lorrains avec plus de 8% sur le département dont un « pic » de 16% pour Neufchâteau.

CHI Emile Durkheim – Epinal : 5<sup>ème</sup> SU de Lorraine

FICHE DE SYNTHÈSE : CHI E. DURKHEIM EPINAL

Onglets	Requêtes	EPINAL	% Région	
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages	32640	5.73 %	
	Activité par tranche d'âge	00 < 1 an	5.05 %	2.95 %
		01-14 ans	23.63 %	19.91 %
		15-17 ans	4.13 %	3.68 %
		18-64 ans	46.03 %	52.00 %
		65-74 ans	5.87 %	6.43 %
		75 ans et plus	15.29 %	15.03 %
ADMISSION en %	Mode d'entrée	Domicile	98.17 %	97.27 %
		Mutation	0.09 %	0.23 %
		Transfert	1.63 %	1.33 %
		Non renseigné	0.11 %	1.17 %
	Mode de transport	Ambulance publique ou privée	16.42 %	13.76 %
		Forces de l'ordre	1.13 %	1.05 %
		Hélicoptère	0.06 %	0.14 %
		Moyen personnel	63.50 %	66.94 %
		SMUR	1.60 %	1.54 %
		VSAB	17.20 %	14.37 %
		Non renseigné	0.09 %	2.21 %
		Provenance des patients	54	1.28 %
	55		0.07 %	8.17 %
	57		0.46 %	43.87 %
	88		95.47 %	15.62 %
	Etranger		0.14 %	0.18 %
	France Hors Lorraine		2.31 %	3.62 %
Non identifié	0.27 %		0.79 %	
DURÉES en hh:mn	Durée moyenne de passage (hh:mn)	04:28	03:05	
	Durées de passage :	<4h	63.27 %	75.61 %
		selon orientation	HDT-HO	/
	MCO	07:28	03:40	

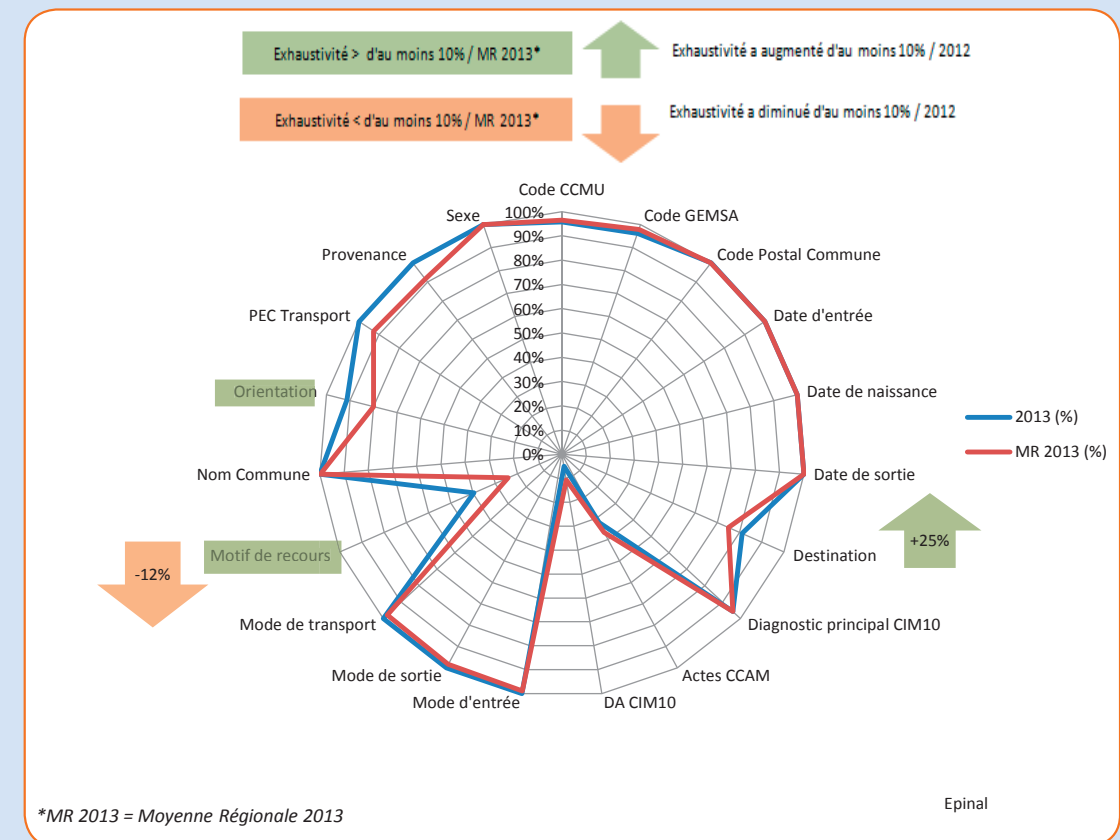
\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

Onglets	Requêtes		EPINAL	% Région
DURÉES en hh:mn	selon orientation	Non Renseigné	04:34	03:59
		REO	/	01:10
		Sorties atypiques	02:48	03:17
		UHCD	11:39	05:01
		Unités chaudes	07:50	04:37
GEMSA CCMU en %	GEMSA	1	0.05 %	0.15 %
		2	70.62 %	69.75 %
		3	0.63 %	3.47 %
		4	24.02 %	23.29 %
		5	0.25 %	0.66 %
		6	0.60 %	0.57 %
		Non renseigné	3.83 %	2.12 %
	CCMU	1	14.00 %	8.75 %
		2	76.80 %	77.68 %
		3	3.77 %	8.51 %
		4	0.64 %	0.98 %
		5	0.32 %	0.23 %
		D	0.03 %	0.03 %
		P	0.15 %	0.18 %
SORTIE en %	par mode de sortie	Non renseigné	4.29 %	3.64 %
		Domicile	73.93 %	73.46 %
		Mutation	22.08 %	21.96 %
		Transfert	3.87 %	2.82 %
		Décès	0.12 %	0.07 %
		Non renseigné	/	1.69 %
	suivant l'orientation	HDT-HO	/	0.47 %
		MCO	45.68 %	52.30 %
		Non Renseigné	8.65 %	15.76 %
		REO	/	0.01 %
		Sorties atypiques	13.71 %	7.83 %
		UHCD	26.13 %	20.03 %
		Unités chaudes	5.82 %	3.55 %

5<sup>ème</sup> SU de Lorraine, comme en 2012, avec toujours une patientèle pédiatrique importante (29% de moins de 15 ans). L'activité a été parfaitement stable, ce qui n'est pas le cas de la DMP qui s'est largement majorée (de plus

d'une heure) probablement en rapport avec l'utilisation de lits virtuels d'UHCD. A l'inverse, le taux d'hospitalisation en baisse est revenu dans la moyenne régionale.

### RADAR D'EXHAUSTIVITE : CHI E. DURKHEIM EPINAL



L'exhaustivité est satisfaisante pour les champs importants. Le retour très complet de la charte qualité fait état, à juste titre, des difficultés de comparaison des valeurs des données eu égard aux modalités et capacités d'extraction non superposables entre ORULOR et le progiciel

des urgences. Par ailleurs, une explication est donnée à propos de l'augmentation de la DMP, à savoir des locaux inadaptés, un personnel insuffisant et mutualisé avec le SMUR et enfin l'absence de politique d'hébergement dans l'établissement.

CH Remiremont : 13<sup>ème</sup> SU de Lorraine

FICHE DE SYNTHÈSE : CH REMIREMONT

Onglets	Requêtes	REMIREMONT	% Région	
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages	21659	3.80 %	
	Activité par tranche d'âge	00 < 1 an	4.37 %	2.95 %
		01-14 ans	21.75 %	19.91 %
		15-17 ans	4.55 %	3.68 %
		18-64 ans	44.98 %	52.00 %
		65-74 ans	7.21 %	6.43 %
		75 ans et plus	17.14 %	15.03 %
ADMISSION en %	Mode d'entrée	Domicile	99.47 %	97.27 %
		Mutation	0.06 %	0.23 %
		Transfert	0.27 %	1.33 %
		Non renseigné	0.20 %	1.17 %
	Mode de transport	Ambulance publique ou privée	15.25 %	13.76 %
		Forces de l'ordre	0.54 %	1.05 %
		Hélicoptère	0.85 %	0.14 %
		Moyen personnel	68.32 %	66.94 %
		SMUR	1.40 %	1.54 %
		VSAB	12.37 %	14.37 %
		Non renseigné	1.27 %	2.21 %
		Provenance des patients	54	1.28 %
	55		0.17 %	8.17 %
	57		0.68 %	43.87 %
	88		84.62 %	15.62 %
	Etranger		1.17 %	0.18 %
	France Hors Lorraine		11.55 %	3.62 %
Non identifié	0.53 %		0.79 %	
DURÉES en hh:mn	Durée moyenne de passage (hh:mn)		02:45	03:05
	Durées de passage :	<4h	78.46 %	75.61 %
		selon orientation	HDT-HO	/
	MCO		03:48	03:40

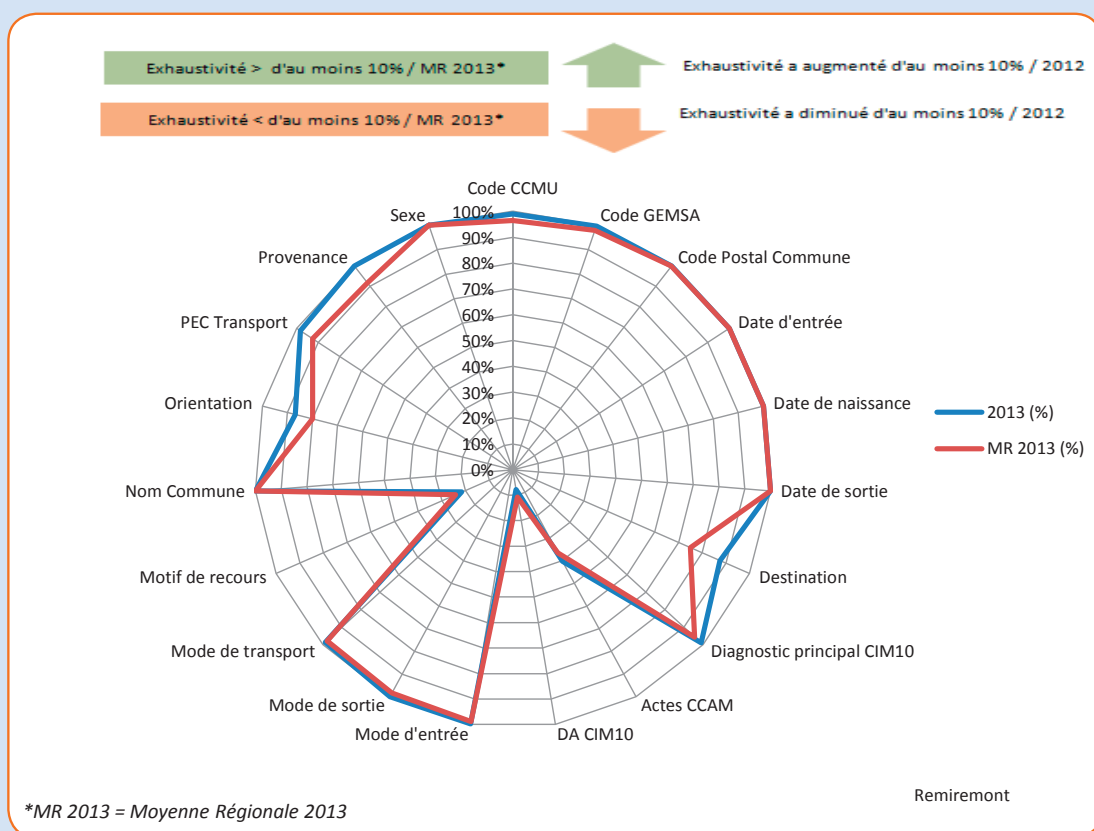
\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

Onglets	Requêtes	REMIREMONT	% Région	
DURÉES en hh:mn	selon orientation	Non Renseigné	03:33	03:59
		REO	/	01:10
		Sorties atypiques	04:02	03:17
		UHCD	05:52	05:01
		Unités chaudes	04:45	04:37
GEMSA CCMU en %	GEMSA	1	0.04 %	0.15 %
		2	63.84 %	69.75 %
		3	7.33 %	3.47 %
		4	27.55 %	23.29 %
		5	0.69 %	0.66 %
		6	0.25 %	0.57 %
	CCMU	Non renseigné	0.28 %	2.12 %
		1	8.97 %	8.75 %
		2	81.34 %	77.68 %
		3	6.82 %	8.51 %
		4	0.91 %	0.98 %
		5	0.20 %	0.23 %
		D	0.04 %	0.03 %
		P	0.64 %	0.18 %
SORTIE en %	par mode de sortie	Non renseigné	1.08 %	3.64 %
		Domicile	71.47 %	73.46 %
		Mutation	24.90 %	21.96 %
		Transfert	3.53 %	2.82 %
		Décès	0.10 %	0.07 %
	suivant l'orientation	Non renseigné	/	1.69 %
		HDT-HO	/	0.47 %
		MCO	77.56 %	52.30 %
		Non Renseigné	13.08 %	15.76 %
		REO	/	0.01 %
	Sorties atypiques	5.11 %	7.83 %	
	UHCD	0.41 %	20.03 %	
	Unités chaudes	3.82 %	3.55 %	

13<sup>ème</sup> SU de Lorraine avec, comme en 2012, une patientèle pédiatrique mais aussi gériatrique un peu supérieure à la moyenne régionale. L'activité s'est légèrement majorée (3%), sans modification de la DMP toujours en deçà

de la moyenne régionale. Le recrutement hors Lorraine est toujours significatif (13%). Enfin, le taux d'hospitalisation est moindre qu'en 2012 (28 versus 30%) mais toujours un peu plus élevé que la moyenne régionale.

**RADAR D'EXHAUSTIVITE : CH REMIREMONT**



L'exhaustivité est bonne pour la plupart des données. Les valeurs extraites d'ORULOR sont

considérées comme validées compte tenu de l'absence de retour de la charte qualité.

**CH Saint-Dié : 14<sup>ème</sup> SU de Lorraine**

**FICHE DE SYNTHÈSE – CH SAINT-DIE**

Onglets	Requêtes	SAINT-DIE	% Région	
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages	20836	3.66 %	
	Activité par tranche d'âge	00 < 1 an	2.15 %	2.95 %
		01-14 ans	16.34 %	19.91 %
		15-17 ans	3.70 %	3.68 %
		18-64 ans	51.98 %	52.00 %
		65-74 ans	7.44 %	6.43 %
		75 ans et plus	18.39 %	15.03 %
ADMISSION en %	Mode d'entrée	Domicile	99.25 %	97.27 %
		Mutation	/	0.23 %
		Transfert	0.59 %	1.33 %
		Non renseigné	0.16 %	1.17 %
	Mode de transport	Ambulance publique ou privée	13.97 %	13.76 %
		Forces de l'ordre	0.40 %	1.05 %
		Hélicoptère	/	0.14 %
		Moyen personnel	68.19 %	66.94 %
		SMUR	1.33 %	1.54 %
		VSAB	13.51 %	14.37 %
		Non renseigné	2.60 %	2.21 %
	Provenance des patients	54	4.18 %	27.56 %
		55	0.08 %	8.17 %
57		0.51 %	43.87 %	
88		89.19 %	15.62 %	
Etranger		0.03 %	0.18 %	
France Hors Lorraine		5.02 %	3.62 %	
Non identifié		0.99 %	0.79 %	
DURÉES en hh:mn	Durée moyenne de passage (hh:mn)	02:32	03:05	
	Durées de passage :	<4h	82.33 %	75.61 %
		selon orientation	HDT-HO	/
	MCO	03:18	03:40	

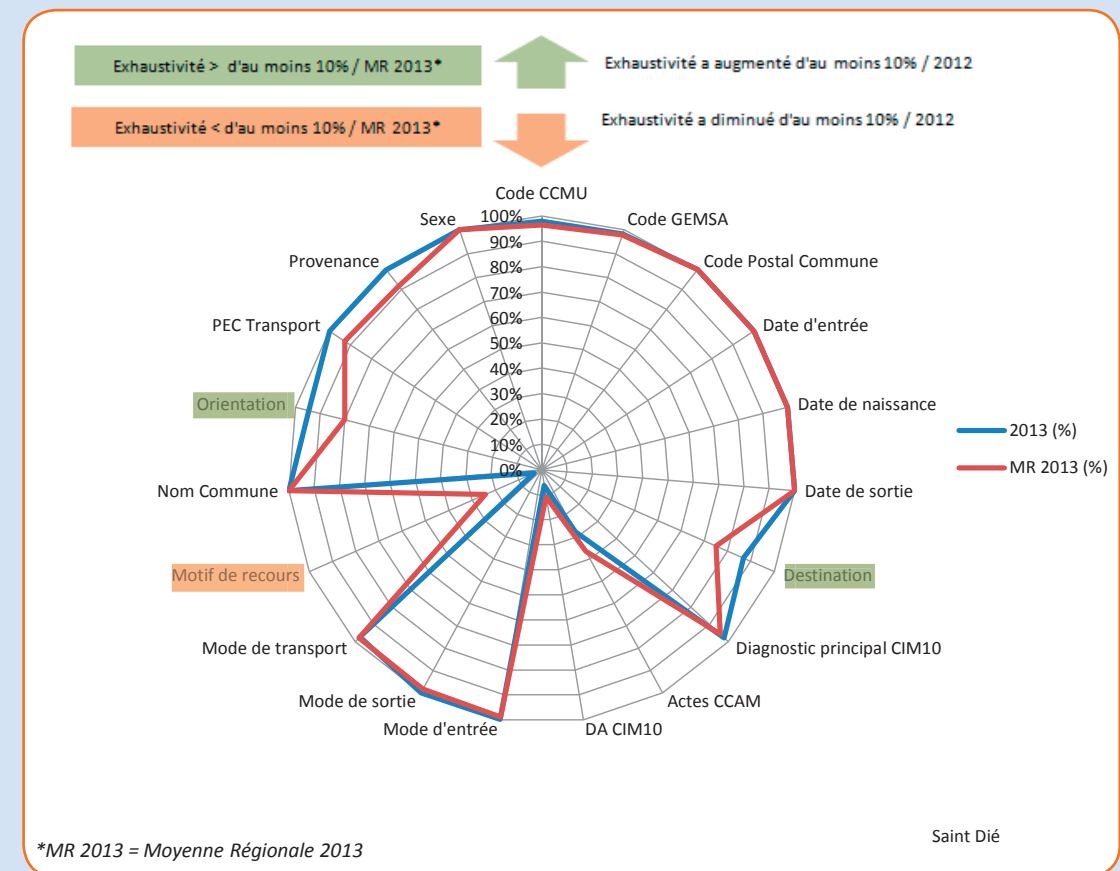
\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

Onglets	Requêtes		SAINT-DIE	% Région
DURÉES en hh:mn	selon orientation	Non Renseigné	03:15	03:59
		REO	/	01:10
		Sorties atypiques	03:01	03:17
		UHCD	03:02	05:01
		Unités chaudes	03:29	04:37
GEMSA CCMU en %	GEMSA	1	0.03 %	0.15 %
		2	64.11 %	69.75 %
		3	3.00 %	3.47 %
		4	30.25 %	23.29 %
		5	0.41 %	0.66 %
		6	0.38 %	0.57 %
	CCMU	Non renseigné	1.81 %	2.12 %
		1	9.33 %	8.75 %
		2	82.26 %	77.68 %
		3	5.18 %	8.51 %
		4	0.75 %	0.98 %
		5	0.28 %	0.23 %
		D	0.03 %	0.03 %
		P	0.05 %	0.18 %
SORTIE en %	par mode de sortie	Non renseigné	2.11 %	3.64 %
		Domicile	68.93 %	73.46 %
		Mutation	29.29 %	21.96 %
		Transfert	1.70 %	2.82 %
		Décès	0.08 %	0.07 %
	suivant l'orientation	Non renseigné	/	1.69 %
		HDT-HO	/	0.47 %
		MCO	55.85 %	52.30 %
		Non Renseigné	5.37 %	15.76 %
		REO	/	0.01 %
		Sorties atypiques	7.36 %	7.83 %
		UHCD	24.19 %	20.03 %
		Unités chaudes	7.23 %	3.55 %

14<sup>ème</sup> SU de Lorraine (versus 15<sup>ème</sup> en 2012 mais toujours sans intégration de la pédiatrie médicale), son activité a progressé de 2%. Le recrutement extra départemental n'est pas anecdotique

(4% de patients du 54 et 5% de hors Lorraine). La DMP est très satisfaisante en baisse par rapport à 2012 (2H32 versus 2h50) mais son taux d'hospitalisation est toujours important (31%).

### RADAR D'EXHAUSTIVITE : CH SAINT-DIE



L'exhaustivité est bonne pour la plupart des données. Les valeurs extraites d'ORULOR sont

considérées comme validées compte tenu de l'absence de retour de la charte qualité.

CH Ouest Vosgien – Neufchâteau : 18<sup>ème</sup> SU de Lorraine

FICHE DE SYNTHÈSE : CH OUEST VOSGIEN – NEUFCHATEAU

Onglets	Requêtes	NEUFCHATEAU	% Région	
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages	16116	2.83 %	
	Activité par tranche d'âge	00 < 1 an	2.04 %	2.95 %
		01-14 ans	17.08 %	19.91 %
		15-17 ans	3.71 %	3.68 %
		18-64 ans	49.63 %	52.00 %
		65-74 ans	8.05 %	6.43 %
		75 ans et plus	19.50 %	15.03 %
ADMISSION en %	Mode d'entrée	Domicile	97.46 %	97.27 %
		Mutation	/	0.23 %
		Transfert	2.54 %	1.33 %
		Non renseigné	/	1.17 %
	Mode de transport	Ambulance publique ou privée	14.27 %	13.76 %
		Forces de l'ordre	0.65 %	1.05 %
		Hélicoptère	0.01 %	0.14 %
		Moyen personnel	74.75 %	66.94 %
		SMUR	1.69 %	1.54 %
		VSAB	8.62 %	14.37 %
		Non renseigné	/	2.21 %
		Provenance des patients	54	2.98 %
	55		6.81 %	8.17 %
	57		0.27 %	43.87 %
	88		72.82 %	15.62 %
	Etranger		0.37 %	0.18 %
	France Hors Lorraine		16.44 %	3.62 %
Non identifié	0.30 %		0.79 %	
DURÉES en hh:mn	Durée moyenne de passage (hh:mn)		02:22	03:05
	Durées de passage :	<4h	88.78 %	75.61 %
		selon orientation	HDT-HO	00:25
	MCO		02:47	03:40

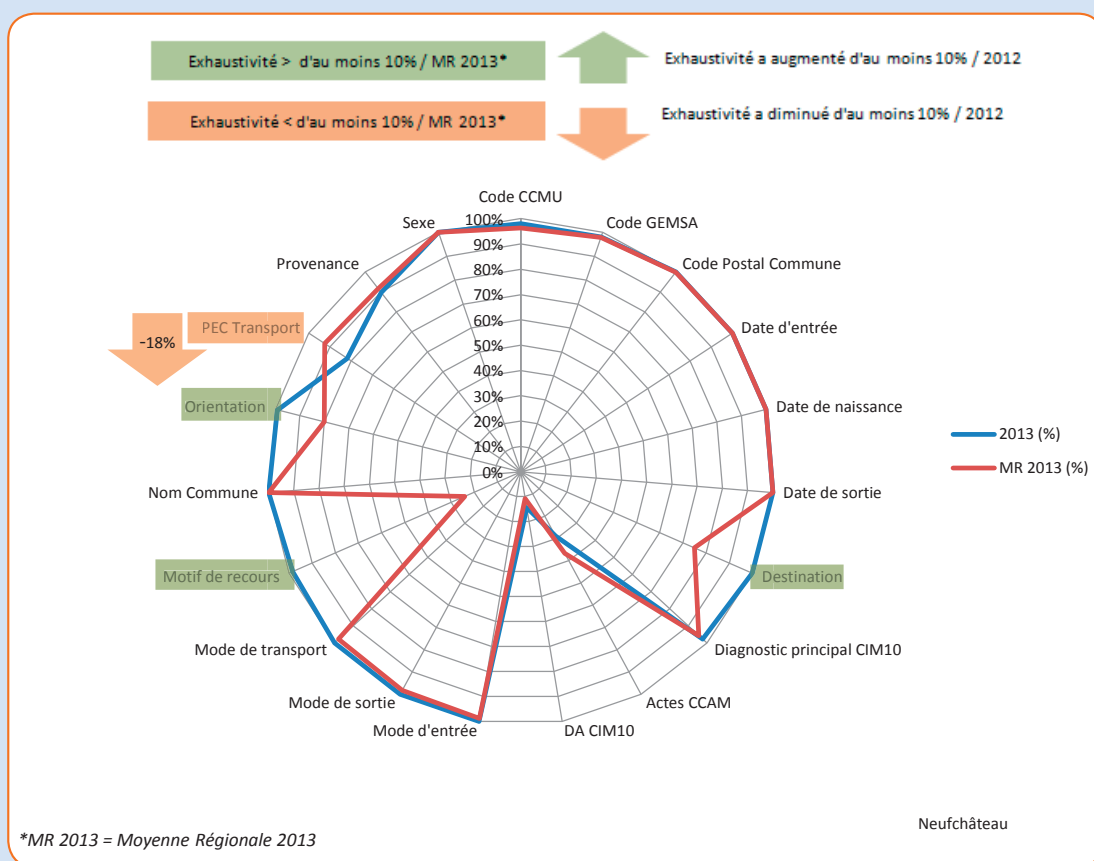
\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

Onglets	Requêtes	NEUFCHATEAU	% Région	
DURÉES en hh:mn	selon orientation	Non Renseigné	08:01	03:59
		REO	01:11	01:10
		Sorties atypiques	01:25	03:17
		UHCD	04:59	05:01
		Unités chaudes	02:52	04:37
GEMSA CCMU en %	GEMSA	1	0.09 %	0.15 %
		2	62.03 %	69.75 %
		3	0.94 %	3.47 %
		4	30.88 %	23.29 %
		5	0.84 %	0.66 %
		6	3.26 %	0.57 %
	CCMU	Non renseigné	1.95 %	2.12 %
		1	8.46 %	8.75 %
		2	55.56 %	77.68 %
		3	26.42 %	8.51 %
		4	6.83 %	0.98 %
		5	0.50 %	0.23 %
		D	0.11 %	0.03 %
		P	0.19 %	0.18 %
SORTIE en %	par mode de sortie	Non renseigné	1.94 %	3.64 %
		Domicile	63.09 %	73.46 %
		Mutation	34.82 %	21.96 %
		Transfert	1.84 %	2.82 %
		Décès	0.24 %	0.07 %
	suivant l'orientation	Non renseigné	/	1.69 %
		HDT-HO	0.03 %	0.47 %
		MCO	80.55 %	52.30 %
		Non Renseigné	0.82 %	15.76 %
		REO	0.07 %	0.00 %
	Sorties atypiques	0.99 %	7.83 %	
	UHCD	11.90 %	20.03 %	
	Unités chaudes	5.65 %	3.55 %	

18<sup>ème</sup> SU de Lorraine (comme en 2012), son activité est restée stable en 2013. La patientèle est plutôt âgée et le recrutement extra départemental est très important (7% de patients domiciliés en Meuse et plus de 16% en dehors de la région,

essentiellement en Haute Marne). La DMP, en nette augmentation par rapport à 2012, reste bonne. Enfin, le taux d'hospitalisation demeure le plus important de Lorraine (37% idem 2012).

**RADAR D'EXHAUSTIVITE : CH OUEST VOSGIEN – NEUFCHATEAU**



L'exhaustivité est toujours bonne mais semble se dégrader très nettement depuis la mise en place d'un logiciel polyvalent. Les valeurs ex-

traites d'ORULOR sont considérées comme validées compte tenu de l'absence de retour de la charte qualité.

**CH Ouest Vosgien - Vittel : 23<sup>ème</sup> SU de Lorraine**

**FICHE DE SYNTHÈSE : CH OUEST VOSGIEN – VITTEL**

Onglets	Requêtes	VITTEL	% Région	
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages	7737	1.36 %	
	Activité par tranche d'âge	00 < 1 an	0.54 %	2.95 %
		01-14 ans	17.37 %	19.91 %
		15-17 ans	4.06 %	3.68 %
		18-64 ans	54.52 %	52.00 %
		65-74 ans	7.08 %	6.43 %
		75 ans et plus	16.43 %	15.03 %
ADMISSION en %	Mode d'entrée	Domicile	93.10 %	97.27 %
		Mutation	/	0.23 %
		Transfert	0.74 %	1.33 %
		Non renseigné	6.17 %	1.17 %
	Mode de transport	Ambulance publique ou privée	10.81 %	13.76 %
		Forces de l'ordre	0.56 %	1.05 %
		Hélicoptère	/	0.14 %
		Moyen personnel	75.74 %	66.94 %
		SMUR	0.35 %	1.54 %
		VSAB	11.98 %	14.37 %
Non renseigné		0.57 %	2.21 %	
Provenance des patients	54	0.96 %	27.56 %	
	55	0.12 %	8.17 %	
	57	0.36 %	43.87 %	
	88	75.58 %	15.62 %	
	Etranger	/	0.18 %	
	France Hors Lorraine	4.61 %	3.62 %	
	Non identifié	18.37 %	0.79 %	
	DURÉES en hh:mn	Durée moyenne de passage (hh:mn)	01:31	03:05
Durées de passage :		<4h	96.36 %	75.61 %
		selon orientation	HDT-HO	/
	MCO	/	03:40	

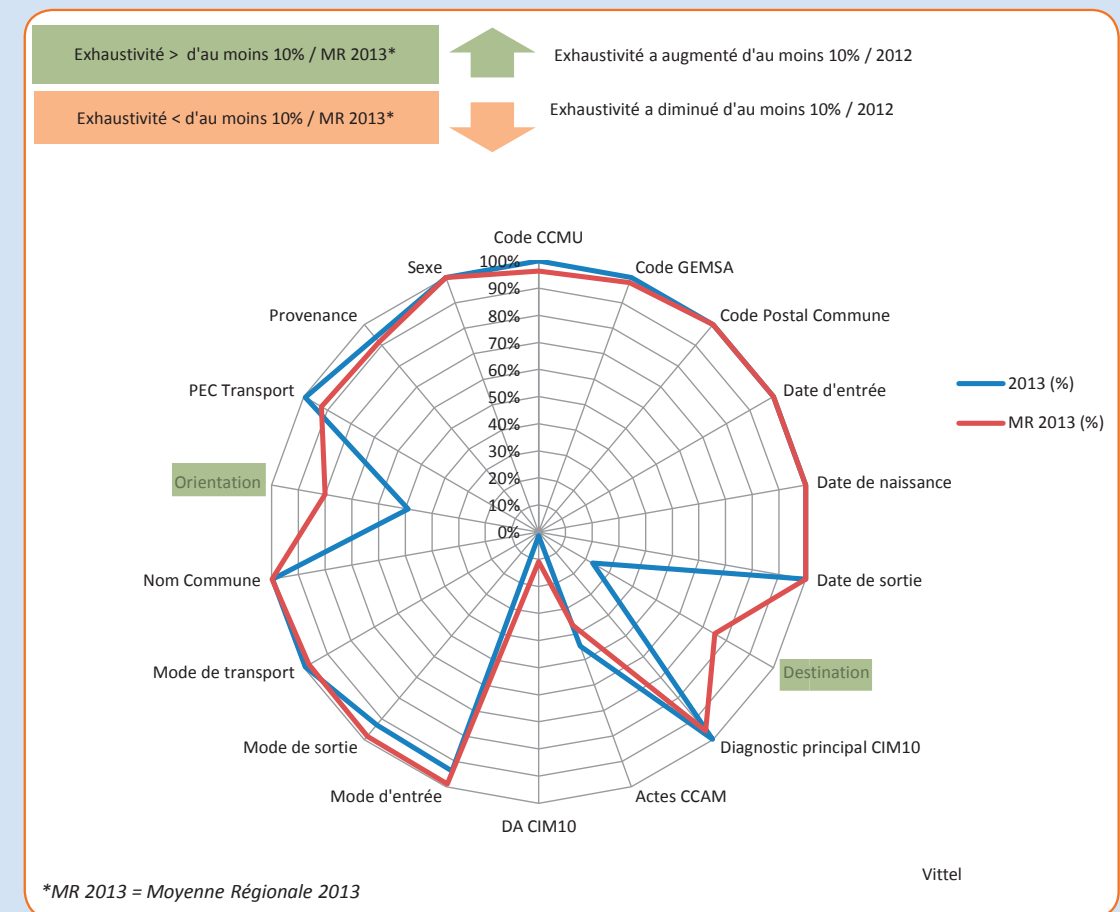
\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

Onglets	Requêtes		VITTEL	% Région
DURÉES en hh:mn	selon orientation	Non Renseigné	02:01	03:59
		REO	/	01:10
		Sorties atypiques	01:46	03:17
		UHCD	02:14	05:01
		Unités chaudes	/	04:37
GEMSA CCMU en %	GEMSA	1	0.05 %	0.15 %
		2	79.97 %	69.75 %
		3	0.18 %	3.47 %
		4	19.26 %	23.29 %
		5	0.01 %	0.66 %
		6	0.53 %	0.57 %
		Non renseigné	/	2.12 %
	CCMU	1	7.85 %	8.75 %
		2	84.61 %	77.68 %
		3	5.44 %	8.51 %
		4	1.94 %	0.98 %
		5	0.17 %	0.23 %
		D	/	0.03 %
		P	/	0.18 %
SORTIE en %	par mode de sortie	Domicile	75.11 %	73.46 %
		Mutation	12.01 %	21.96 %
		Transfert	5.71 %	2.82 %
		Décès	0.08 %	0.07 %
		Non renseigné	7.10 %	1.69 %
		suivant l'orientation	HDT-HO	/
	MCO		/	52.30 %
	Non Renseigné		31.81 %	15.76 %
	REO		/	0.01 %
	Sorties atypiques		2.14 %	7.83 %
	UHCD		66.05 %	20.03 %
	Unités chaudes		/	3.55 %

23<sup>ème</sup> et plus petit SU de Lorraine, son activité a baissé de 11%. Le recrutement extra départemental est très important (33%) en rapport

avec la présence du club méditerranée. La DMP est toujours bonne et le taux d'hospitalisation est faible (18% dont 6% de transferts).

RADAR D'EXHAUSTIVITE : CH OUEST VOSGIEN – VITTEL



L'exhaustivité est correcte mais problématique sur le mode de sortie (7% de non précisés). Les valeurs extraites d'ORULOR sont considérées

comme validées compte tenu de l'absence de retour de la charte qualité.





## sommaire

### Activité des SAMU ●

Quel est le niveau d'activité des SAMU ?

Quels sont les effecteurs déclenchés par le SAMU ?

143

145

150

URGENCES



# Interview

**Dr Lionel Nace**  
Chef de service des Urgences et du SAMU 54  
CHU de Nancy



### Quelle utilisation faites-vous d'ORULOR ?

Orulor me permet de suivre en temps réel les données relatives à l'activité de chaque structure d'urgence Lorraine. Je suis les statistiques à la fois ponctuellement, pour connaître des indicateurs à une certaine période, et dans la durée, pour situer notre service d'urgences par rapport aux autres établissements régionaux.

Visualiser ces données permet à nos équipes de relativiser, et de comprendre que les services d'urgence connaissent souvent des problématiques identiques. Par le biais de comparatifs, il est intéressant de comprendre pourquoi toutes les Urgences connaissent certaines difficultés dans un même laps de temps, ou au contraire pourquoi tel établissement doit faire face à de plus gros obstacles, par rapport à un service voisin.

*Ces données sont extrêmement riches, et je trouve même dommage qu'elles ne soient pas accessibles à plus de professionnels de santé au sein de notre établissement.* L'estime que les soignants, les cadres et les médecins devraient connaître

les principales données relatives à leur service : durée de prise en charge, nombre de passages aux urgences, pourcentage de patients hospitalisés, moyenne d'âge ou encore les principales pathologies rencontrées. Il est important que ces professionnels connaissent l'activité globale de leur service.

**Ces données sont extrêmement riches, et je trouve même dommage qu'elles ne soient pas accessibles à plus de professionnels de santé au sein de notre établissement**

### En temps de crise, Orulor vous est-il d'une grande aide ?

Lors d'un afflux important de patients, il est certainement plus opportun pour un petit établissement de regarder sur Orulor si tous les services d'urgence de la région connaissent cette même affluence. En effet, si un service d'urgence comme

celui du CHU de Nancy est saturé, on peut généralement s'attendre à ce que les services d'urgence des autres établissements le soient également. Il est donc rare pour nous d'aiguiller les patients vers d'autres Urgences, dans le but de désengorger notre service.

En revanche, en temps de crise, Orulor nous permettrait de tirer des conséquences en termes de santé publique. Prenons l'exemple de la canicule qui a touché la France en 2003 : à Paris, SOS Médecins avait repéré, malheureusement a posteriori, une augmentation du nombre de cas de coliques néphrétiques dans les jours précédents la canicule, signe de déshydratation. Une façon de rester en veille, et d'annoncer à travers les chiffres des tendances générales de santé publique, permettant de préparer au mieux les équipes sanitaires à faire face à des crises.

### Pensez-vous que les données d'Orulor permettent aux directions d'améliorer la performance des services d'urgences ?

En ce qui concerne le CHU de Nancy, le choix de modification de l'organisation de notre service n'a pas été réalisé au regard des données d'Orulor. En revanche, après avoir modifié les circuits de prise en charge, dès l'accueil du patient, Orulor nous a permis de confirmer les décisions qui ont pu être prises. En effet, les chiffres ont naturellement révélé les bénéfices de nos réorganisations.

### Quelles améliorations souhaiteriez-vous apporter au logiciel ?

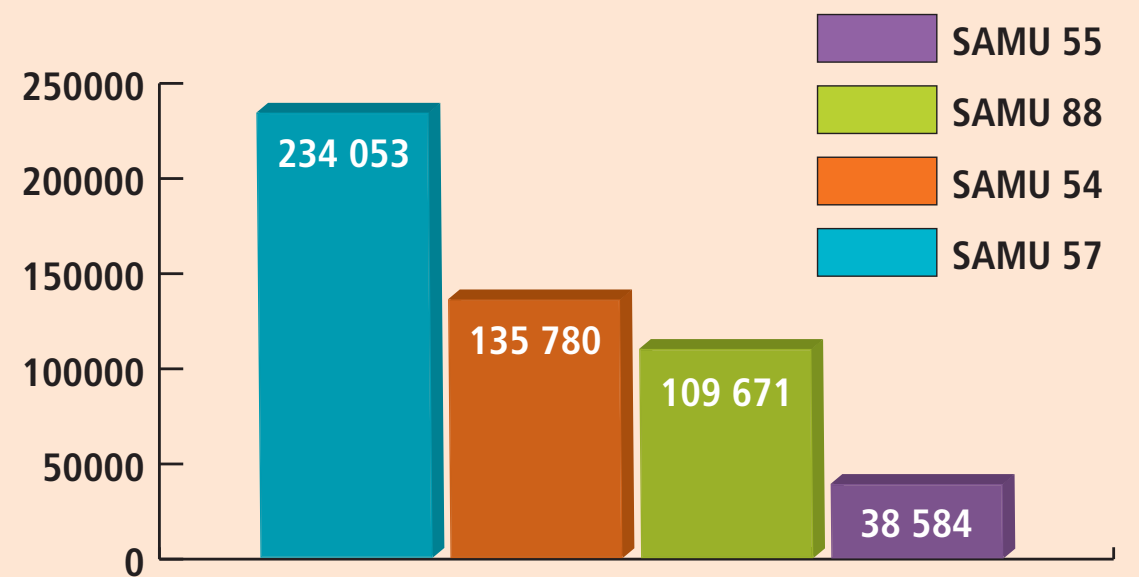
Je pense qu'il serait intéressant de comparer, via Orulor, la prise en charge aux Urgences de quatre pathologies dites « traçables », retenues a priori au niveau national à savoir : AVC, infarctus, insuffisance cardiaque et poly-traumatisme. Dans les circuits des urgences, les patients victimes d'AVC ou d'infarctus ne doivent pas arriver aux Urgences. Ainsi, en visualisant les pathologies prises en charge aux urgences, nous pourrions repérer certains dysfonctionnements dans notre chaîne des urgences.

Les données des quatre SAMU de Lorraine remontées sur ORULOR sont des données agrégées correspondant à celles des serveurs de veille des ARS (ARDAH en Lorraine). Mais, comme en 2012, l'extraction automatique des progiciels SAMU est peu fiable pour certaines données, sauf pour le SAMU 88. En ce qui concerne le SAMU 57, toutes les valeurs sont problématiques depuis le changement de progiciel. Pour les SAMU 54 et 55, la plupart des données sont voisines à l'exception du nombre d'interventions VSAV réalisées à la demande du SAMU (la distinction demandée ou non par le SAMU semblant difficile à faire en terme d'extraction). Pour ce rapport 2013, nous utiliserons les données validées par les établissements, en particulier via les retours des chartes qualité.

## Quel est le niveau d'activité des SAMU ?

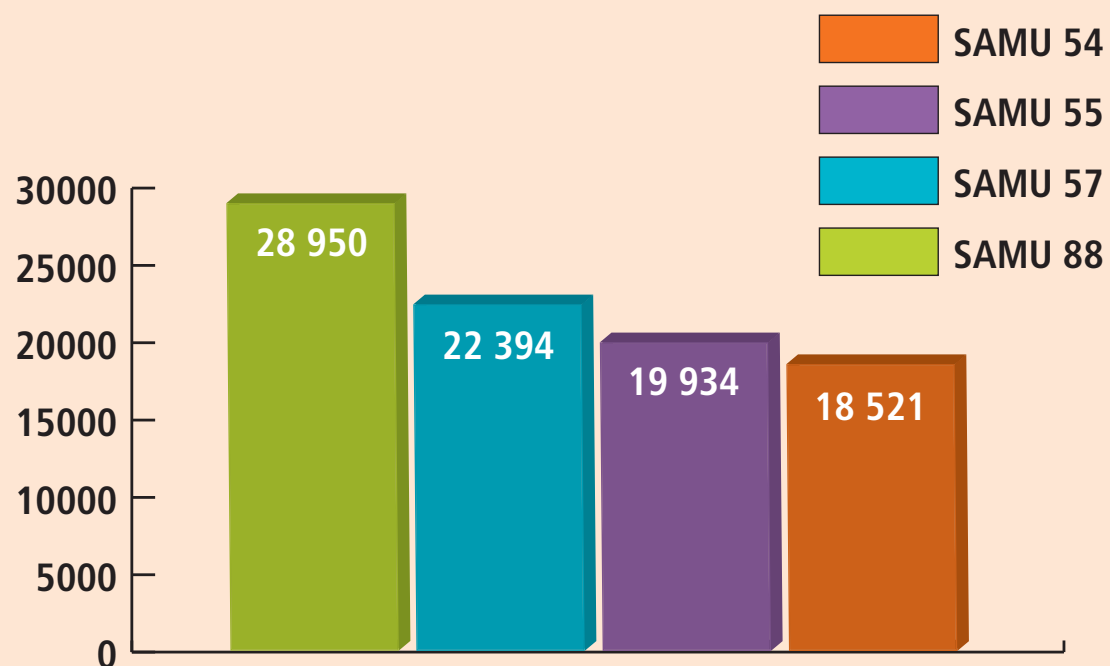
### 518 088 dossiers traités par les quatre SAMU de Lorraine

NOMBRE D'AFFAIRES TRAITÉES



Il s'agit bien du nombre total de dossiers car nous ne sommes toujours pas en mesure de distinguer les dossiers de régulation et les dossiers médicaux de régulation.

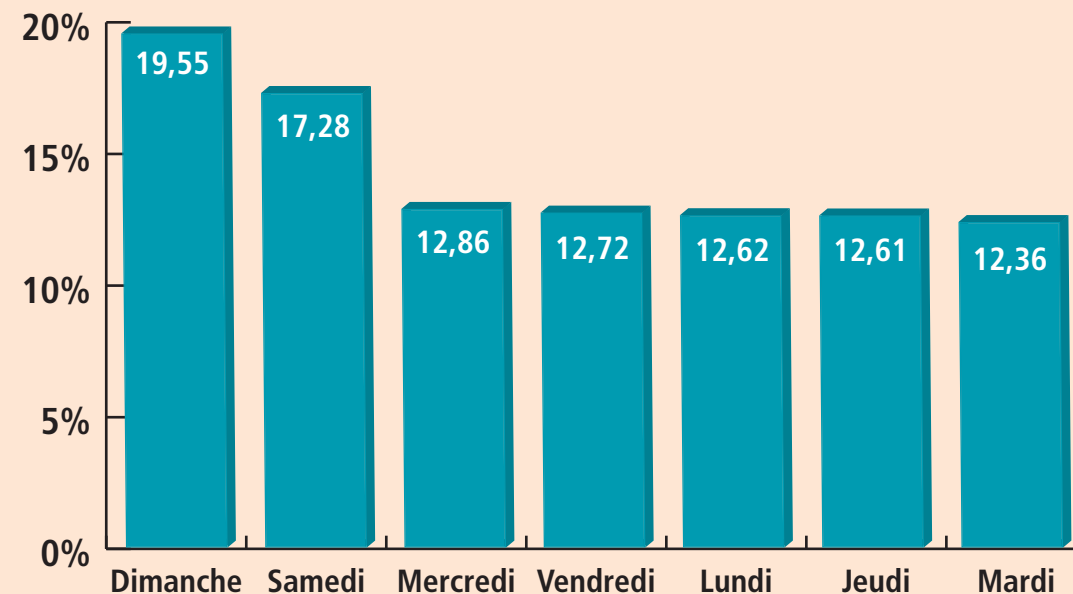
NOMBRE DE DOSSIERS PAR SAMU POUR 100 000 HABITANTS



Comme en 2012, le SAMU de la Moselle et surtout celui des Vosges sont davantage sollicités.

### La classique suractivité des SAMU le week-end

VARIATION DU % DE DOSSIER SELON LE JOUR DE LA SEMAINE



Nous retrouvons ici la classique suractivité du week-end en rapport avec la PDSA.

### Une activité régionale stable entre 2012 et 2013

VARIATION DU NOMBRE D'AFFAIRES SAMU ENTRE 2012 ET 2013

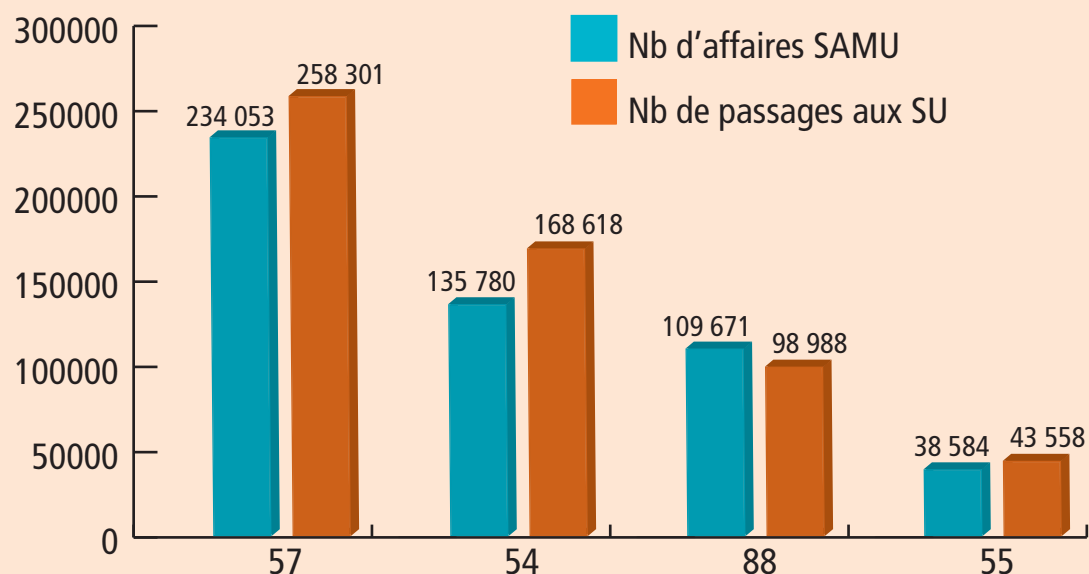
	Nb d'affaires 2012	Nb d'affaires 2013	Variation d'activité	
			en nombre	en %
SAMU 54	136 368	135 780	-588	-0,43%
SAMU 55	37 717	38 584	867	2,30%
SAMU 57	241 287	234 053	-7 234	-3,00%
SAMU 88	100 427	109 671	9 244	9,20%
<b>TOTAL</b>	<b>515 799</b>	<b>518 088</b>	<b>2 289</b>	<b>0,44%</b>

L'activité globale des quatre SAMU de Lorraine a été stable entre 2012 et 2013, mais avec des variations non négligeables en fonction des CRRA 15 (de +9% dans les Vosges à -3% en

Moselle). Cependant, l'interprétation de ces chiffres doit être prudente pour le SAMU 57 et donc pour le chiffre régional, compte tenu du changement de progiciel dans ce CRRA.

### Un certain parallélisme entre les nombres de dossiers de régulation et de passages aux urgences

NOMBRE D'AFFAIRES SAMU ET NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES

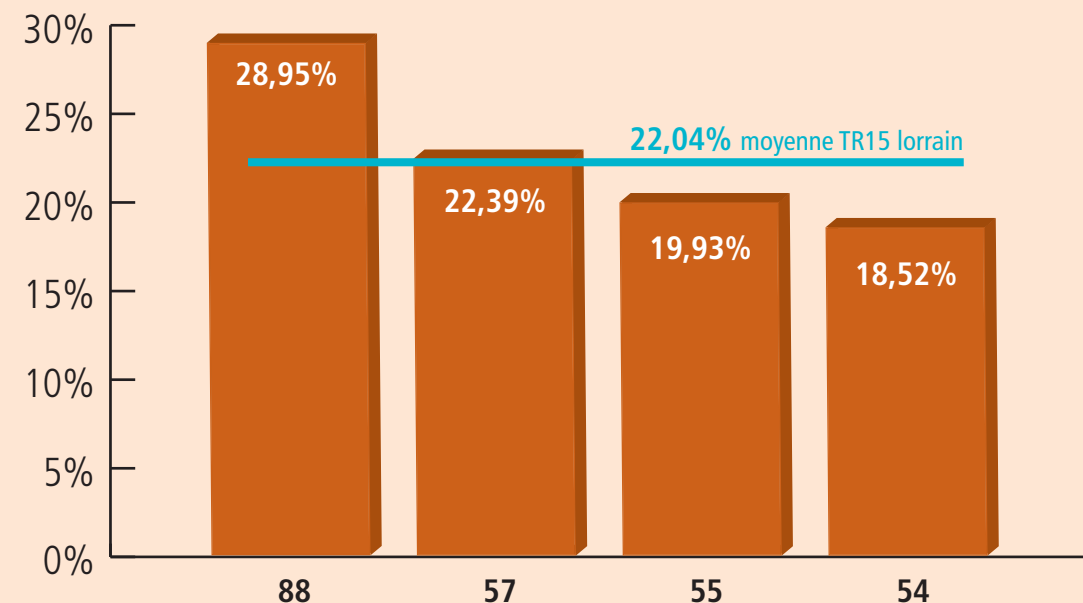


Comme en 2012, il existe un lien entre le nombre de dossiers traités par chaque SAMU et le nombre de passages aux urgences du département concerné. En effet, ces deux données sont proportionnelles à la population couverte. Par contre, la proximité de ces deux valeurs

pour une population donnée ne relève que du descriptif. A noter que le département des Vosges est, comme en 2012, le seul à avoir un nombre de dossiers de régulation supérieur au nombre de passages aux urgences.

### Un taux régional de recours au SAMU de 22 %, versus 23 % pour le taux de recours aux urgences

TAUX DE RECOURS AU SAMU (TR15)



Avec les réserves concernant le SAMU 57, le TR15 est de 22% versus 23,1% pour le taux de recours aux urgences. Ces taux sont voisins de ceux de 2012 (21,95% de TR15 et 23,9% de TRU).

Par contre, contrairement à l'année précédente, le classement des départements par TR15 n'est pas superposable à celui par TRU. A titre d'exemple, la population des Vosges semble être la seule « à consommer davantage de 15 que d'urgence ».

## Quels sont les effecteurs déclenchés par le SAMU ?

Des données toujours aussi difficiles à interpréter

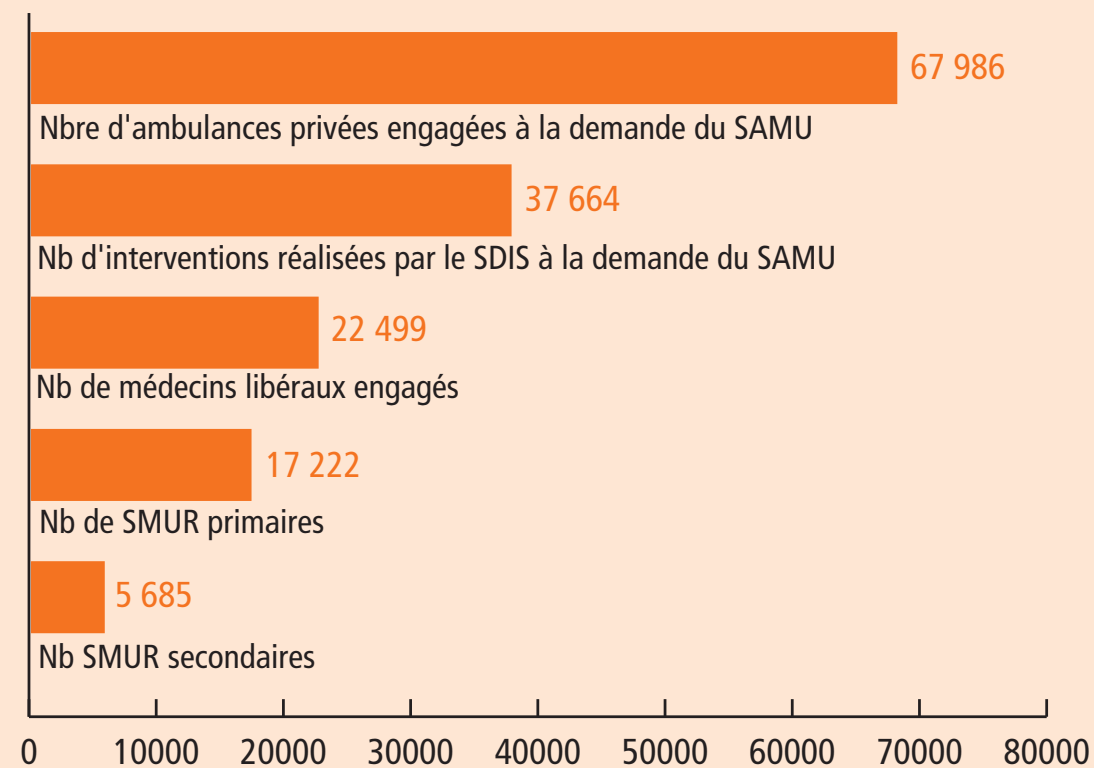
RÉPARTITION DES EFFECTEURS DÉCLENCHÉS PAR SAMU

SAMU	Nb de médecins libéraux engagés	Nb d'ambulances privées engagées à la demande du SAMU	Nb d'interventions réalisées par le SDIS à la demande du SAMU	Nb SMUR primaires	Nb SMUR secondaires	Nb transferts infirmiers inter-hospitaliers
54	15 222	17 084	15 750	6 084	2 972	1 232
55	1 498	6 619	3 315	1 792	329	50
57	2 269	28 087	10 718	6 432	1 251	869
88	3 510	16 226	7 881	2 914	1 133	127
Total	22 499	67 986	37 664	17 222	5 685	2 278

Une fois encore, le chiffre des médecins libéraux déclenchés par le CRRA 15 de Moselle est surprenant en comparaison avec les autres départements, d'autant que l'activité PDSA est

comptabilisée dans le nombre des dossiers de régulation (le plus probable semble être la non intégration des effecteurs libéraux engagés lors d'une affaire PDSA).

RÉPARTITION DES EFFECTEURS DÉCLENCHÉS PAR LES QUATRE SAMU



Le nombre total de vecteurs de transport (ambulances et VSAV) est superposable à celui de 2012 (105 650 en 2013 versus 105 116) mais la répartition s'est modifiée en faveur des ambulances privées. En effet, les ambulances déclenchées par les SAMU seraient passées d'environ 60 000 à 68 000 et les VSAV de 45 500 à un peu moins de 38 000, et ce, essentiellement du fait du SAMU 57. Mais cette baisse des VSAV

semble en contradiction avec les données de nos partenaires sapeurs-pompiers qui notent une augmentation des interventions demandées par les CRRA 15, certes avec des définitions différentes (cf. activité des SDIS de Lorraine). En ce qui concerne les SMUR primaires, leur nombre semble avoir baissé passant de 19 000 à 17 000, contrastant avec une stabilité des secondaires.

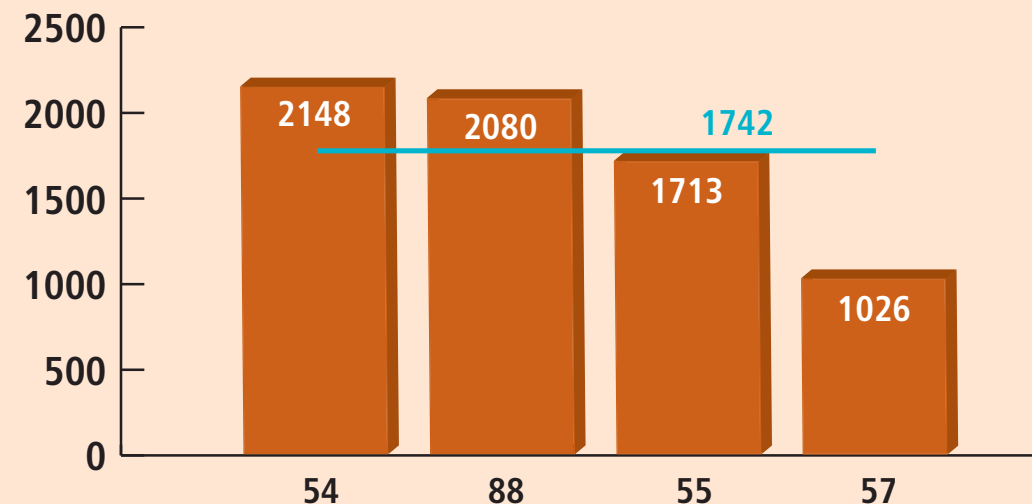
RÉPARTITION DES EFFECTEURS DÉCLENCHÉS PAR SAMU POUR 100 000 HABITANTS

SAMU	Nb de médecins libéraux engagés	Nb d'ambulances privées engagées à la demande du SAMU	Nb d'interventions réalisées par le SDIS à la demande du SAMU	Nb SMUR primaires	Nb SMUR secondaires	Nb transferts infirmiers inter-hospitaliers
54	2 076	2 326	2 148	830	405	168
55	774	3 420	1 713	926	170	26
57	217	2 687	1 026	615	120	83
88	927	4 283	2 080	769	299	34
Total	998	3 179	1 742	785	249	78

Comme en 2012, les différences observées en ce qui concerne la médecine libérale sont liées à la probable non-prise en compte des effecteurs de la régulation PDS pour le SAMU 57 et à l'existence d'une structure « SOS médecins »

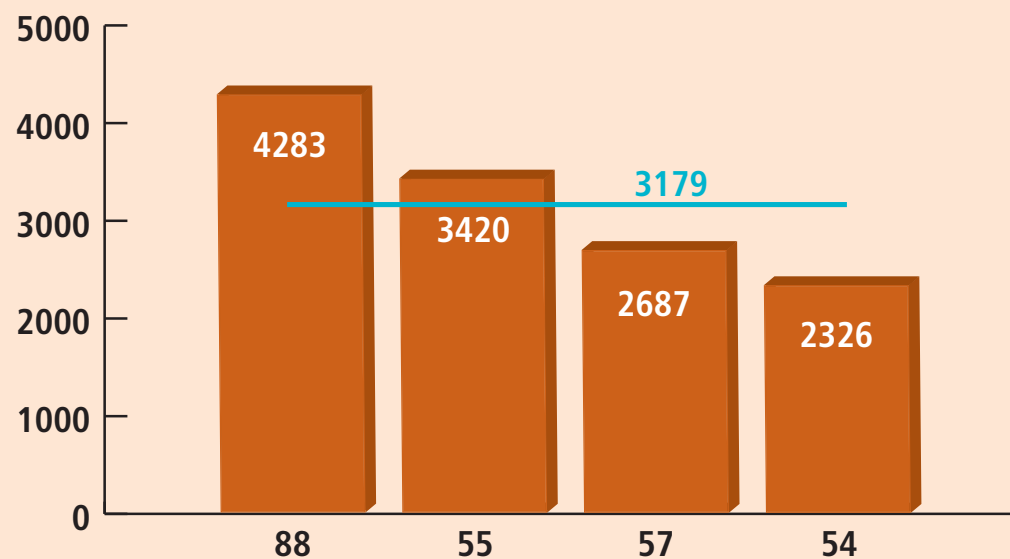
en Meurthe et Moselle (avec un très large secteur d'intervention). Concernant les autres effecteurs, les spécificités départementales sont pour la plupart superposables à celles observées l'année précédente.

NOMBRE DE VSAV DÉCLENCHÉS PAR SAMU ET POUR 100 000 HABITANTS



A l'inverse des ambulances, la moyenne des VSAV déclenchés par les SAMU de Lorraine a baissé, passant de 2 062 pour 100 000 habitants à 1 742 avec deux départements au dessus de ce chiffre (54 et 88) et un département très en dessous, à savoir le 57.

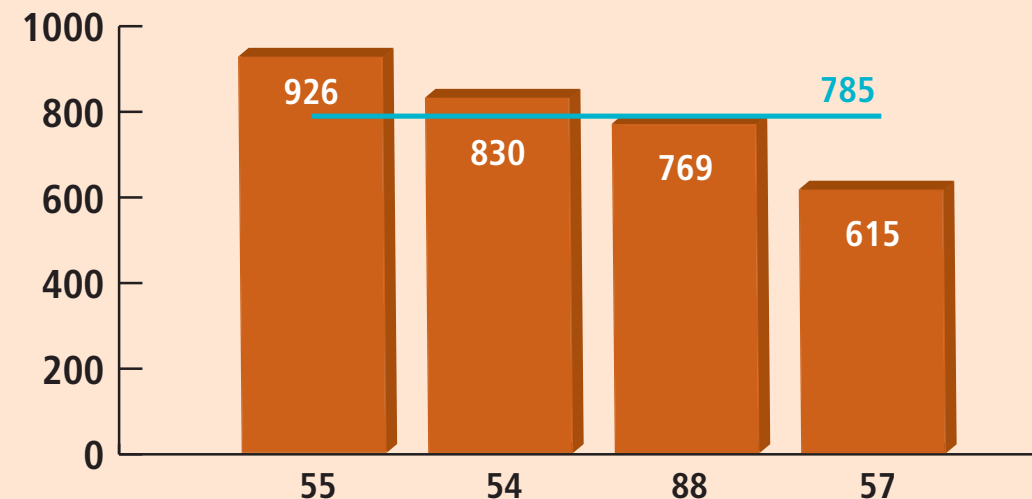
NOMBRE D'AMBULANCES DÉCLENCHÉES PAR SAMU ET POUR 100 000 HABITANTS



La moyenne régionale des ambulances privées déclenchées par les SAMU a augmenté (3 119 versus 2 811 en 2012), et ce, avec une majoration touchant tous les départements sauf le 54.

Par ailleurs, et comme les deux années précédentes, les SAMU 55 et 88 sont particulièrement prescripteurs de ce type de vecteur.

NOMBRE DE SMUR PRIMAIRES DÉCLENCHÉS PAR SAMU ET POUR 100 000 HABITANTS



La moyenne des SMUR primaires est voisine de celle de l'année dernière (785 versus 857) avec toujours un ratio plus important pour le SAMU 55 probablement en lien avec le caractère rural de ce département. Au total, les SAMU de Lorraine ont déclenché environ 105 000 vecteurs de transport (dont 60% d'ambulances), 17 000 SMUR primaires et 6 000 secondaires.

En ce qui concerne les médecins libéraux, le chiffre de 22 500 est à mettre en parallèle avec celui de 23 500 de 2012, mais toujours sans connaître les modalités d'intégration dans ces chiffres des effecteurs libéraux déclenchés suite à un appel PDSA. A ce titre, la possibilité de faire la distinction entre régulation hospitalière et régulation libérale serait très utile.



## sommaire

Activité des SDIS en Lorraine

156

URGENCES

## Activité des SDIS en Lorraine

L'observatoire des urgences de Lorraine collige les données des urgences et quelques données agrégées des SAMU dont les interventions des VSAV demandées par les Centre de Réception et de Régulation des Appels du 15 (CRRA 15).

Mais, d'une part ces données agrégées ont un problème de fiabilité comme déjà souligné dans ce rapport et, d'autre part, ce nombre de VSAV est bien sûr loin de représenter la totalité de l'activité sanitaire des sapeurs-pompiers.

Il nous a donc semblé intéressant de demander à nos partenaires sapeurs-pompiers les données concernant leur activité sanitaire afin de pouvoir la faire figurer dans notre rapport annuel, mais aussi afin de mettre en parallèle les deux sources de données.

La participation de nos partenaires incontournables des 4 SDIS de Lorraine a été facilement obtenue car la collaboration constructive entre les SAMU et SDIS de Lorraine existe de longue date.

En effet, dès 2001, lors de la création du réseau des urgences de Lorraine, et bien avant la circulaire de 2007 en faisant état, les SDIS au même titre que les ATSU (Associations départementales des Transports Sanitaires Urgents) ont été associés au réseau en tant que membres de droit, ce qui a permis de débattre de nombreux sujets au cours de plus de quarante réunions de notre conseil de coordination.

Concernant les chiffres présentés ci-après, c'est le Dr François MOUGEOLLE, médecin chef dé-

partemental adjoint du SDIS 54, qui s'est chargé de colliger les données.

Comme vous pourrez le constater, la terminologie utilisée par les SDIS est bien sûr spécifique à leur activité et c'est pourquoi quelques précisions sont indispensables.

L'activité à caractère sanitaire est regroupée sous le terme de secours à personne (SAP), le Dr MOUGEOLLE ayant retenu comme méthodologie que le secours à personne regroupe les secours à victime et les accidents de la voie publique (SAP = SAV + AVP).

Autre précision, une intervention n'est comptabilisée qu'une fois, quel que soit le nombre de centre de secours ou d'engins concernés.

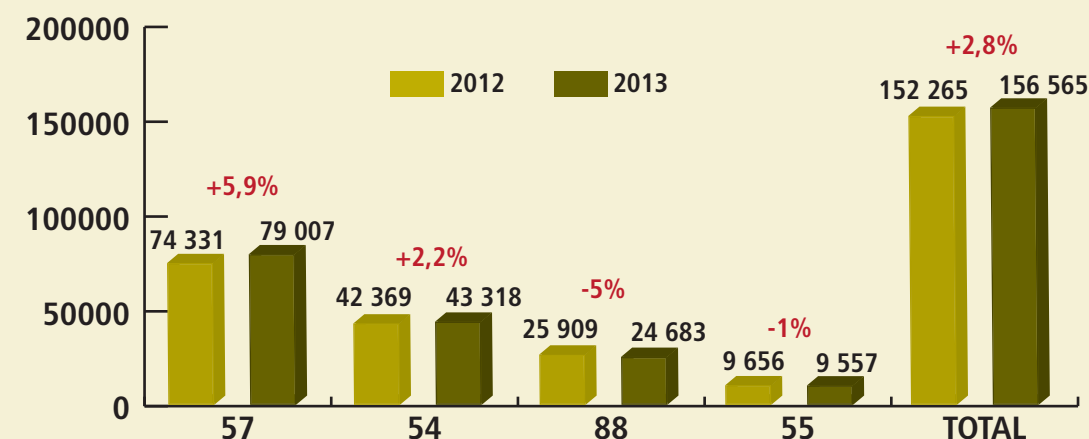
Par ailleurs, les interventions limitrophes qui concernent 2 SDIS sont comptées 2 fois (par chaque SDIS), mais ces interventions ne sont pas suffisamment fréquentes pour introduire un biais significatif. Enfin, il ne s'agit pas non plus de données représentant la totalité des victimes prise en compte par les sapeurs-pompiers de Lorraine, les victimes d'incendie par exemple n'étant pas comptabilisées.

Après ces précisions méthodologiques, nous allons pouvoir analyser quelle est l'activité de secours à personne des SDIS de Lorraine et quelle est son évolution par rapport à 2012.

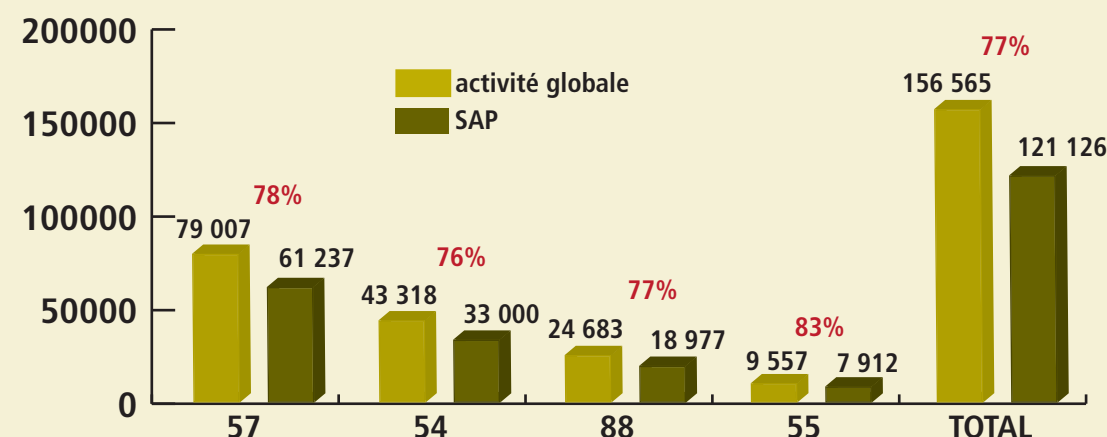
## Plus de 156 000 interventions réalisées par les SDIS de Lorraine dont 77% de SAP

Les SDIS de Lorraine ont réalisé plus de 156 000 interventions en 2013, en légère augmentation (2,8%) au niveau régional par rapport à 2012, mais avec quelques fluctuations en fonction des départements.

NOMBRE TOTAL D'INTERVENTIONS DES SDIS DE LORRAINE 2012/2013



LA PART DU SAP PAR RAPPORT À L'ACTIVITÉ GLOBALE



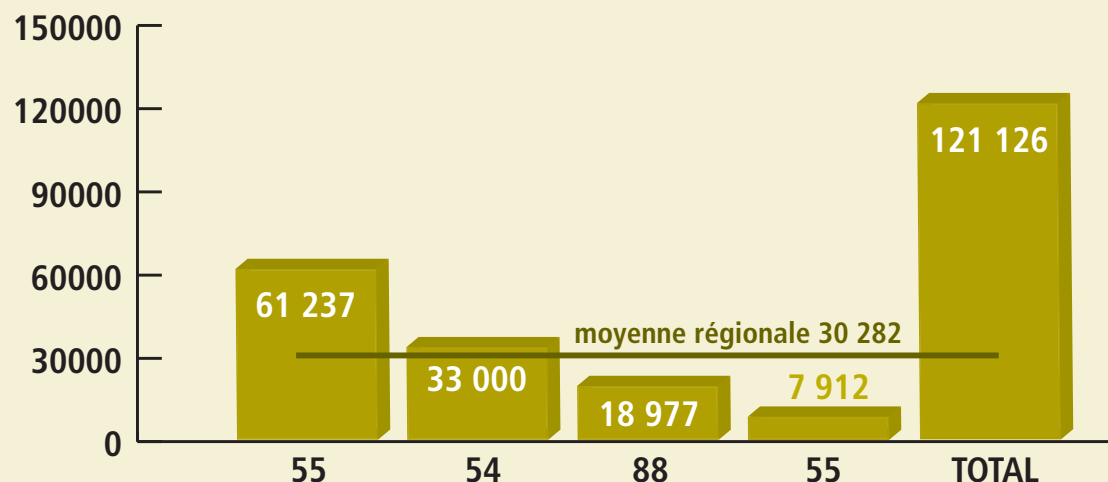
La part de l'activité SAP est fort logiquement importante, allant de 76 à 83% en fonction des départements, avec une moyenne régionale de

77%. Ces chiffres sont à interpréter en tenant compte des définitions préalables.



## Plus de 120 000 interventions SAP réalisées par les SDIS

INTERVENTIONS SAP PAR DÉPARTEMENT

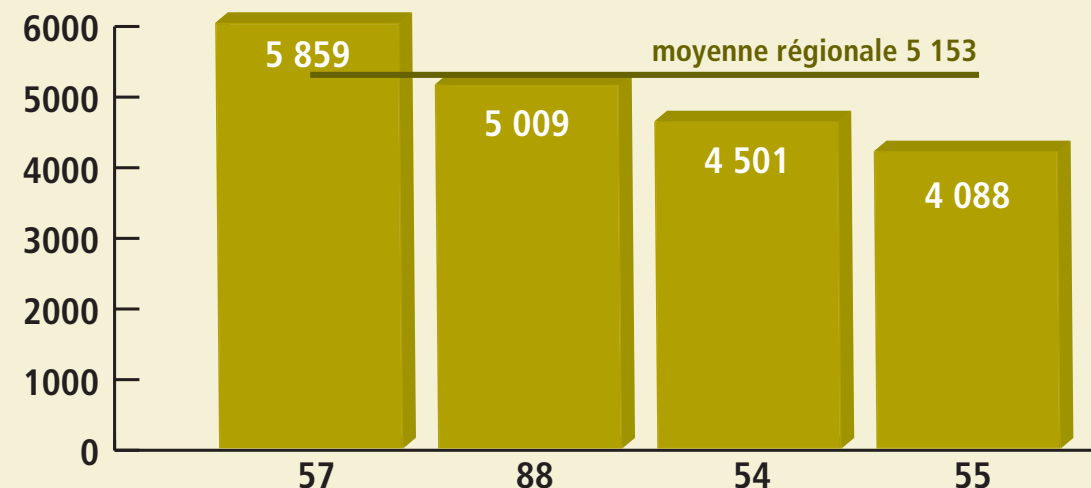


Les interventions de SAP représentent donc 121 126 interventions par an. Ce chiffre est, non pas à comparer, mais à mettre en parallèle avec les 38 000 interventions de VSAV demandées par

les quatre SAMU de Lorraine (y compris pour des interventions statutaires sapeurs-pompiers mais avec arrivée des appels sur les CRRRA 15).

## En moyenne plus de 5 000 SAP pour 100 000 habitants

INTERVENTIONS SAP PAR DÉPARTEMENT POUR 100 000 HABITANTS

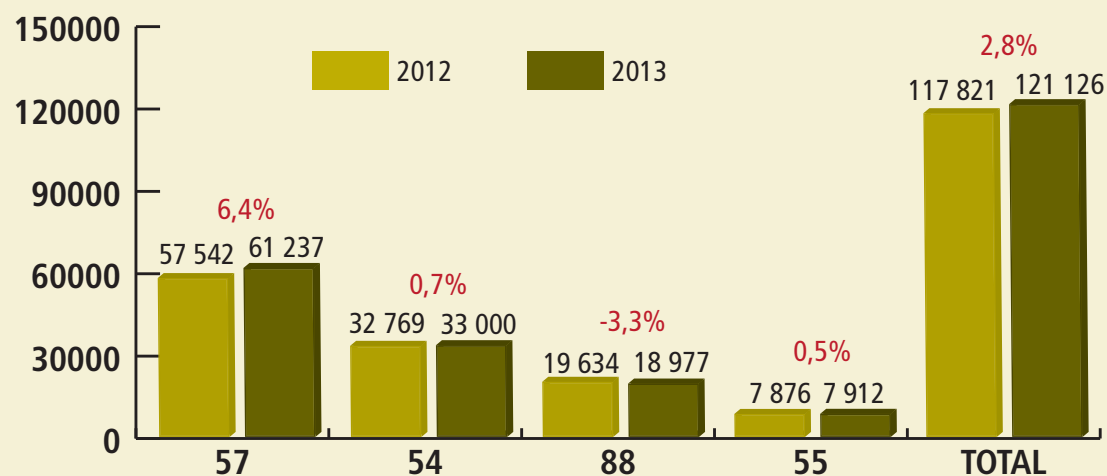


Les SDIS de Lorraine réalisent en moyenne régionale plus de 5 000 interventions SAP pour 100 000 habitants. Le département de la Meuse est en deçà de cette moyenne à l'inverse du département de la Moselle ; cette constatation pouvant avoir un lien avec la densité de population. Pour mémoire, le nombre de VSAV pour 100 000 habitants, déclenchés par les SAMU, est en moyenne régionale d'environ 1 750 (soit 35% des interventions SAP en faisant

l'approximation intervention SAP-VSAV). Par ailleurs, il ne semble pas exister de lien entre le nombre de SAP et le nombre de VSAV déclenchés par les SAMU ramenés à la population (à titre d'exemple, le SDIS 55 réalise peu de SAP pour 100 000 habitants mais le département est dans la moyenne régionale pour le nombre de VSAV déclenchés par les CRRRA 15, la constatation étant inverse pour le SDIS 57).

## Une forte augmentation du SAP en Moselle

EVOLUTION DES SAP 2012-2013



Près de 3% d'augmentation en 2013 essentiellement du fait de la Moselle.

L'évolution entre 2012-2013 est variable en fonction des départements avec une stabilisation des interventions pour le 54 et le 55, une majoration pour le 57 et, à l'inverse, une baisse

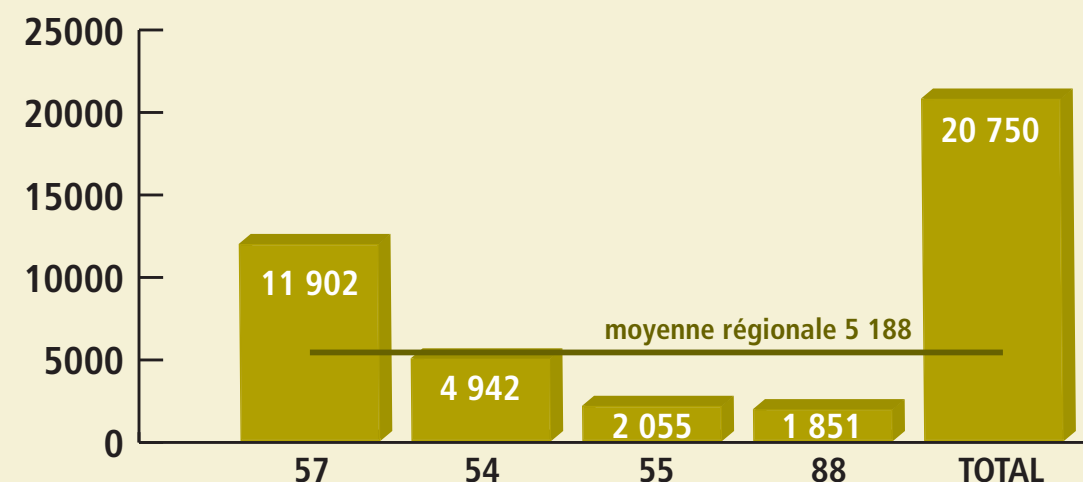
d'activité pour le 88. Au niveau régional, le SAP a progressé de 2,8% entre 2012 et 2013, ce qui représente plus de 3 000 interventions. Comme précédemment, il n'y a pas de corrélation entre cette évolution et celle du nombre des VSAV déclenchés par les SAMU entre 2012 et 2013.

## Plus de 20 000 interventions par carence

Une catégorie particulière de SAP est intéressante à individualiser, à savoir les missions dites par carence. L'intervention par carence est définie comme une mission relevant théoriquement des ambulanciers privés (transport sanitaire sans détresse vitale au départ d'un domicile par exemple) mais réalisée par les sapeurs-pompiers pour cause d'indisponibilité des ambulanciers.

A noter que les rôles respectifs des VSAV et des ambulances pour le transport des victimes et / ou patients ont été définis par un référentiel commun national, décliné secondairement au niveau régional (avec un consensus concernant certaines précisions terminologiques établi lors de nos réunions du conseil de coordination du Réseau Lorraine Urgences).

INTERVENTIONS PAR CARENCE



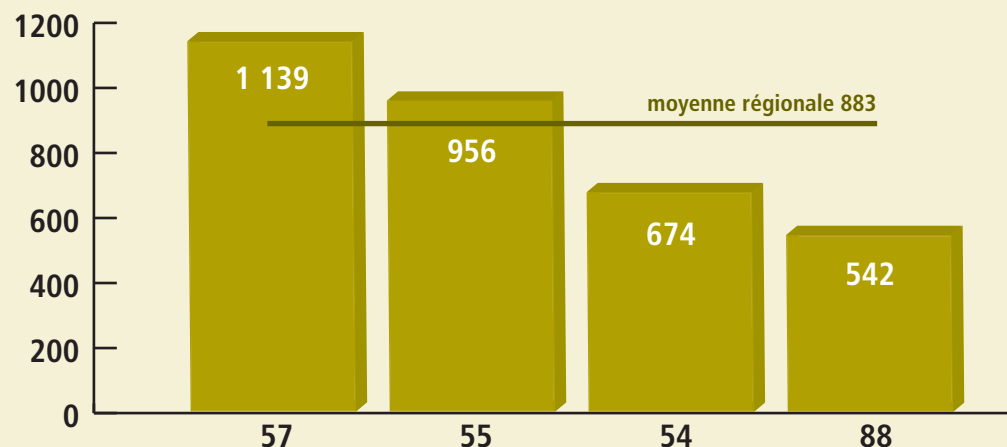
Plus de 20 000 interventions par carence effectuées par les quatre SDIS de Lorraine, soit plus de 50% des demandes adressées aux CODIS.

En 2013, les carences représentent donc 20 750 interventions, à mettre en parallèle avec les 38 000 VSAV déclenchés par les SAMU, ce qui signifie que plus de la moitié des interventions VSAV demandées par les SAMU correspondent à des carences (sous réserve de fiabilité des données SAMU). La comparaison entre le nombre de carences déclarées par les SDIS et le nombre de VSAV déclenchés sur demande

des SAMU est intéressante. Elle confirme le caractère douteux des chiffres du SAMU 57 (plus de carences que de VSAV demandés par le SAMU !!!) et le profil variable de chaque département en termes de recours et/ou de possibilité de recours aux différents vecteurs de transport. En effet, les carences représentent environ 2/3 des VSAV demandés par le SAMU 55, 1/3 pour le SAMU 54 et seulement 1/4 pour le SAMU 88. Une analyse plus fine serait intéressante si nous pouvions croiser ces données avec les motifs et lieux d'appel.

## Une moyenne de 900 interventions par carence pour 100 000 habitants

INTERVENTIONS PAR CARENCE POUR 100 000 HABITANTS

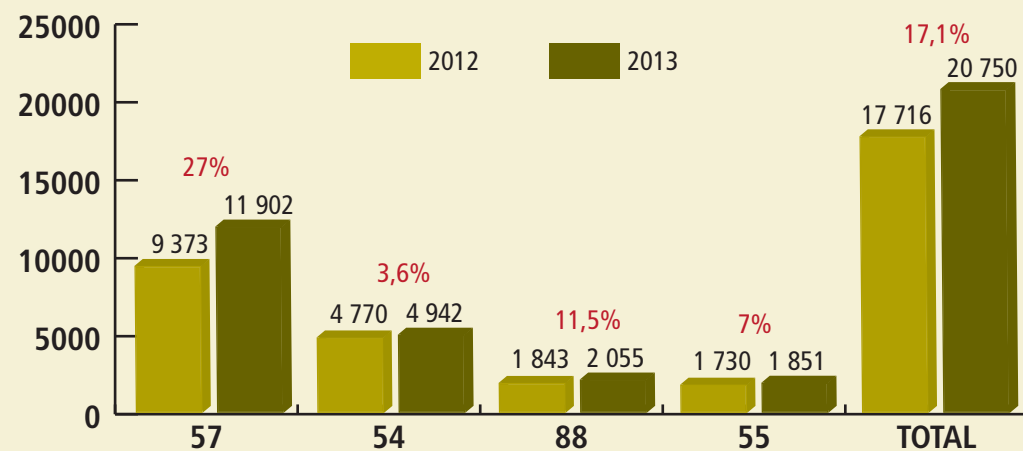


En moyenne régionale, les SDIS de Lorraine réalisent 900 interventions par carences pour 100 000 habitants mais avec des fluctuations non négligeables en fonction des départe-

ments. En effet, la Meuse et la Moselle sont légèrement au-dessus de la moyenne, à l'inverse de la Meurthe et Moselle et surtout des Vosges.

## Une augmentation des carences de plus de 17% en 2013

EVOLUTION DES CARENCES 2012-2013



En comparaison avec 2012, les carences ont augmenté de plus de 17% en un an. Cette augmentation concerne les quatre départe-

ments de Lorraine mais à des degrés divers (de +3,6% en Meurthe et Moselle à +27% en Moselle).

## Environ 400 interventions pour transfert

Toujours dans le cadre des SAP, nos partenaires sapeurs-pompiers sont amenés à effectuer parfois des transports secondaires. Pour la Meurthe et Moselle, les modalités de prise en compte de ces missions particulières sont précisées par la convention bipartite SAMU/SDIS :

« Il n'est pas dans les missions des sapeurs-pompiers de réaliser un transfert sanitaire secondaire médicalisé ou non médicalisé. Le transfert sanitaire secondaire se définit comme le transport d'un patient depuis un établissement de santé public ou privé vers un autre établissement de santé public ou privé.

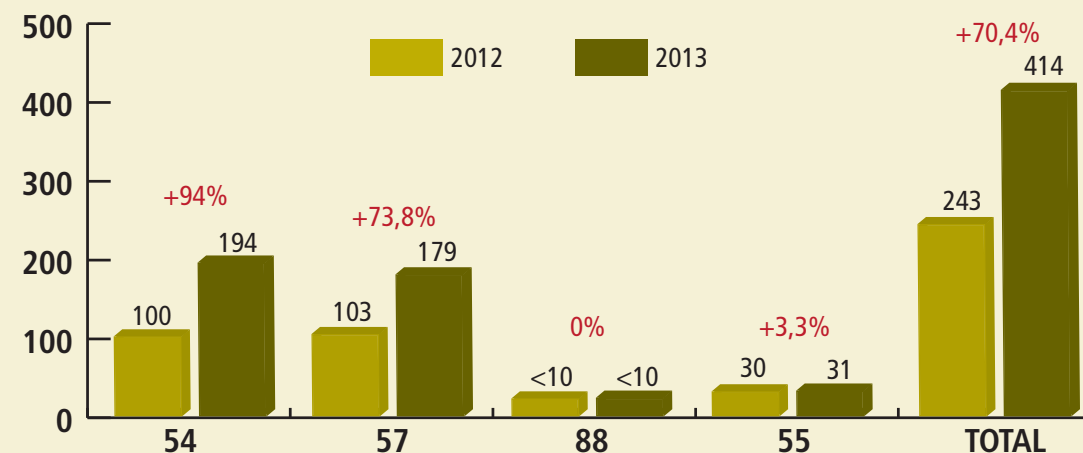
En situation exceptionnelle ne permettant aucun délai d'attente, eu égard à la pathologie présentée par le patient et du fait de la carence des ambulanciers privés obligatoirement sollicités en première intention, le SDIS accepte

d'engager un VSAV à la demande du médecin régulateur du CRRRA 15 pour effectuer le transfert secondaire. Le VSAV mis à disposition est armé d'un équipement réglementaire et muni de son équipement standard. Lorsque le transfert est médicalisé, le matériel médical, le médecin et le personnel soignant sont mis à disposition par l'établissement siège du SMUR de référence.

La durée de la mission s'entend du départ du véhicule du centre de secours jusqu'à sa remise en disponibilité déclarée par le chef d'agrès.

Cette prestation fait l'objet de l'émission d'un titre de facturation adressé à l'établissement siège du SMUR de référence. Cette facturation prend en compte la durée de la mission et s'effectue à la demi-heure, toute demi-heure entamée étant due »

INTERVENTIONS POUR TRANSFERTS 2012-2013



Même si ces transports secondaires ne représentent que peu d'interventions (environ 400 interventions par an en Lorraine) leur augmentation mérite d'être suivie car il ne s'agit

effectivement pas d'une mission dévolue à nos partenaires sapeurs-pompiers. De plus, l'impact opérationnel de ces interventions souvent très longues peut ne pas être négligeable.

## Les interventions demandées par les CRRRA 15

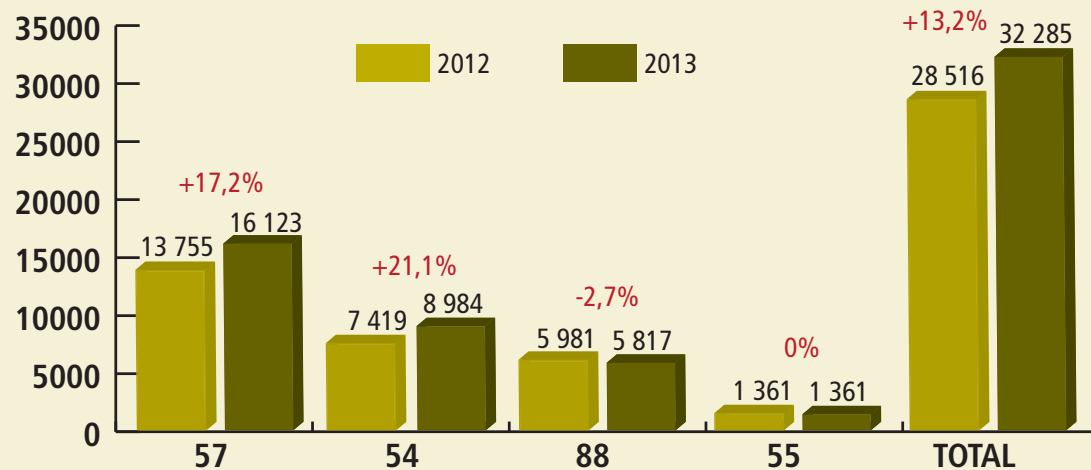
Il s'agit d'une notion a priori simple et pour laquelle les sources SDIS et SAMU devraient concorder mais les définitions ne sont pas du tout les mêmes. Les choix de définitions sont souvent liés à des contraintes opérationnelles et/ou de facturation. A titre d'exemple, quid des interventions pour missions statutaires sapeurs-pompiers demandées par le 15 suite à l'arrivée de l'appel sur ce numéro ? Quid des appels pour interventions non statutaires arrivant sur le CTA 18, transférés sur le CRRRA 15 car hors prompts secours puis après régulation donnant lieu à l'engagement d'un VSAV ?

Pour les SDIS, les interventions demandées par les CRRRA 15 concernent les interventions non statutaires demandées par les CRRRA 15 mais sans les carences ni les transferts. En effet, les missions statutaires, les carences et les transferts sont comptabilisés dans une autre rubrique.

Sous cette définition, les SDIS de Lorraine ont effectué plus de 32 000 interventions de ce type, en augmentation de 13% au niveau régional mais toujours avec des fluctuations importantes en fonction des départements.

## Plus de 32 000 interventions à la demande des CRRRA 15

INTERVENTIONS DEMANDÉES PAR LES CRRRA 15



En conclusion, les comparaisons entre les données SAMU et les données SDIS sont très difficiles mais il semble cependant qu'au niveau régional ces sollicitations se soient majorées

en 2013 par rapport à 2012. Par contre, les variations d'activité sont très différentes en fonction des départements.

sommaire

*Urgences à Mercy :*

*un renforcement du positionnement du CHR*

166

URGENCES

## Urgences à Mercy : un renforcement du positionnement du CHR

L'activité des urgences des établissements messins a légèrement augmenté en 2013 (+1,3%). Pourtant, pris séparément, seule l'activité du CHR augmente alors que celles de Claude Bernard et Legouest baissent. Le renforcement du positionnement du CHR s'explique principalement par le déménagement des urgences sur le site de Mercy. Ce transfert entraîne une redistribution des flux de patients entre les établissements messins. Le CHR récupère une partie de la patientèle domiciliée à l'Est de Metz ; Legouest et Claude Bernard accueillent davantage qu'auparavant des patients habitant le centre-ville, sans toutefois bouleverser totalement les tendances passées.

En 2013, le nombre d'admissions au sein des trois services d'urgence de l'agglomération messine est en hausse de 1,3% par rapport à 2012, avec plus de 90 000 passages, dont 52839 au CHR-Metz, 21961 au HIA Legouest et 15472 à l'Hôpital-Clinique Claude Bernard. Cette croissance globale modérée ne reflète pas les dynamiques propres des trois établissements, pris séparément. Seule l'activité d'accueil des urgences du CHR augmente significativement, avec 5,8% d'admissions de plus qu'en 2012. A l'inverse, les passages aux urgences à l'HIA Legouest et à l'Hôpital Clinique Claude Bernard enregistrent respectivement une baisse de -2% et -7,9%.

### Une hausse de l'activité portée par le CHR

Source : Orulor, 2012,2013

	Nombre d'admissions aux urgences		
	2012	2013	Variation 2013/2012
CHR Metz-Thionville - Metz	49950	52839	5,8%
HIA Legouest	22405	21961	-2,0%
Clinique Claude Bernard	16802	15472	-7,9%
<b>Total</b>	<b>89157</b>	<b>90272</b>	<b>1,3%</b>

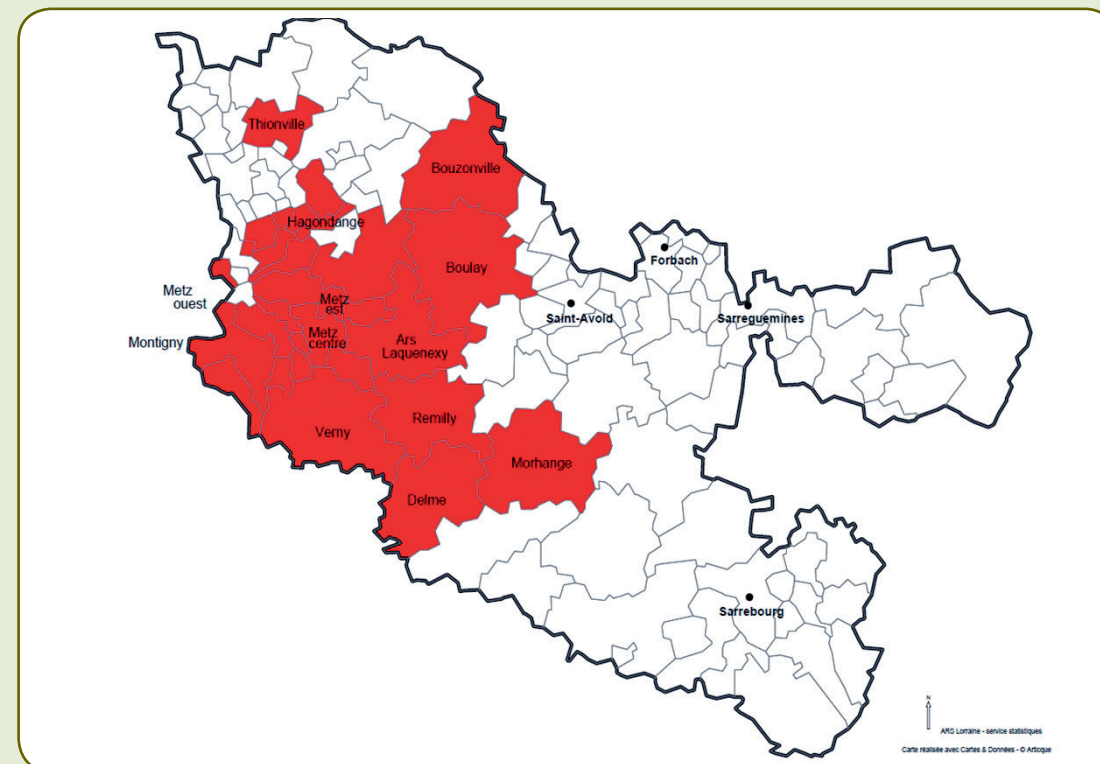
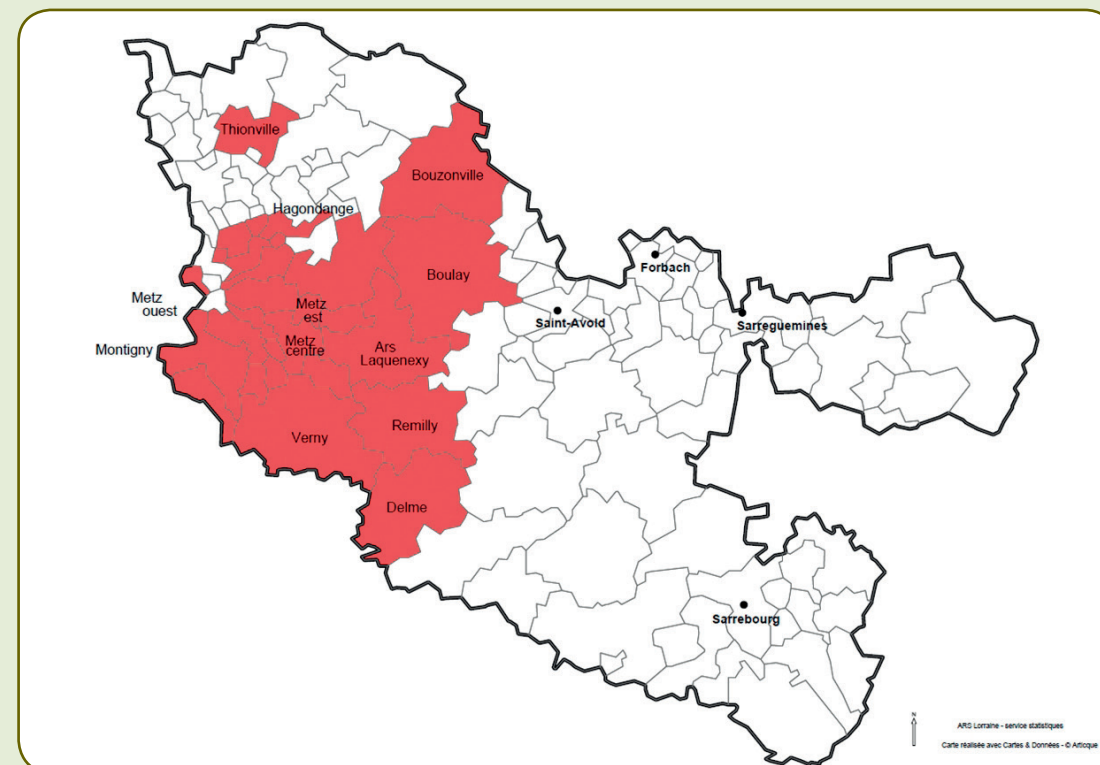
Le 26 septembre 2012, le service d'accueil des urgences du CHR, situé au centre-ville de Metz a été transféré dans le nouvel hôpital de Mercy,

sur la commune d'Ars-Laquenexy. Ce transfert explique en grande partie l'évolution de l'activité de ce service en 2013.

### Une zone de patientèle quasi-identique

Ce transfert des urgences n'a eu que peu d'impact sur la zone de patientèle des trois établissements messins. Les cartes ci-dessous montrent que 85% des personnes admises

aux urgences messines habitent dans la zone circonscrite, zone qui a peu évolué entre 2012 et 2013. Seule la zone de Morhange s'y ajoute.



## Une redistribution des flux entre établissements messins...

L'augmentation de l'activité d'urgence du CHR résulte en grande partie de la redistribution de la patientèle entre les 3 établissements mes-

sins. Cette redistribution se fait au détriment de Claude Bernard, et dans une moindre mesure de Legouest.

## Orientation des patients aux urgences messines : le CHR renforce son positionnement

Source : Orulor, 2012, 2013

	Répartition des admissions au sein des 3 SAU messins (en %)	
	2012	2013
CHR Metz-Thionville - Metz	56,0%	58,5%
HIA Legouest	25,1%	24,3%
Clinique Claude Bernard	18,8%	17,1%

En 2013, 58,5% des patients ayant été admis dans un SAU messin l'ont été au CHR de Mercy, en progression de 2,5 points par rapport à 2012. Moins d'un patient sur quatre (24,3%) a été admis à Legouest, contre 25,1% en 2012. Enfin, 17,1% des patients ont été admis à Claude Bernard, soit 1,7 points de moins qu'en 2012.

Dans la plupart des cas, l'adressage aux urgences répond à un principe de proximité, combiné à un accès facile. Le transfert des urgences du CHR sur le versant Est de l'agglomération, à proximité de la rocade, a permis au CHR de récupérer une partie de la patientèle domiciliée sur les communes de l'Est messin, et qui se rendait avant à Claude Bernard ou à Legouest. Ainsi, en 2012, 37% des patients domiciliés à Metz-Est (qui inclut les quartiers de Bellecroix, Borny et les communes de Vantoux, Vany et Chieulles) étaient admis aux urgences de Claude Bernard, plaçant cet établissement légèrement devant le CHR implanté à Bon Secours, et largement devant Legouest. En 2013, 44% des patients habitant cette zone ont été

admis aux urgences à Mercy, contre 31% seulement à Claude Bernard.

Les zones où l'activité d'urgence du CHR a le plus augmenté se trouvent à proximité du site de Mercy, notamment Ars-Laquenexy. Figure également la zone de Rémillly et environs : une fréquentation en hausse de plus de 40%, tandis que les entrées à Legouest et Claude Bernard ont évolué en sens inverse, quasiment dans les mêmes proportions.

L'implantation à Mercy ne fait pas uniquement de l'ombre aux établissements messins. Sur le secteur de Moselle-Est, Mercy se voit adresser une partie de la patientèle qui précédemment était orientée vers Saint Avold. C'est le cas des communes autour de Boulay et surtout de la zone géographique autour de Morhange. Même si le SAU de Saint-Avold reste le service d'accueil pour un patient sur deux, les envois vers le CHR ont été presque multipliés par 2,5 passant de 201 à 478. Ainsi, le territoire de Morhange entre dans la zone de patientèle des établissements messins.

Symétriquement, le CHR perd une partie de sa patientèle domiciliée à Metz-Centre ou sur le versant Ouest de la ville (Montigny-lès-Metz, Plappeville, etc.). Ainsi entre 2012 et 2013, le nombre de patients en provenance de Metz-Centre a baissé de près de 9%, et ceux habitant Montigny-lès-Metz de plus de 16%. En termes d'attractivité, la situation des deux autres établissements messins est parfaitement symétrique à celle du CHR : baisse des admissions domiciliées sur le versant Est de Metz, et augmentation des passages en pro-

venance du centre-ville et de la partie Ouest. Ici encore, le principe de proximité domine.

... mais les tendances lourdes demeurent.

L'implantation du CHR à Mercy n'a toutefois pas totalement modifié la configuration des urgences messines. Ainsi, pour la clinique Claude Bernard, les habitants de Metz-Est restent la principale patientèle, représentant près d'une admission sur trois. De même que pour le CHR, plus d'un patient sur cinq admis aux urgences habite Metz-Centre.



## Sommaire

Surveillance épidémiologique

173

URGENCES

**Mme Christine MEFFRE**  
Épidémiologiste  
Responsable de la CIRE Lorraine-Alsace

Dans le cadre des missions confiées à l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) par la loi de 1998, j'aimerais tenter de répondre à la question suivante : « Qu'est-ce qu'un ORU peut apporter aux missions de veille et d'alerte sanitaire ? »

**Les données des services d'urgences apportent une complémentarité aux systèmes de surveillance existants**

L'histoire commence par un constat d'échec. En août 2003, la canicule fait plusieurs milliers de morts et les autorités sanitaires dans leur ensemble, sont incapables de comprendre la situation en temps réel. Le mois suivant, le ministre demandait à l'InVS la création d'un système d'information à partir des données des services d'urgences hospitaliers. Le réseau OSCOUR® (organisation de la surveillance coordonnée des urgences) était né, avec 3 objectifs :

- Permettre une veille sanitaire en temps quasi réel
  - En lien avec les professionnels de santé de l'urgence
  - Permettant de documenter l'impact de situations diversifiées (environnementales, infectieuses, accidentelles...).
- Le choix de s'appuyer sur les structures d'urgences hospitalières a été motivé par leur répartition sur tout le territoire, une informatisation métier en développement avec la possibilité d'obtenir rapidement des données structurées pour la surveillance épidémiologique et leur rôle d'observatoire réactif et permanent de la santé de

la population (40 000 passages par jour sur le territoire, Drees 2006). Ceci était conforté par la mesure 15 du plan urgences « connecter les urgences à la veille sanitaire ». La Lorraine fait partie des toutes premières régions à avoir 100% des structures d'urgences affiliées à OSCOUR® grâce au dynamisme des professionnels de l'urgence. Actuellement, les données sont principalement analysées pour rendre compte des tendances épidémiologiques régionales des situations attendues (surveillance de la grippe, bronchiolite, gastro-entérites, insuffisance respiratoire aiguë, effets en lien avec la chaleur, allergies...). Mais il existe de nombreuses situations (tableau ci-dessous) où les données des urgences ont permis de mesurer l'impact sanitaire. On voit ainsi très bien l'enrichissement de l'alerte et de la veille sanitaire par *les données des services d'urgences*. Celles-ci *apportent une complémentarité aux systèmes de surveillance existants* (ex.: critères de gravité pour la rougeole, vision « multi-sources » de la situation pour la grippe...). Elles apportent également des informations à la fois au plan national et au plan régional en documentant une situation à une échelle fine, pour des événements dont la survenue et la dynamique varient selon les régions (ex.: intoxications aux champignons, post-accidents, événement climatique spécifique...). Au sein d'un ORU, l'alliance entre la connaissance des données d'activité des services d'urgence et celle de la dynamique des épidémies peut conduire à des prévisions d'anticipation de pics d'activité afin d'assurer la prise en charge optimale des patients et permettre aux professionnels des urgences d'assurer leurs missions en toute efficacité.

Situations	Infectieuses	Climatiques	Diverses
<b>Inhabituelles/ Exceptionnelles</b>	Chikungunya (OI 2006) Pandémie (2009) Dengue (Antilles 2010) Rougeole (2011) GEA Lac (Bordeaux 2012)	Canicule (2006) Pics d'asthme (IdF 2006) Tempêtes (2009-10, OI 13) Vagues de froid (2009-12) Inondations (Var 2010) Verglas (Sens 2011)	Lait mélaminé (2008) Overdoses (IdF 2009) Addicent industriel (Dunkerque 2009, Rouen 2013) Volcan islandais (2010) Pics mortalité (2006-09-12)
<b>Habituelles/ Attendues</b>	Grippe Gastro-entérite Bronchiolite Méningites virales	Pathologies liées à la chaleur et au froid	Allergies Intox champignons Rassemblements (Rugby 2007, G8 2011, JO 2012, Evangélique annuel Nord) Tentative de suicide

### Surveillance épidémiologique

Dans le cadre des missions de l'InVS, la surveillance épidémiologique est réalisée par la CIRE Lorraine-Alsace pour la région Lorraine. Les données utilisées sont celles transmises par ORULOR à l'InVS dans le cadre du réseau OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences). Ce réseau de surveillance épidémiologique réunit 23 structures d'urgence hospitalière informatisées et volontaires. Dans le cadre de ce réseau, une collecte quotidienne des informations présentes dans les résumés de passage aux urgences (RPU) est réalisée de façon automatisée. L'analyse des informations collectées permet à l'InVS, au niveau national et régional, de suivre et d'évaluer

l'impact sur la santé de la population, d'événements connus et attendus (épidémies saisonnières) ou inattendus (catastrophe industrielles, phénomène climatique extrême,...) mais également de détecter de nouvelles menaces pour la santé publique (d'origine infectieuse ou environnementale, naturelle ou malveillante). Ces analyses font l'objet de rétro-informations nationales et régionales. Le réseau OSCOUR® s'inscrit dans un dispositif de surveillance plus vaste : le dispositif SurSaUD® (Surveillance Sanitaire des Urgences et des Décès) qui englobe de surcroît, les associations de médecins urgentistes de ville (SOS Médecins), les données de mortalité

issues des services informatisés d'État-Civil (Insee) ainsi que les causes médicales de mortalité (CépiDC, Inserm). Par ailleurs, pour des situations spécifiques (surveillance de la grippe par exemple), l'analyse des données de SurSaUD® est mise en correspondance avec celles provenant d'autres systèmes de surveillance (GROG et surveillance des cas graves hospitalisés en services de réanimation pour la grippe). Le présent rapport ne traite que de l'activité de l'ORULOR, seule l'analyse des données issues du réseau OSCOUR® et ayant fait l'objet d'une rétro-information par le biais d'un bulletin bi-mensuel « Point Épidémiologique » diffusé par la CIRE sont présentées ici.

### Pathologies hivernales, saison 2012-2013

Durant la période hivernale, la CIRE Lorraine-Alsace suit en routine trois pathologies : la grippe, la bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans et les gastro-entérites.

#### LA GRIPPE ET LES SYNDROMES GRIPPAUX

Lors de la saison hivernale 2012-2013, une première augmentation du nombre de diagnostics de grippe posés dans les structures d'urgences de Lorraine a été observée en semaine 52 (du 24 au 30 décembre 2012), suivie d'une diminution au cours des deux premières semaines de l'année 2013, puis d'une deuxième augmentation à partir de la mi-janvier 2013 (semaine 3

et 4) (figure a). Le pic d'activité a été atteint en semaine 7 (du 11 au 17 février 2013) et la tendance s'est ensuite inversée avec une forte diminution du nombre de diagnostics. La fin de l'activité liée à la grippe est observée à partir de la semaine 12 (du 18 au 24 mars 2013). En conséquence, l'activité liée à la grippe et aux syndromes grippaux a fortement impacté les

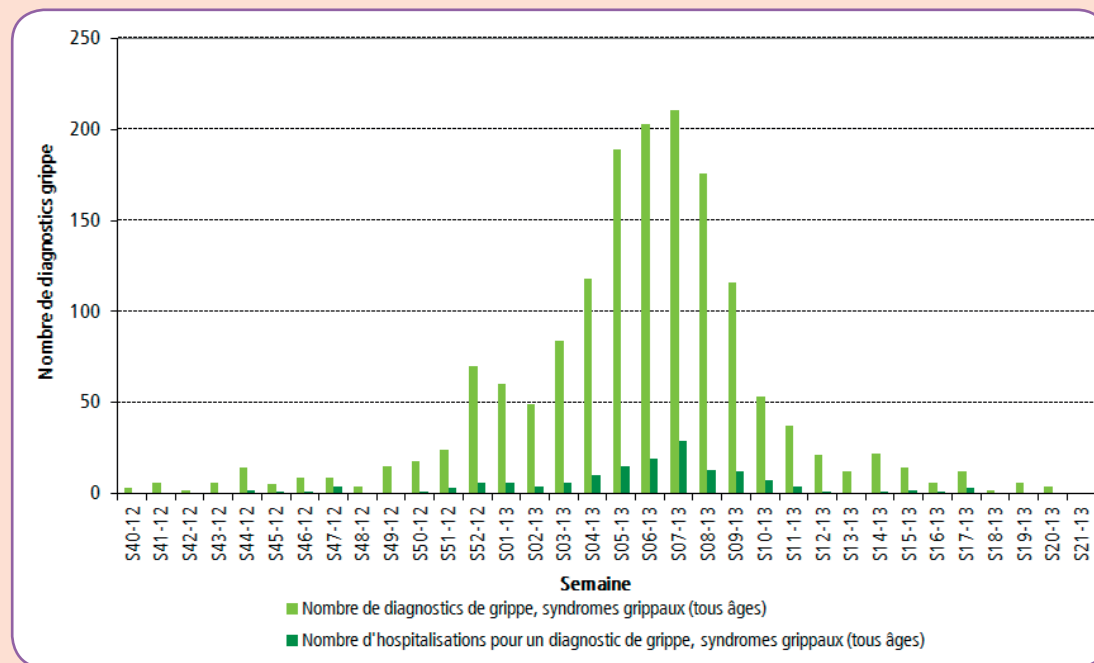


structures d'urgences de la région pendant environ 12 semaines.

La deuxième augmentation observée à la mi-janvier 2013 est plus marquée que la première et correspond la période déclarée d'épidémie de la grippe. La hausse du nombre de diagnostics observée durant la période de Noël

2012 est plus probablement liée au surcroît d'activité souvent observé durant la période des fêtes de fin d'année (les cabinets de médecine de ville étant fermés à cette période). Au cours de la saison hivernale 2012-2013, la proportion d'hospitalisation après passage aux urgences a été de 13,8 % au plus fort de l'activité (semaine 07).

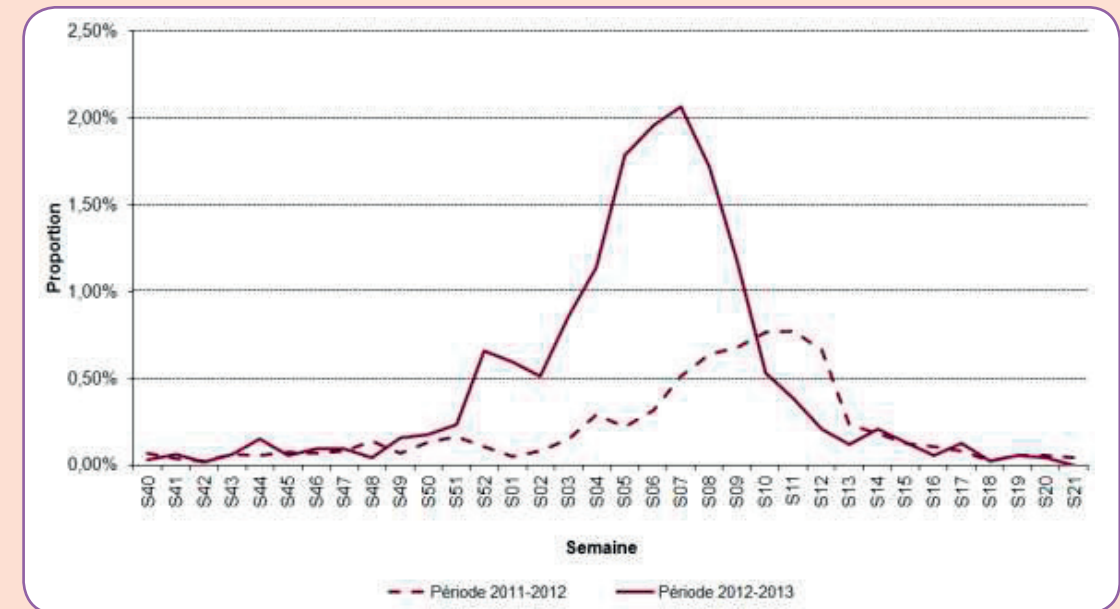
Figure a. Nombre hebdomadaire de diagnostics et d'hospitalisation pour grippe (tous âges) dans les structures d'urgences de Lorraine participant au réseau OSCOUR® entre les semaines 40-2012 et 21-2013



Par rapport à la saison hivernale précédente (2011-2012), l'impact de l'épidémie de grippe 2012-2013 a plus que doublé (figure b). Au plus fort de l'activité liée à la grippe en semaine 7, celle-ci a représenté 2 % du total de l'activité des structures d'urgence pendant la saison 2012-2013 contre 0,8 % au cours de la saison

2011-2012. De plus, en 2012-2013, l'augmentation d'activité liée à la grippe a eu lieu dans la période habituelle pour cette pathologie (janvier, février) tandis qu'en 2011-2012, cette augmentation était observée assez tardivement (fin février).

Figure b. Proportion du nombre hebdomadaire de diagnostics de grippe (tous âges) parmi le total des diagnostics dans les structures d'urgences de Lorraine participant au réseau OSCOUR® pour les saisons hivernales 2011-2012 et 2012-2013

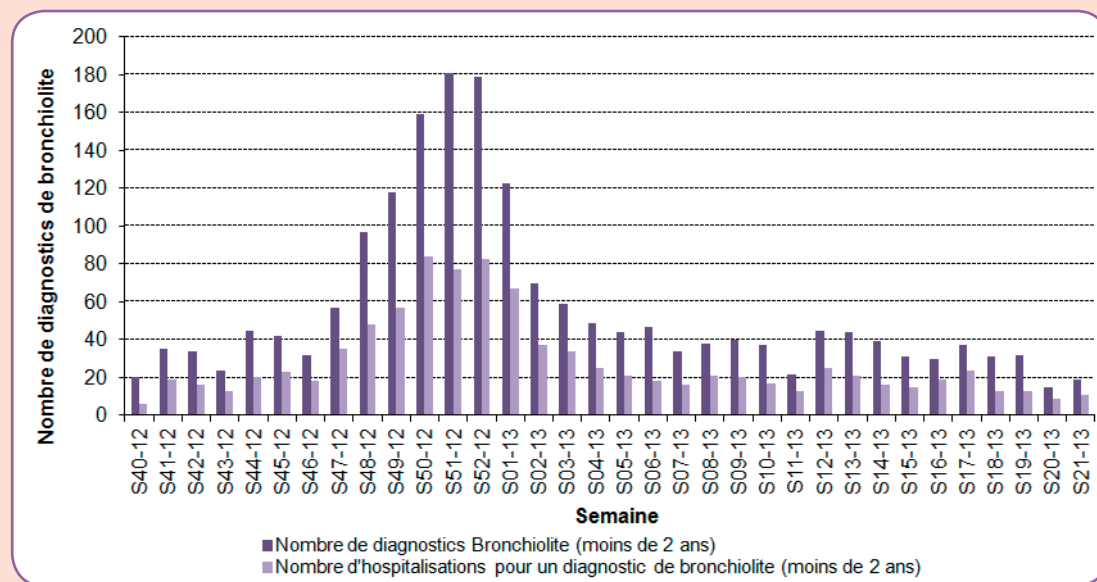


LA BRONCHIOLITE

Lors de la saison hivernale 2012-2013, une nette augmentation du nombre de diagnostics de bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans a été observée à partir de la semaine 47 (du 26 novembre au 2 décembre 2012) (figure c). Le pic d'activité lié à la bronchiolite a été atteint en semaines 51 et 52 (du 17 au 31 décembre 2012) dans les structures d'urgence de Lorraine. La baisse d'activité liée à cette pathologie

a ensuite été progressive jusqu'à la semaine 4 (du 21 au 27 janvier 2013). Un bruit de fond à environ 40 diagnostics hebdomadaires s'est ensuite maintenu pendant les mois de février, mars et avril. Pour cette pathologie, la part des enfants hospitalisés après passage dans une structure d'urgence est importante avec, en moyenne, une hospitalisation pour un enfant sur deux.

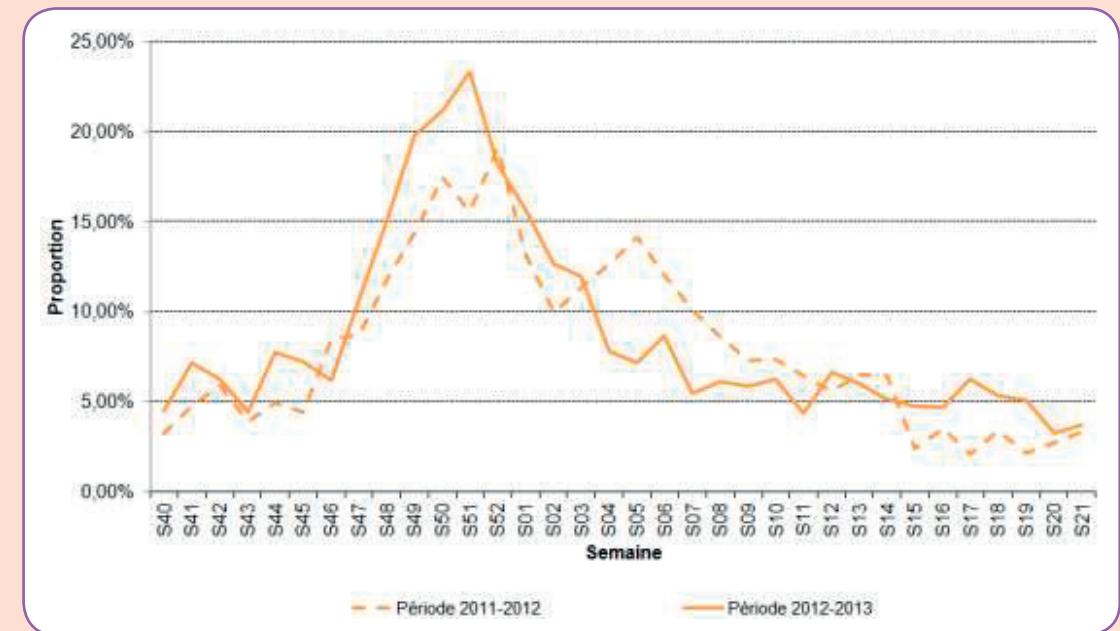
Figure c. Nombre hebdomadaire de diagnostics et d'hospitalisation pour bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans dans les structures d'urgence de Lorraine participant au réseau OSCOUR® entre les semaines 40-2012 et 21-2013



D'après la figure d, la dynamique de l'activité liée à la bronchiolite a été similaire durant les saisons hivernales 2011-2012 et 2012-2013. Le pic d'activité a été cependant un peu plus élevé en 2012-2013, avec environ 23 % de l'activi-

té pour les enfants de moins de deux ans due à cette pathologie en semaine 51. A l'inverse, l'activité liée à la bronchiolite est redescendue plus rapidement en 2012-2013 qu'en 2011-2012.

Figure d. Proportion du nombre hebdomadaire de diagnostics de bronchiolite parmi le total des diagnostics posés chez les moins de 2 ans dans les structures d'urgences de Lorraine participant au réseau OSCOUR® pour les saisons hivernales 2011-2012 et 2012-2013

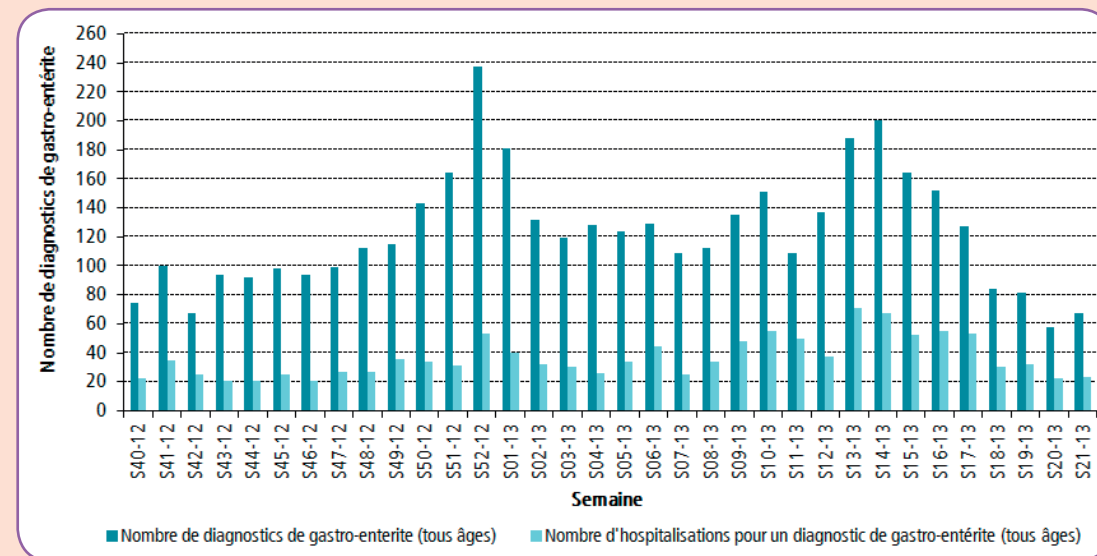


### LES GASTRO-ENTÉRITES

Au cours de l'hiver 2012-2013, deux pics du nombre de diagnostics de gastro-entérites ont été observés (figure e) : le premier, la semaine de Noël (semaine 52) avec presque 240 diagnostics enregistrés et le deuxième, la première semaine d'avril (semaine 14) avec 200 passages pour gastro-entérite. De décembre 2012 à fin avril 2013, un diagnostic de gas-

tro-entérite était posé pour au moins 100 patients consultant les structures d'urgences de Lorraine chaque semaine. Ce nombre est supérieur à ce qui est observé le reste de l'année (entre 40 et 90). Selon les semaines, 18 à 46 % des patients avec une gastro-entérite ont été hospitalisés après passage aux urgences.

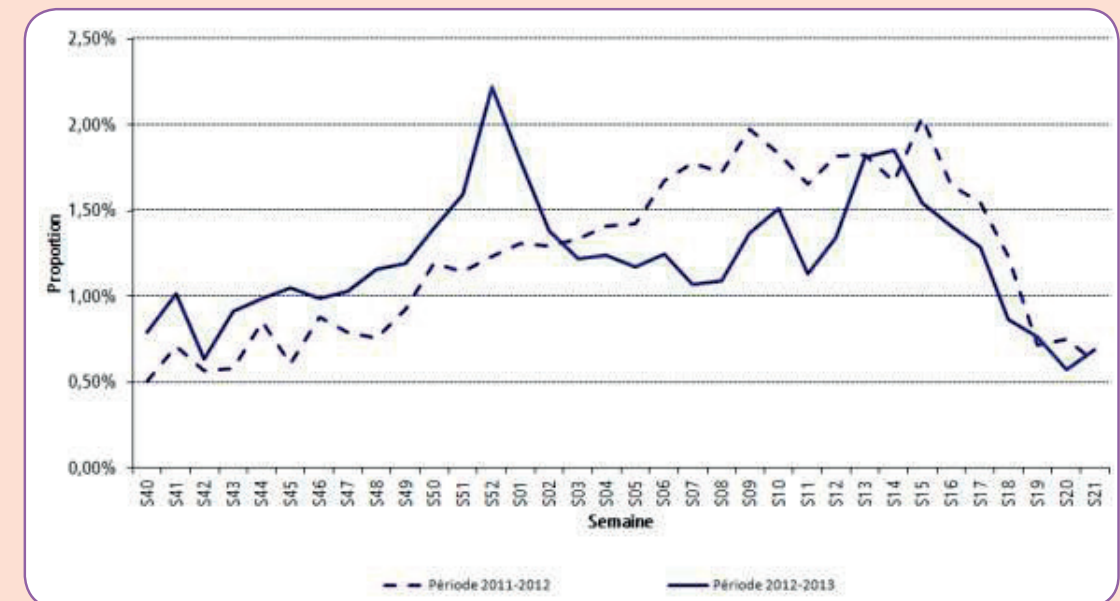
Figure e. Nombre hebdomadaire de diagnostics et d'hospitalisation pour gastro-entérite (tous âges) dans les structures d'urgences de Lorraine participant au réseau OSCOUR® entre les semaines 40-2012 et 21-2013



La même dynamique est observée concernant la proportion des diagnostics de gastro-entérite parmi le total des diagnostics des SU de Lorraine pendant la saison hivernale 2012-2013 (figure f). Deux pic sont à noter : l'un en semaine 52 (2,2 % de l'activité totale) et l'autre

en semaine 13-14 (1,8 % de l'activité totale). Par rapport à la saison hivernale 2011-2012, l'activité liée à la gastro-entérite a commencé plus tôt de façon plus marquée mais a été plus faible sur les mois de février et mars (semaine 4 à 12 environ).

Figure f. Proportion du nombre hebdomadaire de diagnostics de gastro-entérites (tous âges) parmi le total des diagnostics dans les structures d'urgences de Lorraine participant au réseau OSCOUR® pour les saisons hivernales 2011-2012 et 2012-2013



## Pathologies printanières et estivales en 2013

### L'ASTHME

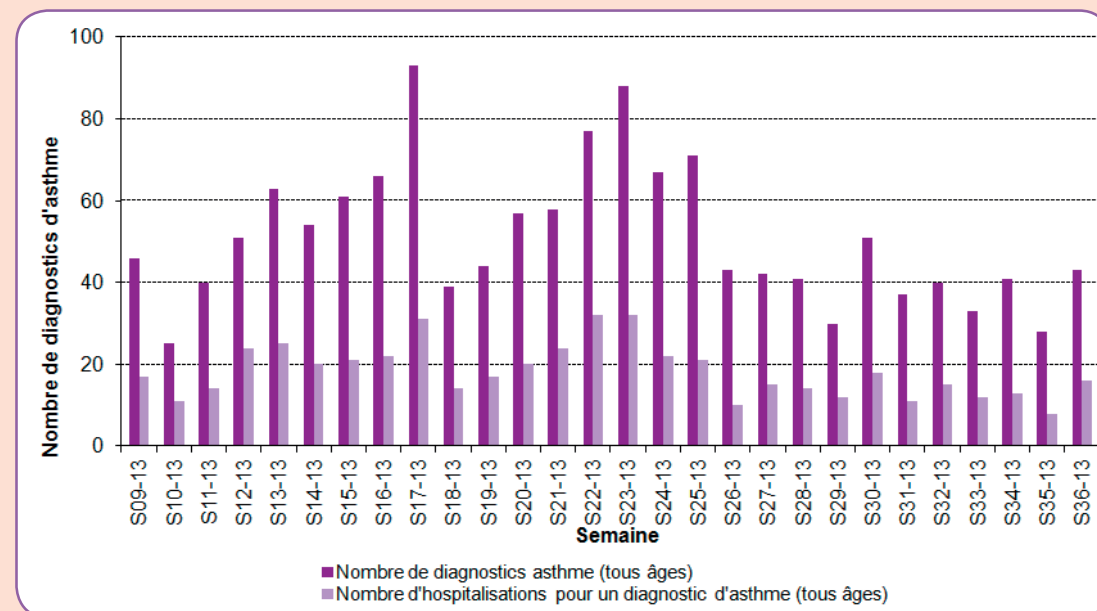
Pendant la période du 25 février au 8 septembre 2013, le nombre de diagnostics hebdomadaires d'asthme a fluctué entre 25 et 93 par semaine. Les semaines avec des pics de diagnostics d'asthme ont été :

- la semaine 17 (du 22 au 27 avril) avec 93 diagnostics ;

- la semaine 22 (du 27 mai au 2 juin) avec 77 diagnostics ;
- la semaine 23 (du 3 au 9 juin) avec 88 diagnostics.

En moyenne, 36% des patients (plus d'un sur trois) avec un diagnostic d'asthme ont été hospitalisés après passage aux urgences.

Figure g. Nombre hebdomadaire de diagnostics d'asthme (tous âges) dans les structures d'urgences de Lorraine participant au réseau OSCOUR® entre les semaines 9-2013 et 36-2013

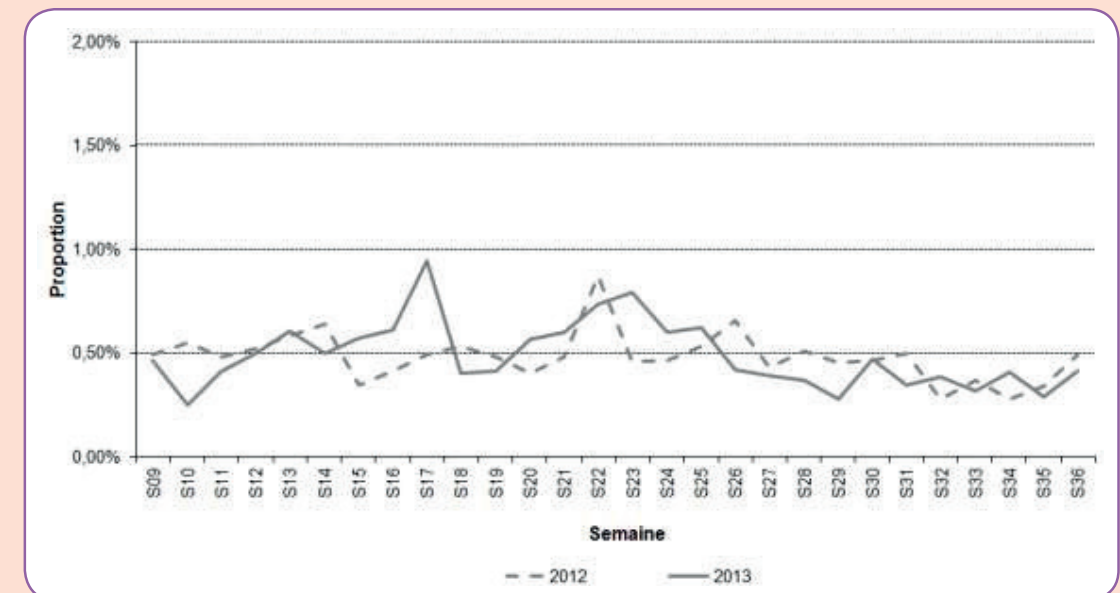


La proportion de diagnostics d'asthme parmi le total des diagnostics est restée inférieure à 1 % pendant la période du 25 février au 8 sep-

tembre 2013 (figure h).

Elle est restée assez proche de celle observée en 2012.

Figure h. Proportion du nombre hebdomadaire de diagnostics d'asthme (tous âges) parmi le total des diagnostics dans les structures d'urgences de Lorraine participant au réseau OSCOUR® pour la semaine 9 à la semaine 36 en 2012 et en 2013

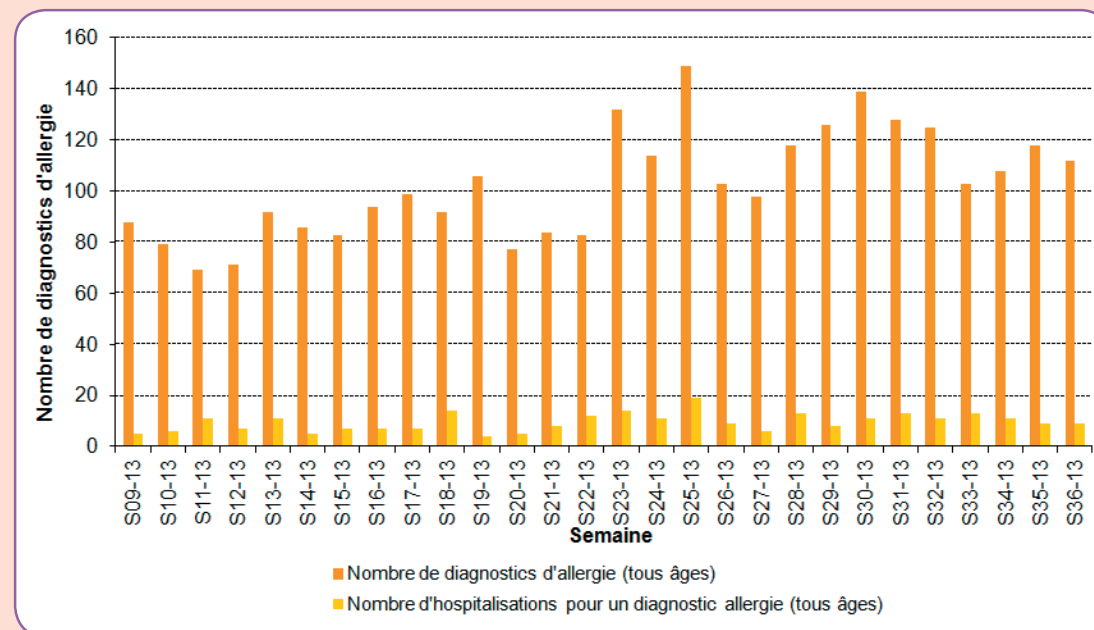


**LES ALLERGIES**

Pendant la période du 25 février au 8 septembre 2013, le nombre de diagnostics hebdomadaires d'allergie a fluctué entre 69 et 149 par semaine (figure i). Les pics hebdomadaires de diagnostics d'allergie (entre 120 et 150 diagnostics par semaine) ont été observés en semaine 23 (du

3 au 9 juin), semaine 25 (du 17 au 23 juin), et des semaines 29 à 32 (du 15 juillet au 11 août). Pour ces pathologies, le nombre d'hospitalisation reste faible et représente, en moyenne, 9 % des patients avec un diagnostic d'allergie.

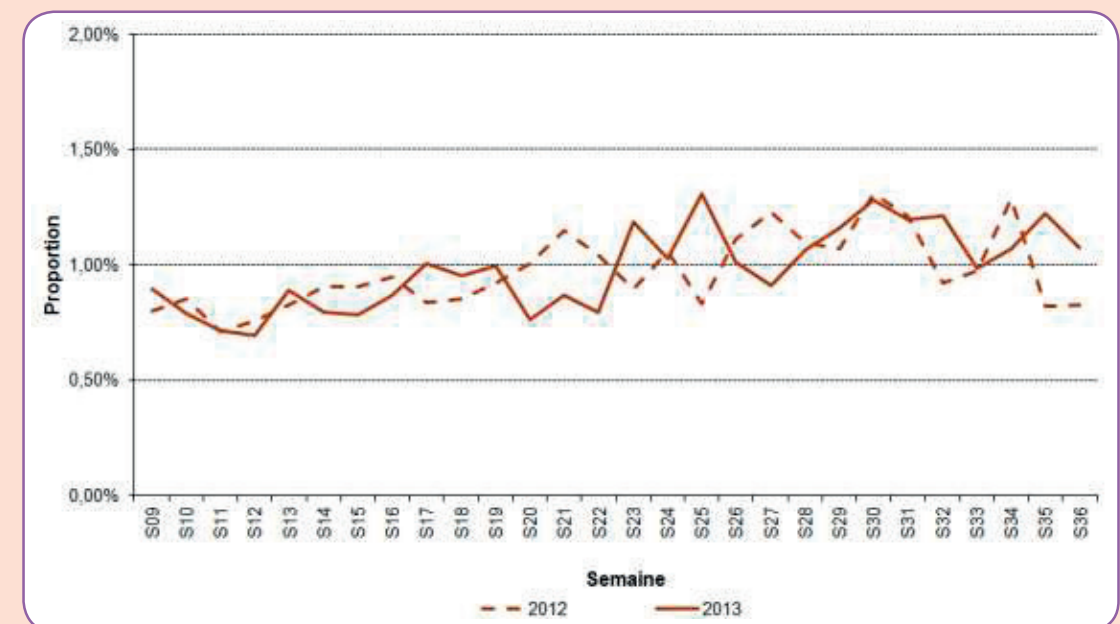
Figure i. Nombre hebdomadaire de diagnostics d'allergie (tous âges) dans les structures d'urgences de Lorraine participant au réseau OSCOUR® entre les semaines 9-2013 et 36-2013



La proportion de diagnostics d'allergie parmi le total des diagnostics est restée inférieure à 1,5 % pendant la période du 25 février au 8 sep-

tembre 2013 (figure j). Les fluctuations observées en 2013 sont similaires à celles observées en 2012.

Figure j. Proportion du nombre hebdomadaire de diagnostics d'asthme (tous âges) parmi le total des diagnostics dans les structures d'urgences de Lorraine participant au réseau OSCOUR® pour la semaine 9 à la semaine 36 en 2012 et en 2013



### LES PATHOLOGIES LIÉES À LA CHALEUR

Les pathologies liées à la chaleur définies dans le cadre du Système d'Alerte Canicule et Santé (SACS) sont : l'hyponatremie, la déshydratation, ainsi que les hyperthermies et coups de chaleur. Le SACS est mis en place en Lorraine tous les étés du 1er Juin au 31 Août dans le cadre du Plan National Canicule. Il implique le suivi de plusieurs indicateurs sanitaires, dont les pathologies liées à la chaleur, au niveau départemental et régional ainsi qu'à l'échelle de la France métropolitaine.

Au cours de l'été 2013, la France métropolitaine a connu quatre épisodes notables de fortes chaleurs, un épisode long de neuf jours et trois de quelques jours :

- Un très bref épisode mi-juin très localisé (Alsace, Franche-Comté) avec, sur une seule journée du 17 juin, une atteinte des seuils d'alerte des IBM observés pour le Bas-Rhin et le Territoire-de-Belfort;
- Un épisode plus long et plus intense entre le 20 et le 28 juillet avec deux départements placés par Météo-France en vigilance orange canicule du 25 au 28 juillet et au total, 39 départements placés en vigilance jaune canicule principalement situés du sud-ouest au nord-est du territoire métropolitain. A partir

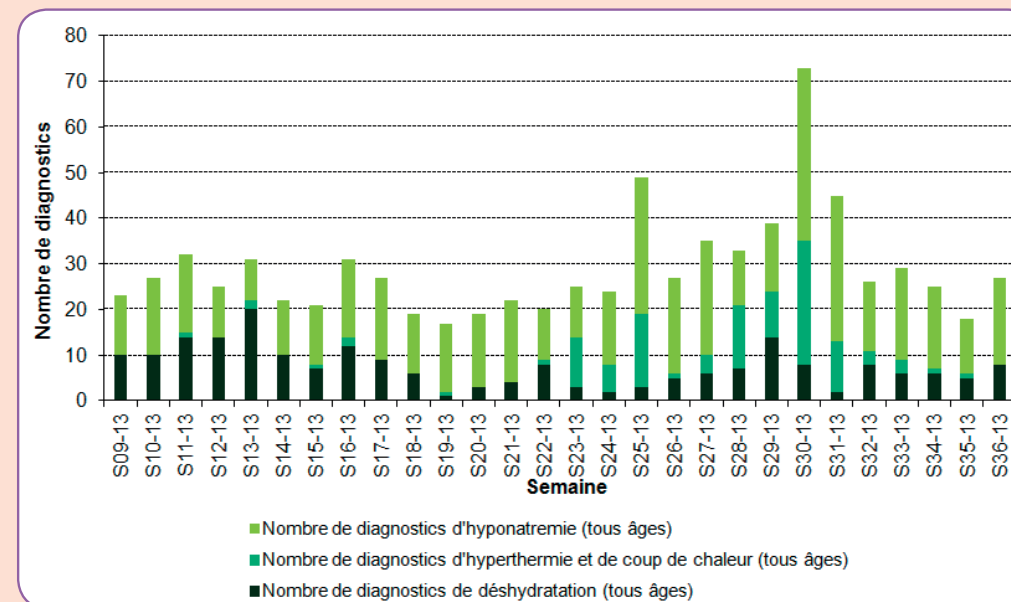
des températures observées, 16 départements ont atteint les seuils d'alerte IBM sur une durée de un à trois jours;

- Un bref épisode du 31 juillet au 3 août avec au total 50 départements placés en vigilance jaune canicule principalement situés du sud-ouest au nord-ouest du territoire métropolitain. A partir des températures observées, seul un département a atteint les seuils d'alerte IBM durant un jour,
- Un bref épisode les 6 et 7 août avec un passage en vigilance jaune canicule des deux départements Corse sans atteinte des seuils d'alerte IBM.

D'après les données de Météo-France, la Lorraine a été touchée par les deux épisodes du mois de juillet.

D'après les données des services d'accueil aux urgences (SAU) de Lorraine, une augmentation du nombre hebdomadaire de passages pour diagnostic de pathologies pouvant être liées à la chaleur a été observée en semaine 25 (du 17 au 23 juin) concernant principalement le département de Moselle et une population d'adulte (figure k). Une nouvelle augmentation a ensuite été observée en semaine 30 (du 22 au 28 juillet) impliquant, là-aussi, majoritairement les SAU de Moselle.

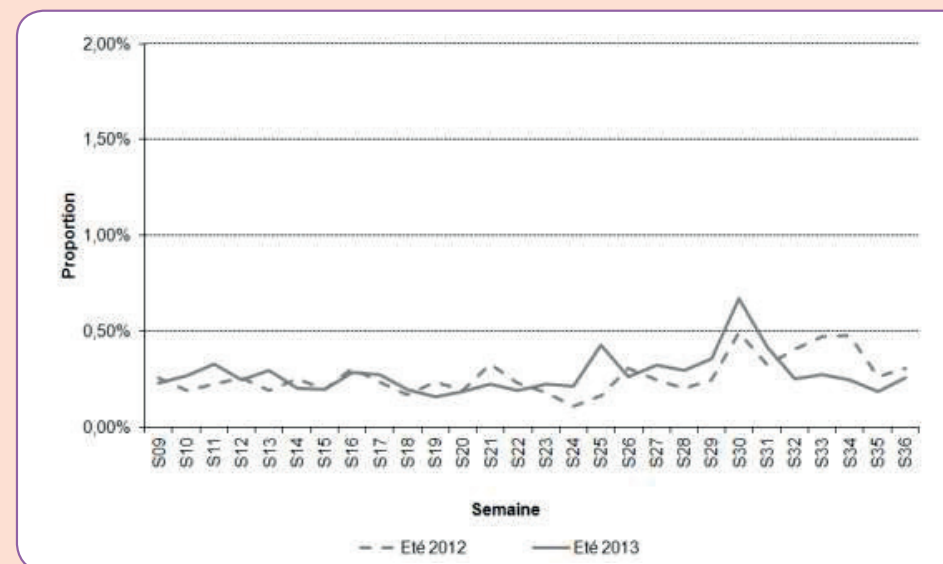
Figure k. Nombre hebdomadaire de passages pour causes liées à la chaleur dans les structures d'urgences de Lorraine participant au réseau OSCOUR® entre les semaines 9-2013 et 36-2013



La proportion de diagnostics de pathologies pouvant être liées à la chaleur parmi le total des diagnostics est restée inférieure à 0,5 %

pendant la période de surveillance sauf en semaine 30 où ces pathologies ont représentées 0,7 % du total des diagnostics (figure i).

Figure i. Proportion du nombre hebdomadaire de passages pour causes liées à la chaleur parmi le total des diagnostics posés dans les structures d'urgences de Lorraine participant au réseau OSCOUR® pour la semaine 9 à la semaine 36 en 2012 et en 2013



**Dr Bruno Maire**  
Médecin urgentiste - CH de Verdun  
Coordonnateur du Réseau Lorraine Urgences  
Vice-Président de la FEDORU



Le rapport 2013 de notre observatoire régional des urgences paraît début 2015. Cette parution tardive est liée aux modalités même de production du rapport ainsi qu'à un certain nombre d'événements contextuels rendant difficile la « stabilisation » de notre base de données.

La perspective opérationnelle prioritaire est la mise en place d'un dispositif régional hôpital en tension

En effet, certaines structures d'urgence de Lorraine (services d'accueil des urgences mais aussi SAMU) ont changé de logiciel passant par exemple, pour deux SU, d'un logiciel « spécifique » à un logiciel « générique ». Ces changements ont donné lieu à de longues interruptions de flux par défauts de capacités d'extraction, et ce, malgré la mise en place d'une charte qualité sensée éviter ces désagréments ! Pour autant, les ajustements réalisés devraient nous permettre d'être à l'avenir davantage réactifs et il s'agit bien là d'un de nos objectifs.

En ce qui concerne les autres objectifs et perspectives, elles s'inscrivent dans une logique opérationnelle, mais aussi de collaboration inter ORU via la FEDORU.

*La perspective opérationnelle prioritaire est la mise en place (actuellement en cours) d'un dispositif régional HET (hôpital en tension) avec des indicateurs d'amont des urgences en provenance des SAMU, des indicateurs des urgences issus des RPU, mais aussi des indicateurs d'aval correspondant aux disponi-*

bilités de lits via le ROR. Ce dispositif doit comprendre deux éléments clés à savoir, un outil automatique d'extraction et de reporting d'indicateurs, et un outil décisionnel impliquant toute la chaîne des intervenants allant des urgentistes producteurs de données à l'ARS en passant bien sûr par les directions des établissements.

Il s'agit là de compléter une analyse statique indispensable par une analyse dynamique opérationnelle et accessoirement génératrice d'usages.

Concernant la collaboration inter ORU via la FEDORU, ORULOR participe activement à l'instar de plusieurs ORU à cette fédération qui a produit plusieurs recommandations relatives à la création d'un ORU, la collecte et l'usage des RPU, l'évolution du RPU (RPU V3) mais aussi à « l'hôpital en tension ». Les futurs travaux porteront entre autres sur une trame commune de rapport, une réflexion sur un RPU SAMU et SMUR ou sur des analyses communes à propos d'activités spécifiques des urgences.

Au total, tout en continuant à optimiser la collecte des données, ce qui est un travail permanent, nous allons compléter notre analyse statique par cette approche dynamique indispensable à un dispositif HET et par ailleurs, poursuivre notre participation active aux travaux de la FEDORU.



## Sommaire

<b>Annexes</b>	189
Comité Régional ORULOR	190
Données collectées, produites et remontées dans la base d'ORULOR	193
Charte qualité	195
Modalités d'accès à ORULOR	196
Méthodes et règles de calcul	197
Nomenclatures	198
Glossaire et définitions	201
Notes méthodologiques	204

URGENCES



## Comité Régional ORULOR

### Ses Membres

L'Agence Régionale de Santé de Lorraine

L'institut de veille sanitaire (InVS)  
représenté par la Cellule de l'InVS en région (CIRE  
Lorraine-Alsace)

Le Réseau Lorraine Urgences

La Fédération Hospitalière de France (FHF)

La Fédération des Etablissements Hospitaliers et  
d'Aide à la Personne privés non lucratifs (FEHAP)

La Fédération de l'Hospitalisation Privée

Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)  
Télesanté Lorraine



### Ses missions

Le comité régional ORULOR est une instance :

- d'analyse et d'exploitation des données de la base ORULOR
- d'échanges avec les acteurs à partir de constats
- d'élaboration de propositions (organisation, qualité, ...)
- de production de rapports et d'études
- de pilotage de la plate-forme ORULOR

Les réflexions du comité régional ORULOR portent essentiellement sur 3 axes :

#### Axe Performance

- Étudier la qualité de prise en charge : Temps de passage aux urgences, taux de ré-hospitalisation précoce après un premier passage, ...
- Étudier la sécurité des soins : Taux des patients graves venus aux urgences par leurs propres moyens, temps de passage de ces mêmes patients, ...
- Étudier l'efficacité du système : Taux de patients relevant de la médecine générale, taux de patients reconvoqués, hospitalisés, transférés, ...

#### Axe Tension

- Étudier les périodes avérées de tension et de crise afin de mieux les évaluer, les prévenir, les anticiper et y apporter la meilleure réponse possible.

#### Axe Épidémiologique

- Générer des alertes sanitaires
  - Détecter des phénomènes sanitaires inattendus
  - Détecter précocement des phénomènes sanitaires prédéfinis
- Contribuer à mesurer ou à décrire une situation sanitaire
  - Estimer l'impact d'un évènement identifié
  - Surveiller des pathologies ou des populations en dehors de tout évènement identifié
- Développer des réseaux de partenaires
- Améliorer la capacité de réponse pour l'aide à la décision et la gestion

## Ses modalités de fonctionnement

Il se réunit durant la 2<sup>ème</sup> quinzaine du mois qui suit chaque trimestre échu (janvier, avril, juillet et octobre). Sa représentation actuelle est la suivante et peut évoluer à leur demande ou au besoin :

### ARS de Lorraine

M. Jean-Louis Fuchs	Direction de la Performance et de la Gestion du Risque	Responsable Systèmes d'Information de Santé
M. Guillaume Labouret	Direction de l'Offre de Santé, de l'Autonomie et de l'Animation Territoriale	Chef du département établissements de santé
Mme Pascale Perrot	Direction Ambulatoire et Accès à la Santé	Chargée de mission soins non Programmés
M. Yann Kubiak	Direction de la Stratégie	Chef de service Observation, Statistiques, Analyses et données de santé

### CIRE Lorraine-Alsace

Dr Christine Meffre	Responsable CIRE Lorraine-Alsace	
Mme Oriane Broustal	Épidémiologiste	

### Réseau Lorraine Urgences

Dr Bruno Maire	Coordonnateur du Réseau Lorraine Urgences	
----------------	---	--

### FHF

M. Norbert Carl	CHR de Metz-Thionville	Direction des Projets et des Affaires Médicales
-----------------	------------------------	---

### FEHAP

Mme Martine Mougeot	Hôpitaux Privés de Metz	Coordinatrice des soins
---------------------	-------------------------	-------------------------

### FHP

M. Philippe Plagès	Polyclinique de Gentilly	Directeur Général du Médipôle de Gentilly
--------------------	--------------------------	---

### GCS Télésanté Lorraine

M. Abdoulaye Diallo		Ingénieur décisionnel
---------------------	--	-----------------------

## Données collectées, produites et remontées dans la base ORULOR

### Résumé de Passage aux Urgences anonymisé

(Version 2 validée par la DHOS, l'InVS et la SFMU – base de codification PMSI)

Code postal et commune du lieu de résidence	
Date de naissance	
Sexe	
Date et heure d'entrée aux urgences	
Mode d'entrée aux urgences	MUTATION – TRANSFERT - DOMICILE
Code provenance	MCO – SSR – SLD – PSY - PEC
Mode de transport utilisé pour arriver aux urgences	PERSO – AMBU – VSAB – SMUR – HELI – FO
Mode de prise en charge durant le transport	MED – PARAMED - AUCUN
Motif du recours aux urgences	Thésaurus SFMU
Gravité	Classification CCMU modifiée
Diagnostic principal et diagnostic associé	Codification CIM10
Actes réalisés en urgences	Codification CCAM
Date et heure de sortie	
Mode de sortie	MUTATION – TRANSFERT – DOMICILE – DECES
Destination	MCO – SSR – SLD – PSY – HAD - RAD
Orientation (selon mode de sortie)	HDT, HO, SC, SI, REA, UHCD, MED, CHIR, OBST, Fugue, SCAM, PSA, REO

Les RPU validés et clôturés sont remontés toutes les 15 mn

### Indicateurs complémentaires des structures d'urgence

Taux d'Occupation Ponctuel (TOP)	Rapport entre le nombre de patients présents et enregistrés aux urgences et le nombre de box/places de prise en charge
GEMSA	Classification du Groupe d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil classant les patients en 6 groupes selon leurs modes d'admission et de sortie
Nombre de retours	Nombre de retours aux urgences

Le TOP est produit et remonté toutes les 15mn. Le GEMSA et le nombre de retours sont remontés avec les RPU validés et clôturés

### Indicateurs complémentaires des structures d'urgence

Nombre d'hospitalisations en UHCD

Nombre d'hospitalisations hors UHCD

Nombre de SMUR primaires

Nombre de SMUR secondaires

Nombre de transferts à partir des urgences

Nombre de primo-passages aux urgences < 1 an

Nombre de primo-passages aux urgences > 75 ans

Nombre de primo-passages aux urgences tout âge

*Ces indicateurs sont calculés à partir des remontées vers l'Observatoire et alimentent 2x/jour (à 6h et à 11h) le serveur régional de veille et d'alerte sanitaire ARDAH*

### Indicateurs des SAMU

Nombre d'affaires traitées par le SAMU

Nombre d'engagements des médecins libéraux

Nombre d'interventions d'ambulances privées à la demande du SAMU

Nombre d'interventions SDIS à la demande du SAMU

Nombre de décès pré-hospitaliers

Nombre de transferts TIIH régulés par le SAMU

Nombre de transferts néonataux réalisés par les SMUR

*Ces données sont produites 1x/jour à 6h et alimentent le serveur régional de veille et d'alerte sanitaire ARDAH*

## Charte qualité

La remontée d'information dans ORULOR fait l'objet d'une charte qualité qui s'adresse à l'ensemble des établissements de santé connectés à l'Observatoire des Urgences en Lorraine et particulièrement aux acteurs, producteurs et exploitants des données :

- Les Directeurs d'Établissement de Santé : garants du respect de la charte qualité ;
- Les Médecins urgentistes, Secrétaires médicales, etc. : acteurs de saisie ;
- Les référents des services informatiques des établissements : acteurs de mise en oeuvre et maintien technique ;
- Les utilisateurs de l'Observatoire : acteurs de vérification de cohérence et d'exploitation.

Elle vise à décrire les principaux engagements à tenir pour les producteurs de données et exploitants afin de garantir l'exhaustivité et l'exactitude des données transmises reflétant l'activité des structures des urgences et SAMU.

Les données transmises à l'ORULOR étant les données directement exploitées par l'InVS, la charte du réseau OSCOUR est naturellement annexée à la charte ORULOR.

Cette charte est diffusée auprès des directions d'établissements avec copie aux Directeurs des Systèmes d'Information, Responsables du Service des Urgences et Responsables des SAMU et fait l'objet régulièrement d'une analyse contradictoire des données pour chaque structure d'urgences.

## ● Modalités d'accès à ORULOR

### Profils

Tout accès Utilisateur est conditionné par le fait que l'établissement de Santé alimente de façon effective l'Observatoire Régional des Urgences de Lorraine. Cet accès est réservé principalement aux Directeurs d'Établissements de Santé connectés, Médecins urgentistes et Cadres de santé des structures d'urgence.

Le parti pris lors des réunions préliminaires a été de ne créer que 2 types de profils :

- **Gestionnaire/Administrateur** : Les accès d'administration fonctionnelle des tableaux de bord sont restreints aux membres du Comité ORULOR et au GCS Télésanté Lorraine prenant également en charge l'administration technique avec le soutien du consortium d'industriels retenu pour la mise en oeuvre du projet ;
- **Utilisateur** : Les accès utilisateurs permettent de visualiser l'ensemble des informations sur la région Lorraine. L'utilisateur a la possibilité de personnaliser les graphiques et les modalités d'affichage des rapports sans modifier le contenu des tableaux de bord.

*Remarque : En se connectant à l'Observatoire, l'utilisateur a accès à l'intégralité des données de la région. Il est possible d'effectuer un zoom sur les données du Service d'Accueil des Urgences. Par cet accès, tous les profils médicaux, paramédicaux, institutionnels des hôpitaux, personnels des tutelles ont accès aux informations.*

### Demandes d'accès

Il est nécessaire de formuler la demande d'accès auprès du GCS Télésanté Lorraine qui gère la création des comptes et l'affectation des droits d'accès.

Pour cela, toute demande de compte doit passer par le service informatique des établissements de santé qui notifie le GCS Télésanté Lorraine en lui adressant un fichier de peuplement à l'adresse mail suivante :

**comptes@sante-lorraine.fr**

Les référents informatiques gèrent ensuite l'envoi des identifiants/mots de passe à leurs utilisateurs et sont tenus de les sensibiliser sur les moyens d'authentification à savoir privilégier la Carte de Professionnel de Santé (CPS). Le cas échéant, les Utilisateurs sont tenus de se doter de mots de passe suffisamment robustes, non stockés (fichiers, post-it, etc..) et connus uniquement par leur propriétaire.

### Accès à l'outil

L'Observatoire est accessible par un navigateur internet après identification de l'Utilisateur sur le portail sante-lorraine (onglet «ORULOR») à cette adresse :

**<https://www.sante-lorraine.fr>**

## ● Méthodes et règles de calcul

Pour faciliter la compréhension des chiffres affichés dans le rapport nous avons ci-dessous les méthodes et règles de calcul utilisées conformément aux recommandations de la FEDORU.

### Durée moyenne de passage

Les durées de passage prises en compte dans le calcul de la moyenne sont les durées positives ainsi que les durées inférieures ou égales à 72h. Cette règle est conforme aux recommandations de la FEDORU, statuant sur l'harmonisation des pratiques inters régions. Les passages dont les durées ne sont pas dans l'intervalle défini ne sont pas pris en compte dans le calcul de la moyenne. Ces passages ne sont pas exclus pour les autres calculs.

### Tranches d'âge

Les passages pris en compte dans le calcul de ces tranches d'âge sont ceux dont l'âge est inférieur à 120 ans.

### Provenance des patients

La provenance du patient est saisie lors de l'arrivée du patient au service d'accueil des urgences.

Le calcul de la provenance est basé sur le code postal du patient contenu dans le RPU. Nous avons remarqué plusieurs codes postaux mal saisis, pour cela nous avons adopté une règle commune de regroupement comme suit :

- **54** : Les passages dont le code postal est compris entre 54000 et 54999 ainsi que les codes postaux ayant comme valeur '54' tout court.
- **55** : Les passages dont le code postal est compris entre 55000 et 55999 ainsi que les codes postaux ayant comme valeur '55' tout court.
- **57** : Les passages dont le code postal est compris entre 57000 et 57999 ainsi que les codes postaux ayant comme valeur '57' tout court.
- **88** : Les passages dont le code postal est compris entre 88000 et 88999 ainsi que les codes postaux ayant comme valeur '88' tout court.
- **France Hors Lorraine** : Les codes postaux à 5 chiffres qui ne sont pas lorrains ou étrangers.
- **Etranger** : Les passages dont le code postal est compris entre 99000 et 99998 inclus, ainsi que les codes postaux ayant comme valeur '99' tout court
- **Non identifié** : Les passages dont le code postal est 99999 ou ne rentrant pas dans les critères ci-dessus.

### Valeur « non renseigné »

Cette valeur concerne les codes nuls ou mal renseignés.

## Nomenclatures

### Mode d'entrée – Mode de sortie

MUTATION	Le malade vient d'une autre unité médicale de la même entité juridique sauf pour les établissements privés visés aux alinéas d et e de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale
TRANSFERT	Le malade vient d'une autre entité juridique ou de la même entité juridique pour les établissements privés visés aux alinéas d et e de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale
DOMICILE	Le malade vient de son domicile ou de son substitut, telle une structure d'hébergement médico-social ou de la voie publique
DÉCÈS (mode de sortie uniquement)	Le malade décède aux urgences

### Codes provenance et destination

MCO	Unité de soins de courte durée
SSR	Unité de soins de suite ou de réadaptation
SLD	Unité de soins de longue durée
PSY	Unité de psychiatrie
PEC (code provenance uniquement)	Prise en charge aux urgences autre que pour des raisons organisationnelles
HAD (code destination uniquement)	Hospitalisation à Domicile
RAD (code destination uniquement)	Retour à Domicile (intègre aussi le retour à domicile dans le cadre d'une hospitalisation à domicile et le retour dans une structure d'hébergement médico-sociale)

### Mode de transport

PERSO	Par moyens personnels (à pied, en taxi, en véhicule personnel, ...)
AMBU	Par ambulance publique ou privée
VSAB	Par Véhicule SDSI de Secours et d'Aide aux Blessés
SMUR	Par véhicule de Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
FO	Par les Forces de l'Ordre (police, gendarmerie)
HELI	Par Hélicoptère

### Mode de prise en charge durant le transport

MED	Prise en charge médicalisée
PARAMED	Prise en charge para-médicalisée
AUCUN	Sans prise en charge médicalisée ou para-médicalisée

### Orientation

MCO	CHIR (Chirurgie), OBST (Obstétrique), MED (Médecine)
Sorties atypiques	Fugue (Sortie à l'insu du personnel soignant), SCAM (Sortie Contre Avis Médical) et PSA (Parti Sans Attendre la prise en charge)
Unités Chaudes	SC (Surveillance Continue), SI (Soins Intensifs) et REA (Réanimation)
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
HDT-HO	HDT (Hospitalisation à la demande d'un tiers), HO (Hospitalisation d'office)

### Niveaux de gravité – CCMU

La classification CCMU subdivise les patients en 5 classes selon l'appréciation subjective de l'état clinique initial. Les deux premières incluent les malades dont l'état clinique est jugé stable, la classe 2 groupe les patients dont le pronostic vital n'est pas jugé engagé, les classes 4 et 5 comprennent les malades dont le pronostic vital est jugé engagé.

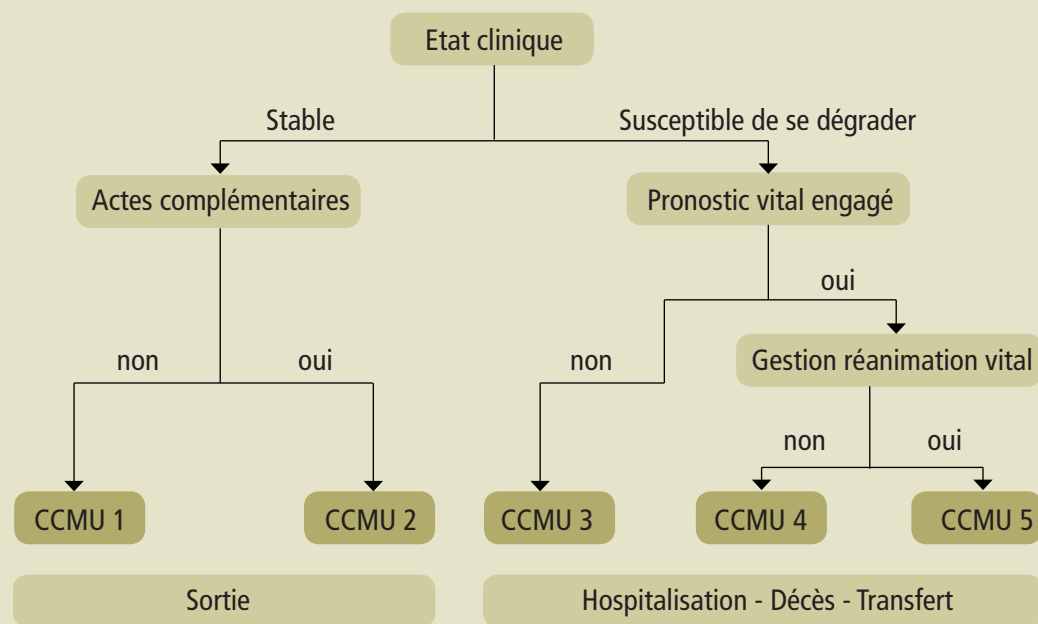
CCMU 1	État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences
CCMU 2	État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences
CCMU 3	État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital
CCMU 4	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate
CCMU 5	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation
CCMU D	Patient décédé à l'entrée aux urgences sans avoir pu bénéficier d'initiation ou de poursuite de manœuvres de réanimation aux urgences
CCMU P	Idem CCMU 1 avec problème dominant psychiatrique ou psychologique isolé ou associé à une pathologie somatique jugée stable

### Prise en charge - GEMSA

La classification GEMSA classe les patients en 6 groupes selon leurs modes d'entrée, de sortie et la demande de soins. La charge de travail pour le personnel médical et infirmier est plus lourde pour les groupes 4 et 6.

GEMSA 1	Patient décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation
GEMSA 2	Patient non convoqué sortant après consultations ou soins
GEMSA 3	Patient convoqué pour des soins à distance de la prise charge initiale
GEMSA 4	Patient non attendu et hospitalisé après passage aux urgences
GEMSA 5	Patient passant pour des raisons organisationnelles
GEMSA 6	Prise e révu Attendu ou convoqué Décès avant réanimation

Sortie	Mode admission		Cas particulier
	Imprévu	Attendu ou convoqué	
Décès avant réanimation	GEMSA 1		
Retour domicile	GEMSA 2	GEMSA 3	
Hospitalisation	GEMSA 4	GEMSA 5	
Hospitalisation / décès	GEMSA 6		Soins lourds



## ● Glossaire et définitions

ADELI	Répertoire ADELI – Automatisation DEs Llistes
ARDAH	Application de Recueil des Données d'Activité Hospitalière – Solution de la société OPENDEV retenue par la région Lorraine comme serveur de veille et d'alerte sanitaire
ASIP	Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé
ATSU	Association départementale de Transports Sanitaires Urgents regroupant des entreprises d'ambulanciers privés
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVP	Accident de la Voie Publique
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CCMU	Classification Clinique des Malades aux Urgences
CépiDC – Inserm	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès – Institut national de la santé et de la recherche médicale
CIM10	10 <sup>ème</sup> révision de la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes
CIMU	Classification Infirmière des Maladies des Urgences
CIRE	Cellule Inter Régionale d'Epidémiologie (antenne régionale de l'InVS)
CO	Monoxyde de carbone
CODIS	Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours
CRRRA 15	Centre de Régulation et de Réception des Appels du 15 – autre dénomination du SAMU
DCD	Décédé
DHOS	Direction de l'Hospitalisation de l'Organisation des Soins remplacée en 2010, dans le cadre de la loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) par la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) afin de promouvoir une prise en charge globale du patient en Ville et à l'Hôpital
DMP	Durée Moyenne de Passage
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ETP	Equivalent Temps Plein
FEDORU	Fédération des Observatoires des Urgences créée en octobre 2013
GEMSA	Groupe d'Étude Multicentrique des Services d'Accueil classant les patients en 6 groupes selon leurs modes d'admission et de sortie
GROG	Groupes Régionaux d'Observation de la Grippe : surveillent l'arrivée et la circulation des virus grippaux sur le territoire français

MC	Médecine Chirurgie
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MIGA	Mise en Garde et Action (nivellement du plan national canicule)
ORSAS	Observatoire Régional de la Santé et des Affaires Sociales
ORULIM	Observatoire Régional des Urgences de la région du Limousin
ORUMIP	Observatoire Régional des Urgences de la région Midi-Pyrénées
ORUPACA	Observatoire Régional des Urgences de la région Provence Alpes Côte d'Azur
OSCOUR®	Réseau de l'InVS (Organisation de la Surveillance COordonnée des URgences)
PDSA	Permanence Des Soins Ambulatoire
PDSES	Permanence Des Soins des Etablissements de Santé
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de Santé
RPU	Résumé de passage aux urgences
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAP	Secours à Personne = SAV+AVP
SAU	Structure d'Accueil des Urgences
SAV	Secours à Victime
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SU	Service d'urgence
SURSAUD®	Le système SurSaUD® de l'InVS (Surveillance sanitaire des urgences et des décès) est un système de surveillance sanitaire dit syndromique, basé sur la collecte de données non spécifiques
TR15	Taux de recours au SAMU
TRU	Taux de recours aux services d'urgence
UHCD/UHTCD	Unité de (Très) Courte Durée
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
VSAB / VSAV	Véhicule du SDIS : Véhicule de Secours et d'Aide aux Blessés / Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

## Notes méthodologiques

### Le tableau de la répartition des passages par mois (page 17) :

Ces valeurs sont exprimées en pourcentage de l'activité annuelle, sont obtenues en divisant le nombre de passages de chaque mois par le nombre de jour du mois. Cette répartition permet de gommer l'effet mois court ou long (en particulier pour le mois de février).

### Le tableau de la distribution des passages (page 18) :

La moyenne mobile permet de « lisser » une série de valeurs exprimées en fonction du temps. Elle permet d'éliminer les fluctuations les moins significatives. Ici, la moyenne mobile sur 7 jours permet de lisser les effets journaliers de l'évolution des passages aux urgences.

### Le tableau de la répartition des passages selon le jour de la semaine (page 19) :

Ces valeurs, exprimées en % de l'activité annuelle, sont obtenues en additionnant tous les passages d'un jour de la semaine dans l'année. La journée est considérée comme débutant à 00h et non à 08h (ce qui pourrait expliquer une différence de ressenti par les professionnels).

### Le tableau de Taux de Recours aux Urgences (page 21) :

Ce taux de recours est défini comme le nombre de passages aux urgences rapporté à une population.

### Le tableau de l'évolution mensuelle par département de la quote part de patients non lorrains (page 23) :

Des défauts de saisie au niveau des systèmes d'information des établissements lorrains ne permettent pas toujours de faire la différence entre les patients français non lorrains et les patients étrangers.

### Le tableau de la durée de passage pour 25%, 50% et 75 % des passages aux urgences (page 27) :

Les durées de passage de ce graphique ont été calculées en excluant les durées de passage négatives et les durées de passage de plus de 72h (env. 300 passages exclus sur les 560 978 recensés). Les durées moyennes de passage calculées selon le même principe sont identiques ou très proches des valeurs du précédent graphique (écart maximum de 4 mn).

### Le tableau de la durée moyenne de passage en fonction de l'orientation (page 30) :

Les « non concernés » correspondent essentiellement aux passages non suivis d'hospitalisation et « autres orientations » correspondent à HO, HDT.

### Le tableau du pourcentage de passages par regroupement de CCMU (page 34) :

L'utilisation de la classification CCMU est actuellement en débat car son caractère reproductible est discuté. Une autre alternative serait d'attacher une gravité à un diagnostic donné (une entorse de cheville est rarement grave à l'inverse d'un infarctus du myocarde).

### Le graphique de la répartition des passages en fonction du GEMSA (page 37) :

Il s'agit d'une classification également discutée car elle mélange des notions d'orientation et de gravité. Son intérêt théorique est surtout lié aux GEMSA 3 et 5 car non censés être financés. Cependant, des erreurs de cotation sont fréquentes en particulier sur le GEMSA 3. Trois notions sont en effet confondues, à savoir : le patient se présentant aux urgences suite à une reconvoction par les urgences (véritable GEMSA 3), le patient vu aux urgences et reconvoqué pour une suite de soins aux urgences, le patient vu aux urgences et reconvoqué pour suite de soins dans une consultation de l'établissement mais pas aux urgences.

### Le tableau de la répartition en pourcentage du GEMSA 3 par établissement (page 38) :

Comme signalé précédemment, les GEMSA 3 sont très certainement à consolider par une optimisation de la cotation, et ce, d'autant plus qu'ils ne peuvent pas donner lieu à une cotation en consultation d'urgence à l'instar des GEMSA 5.



Les membres du Comité Régional ORULOR tiennent à remercier tout particulièrement :

- tous les professionnels, responsables de structures d'urgences, personnels des urgences, responsables et équipes informatiques, responsables d'établissements, qui œuvrent régulièrement à l'amélioration de la qualité des données issues des systèmes d'information des urgences ;
- toute l'équipe du GCS Télésanté Lorraine pour son travail très important avec les professionnels et le comité afin d'assurer l'exploitation, l'assurance qualité et l'évolution de l'Observatoire Régional des Urgences ;
- Madame Nelly Boutillier, secrétaire du réseau Lorraine Urgences, pour son conséquent et précieux travail d'extraction et de mise en forme de données statistiques qui alimente trimestriellement le Comité Régional ORULOR et sur la finalisation du rapport ;
- Monsieur Mickaël Saulnier, pour son travail au sein de l'ARS de Lorraine sur la production du présent rapport ;
- L'ensemble des ORU, qui par le biais de la création de la FEDORU, vont permettre à chaque région d'accélérer leurs travaux dans un cadre cohérent et inter-régional.