

# ORULOR

Observatoire Régional  
des Urgences de Lorraine



Activité des structures  
d'urgence en Lorraine



## Rapport Annuel 2012







**Dr Bruno Mangola**  
Conseiller Médical du  
Directeur Général de l'ARS de Lorraine

L'Observatoire Régional des Urgences de Lorraine est un outil remarquable qu'il faut développer et nous approprier encore plus largement.

Remarquable parce qu'il existe, ce qui n'est pas le cas dans toutes les régions. Venant d'une région qui n'en dispose pas, on ne peut qu'être admiratif du travail réalisé.

Remarquable parce qu'il recèle un grand nombre de données, tant quantitatives que qualitatives. Il permet d'appréhender les tendances générales et de faire certaines focales des services des urgences lorrains mais au-delà des établissements sur l'activité non programmée.

Remarquable parce qu'il associe tous les partenaires, établissements à travers leurs fédérations, professionnels de l'urgence, GCS Télésanté Lorraine, InVS et l'ARS de Lorraine.

Remarquable enfin parce qu'il permet à chacun d'avancer dans le même sens, celui d'une amélioration de la qualité (recueil des données, exploitation de celles-ci, amélioration de l'outil, finesse des données pour prendre les meilleurs décisions).

Le développer est nécessaire pour qu'il puisse donner toute sa puissance d'observatoire sur les urgences pré-hospitalières et hospitalières de la région.

Son appropriation est un objectif indispensable pour en exploiter toute la richesse.

Appropriation par les professionnels des urgences. La qualité du recueil demande une grande rigueur et des outils informatiques aidants. C'est à ce prix que l'on peut exploiter des données fiables et exhaustives. Beaucoup est fait mais des améliorations sont possibles. Des perspectives s'ouvrent pour faciliter des recherches scientifiques et des publications.

Appropriation par les établissements de santé, pour mieux

connaître les flux, mieux les gérer notamment en période d'affluence importante, mieux connaître le type de patients demandant des soins non programmés, anticiper les crises pour éviter un hôpital en tension. Les patients demandent une réponse à l'établissement et non aux seules urgences qui restent une vitrine pour l'extérieur. La durée d'attente si décriée, avec raison, demande une réflexion globale. L'observatoire est un outil pertinent et encore probablement sous-utilisé. Il montre néanmoins les grandes capacités d'adaptation des établissements.

Appropriation par le GCS Télésanté Lorraine. Pour dire que sans lui, l'observatoire ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui. La région lorraine dispose avec ce GCS d'un vrai plus. La montée en charge du Répertoire Opérationnel des Ressources et d'ORULOR permettra une amélioration de la fluidité des passages aux urgences.

Appropriation par l'InVS. L'institut de veille sanitaire connaît bien la richesse d'un observatoire des urgences dans le domaine de l'épidémiologie. Sa participation à ORULOR est un gage de qualité.

Appropriation par l'ARS qui a mission de mettre en place la politique de santé de la région dans sa globalité. Elle la met avec d'autant plus de pertinence qu'elle dispose d'indicateurs adaptés. ORULOR lui en fournit un certain nombre qui est une aide dans certaines décisions comme par exemple la permanence des soins. Nous souhaitons un développement de cet observatoire qui doit apporter in fine une garantie objective de l'amélioration de la qualité de la prise en charge en urgence et aux urgences pour les patients, dans toute la région.

Cette appropriation passe par la mise à disposition à tous des données produites par les professionnels et collectées par l'Observatoire et surtout de leur analyse critique tant sur les aspects métiers que qualitatifs.

C'est l'ambition de cette 2<sup>ème</sup> édition du rapport annuel de l'activité des urgences issue de l'Observatoire Régional ORULOR ■

« L'Observatoire Régional des Urgences : un outil remarquable pour tous, une appropriation indispensable par tous »





# Sommaire général

Contexte régional	6
Activités régionale 2012 des services d'urgence de lorraine	15
Activité par Département et par Service	59
Activité des SAMU	117
Premier regard - Urgence médicale et permanence des soins ambulatoires (PDSA)	130
Surveillance épidémiologique	139
Perspectives	156
Annexes	158
Remerciements	171





## sommaire

### *Contexte régional* ●

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

5

5

10

URGENCES

## Données démographiques

### La population lorraine continue d'augmenter, à un rythme faible

#### DONNÉES GÉNÉRALES - LORRAINE

Source : INSEE (Recensement de population)

Données	LORRAINE	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	France Métropolitaine
Population au 1er janvier 2009	2 350 112	731 019	194 003	1 044 898	380 192	62 465 709
Population au 1er janvier 2010	2 350 920	732 207	193 923	1 045 066	379 724	62 765 235

### En Meurthe-et-Moselle un dynamisme démographique au cours de la dernière période

#### DONNÉES GÉNÉRALES – MEURTHE-ET-MOSELLE

Source INSEE

MEURTHE ET MOSELLE	1968	1975	1982	1990	1999	2010
Population	705 554	722 693	716 964	711 943	713 555	732 207
% évolution		2,4%	-0,8%	-0,7%	0,2%	2,6%
Variation annuelle moyenne de la population en %		1968 à 1975	1975 à 1982	1982 à 1990	1990 à 1999	1999 à 2010
		+0,3	-0,1	-0,1	0	+0,2

### En Meuse une légère reprise après plus de 30 ans de baisse continue

#### DONNÉES GÉNÉRALES – MEUSE

Source INSEE

MEUSE	1968	1975	1982	1990	1999	2010
Population	209 372	203 799	199 983	196 223	192 261	193 923
% évolution		-2,7%	-1,9%	-1,9%	-2,0%	0,9%
Variation annuelle moyenne de la population en %		1968 à 1975	1975 à 1982	1982 à 1990	1990 à 1999	1999 à 2010
		-0,4	-0,3	-0,2	-0,2	+0,1



## En Moselle un renforcement démographique au cours de la dernière décennie

### DONNÉES GÉNÉRALES - MOSELLE

Source INSEE

MOSELLE	1968	1975	1982	1990	1999	2010
Population	971 314	1 006 373	1 007 189	1 011 302	1 023 199	1 045 066
% évolution		3,6%	0,1%	0,4%	1,2%	2,1%
Variation annuelle moyenne de la population en %		1968 à 1975	1975 à 1982	1982 à 1990	1990 à 1999	1999 à 2010
		+0,5	0	+0,1	+0,1	+0,2

## Dans les Vosges un recul démographique moins marqué entre 1999 et 2010

### DONNÉES GÉNÉRALES - VOSGES

Source INSEE

VOSGES	1968	1975	1982	1990	1999	2010
Population	388 201	397 957	395 769	386 258	381 008	379 724
% évolution		2,5%	-0,5%	-2,4%	-1,4%	-0,3%
Variation annuelle moyenne de la population en %		1968 à 1975	1975 à 1982	1982 à 1990	1990 à 1999	1999 à 2010
		+0,4	-0,1	-0,3	-0,2	0

## Plus d'un lorrain sur cinq âgé de 60 ans et plus

### STRUCTURE PAR ÂGE DE LA POPULATION (effectifs par classe d'âge au 1<sup>er</sup> janvier 2010)

Source INSEE

Classes d'âge	LORRAINE	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	France Métropolitaine
0 - 4 ans	<b>134 427</b>	42 018	11 152	59 996	21 260	<b>3 838 544</b>
5 - 9 ans	<b>138 320</b>	42 785	12 153	60 587	22 794	<b>3 868 866</b>
10 - 14 ans	<b>138 707</b>	42 601	11 870	60 730	23 506	<b>3 800 073</b>
15 - 19 ans	<b>145 505</b>	49 560	11 178	62 398	22 369	<b>3 859 802</b>
20 - 24 ans	<b>153 073</b>	56 888	10 701	65 852	19 632	<b>3 865 021</b>
25 - 54 ans	<b>943 972</b>	288 167	75 603	434 377	145 825	<b>24 988 898</b>
55 - 59 ans	<b>161 629</b>	48 100	13 928	72 344	27 257	<b>4 110 670</b>
60 - 64 ans	<b>138 916</b>	42 444	12 393	58 636	25 443	<b>3 767 873</b>
65 - 74 ans	<b>190 451</b>	55 931	15 812	85 310	33 398	<b>5 040 572</b>
75 - 84 ans	<b>153 900</b>	47 023	14 067	64 975	27 836	<b>4 024 045</b>
85 ans et +	<b>52 020</b>	16 690	5 064	19 861	10 405	<b>1 600 870</b>
<b>Ensemble</b>	<b>2 350 920</b>	<b>732 207</b>	<b>193 923</b>	<b>1 045 066</b>	<b>379 724</b>	<b>62 765 235</b>
Femmes âgées de 15 ans à 49 ans	<b>531 818</b>	172 261	40 467	239 746	79 343	<b>14 312 259</b>
Femmes âgées de 15 ans et plus	<b>1 003 402</b>	315 641	80 856	444 831	162 075	<b>26 754 543</b>
Jeunes de moins de 20 ans	<b>556 899</b>	176 904	46 354	243 712	89 929	<b>15 367 286</b>
Jeunes de moins de 25 ans	<b>709 950</b>	233 770	57 055	309 563	109 561	<b>19 232 307</b>
Adultes de 25 à 64 ans	<b>1 244 345</b>	378 538	101 925	565 357	198 525	<b>32 867 441</b>
Personnes âgées de 65 ans et plus	<b>396 327</b>	119 601	34 943	170 146	71 638	<b>10 665 487</b>
Personnes âgées de 75 ans et plus	<b>205 887</b>	63 680	19 131	84 836	38 240	<b>5 624 915</b>
Personnes âgées de plus de 80 ans	<b>118 392</b>	37 288	11 313	47 225	22 566	<b>3 372 491</b>

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

### INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES

Source INSEE

Indicateurs	LORRAINE	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	France Métropolitaine
<b>Taux de natalité en 2010</b> Naissances domiciliées pour 1 000 habitants	<b>11,3%</b>	11,7%	11,5%	11,3%	10,7%	<b>12,8%</b>
<b>Taux de mortalité en 2010</b> Décès domiciliés pour 1 000 habitants	<b>9,0%</b>	8,8%	9,8%	8,5%	10,4%	<b>8,6%</b>
<b>Taux de fécondité en 2010</b> Naissances pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans	<b>49,9%</b>	49,2%	54,6%	49,2%	50,9%	<b>55,8%</b>
<b>Taux mortalité infantile*</b> Décès de moins d'1 an / 1 000 naissances (moyenne 2008-2009-2010)	<b>3,6%</b>	3,6%	2,8%	3,7%	3,8%	<b>3,6%</b>
<b>Taux mortalité périnatale</b> Enfants mort-nés et décès de moins de 7 jours / 1 000 naissances y.c. mort-nés (moyenne 2008-2009-2010)	<b>10,7%</b>	11,6%	9,5%	10,2%	11,0%	<b>10,3%</b>
<b>Indice de vieillissement au 1.01.2010*</b> Nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans	<b>70,0%</b>	66,6%	74,2%	68,7%	78,3%	<b>68,6%</b>
<b>Espérance de vie à la naissance (2009)*</b>						
Hommes	<b>76,8%</b>	76,7%	76,7%	76,9%	76,4%	<b>77,8%</b>
Femmes	<b>83,5%</b>	83,7%	83,7%	82,9%	84,0%	<b>84,3%</b>
<b>Espérance de vie à 65 ans (2009)*</b>						
Hommes	<b>17,5%</b>	17,9%	17,3%	17,1%	17,6%	<b>18,4%</b>
Femmes	<b>21,7%</b>	22,1%	21,8%	21,1%	22,1%	<b>22,4%</b>

\*Indicateurs sociaux départementaux

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

### PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX OU MIXTES

Sources : DREES - ARS - ADELI - ASIP-RPPS traitements DREES - INSEE estimations de population au 01/01/2010

Professions	LORRAINE	Meurthe-et-Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	France Métropolitaine
Médecins généralistes						
nombre	2 437	873	176	1 005	383	67 704
densité	104	119	91	96	101	108
dont praticiens de 55 ans et plus	1 007	319	88	418	182	30 354
Médecins spécialistes						
nombre	1 768	728	89	731	220	59 248
densité	75	99	46	70	58	94
dont praticiens de 55 ans et plus	933	348	54	389	142	30 161
<b>Ensemble des médecins libéraux</b>						
nombre	4 205	1 601	265	1 736	603	126 952

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 Adeli 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.

## Un taux de mortalité régional supérieur au niveau national

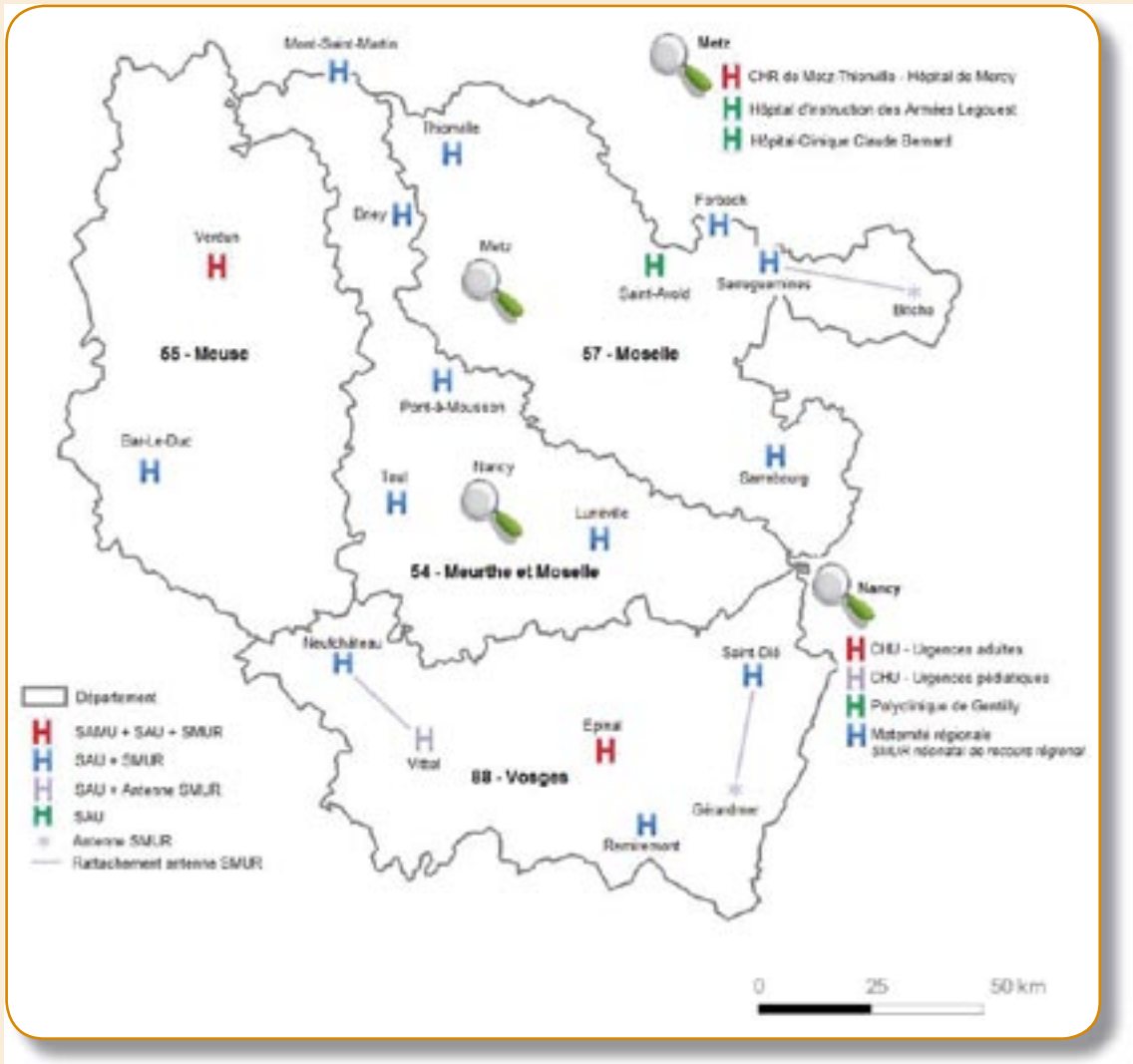
### MORTALITÉ

Sources : INSERM (CépiDc) 2008-2010 - ORSAS

Mortalité	LORRAINE	Meurthe-et-Moselle		Meuse		Moselle		Vosges		France Métropolitaine
	Taux*	Nb	Taux*	Nb	Taux*	Nb	Taux*	Nb	Taux*	Taux*
Toutes causes	878	6 265	854	1 917	881	8 898	898	3 868	874	808
Prématurée (0-64 ans)	211	1 363	216	377	215	1 875	202	782	225	203

\*taux de mortalité standardisés sur âge et sexe pour 100 000 habitants

## ● Offre de soins des structures d'urgence en 2012







## Sommaire

<i>Activités régionale 2012 des services d'urgence de Lorraine</i>	15
• <i>Les passages aux urgences dans le temps</i>	17
• <i>Qui a recours aux urgences ?</i>	23
• <i>Combien de temps passe-t-on aux urgences ?</i>	28
• <i>D'où viennent les patients ?</i>	34
• <i>Pourquoi vient-on aux urgences ?</i>	36
• <i>Quels sont les principaux diagnostics posés ?</i>	41
• <i>Que deviennent les patients à la sortie des urgences ?</i>	52

URGENCES

## ● Activités régionale 2012 des services d'urgence de lorraine

Les données présentées ci-après, issues de l'exploitation de la base ORULOR (sauf indication contraire), sont davantage fiables en termes d'analyse régionale que celles de 2011, en particulier du fait de l'absence d'extrapolation et de l'intégration à l'observatoire de l'ensemble des sites d'urgence de Lorraine. Pour autant, le décompte des passages pédiatriques ou des passages pour motifs gynécologiques n'est toujours pas exhaustif, de même que certains champs du RPU (Résumé de Passage aux Urgences), en particulier pour les services d'urgence (SU) des hôpitaux de Bar Le Duc et de Toul. De plus, il faut préciser que le service des urgences du CH de Vittel n'a ouvert qu'en juin 2011, ce qui l'exclut des comparaisons entre 2012 et 2011, avec une remontée effective des RPU que depuis septembre 2012. En corollaire, la comparaison des chiffres bruts d'activité des différents services d'urgence doit intégrer ces éléments.

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





# Témoignages



**Dr Christian Delgoffe**  
Radiologue – Directeur Gestionnaire  
Centre d'imagerie Jacques Callot / Solime



## Quelle utilisation faites-vous d'ORULOR ?

ORULOR est truffé d'informations utiles. Dès que l'on mesure les choses, cela donne du sens... et cela permet d'améliorer la fluidité de nos services, notamment l'imagerie. Ma devise ? « Pas de qualité sans mesures ! ».

Je consulte essentiellement ORULOR pour comparer les résultats de la Polyclinique de Gentilly aux autres établissements, notamment à la clinique Claude Bernard, un établissement privé qui accueille à peu près le même nombre de patients en urgence que nous.

## Quelles informations issues du Rapport Annuel 2011 vous ont particulièrement marqué ?

À la lecture du Rapport Annuel 2011, j'ai découvert que la durée de passage aux urgences de Claude Bernard était très inférieure à celle de Gentilly. Faut-il pour autant juger notre activité sur ces chiffres bruts ? Comprendre les raisons de cet écart ne pourrait qu'améliorer les conditions de prise en charge de nos patients. Les patients CCMU<sub>1</sub> (simple consultation) sont peu nombreux à Gentilly, en comparaison des CCMU<sub>2</sub> plus nombreux, qui nécessitent des examens complémentaires, et donc plus de temps. De la même façon, Gentilly accueille deux fois plus de patients classés GEMSA 3 (patients reconvoqués aux urgences) que Claude Bernard. Souvent, lors de leur première venue, l'urgentiste conseille au patient de revenir dans quelques jours, muni d'un examen d'imagerie, sans donner pour autant de rendez-vous. En imagerie, les équipes subissent donc des arrivées d'actes différés survenant n'importe quand sans rendez-vous au milieu d'un planning déjà chargé. Ce qui rallonge inévitablement la durée de passage aux urgences...

Cette constatation m'incite à chercher des axes d'amélioration de fonc-

tionnement, notamment en termes d'organisation entre les urgences et les services d'imagerie. Mais les explications ne s'arrêtent pas là... Le délai d'attente aux urgences fluctue en fonction du mode de sortie du patient, selon que celui-ci rentre à domicile ou attende un transfert

ou une mutation au sein de la structure. Alors que Gentilly en renvoie 76% à domicile, le temps d'attente à Claude Bernard est forcément restreint puisque 86% des patients rentrent chez eux.

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

J'en suis convaincu. Prenons par exemple les statistiques sur les causes d'accès aux urgences. Si elles diffèrent selon l'âge du patient, on se rend compte que, dans tous les cas, la traumatologie est une cause très fréquente. Connaître précisément ces chiffres permet alors aux directions d'établissements de graduer le nombre de spécialistes devant être présents aux urgences, en prévoyant par exemple plus d'orthopédistes. La deuxième cause de passage aux urgences est la douleur abdominale, donc les chirurgiens digestifs et urinaires doivent également être en première ligne.

## Quelles améliorations souhaiteriez-vous apporter au logiciel ?

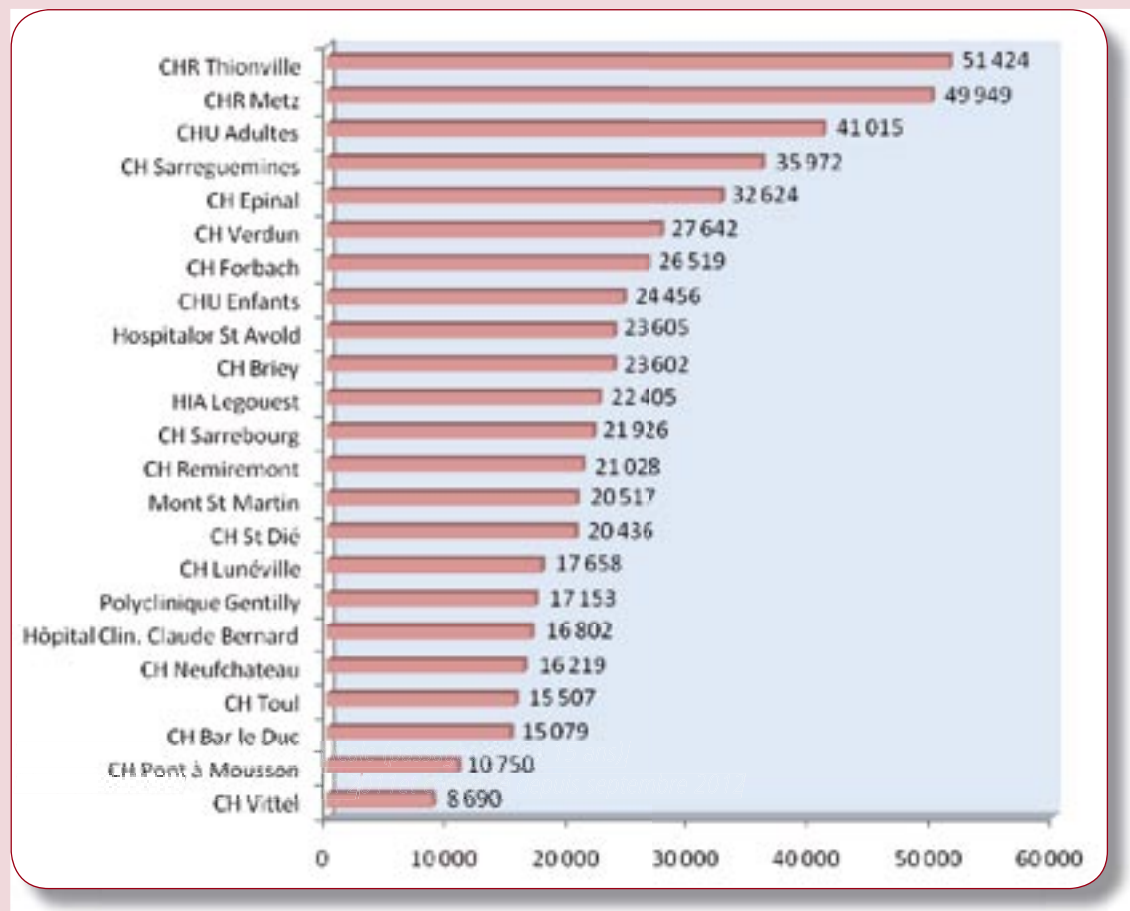
A mon avis, pour être réellement un observatoire complet, il manque à ORULOR des chiffres sur les ressources humaines affectées à chaque établissement, comme le nombre de médecins urgentistes dans chaque structure, les ressources d'imagerie, de brancardage. Ces données permettraient encore de mieux comprendre les durées de passage.

Dès que l'on mesure les choses, cela donne du sens... Ma devise ? « Pas de qualité sans mesures »

## Les passages aux urgences dans le temps

23 services d'urgence connectés pour un total de 560 978 passages enregistrés

NOMBRE TOTAL DE PASSAGES ENREGISTRÉS PAR SERVICE D'URGENCE (SU)



Le nombre de passages enregistrés en 2012 sur ORULOR est de **560 978**. Ce nombre représente l'activité régionale totale enregistrée sur 2012 car les 23 sites autorisés sont maintenant connectés à l'observatoire (connexion du SU de Bar-le-Duc en juin et de Vittel en août mais avec intégration de l'ensemble des RPU de 2012). L'activité des SU est variable, allant de plus de 50 000 passages à moins de 10 000, avec une moyenne régionale de 24 390 passages.



Il s'agit de l'activité enregistrée sur ORULOR. A titre d'exemple, le SU du CH de Forbach apparaît en 7<sup>ème</sup> position avec 26 519 passages mais se retrouve en 4<sup>ème</sup> place si l'on réintègre les 15 000 passages pédiatriques évalués et non actuellement remontés.


## Une augmentation de l'activité régionale de 0,9% pour les 14 SU connectés depuis janvier 2011

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

	Nb de passages 2011	Nb de passages 2012	Variation des passages	
			en nombre	en %
CH Briey	23 060	23 602	542	2,35%
CH Lunéville	18 139	17 658	-481	-2,65%
CH Pont à Mousson	10 347	10 750	403	3,89%
CHU Adultes	42 143	41 015	-1 128	-2,68%
Polyclinique de Gentilly	16 862	17 152	290	1,72%
CH Verdun	26 988	27 642	654	2,42%
CH Forbach	25 941	26 519	578	2,23%
CHR Metz	50 177	49 949	-228	-0,45%
CHR Thionville	50 928	51 424	496	0,97%
CH Sarrebourg	21 491	21 926	435	2,02%
Hôpital Clin. Cl. Bernard	14 403	15 319	916	6,36%
CH Epinal	32 559	32 624	65	0,20%
CH Neufchâteau	15 946	16 218	272	1,71%
CH Remiremont*	14 980	15 471	491	3,28%
<b>TOTAL 14 SU</b>	<b>363 964</b>	<b>367 269</b>	<b>3 305</b>	<b>0,91%</b>
<b>TOTAL 22 SU**</b> <i>(base extrapolation 2011)</i>	<b>548 702</b>	<b>552 288</b>	<b>3 586</b>	<b>0,65%</b>

\*Hors urgences en pédiatrie médicale (passages de 0 à 15 ans).

\*\*Hors SU de Vittel ouvert en juin 2011 et connecté depuis septembre 2012

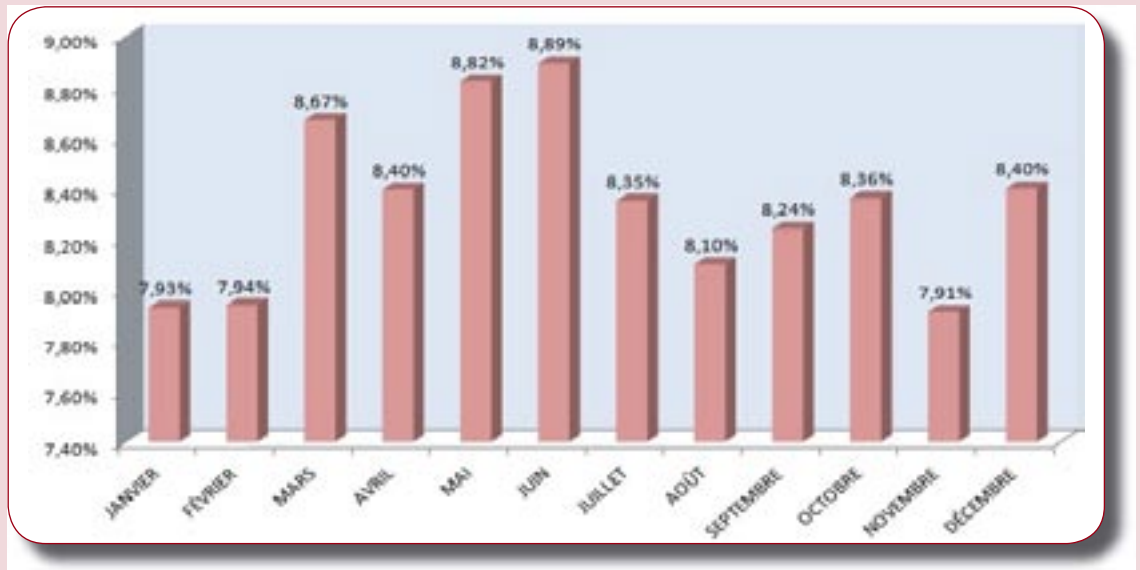
 Les prises en charge pédiatriques du SU du CH de Remiremont étaient peu prises en compte dans les passages 2011. Ainsi, dans le graphique ci-dessus et afin de comparer les passages 2012 à ceux de 2011 nous avons totalement exclu les passages pédiatriques (0-15 ans) de Remiremont.

En 2012, l'activité totale des 22 SU connectés représente 552 288 passages alors qu'en 2011, l'activité totale extrapolée (21 SU connectés et données de Bar-le-Duc) représentait 548 702 passages.

Au total, nous retrouvons une augmentation d'activité régionale de plus de 3000 passages sur un an, soit de plus de 0,6%, certes encore une fois variable en fonction des SU. Sur les 14 SU connectés depuis janvier 2011 l'évolution est un peu plus significative, soit environ 0,9%.

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

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



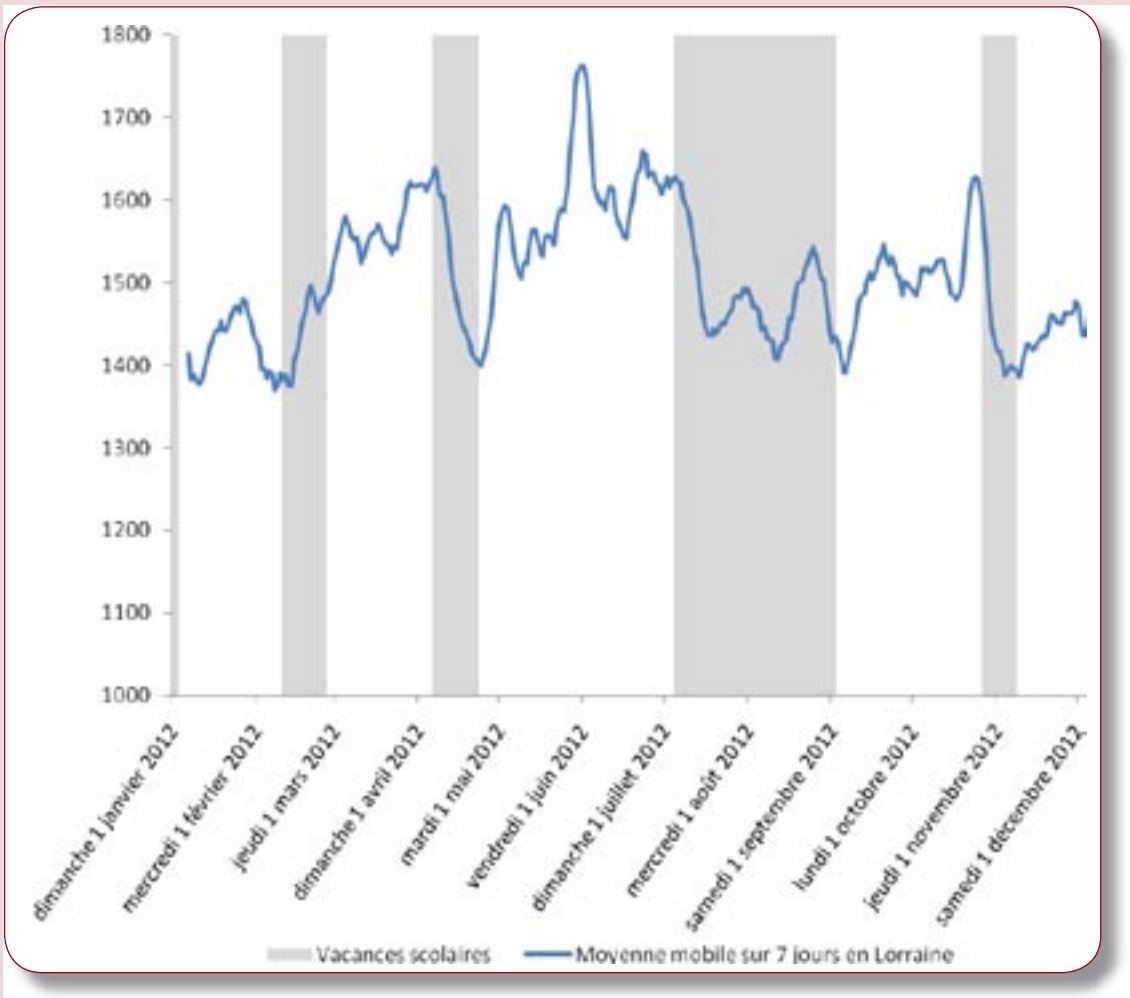
À nombre de jours constant, et comme en 2011, le mois de juin s'avère être le plus gros mois de l'année, suivi de mai en 2012 versus avril en 2011.



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

## Une activité qui baisse de manière significative durant les périodes de vacances scolaires (hors période hivernale)

DISTRIBUTION DES PASSAGES (MOYENNE MOBILE SUR 7 JOURS)

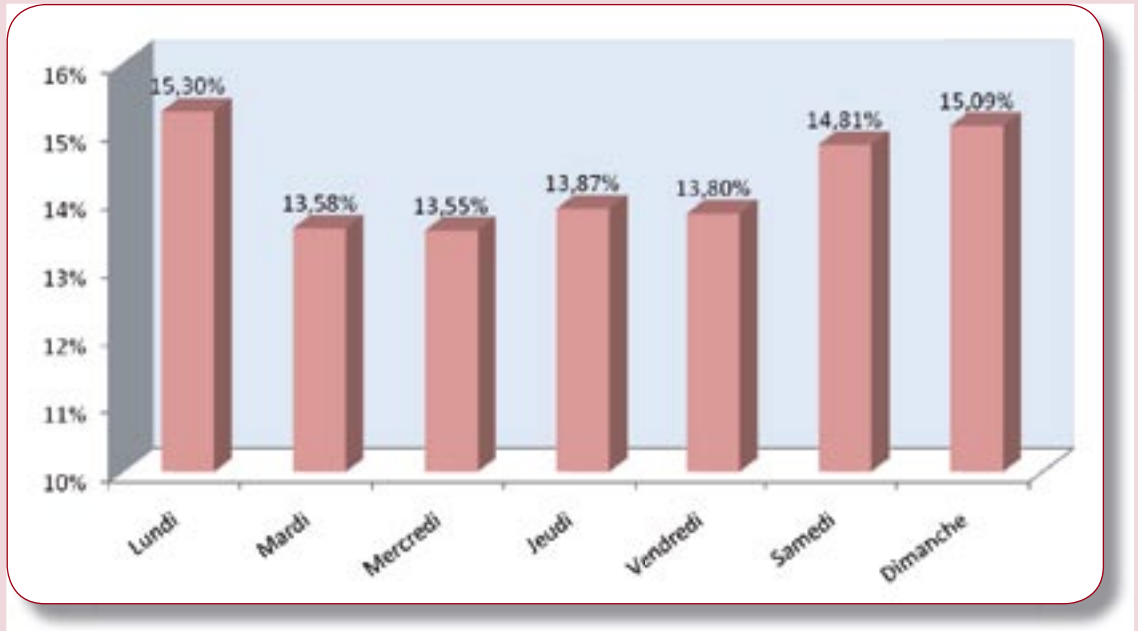


Une moyenne mobile permet de «lisser» une série de valeurs exprimées en fonction du temps. Elle permet d'éliminer les fluctuations les moins significatives. Ici, la moyenne mobile sur 7 jours permet de lisser les effets journaliers de l'évolution des passages aux urgences.

En plus d'une activité plus importante en mai et juin signalée précédemment, on constate une baisse significative de l'activité durant les vacances scolaires, à l'exception de la période hivernale. Cela confirme que l'activité des urgences en Lorraine est principalement liée à l'activité et aux mouvements géographiques des Lorrains et est de ce fait peu impactée par des mouvements de patients extérieurs à la Lorraine.

## Une classique suractivité le week-end mais aussi le lundi

### RÉPARTITION DES PASSAGES PAR JOUR DE LA SEMAINE

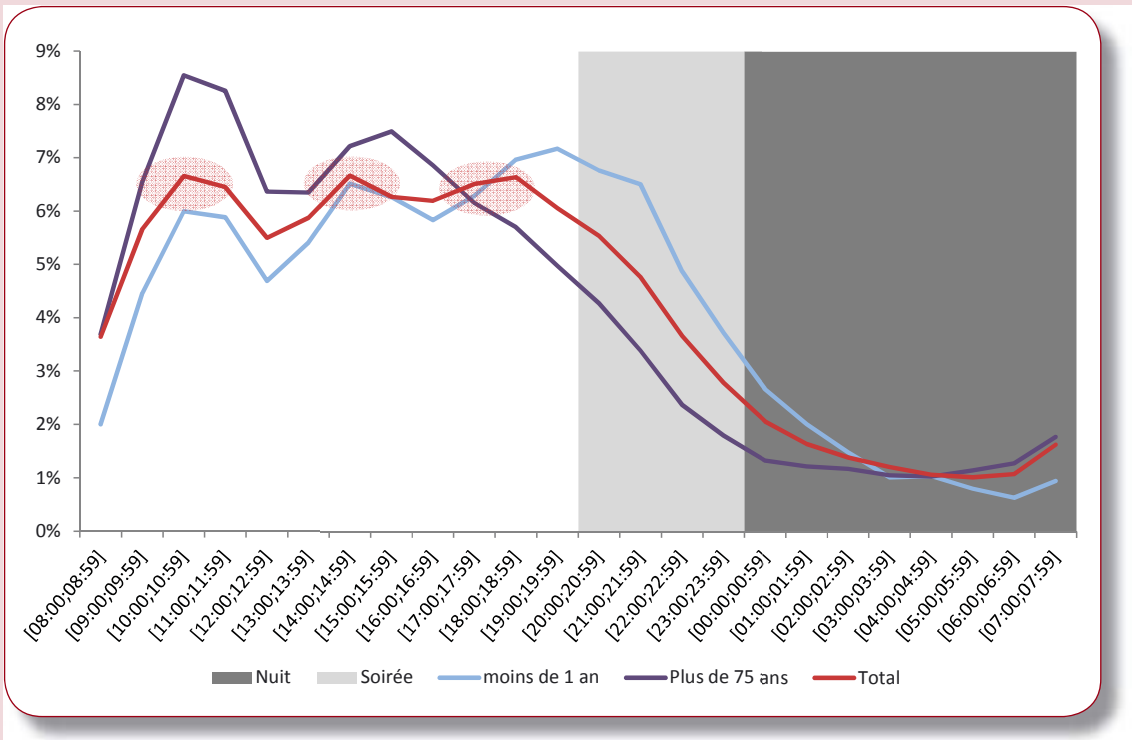


Ces valeurs, exprimées en % de l'activité annuelle, sont obtenues en additionnant tous les passages d'un jour de la semaine dans l'année. La journée est considérée comme débutant à 00h et non à 08h (ce qui pourrait expliquer une différence de ressenti par les professionnels).

Ce graphique montre, comme en 2011, la classique suractivité du lundi et du week-end, versus le relatif calme des mercredis et mardis.

### 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, 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'environ 11% 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.

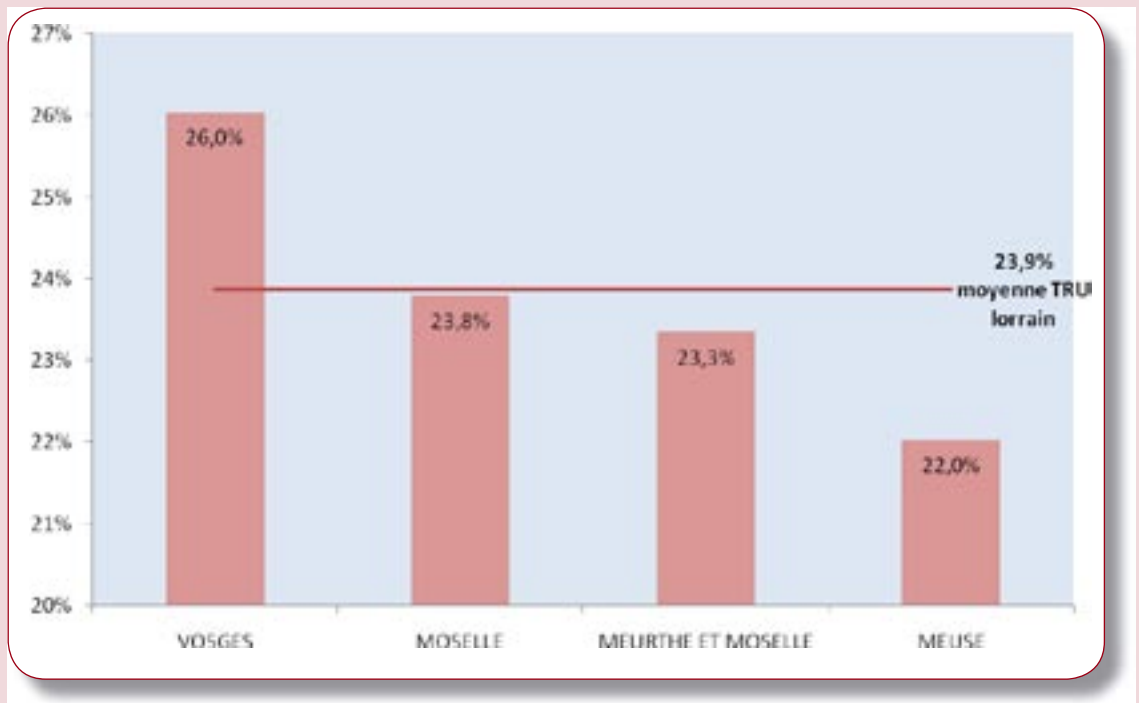


Dans cette répartition, les heures prises en compte sont les heures d'admission. Il ne s'agit donc pas de la variation du nombre de patients présents à un instant t. Une comparaison avec le taux d'occupation ponctuel serait probablement intéressante. À noter, par ailleurs, que l'analyse SU par SU montre des répartitions sensiblement différentes.

## ● Qui a recours aux urgences ?

Une moyenne d'1 passage aux urgences pour 4 Lorrains

TAUX DE RECOURS AUX URGENCES (TRU)



Ce taux de recours est défini comme le nombre de passages aux urgences rapporté à la population (INSEE 2009).

- TRU Lorrain =  $560\,978 / 2\,350\,112 = 23,9\%$
- TRU Vosges (88) =  $98\,997 / 380\,192 = 26\%$
- TRU Moselle (57) =  $248\,602 / 1\,044\,898 = 23,8\%$
- TRU Meurthe et Moselle (54) =  $170\,658 / 731\,019 = 23,3\%$
- TRU Meuse (55) =  $42\,721 / 194\,003 = 22\%$

Un TRU Lorrain de 23,9% signifie que l'on a près d'1 passage aux urgences pour 4 habitants lorrains.

On constate par ailleurs que la variation du TRU d'un département à l'autre est peu impactée par la densité de population (variant pourtant en Lorraine de 31 à 167).

À noter enfin, un chiffre régional peu évolutif en comparaison avec 2011 (23,4%).



## Une moyenne d'1 passage aux urgences pour 4 Lorrains

### TAUX DE RECOURS AUX URGENCES (TRU)

	Français – Hors Lorraine*	Etranger	54	55	57	88
SU – Dép. 54	2,77%	0,23%	87,43%	3,00%	4,89%	1,68%
SU – Dép. 55	5,30%	0,18%	1,91%	91,69%	0,77%	0,14%
SU – Dép. 57	4,10%	0,02%	2,60%	0,21%	92,94%	0,12%
SU – Dép. 88	9,60%	0,16%	2,21%	1,32%	0,46%	86,25%

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

L'activité des SU des départements de la Meurthe-et-Moselle (54) (3% non lorrain), de la Meuse (55) (5,5% non lorrain), et de la Moselle (57) (4% non lorrain) concerne en moyenne 95% de patients lorrains.

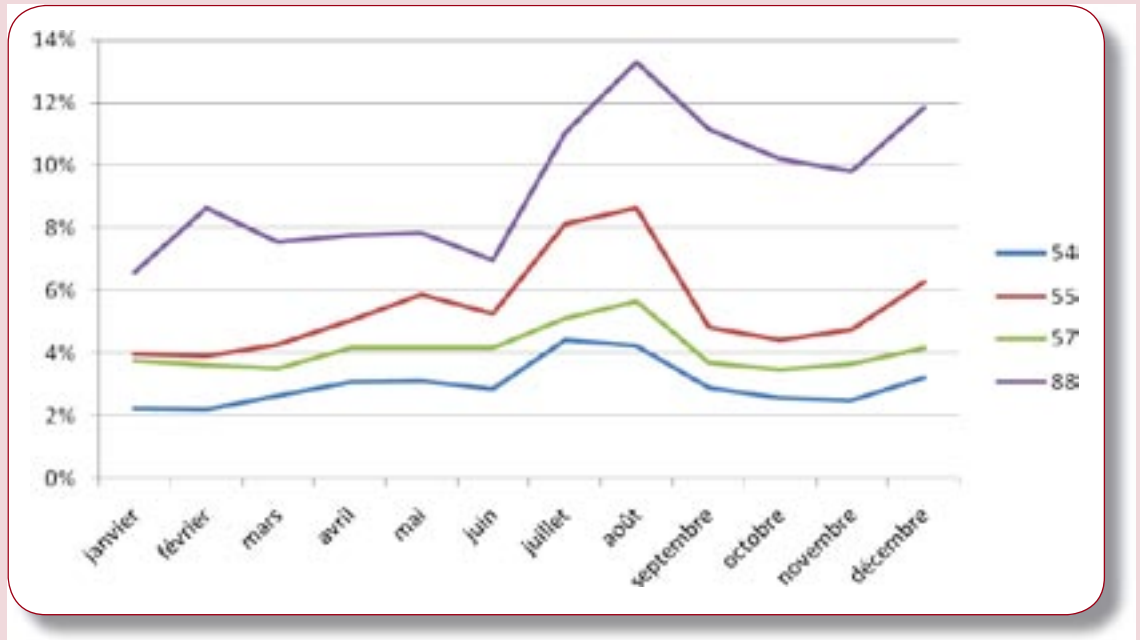
Par contre, on note une proportion plus forte de non lorrains pour le département des Vosges


(88) (1 patient sur 10 non lorrain).

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 par un positionnement géographique plus 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

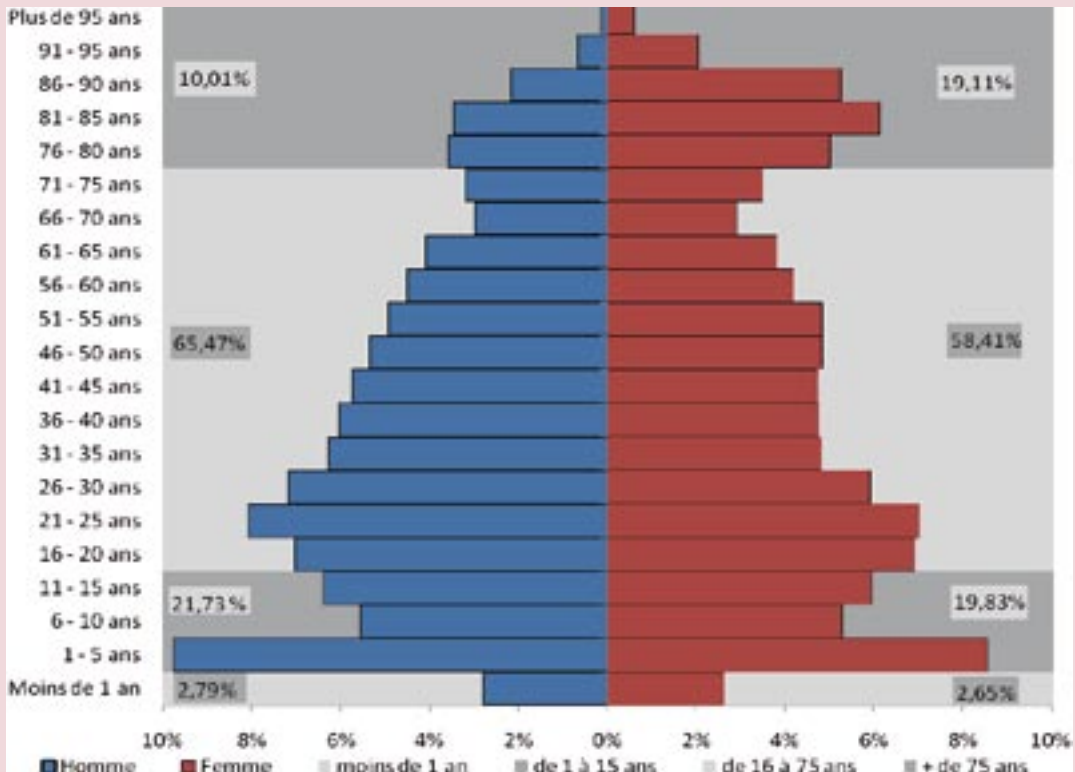


 Des défauts de saisie au niveau des systèmes d'information des établissements lorrains ne permettent pas toujours de faire la différence entre les patients français non lorrains et les patients étrangers.

On constate pour les départements de la Meurthe et Moselle, de la Meuse et de la Moselle un très léger phénomène saisonnier en juillet et août (+de 4% pour le 54, + de 8% pour le 55 et + de 5% pour le 57). Ce phénomène saisonnier (janvier, juillet, août et septembre) est un peu plus accentué (env. 12% non lorrains) pour le département des Vosges.

## 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 concernant les enfants de moins de 16 ans, représente donc un peu moins d'un quart des passages, avec une forte accentuation entre 1 et 5 ans. L'activité gériatrique (> 75 ans) représente quant à elle 14% des passages.

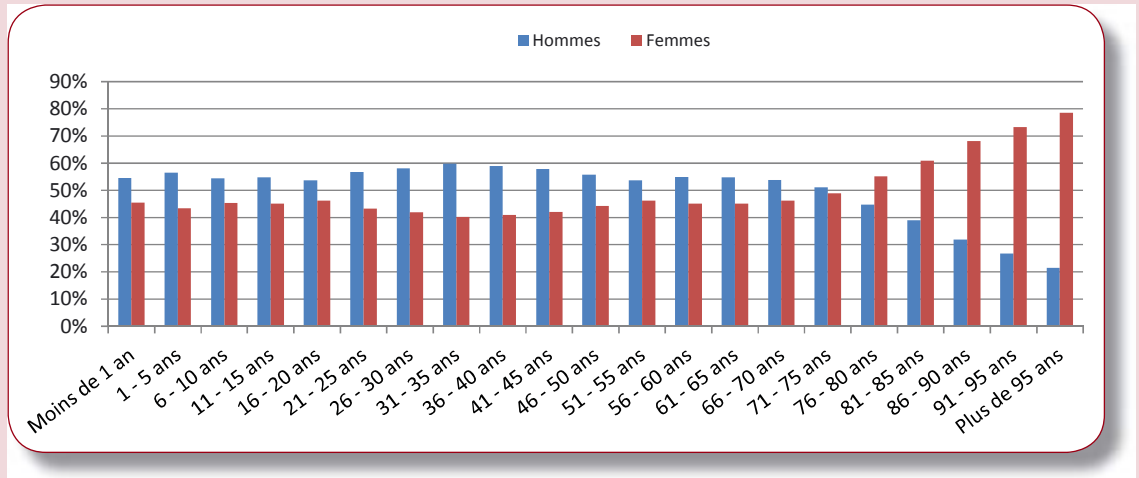
En comparaison avec 2011, le nombre de passages par tranches d'âge est plus important en chiffres (requête sur 23 sites) mais stable en termes de pourcentages (14,26% de plus de 75 ans versus 14,04% en 2011 et 23,58% de moins de 16 ans versus 23,70%).

On peut constater que la répartition des passages suit la même courbe pour les hommes et les femmes avec une accentuation pour les femmes après 75 ans liée à la différence d'espérance de vie, comme nous avons pu le voir auparavant.

Comme nous l'avons déjà souligné, nous n'avons pas l'assurance de la parfaite exhaustivité de l'activité pédiatrique. Ce défaut d'exhaustivité ne concerne qu'un nombre de sites très limité et sur un nombre de passages lui aussi limité. Ainsi, cette sous-représentation reste mineure.

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

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



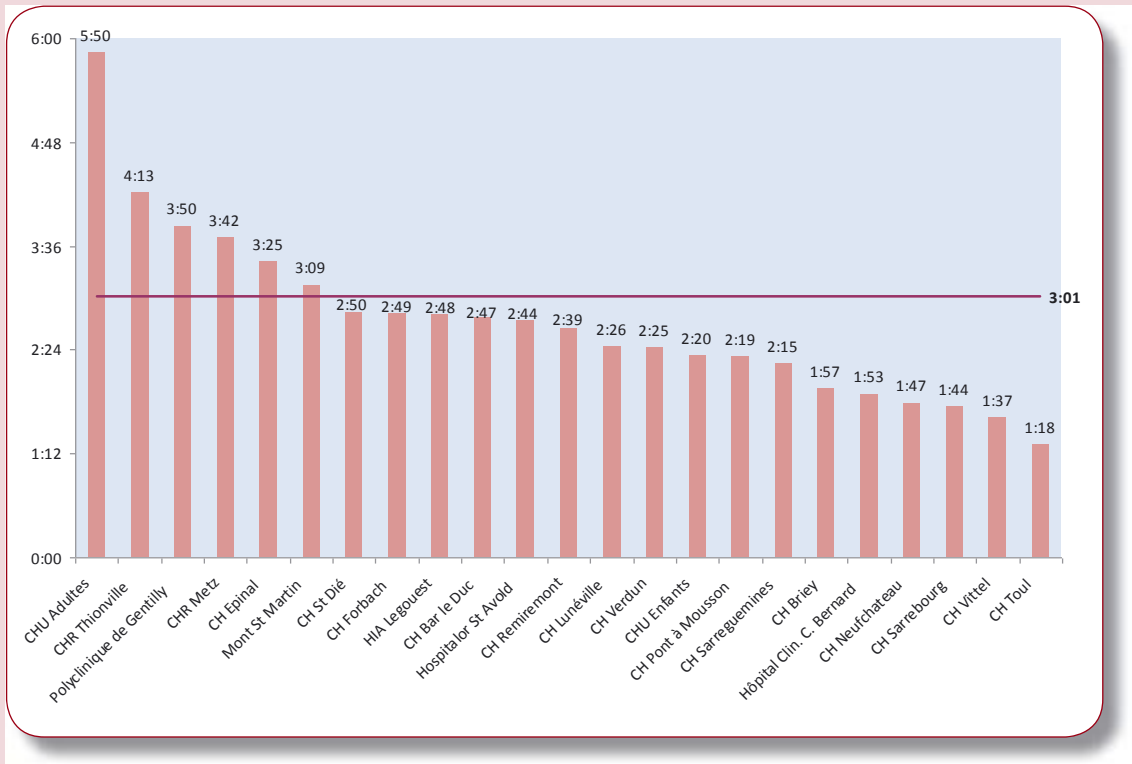
La population masculine est surreprésentée dans toutes les tranches d'âge jusqu'à la tranche 65-70 ans. Cette surreprésentation est d'environ 10% chez les moins de 15 ans et s'avère particulièrement importante pour les tranches

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.

## 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



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

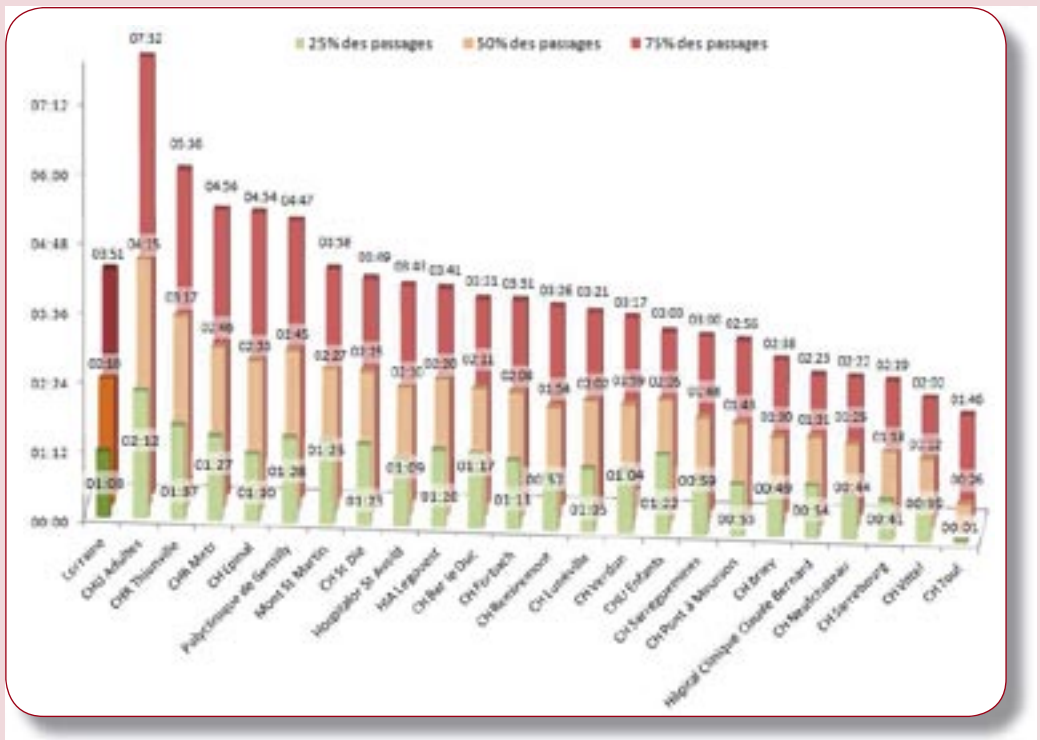
À titre d'exemple, le site identifié CHU Adultes ne prend en charge aucun enfant et a de fait un % de patients de plus de 75 ans supérieur à la moyenne régionale avec son corollaire évident en termes de durée moyenne de passage.

La durée moyenne de passage en Lorraine est de 3h01.

Cette moyenne est voisine des durées moyennes retrouvées dans les quelques régions disposant d'un observatoire. En comparaison avec 2011, la durée moyenne de passage a baissé de 10 minutes (3h01 versus 3h11). Cette diminution concerne autant les différentes tranches d'âge que les types d'orientation ou encore les niveaux de gravité.

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 3h51, sachant qu'une base théorique nationale cible une durée maximale de 4h pour 80% des passages.

Cependant, cinq 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 des pourcentages de tranches d'âge. Par ailleurs, comme en 2011, ce sont les quatre SU ayant la plus grosse activité qui sont les plus éloignés de cette « barre des 80% ». Il serait peut être 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).



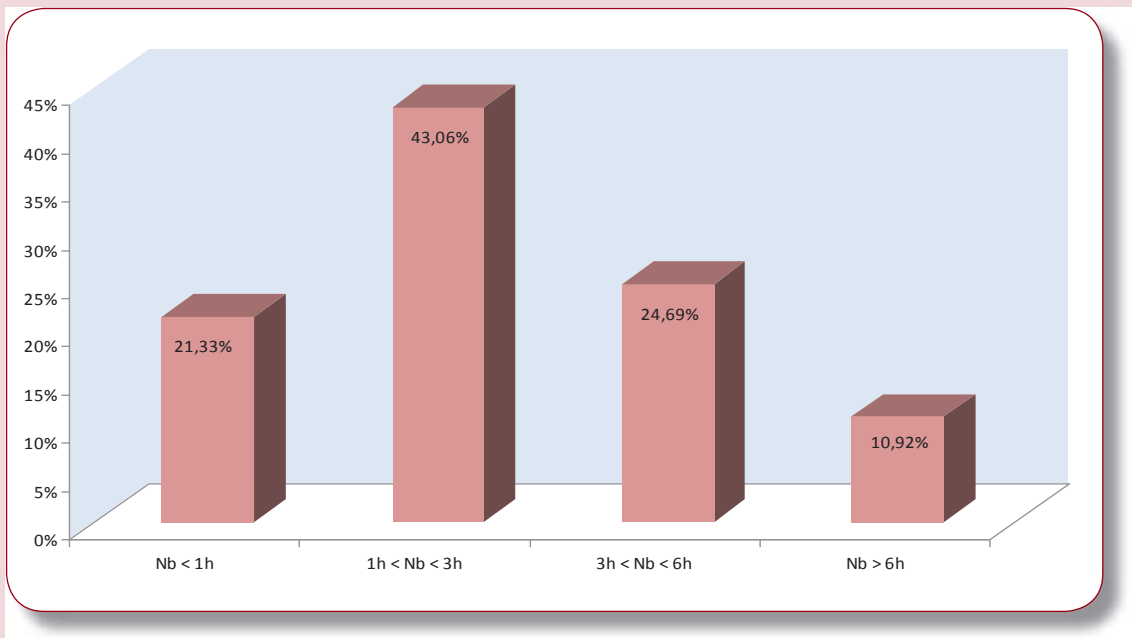
Ce graphique montre que les données liées à la durée des passages du CH de Toul ne sont pas correctes (25% des passages en 1 mn). Cela s'explique par des difficultés de mise en oeuvre d'une solution dédiée aux urgences pertinente et répondant aux attentes des professionnels au sein de l'établissement.



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).

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

### RÉPARTITION DE LA DURÉE MOYENNE DE PASSAGE AUX URGENCES



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

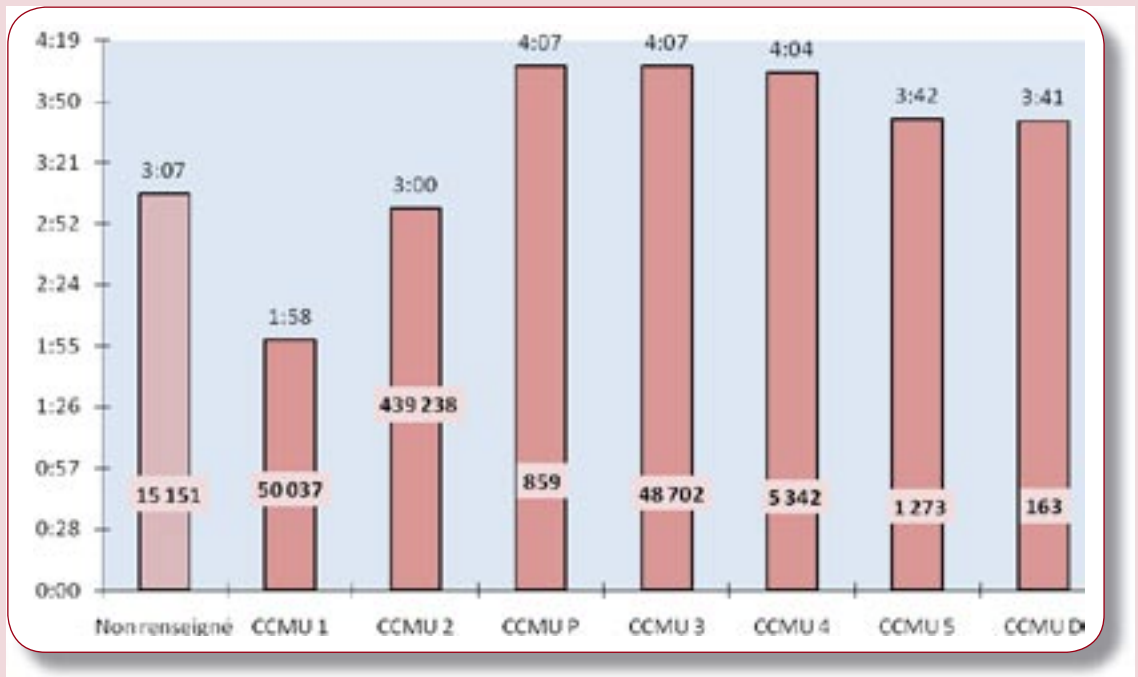
Lorraine.

À noter que les patients « groupe 4 »<sup>1</sup> sont inclus dans ce décompte.

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

## Un examen complémentaire = une heure de plus aux urgences

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



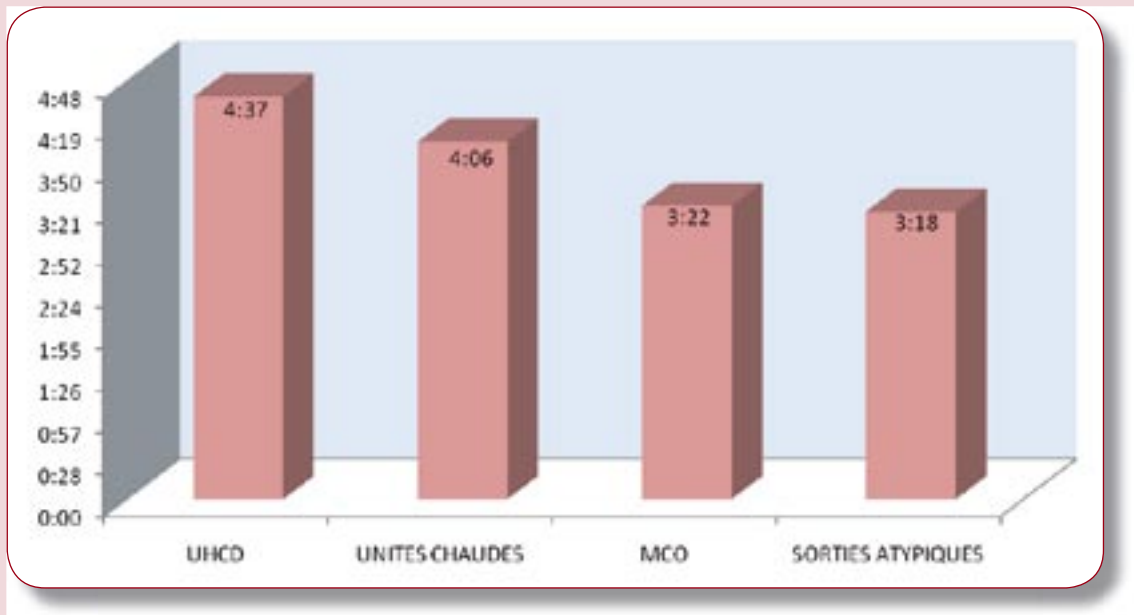
La réalisation d'un examen complémentaire chez un patient non grave augmente d'une heure sa durée moyenne de passage. Les patients les plus graves ont une durée moyenne

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



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

### DURÉE MOYENNE DE PASSAGE EN FONCTION DE L'ORIENTATION



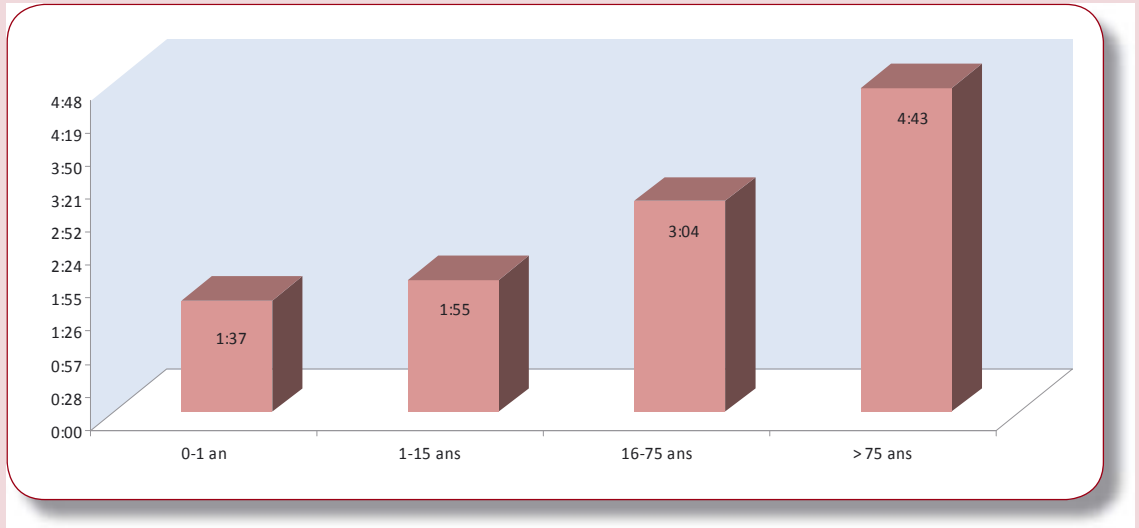
Il existe des variations importantes de ces durées de passage en fonction de l'orientation selon les SU témoignant d'organisations et de contraintes locales variables : optimisation du diagnostic ou du conditionnement versus accueil plus rapide en MCO ou en unités chaudes; hospitalisation précoce en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

Pour autant, un patient hospitalisé en MCO (rarement « CCMU1 ») passe en moyenne près de 3H30 aux urgences.

La durée moyenne de passage de 4H37 des patients hospitalisés en UHCD correspond probablement à une partie non négligeable d'hospitalisations faute de place.

## 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



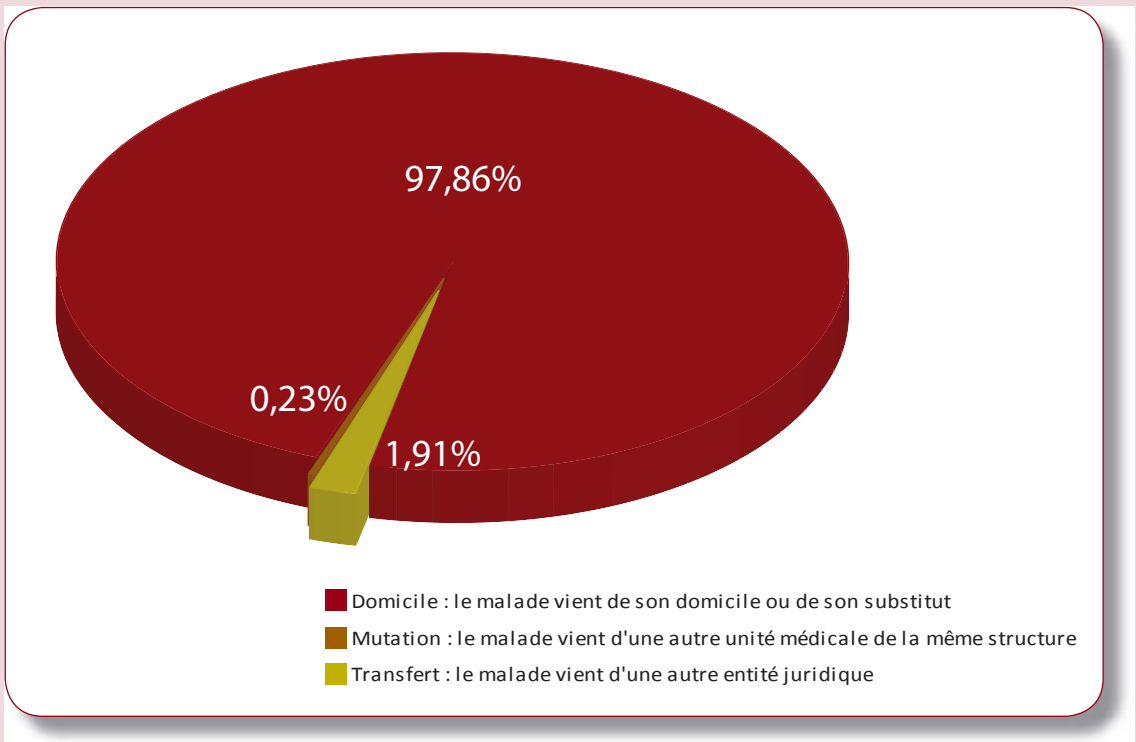
Indépendamment des organisations locales, il existe un facteur 2,5 entre la durée de passage des patients de moins de 15 ans et de ceux de plus de 75 ans. Comme nous pouvons le voir au

graphique «Proportion de CCMU1, CCMU2 et CCMU 3, 4, 5 par tranches d'âge» cette constatation est directement corrélée aux CCMU1 pour les différentes patientèles.

## ● D'où viennent les patients ?

**Mutation ou transfert, des modes d'entrée heureusement marginaux**

RÉPARTITION DES PASSAGES EN FONCTION DES MODES D'ENTRÉE

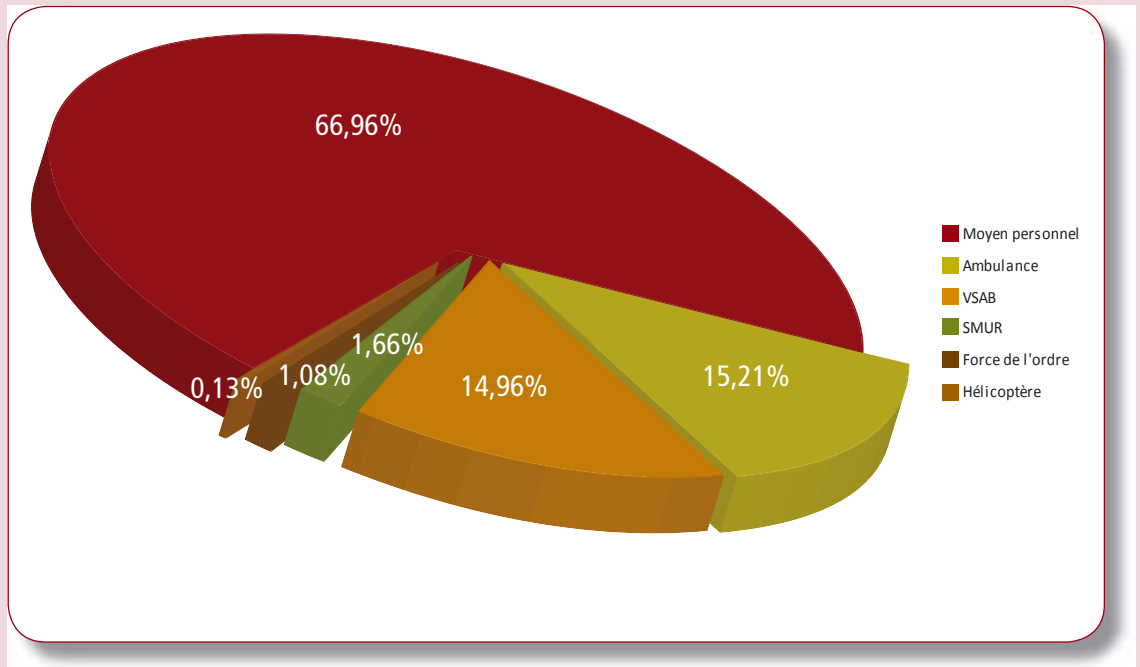



L'immense majorité des patients vient du domicile (au sens large du terme, à savoir non d'un établissement de soins).

À noter que dans les mutations figure un certain nombre de SMUR internes.

## 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



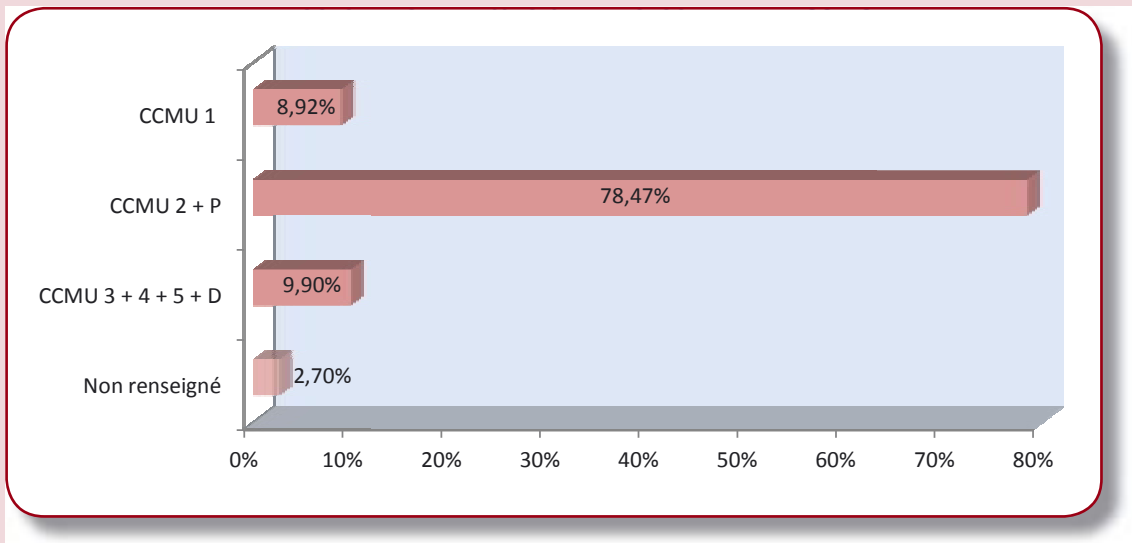
 La comparaison des répartitions des modes de transport à l'admission par département serait intéressante, en particulier associé au nombre et au type de vecteurs déclenchés par les SAMU, mais le manque de fiabilité sur ces données ne permet pas encore ce type d'analyse.

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 VSAV/B (Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes/Blessés des Services Départementaux d'Incendies et Secours (SDIS)). Les modes de transport à l'admission en 2012 sont voisins de ceux constatés en 2011 (discrète majoration du transport en VSAV 14,96% versus 13,6%, mais probablement en rapport avec une amélioration de l'exhaustivité). À noter enfin que plus de 1% des patients sont présentés par les forces de l'ordre.

## ■ Pourquoi vient-on aux urgences ?

10% de « simples consultations » et 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.

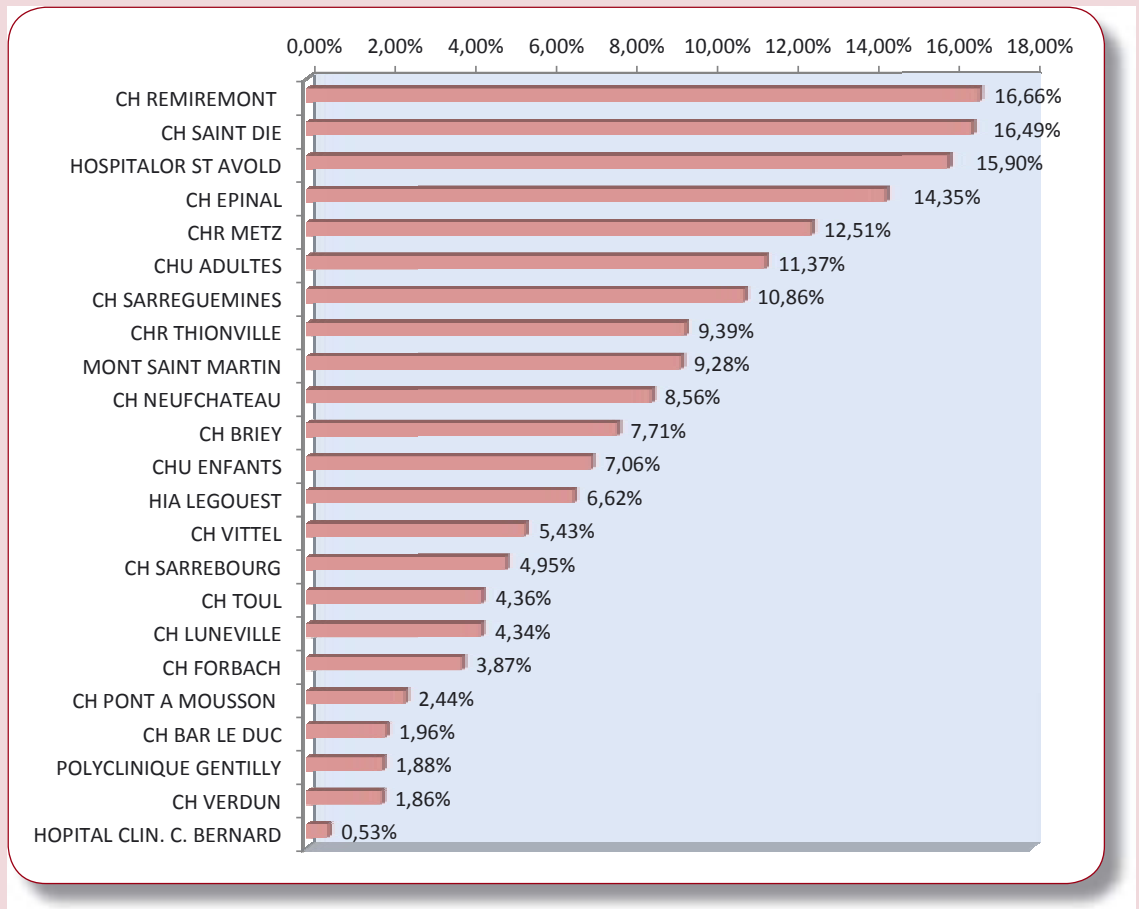
Ces pourcentages de 2012 sont très voisins de ceux de 2011 (un peu moins de CCMU1 et un peu plus de 3, 4, 5).




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).

## Des consultations allant de moins de 1% à plus de 15%

### CCMU1 EN POURCENTAGE PAR ÉTABLISSEMENT



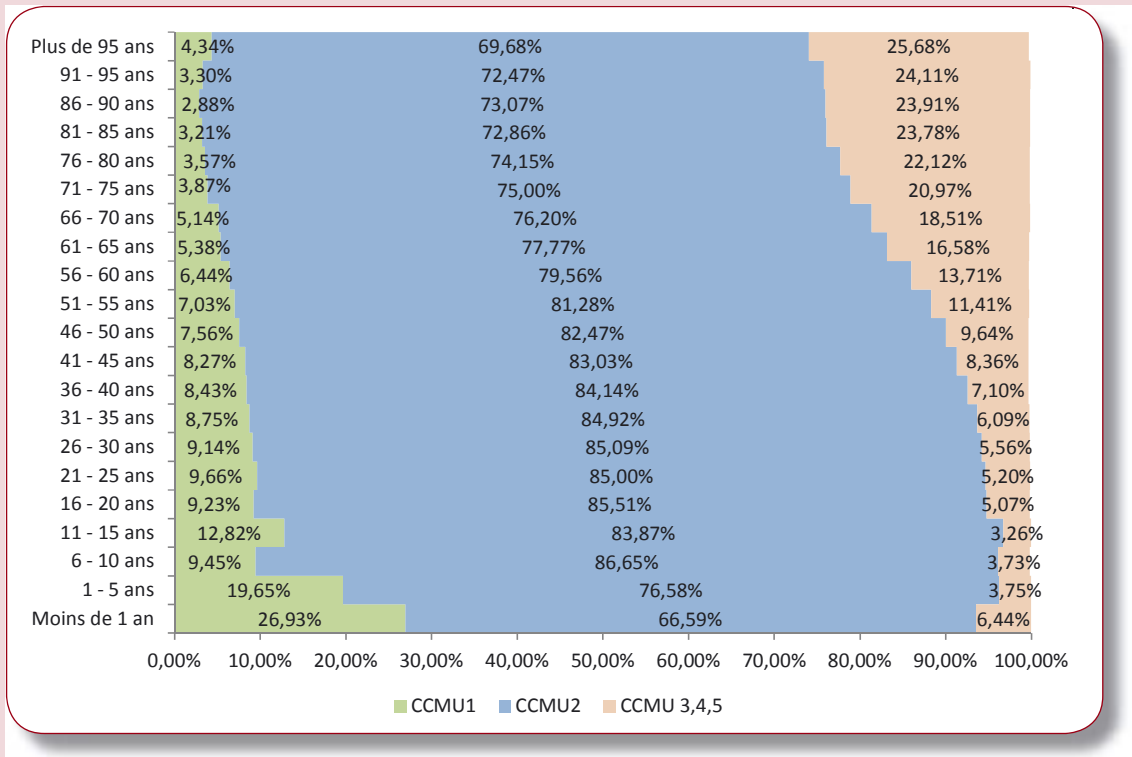
 Les chiffres de CCMU 1 sont probablement à consolider mais aussi à interpréter en fonction de l'intégration ou non des passages pédiatriques. Par ailleurs, il s'agit d'un paramètre dont la pertinence de la cotation reste probablement à optimiser.

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, transformant les CCMU1 en CCMU2 et ont des impacts financiers non négligeables.

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

**20 % et + de CCMU 1 pour les - de 5 ans et + 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**

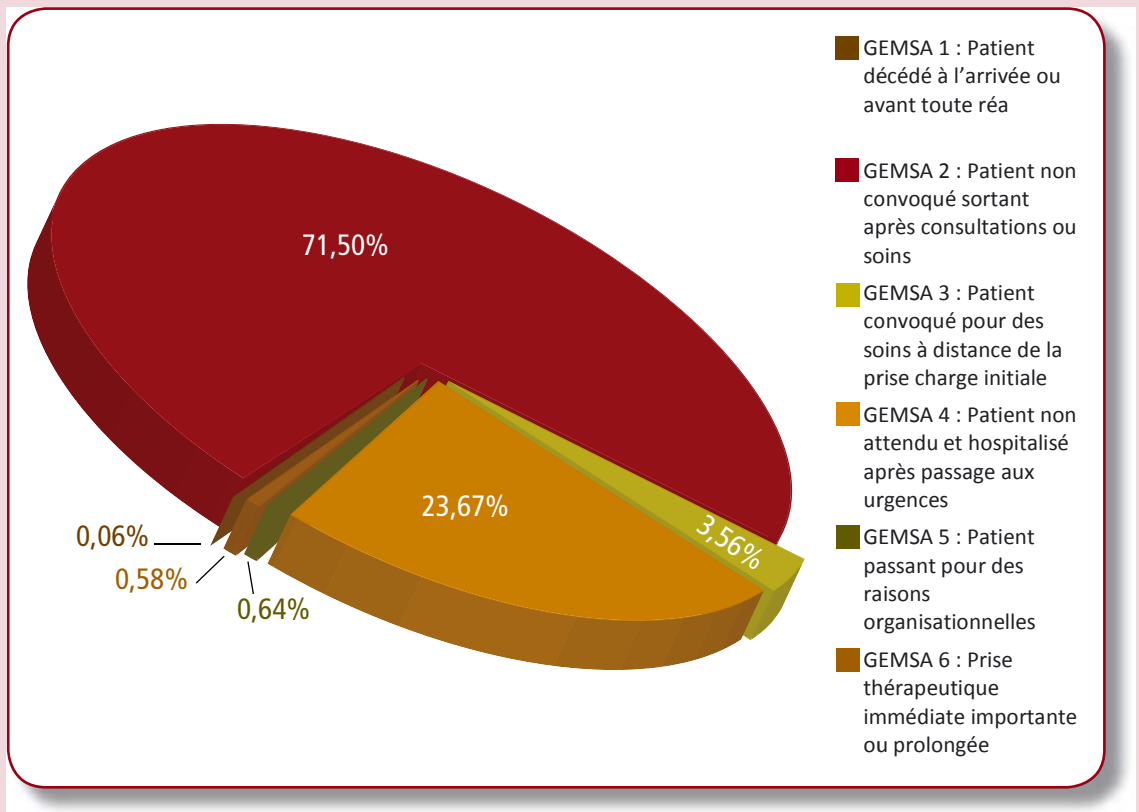


La décision de recours aux urgences varie fortement selon l'âge de la patientèle. Ainsi, plus de 20% des passages aux urgences de patients de moins de 5 ans s'avèrent de simples

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).

## Un intérêt théorique lié aux GEMSA 3 et 5

### RÉPARTITION DES PASSAGES EN FONCTION DU GEMSA



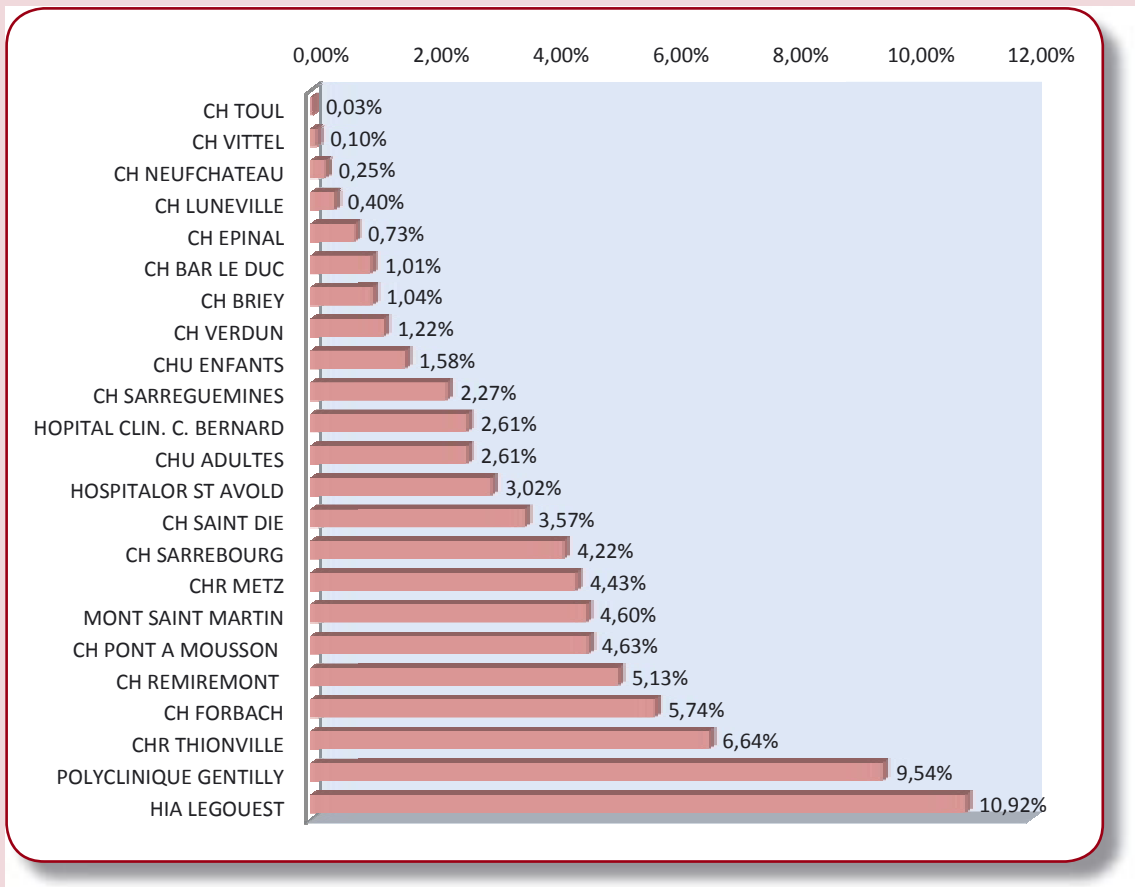
Il s'agit d'une classification également discutée car elle mélange des notions d'orientation et de gravité. Son intérêt théorique est surtout lié aux GEMSA 3 et 5 car non censés être financés. Cependant, des erreurs de cotation sont fréquentes en particulier sur le GEMSA 3. Trois notions sont en effet confondues à savoir : le patient se présentant aux


urgences suite à une reconvoque par les urgences (véritable GEMSA 3), le patient vu aux urgences et reconvoqué pour une suite de soins aux urgences (qui sera GEMSA 3 lors de son retour pour la suite de soins), le patient vu aux urgences et reconvoqué pour suite de soins dans une consultation de l'établissement mais pas aux urgences.



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

### GEMSA3 EN POURCENTAGE PAR ÉTABLISSEMENT



 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.

## ■ Quels sont les principaux diagnostics posés ?

Concernant l'analyse des diagnostics aux urgences, il existe un problème de définition de la granulométrie optimale. En effet, une granulométrie trop fine sans regroupement de diagnostics va conduire à des tableaux de plusieurs milliers de codes difficiles à interpréter. À l'inverse, une représentation sous la forme de quelques « appareils » (digestif, cardiovasculaire, pulmonaire...) va conduire à une perte d'information.

À ce jour, il existe 3 possibilités de présentation. La première est une présentation exhaustive des diagnostics (19 000 codes environ actuellement en Lorraine mais bientôt moins de 2 000 dans la nouvelle classification CIM 10 SFMU). La seconde est l'utilisation du regroupement dit syndromique utilisé par l'InVS (une centaine de regroupements). Ces regroupements sont utilisés à des fins de surveillance épidémiologiques (dispositif OSCOUR©) et ne sont pas adaptés au type d'analyse des Observatoires essentiellement centré sur des regroupements de pathologies par appareil.

La troisième alternative enfin est l'utilisation d'un autre regroupement de codes, le principal actuellement à disposition étant celui utilisé par l'ORUMIP et l'ORUPACA qui comprend 119 regroupements.

Dans notre rapport 2012, c'est cette troisième alternative que nous avons utilisée en ne présentant que les regroupements qui couvrent 80% des diagnostics posés par tranche d'âge analysée.

Dernière remarque concernant la population pédiatrique, il persiste en 2012 une sous-représentation des diagnostics médicaux compte tenu de la persistance de sites qui n'intègrent pas la patientèle pédiatrique médicale.

La codification des diagnostics aux urgences est une codification faite « au fil de l'eau » par les médecins urgentistes en utilisant une partie de la CIM 10 dite CIM 10 SFMU. Elle n'est bien sûr pas validée par les DIM (Départements d'Information Médicale) et non modifiée en fonction des diagnostics de sortie en cas d'hospitalisation.

## Moins de 1 an – Près de 50% de pathologies infectieuses et plus de 20% de traumatismes

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

Regroupement de pathologies	Nb de passages par reg. pathologies	en %
Diarrhée et gastroentérite	3065	10,51%
Rhinite et Rhino-pharyngite	2741	9,40%
Bronchite aiguë et bronchiolite	2399	8,23%
Fièvre	1961	6,73%
Plaies cutanées (et corps étrangers résiduels)	1747	5,99%
Traumatismes crâniens	1702	5,84%
Otite externe et moyenne	1307	4,48%
Contusions des tissus mous	1044	3,58%
Nausées, vomissements	715	2,45%
Angine, pharyngo-amygdalite	615	2,11%
Erythème et autres éruptions	558	1,91%
Examen médical général, dépistage, conseil, ...	529	1,81%
Pathologie néonatale	492	1,69%
Constipation et autre trouble fonctionnel intestinal	475	1,63%
Brûlures, corrosions cutanées et gelures	472	1,62%
Signes et symptômes	428	1,47%
Laryngo-trachéite, oedème de Quincke et autre atteinte laryngée	422	1,45%
Toux, douleur de la gorge, dysphagie, dysphonie	375	1,29%
Agitation, trouble de personnalité et du comportement	359	1,23%
Traumatismes autres et sans précision	358	1,23%
Douleur abdominale	354	1,21%
Infection virale de la peau	353	1,21%
Conjonctivite et autre atteinte conjonctivale	305	1,05%
Fractures de membre	297	1,02%
Epilepsie et convulsions	289	0,99%
<b>Total des regroupements de pathologies présentées</b>	<b>23362</b>	<b>80,13%</b>
<b>RESTE</b>	<b>5793</b>	<b>19,87%</b>

Chez les enfants de moins de 1 an, les pathologies les plus fréquemment rencontrées sont les pathologies infectieuses qui représentent près de 50% des diagnostics codés (47% avec près de 14 000 enfants concernés). Parmi ces infections, les atteintes ORL représentent près de 20% (rhinopharyngites, otites, angines, laryngo-trachéites...), les bronchites et bronchiolites 8% et les gastroentérites 10%. Par ailleurs, si l'on s'intéresse à l'ensemble des pathologies digestives (comprenant les gastroentérites), elles représentent 18% des diagnostics.

À côté de ces pathologies infectieuses, les traumatismes divers sont codés dans environ 22% des passages avec près de 6 500 enfants concernés.

Enfin, certains diagnostics plus rares (hors tableau) sont intéressants : on dénombre environ 150 enfants de moins d'un an intoxiqués (dont 100 avec des médicaments et 25 au CO et/ou fumées d'incendie) mais aussi près de 500 enfants brûlés.

**Entre 1 et 15 ans – plus de 50% de pathologies traumatiques et 16% de pathologies infectieuses dont la moitié en ORL**

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

Regroupement de pathologies	Nb de passages par reg. pathologies	en %
Plaies cutanées (et corps étrangers résiduels)	13082	13,35%
Contusions des tissus mous	12340	12,59%
Entorses et luxations de membre	9592	9,79%
Fractures de membre	8640	8,82%
Douleur abdominale	3617	3,69%
Diarrhée et gastroentérite	2783	2,84%
Traumatismes crâniens	2750	2,81%
Constipation et autre trouble fonctionnel intestinal	2226	2,27%
Angine, pharyngo-amygdalite	2206	2,25%
Traumatismes autres et sans précision	2046	2,09%
Otite externe et moyenne	1973	2,01%
Fièvre	1843	1,88%
Rhinite et Rhino-pharyngite	1594	1,63%
Douleur de membre	1459	1,49%
Arthralgie, arthrose, arthrite et autres atteintes articulaires	1186	1,21%
Autres traumatismes faciaux : os propres du nez, mâchoire, dent, ...	1181	1,21%
Signes et symptômes	1174	1,20%
Asthme	1112	1,13%
Infection bactérienne de la peau	1035	1,06%
Malaise, syncope, lipothymie	927	0,95%
Nausées, vomissements	844	0,86%
Urticaire	823	0,84%
Laryngo-trachéite, oedème de Quincke et autre atteinte laryngée	790	0,81%
Bronchite aiguë et bronchiolite	771	0,79%

Regroupement de pathologies	Nb de passages par reg. pathologies	en %
Lésions traumatiques d'organe	768	0,78%
Epilepsie et convulsions	712	0,73%
Erythème et autres éruptions	701	0,72%
Migraine et céphalées	683	0,70%
Total des regroupements de pathologies présentées	78858	80,50%
<b>RESTE</b>	<b>19135</b>	<b>19,50%</b>

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 (52% avec environ 49 000 enfants concernés).

À côté de ces pathologies traumatiques, les pathologies infectieuses concernent environ 16% des passages (près de 16 000 enfants) dont la moitié est de l'infection ORL. Par ailleurs, si l'on s'intéresse à l'ensemble des pathologies digestives (comprenant les gastroentérites), elles représentent 11% des diagnostics.

Enfin, certains diagnostics plus rares (hors tableau) sont intéressants comme par exemple :

- 700 intoxications (dont 400 avec des médicaments, 126 avec de l'alcool et 75 au CO et/ou fumées d'incendie)
- 600 brûlures
- 1 200 pathologies à connotation psychiatrique (angoisse, troubles du comportement, agitation, dépression, délire, hallucinations ...)

## Entre 16 et 75 ans – un gros tiers de traumatismes, des pathologies digestives, rhumatismales et psychiatriques dominantes

### ENTRE 16 ET 75 ANS : GROUPEMENT DE PATHOLOGIES COUVRANT 80% DES PASSAGES

Regroupement de pathologies	Nb de passages par reg. pathologies	en %
Plaies cutanées (et corps étrangers résiduels)	30622	9,30%
Contusions des tissus mous	24668	7,49%
Entorses et luxations de membre	23169	7,04%
Fractures de membre	15766	4,79%
Douleur abdominale	13482	4,09%
Intoxication alcoolique	7800	2,37%
Malaise, syncope, lipothymie	7117	2,16%
Traumatismes autres et sans précision	6797	2,06%
Douleur thoracique pariétale	6598	2,00%
Infection bactérienne de la peau	6397	1,94%
Douleur précordiale ou thoracique non élucidée	6132	1,86%
Angoisse, stress, trouble névrotique ou somatoforme	5615	1,70%
Colique néphrétique et lithiase urinaire	5340	1,62%
Délivrance de certificats médicaux	5163	1,57%
Signes et symptômes	4969	1,51%
Douleur de membre	4455	1,35%
Lombalgie et lumbago	4414	1,34%
Migraine et céphalées	4209	1,28%
Arthralgie, arthrose, arthrite et autres atteintes articulaires	4199	1,28%
Lésions de l'œil ou de l'orbite	3940	1,20%
Intoxication médicamenteuse	3877	1,18%
Vertige périphérique ou sans précision	3447	1,05%
Diarrhée et gastroentérite	3231	0,98%
Pneumopathie	3216	0,98%
Trouble du rythme et de la conduction	3114	0,95%
Agitation, trouble de personnalité et du comportement	2984	0,91%
Epilepsie et convulsions	2954	0,90%

Regroupement de pathologies	Nb de passages par reg. pathologies	en %
Dépression et troubles de l'humeur	2816	0,86%
Dyspnée et gêne respiratoire	2661	0,81%
Contracture, myalgie et autres pathologies musculaires	2625	0,80%
Examen médical général, dépistage, conseil, ...	2615	0,79%
Cervicalgie, névralgie cervicale	2577	0,78%
Infection urinaire basse ou siège non précisé	2552	0,77%
Complication d'actes médicaux ou chirurgicaux	2550	0,77%
Accident vasculaire cérébral (AIT+AVC), hémiplégie, aphasie, ...	2528	0,77%
Lombosciatique	2521	0,77%
Tendinite, synovite, enthésopathie	2356	0,72%
Autre affection ophtalmologique	2137	0,65%
Brûlures, corrosions cutanées et gelures	2121	0,64%
Traumatismes crâniens	2094	0,64%
Autres traumatismes faciaux : os propres du nez, mâchoire, dent, ...	1973	0,60%
Asthénie, altération de l'état général	1942	0,59%
Constipation et autre trouble fonctionnel intestinal	1888	0,57%
Soins de contrôle chirurgical, orthopédique, ...	1848	0,56%
Proctologie	1782	0,54%
Bronchite aiguë et bronchiolite	1770	0,54%
Gastrite, duodénite et ulcère gastro-duodéal non hémorragique et non perforé	1734	0,53%
Alcool : dépendance, sevrage, ...	1697	0,52%
Epistaxis	1601	0,49%
Dorsalgie et pathologie rachidienne dorsale	1580	0,48%
<b>Total des regroupements de pathologies présentées</b>	<b>263643</b>	<b>80,09%</b>
<b>RESTE</b>	<b>65683</b>	<b>19,91%</b>



Les pathologies traumatiques sont les plus fréquentes dans cette classe d'âge et concernent plus d'un tiers des 328 000 passages, les plaies cutanéomuqueuses étant à elles seules responsables de plus de 30 000 passages.

En deuxième place viennent les pathologies digestives (plus de 9% soit 30 000 passages) dont plus de 13 000 douleurs abdominales et environ 700 hémorragies digestives.

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

- Rhumatismales au sens large du terme (rachialgies, arthralgies...) avec un peu moins de 8% des passages et près de 10% si l'on inclut les douleurs thoraciques pariétales
- Neurologiques dans 4,75% des passages (en intégrant les vertiges) dont 4 200 céphalées et migraines, 3 000 épilepsies et 2 500 AVC
- Cardiovasculaires qui représentent, avec les douleurs précordiales ou thoraciques non élucidées, 4% des passages dont environ 3 200 troubles du rythme ou de la conduction, 1 350 maladies thrombo-emboliques, 1 200 événements coronariens avérés dont le moitié d'infarctus
- Pulmonaires (3% en intégrant les dyspnées) avec 3 200 pneumopathies et 1 800 bronchites
- Psychiatriques au sens large du terme avec 3,9% des diagnostics codés (dont près de 8 500 « angoisse-syndrome dépressif » et 3 000 agitations) et qui passent à plus de 5% si on ajoute les 3 900 intoxications médicamenteuses volontaires voire à presque 7,5% avec les 7 800 intoxications éthyliques aiguës
- Ophtalmologiques (3,2%) et ORL (1,9% sans les vertiges) dont 1 600 épistaxis
- Urologiques (3,5%) dont 5 500 coliques néphrétiques et 4 500 infections urinaires.

Par ailleurs, certains diagnostics sont difficiles à rattacher à une atteinte d'organe. C'est le cas des plus de 7 000 « malaise – syncope - lipothymie » mais aussi des 2 000 « asthénie - altération de l'état général » et des près de 8 000 «certificats médicaux et examens de dépistage».

À noter également les 2 100 brûlures et les 360 intoxications au CO (hors tableau).

## Plus de 75 ans – seulement 22% de traumatismes mais près d'1/4 d'atteintes cardio-pulmonaires

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

Regroupement de pathologies	Nb de passages par reg. pathologies	en %
Fractures de membre	5432	6,96%
Pneumopathie	3839	4,92%
Asthénie, altération de l'état général	3818	4,89%
Malaise, syncope, lipothymie	3751	4,80%
Plaies cutanées (et corps étrangers résiduels)	3480	4,46%
Contusions des tissus mous	2975	3,81%
Accident vasculaire cérébral (AIT+AVC), hémiplégie, aphasie, ...	2795	3,58%
Dyspnée et gêne respiratoire	2683	3,44%
Insuffisance cardiaque	2655	3,40%
Douleur abdominale	1950	2,50%
Trouble du rythme et de la conduction	1764	2,26%
Traumatismes autres et sans précision	1580	2,02%
Douleur précordiale ou thoracique non élucidée	1317	1,69%
Bronchite aiguë et bronchiolite	1195	1,53%
Anémie	1186	1,52%
Douleur thoracique pariétale	1033	1,32%
Vertige périphérique ou sans précision	1032	1,32%
Arthralgie, arthrose, arthrite et autres atteintes articulaires	1000	1,28%
Signes et symptômes	997	1,28%
Epistaxis	984	1,26%
Entorses et luxations de membre	952	1,22%
Infection bactérienne de la peau	868	1,11%
Troubles hydroélectrolytiques et acido-basiques	836	1,07%
Traumatismes crâniens	827	1,06%
Constipation et autre trouble fonctionnel intestinal	815	1,04%
Diarrhée et gastroentérite	804	1,03%
Rétention urinaire	799	1,02%
Douleur de membre	738	0,95%
Occlusion toute origine	722	0,92%

Insuffisance respiratoire aiguë	678	0,87%
Contracture, myalgie et autres pathologies musculaires	646	0,83%
Fièvre	633	0,81%
Lombalgie et lumbago	629	0,81%
Coma et trouble des fonctions supérieures	619	0,79%
HTA	613	0,78%
Agitation, trouble de personnalité et du comportement	612	0,78%
Autre atteinte des voies aériennes inférieures	609	0,78%
BPCO et insuffisance respiratoire chronique	605	0,77%
Diabète et trouble de la glycémie	603	0,77%
Hématurie et autre dysurie	588	0,75%
Lithiase, infection et autre atteinte des voies biliaires	587	0,75%
Insuffisance rénale	581	0,74%
Infection urinaire basse ou siège non précisé	521	0,67%
Examen médical général, dépistage, conseil, ...	499	0,64%
Entorses, luxations et fractures du rachis lombaire et du bassin	494	0,63%
Proctologie	480	0,61%
<b>Total des regroupements de pathologies présentées</b>	<b>62824</b>	<b>80,44%</b>
<b>RESTE</b>	<b>15266</b>	<b>19,56%</b>

Pour cette tranche d'âge au-dessus de 75 ans, les traumatismes demeurent prédominants avec 22% des passages codés (autant que les 0-1 an mais moins que les 16-75 ans et beaucoup moins que les 1-15 ans). Les pathologies pulmonaires se retrouvent en deuxième place (12,8%) avec 3 800 pneumopathies, 1 200 bronchites et 2 700 dyspnées.

Les autres types de pathologies retrouvés sont les suivants :

- Cardiovasculaires qui représentent, si l'on inclut les douleurs précordiales ou thoraciques non élucidées, 11% des passages (versus 4% pour les 16-75 ans) dont environ 2 600 insuffisances cardiaques, 1 800 troubles du rythme ou de la conduction, 650 maladies thrombo-emboliques, 750 événements coronariens avérés dont la moitié d'infarctus
- Digestives (9,5%, aussi fréquentes en % que chez les 16-75 ans) avec près de 2 000 douleurs abdominales mais également plus de 1 500 constipations et/ou occlusions

- Neurologiques dans 7,6 % des passages (en intégrant les vertiges) dont 2 800 AVC
- Rhumatismales au sens large du terme (rachialgies, arthralgies...) avec 6,4 % des passages en incluant les douleurs thoraciques pariétales
- Urologiques (4,5%) dont 800 rétentions urinaires, près de 800 hématuries, 800 insuffisances rénales et plus de 1 000 infections urinaires.
- Psychiatriques au sens large du terme avec 2,3 % des diagnostics codés dont près de 600 « angoisse - syndrome dépressif », 600 agitations et 250 intoxications médicamenteuses (tous hors tableau)
- Ophtalmologiques (0,5%) (hors tableau) et ORL (1,5% sans les vertiges) dont près de 1 000 épistaxis.

Par ailleurs, les près de 4 000 « malaise – syncope - lipothymie » et les 3 750 « asthénie - altération de l'état général » représentent près de 10% des diagnostics de cette tranche d'âge. À noter enfin 58 brûlures et 26 intoxications au CO (hors tableau).

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

Tout d'abord, il faut se féliciter de l'exhaustivité de cette codification avec 534 564 diagnostics principaux codés pour 559 382 passages enregistrés dont certains sont logiquement non codés (partie sans attendre, fugue...).

Ensuite, quelques diagnostics méritent d'être totalisés sur l'ensemble des tranches d'âge comme par exemple :

- les intoxications qui sont codées dans 13 200 passages avec 8 000 intoxications éthyliques, 4 500 intoxications médicamenteuses mais aussi 500 intoxications au CO et/ou fumées d'incendie
- les 3 200 brûlures
- les 5 300 AVC ou les 885 infarctus avérés
- les 1 100 hémorragies digestives (3 par jour

en Lorraine avec son corollaire en termes de permanence de soins des établissements de santé).

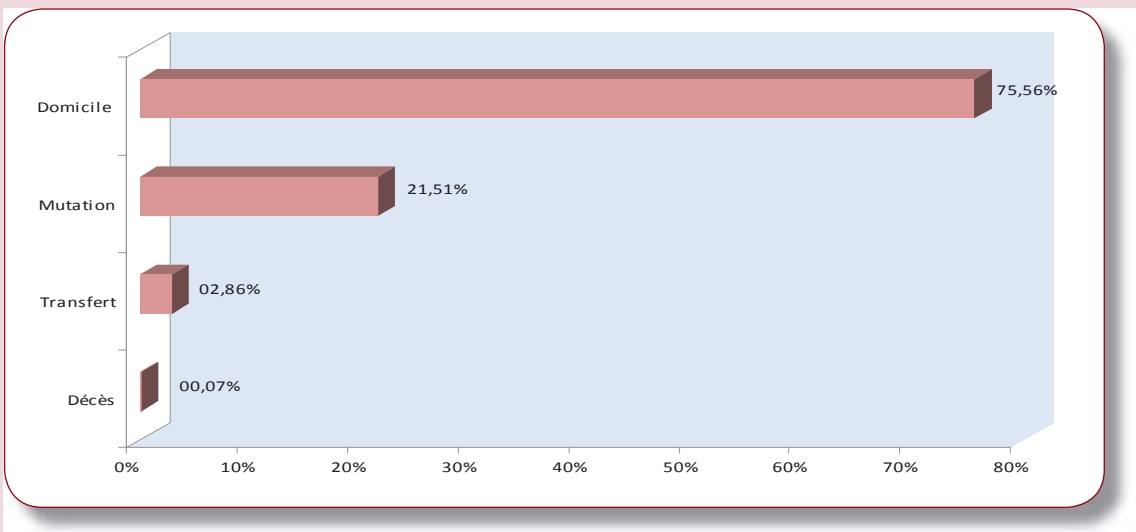
D'autres diagnostics demeurent imprécis et sont pourtant largement utilisés. Il en va ainsi des 11 000 « malaise – syncope – lipothymie » ou des 5 800 « asthénie – altération de l'état général ».

Enfin, certains diagnostics sont également intéressants à analyser comme par exemple les 3 400 « complications d'actes médicaux ou chirurgicaux » ou encore les près de 2 600 « soins de contrôle chirurgical, orthopédique... » qui sont d'authentiques GEMSA 3 mais largement sous-codés (0,5% des codes versus 3,5% de GEMSA 3).

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

Comme en 2011, un taux d'hospitalisation régional de 26% et moins de 3% de transferts

### RÉPARTITION DES PASSAGES EN FONCTION DES MODES DE SORTIE



*Domicile* Le malade rentre à son domicile ou de son substitut, tel une structure d'hébergement médico-social ou de la voie publique

*Mutation* Le malade est hospitalisé dans 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 est hospitalisé dans 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

*Décès* Le malade décède aux urgences

Le taux d'hospitalisation moyen (Mutations et transferts) est d'un peu moins de 26% (en intégrant les hospitalisations en UHCD) mais avec des fluctuations importantes entre les établissements pouvant exceptionnellement approcher les 40%. Dans le SU à plus fort taux d'hospitalisation, la durée moyenne de passage est excellente, témoignant probablement et, entre autres, d'une absence de difficulté à trouver un lit d'aval. Cependant, le % d'hospitalisation ne peut être interprété qu'en tenant compte

d'autres facteurs comme les âges ou la gravité des patients pris en charge.

Par ailleurs, les transferts au départ des urgences concernent moins de 3% des passages. Pour autant, cette population sera intéressante à analyser (CCMU, durée de passage, mode de transport, diagnostic) afin d'essayer de déterminer si l'orientation initiale de ces patients a bien été optimisée. À noter que les pourcentages des différentes modalités de sortie sont superposables entre 2011 et 2012.

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

### POURCENTAGE PAR MODE DE SORTIE PAR STRUCTURE D'URGENCES

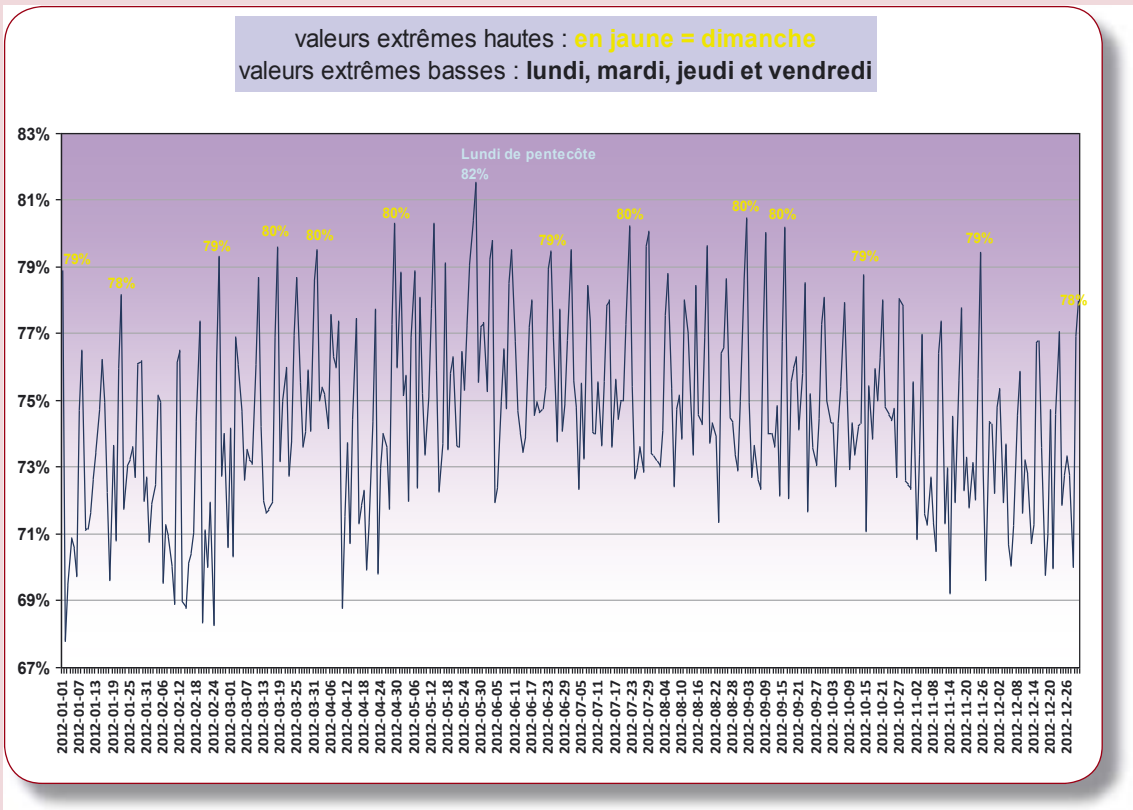
	Domicile	Mutation	Transfert	Décès
CH Bar le Duc	76,50%	16,50%	7,00%	0,00%
CH Briey	79,20%	18,90%	1,90%	0,00%
CH Epinal	68,60%	28,60%	2,70%	0,10%
CH Forbach	80,30%	16,20%	3,50%	0,00%
CH Lunéville	72,00%	25,80%	2,20%	0,00%
CH Neufchâteau	62,70%	35,20%	1,90%	0,30%
CH Pont à Mousson	70,00%	22,90%	7,10%	0,00%
CH Remiremont	70,40%	26,40%	3,10%	0,10%
CHR Metz	72,70%	23,50%	3,60%	0,20%
CHR Thionville	75,10%	22,00%	2,80%	0,10%
CH Sarrebourg	76,40%	20,80%	2,70%	0,10%
CH Sarreguemines	77,60%	22,40%		
CH Saint-Dié	69,10%	29,10%	1,70%	0,10%
CH Toul	100,00%			
CHU adultes	72,10%	23,70%	4,10%	0,10%
CHU Enfants	75,70%	24,00%	0,30%	0,00%
CH Verdun	71,50%	27,70%	0,70%	0,10%
CH Vittel	81,70%	11,20%	7,00%	0,10%
HIA Legouest	82,90%	14,50%	2,70%	0,00%
Hôpital Clin. C. Bernard	84,40%	14,80%	0,80%	0,00%
Hospitalor Saint Avold	71,40%	23,70%	4,90%	0,10%
CH Mont St Martin	71,80%	26,10%	2,00%	0,10%
Polyclinique Gentilly	76,00%	20,80%	3,20%	0,10%
<b>Moyenne : mode de sortie</b>	<b>75,60%</b>	<b>21,50%</b>	<b>2,90%</b>	<b>0,10%</b>



Comme pour les durées de passage, ce tableau montre que les données de modalités de sortie enregistrées par le CH de Toul (100% de retours à domicile) ne sont pas cohérentes.

## Un retour à domicile journalier qui oscille entre 68% et 82%

### VARIATION DU POURCENTAGE JOURNALIER DE RETOUR À DOMICILE (RAD)

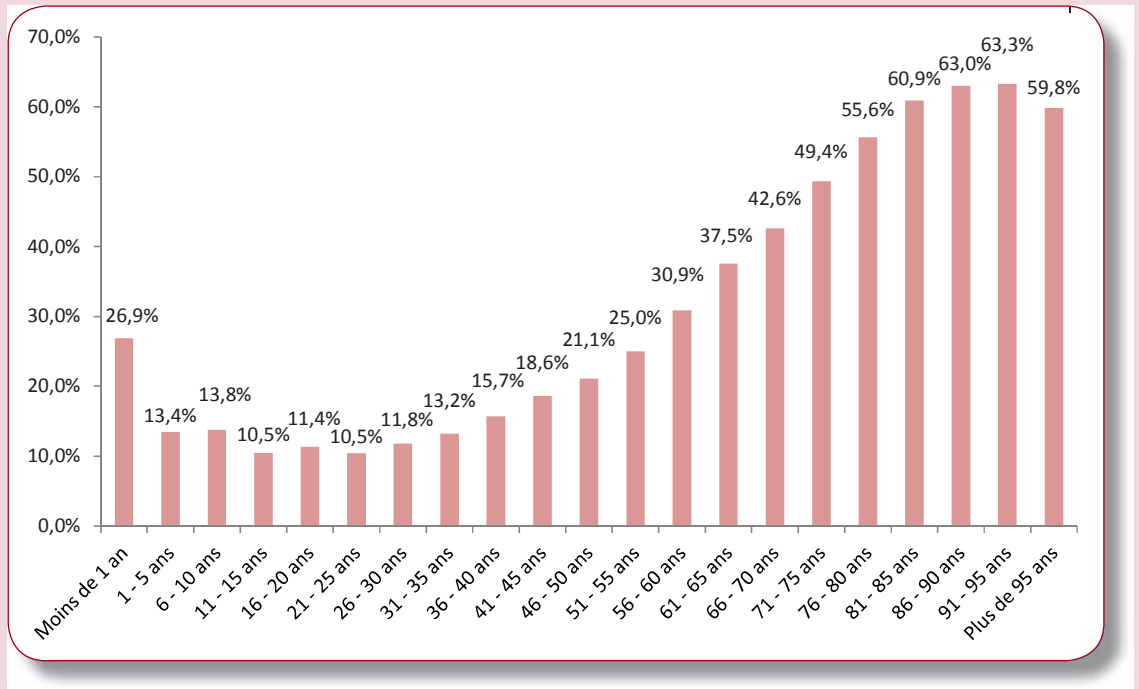


Les fluctuations du pourcentage de retour à domicile vont de 68 à 82% sans « cycle » évident. Ce paramètre devrait être particulièrement intéressant en terme de signal d'«hôpital en ten-

sion» mais à condition de réussir à déterminer un ou des seuils d'alerte significatifs ce qui est l'un des objectifs actuels.

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

### POURCENTAGE D'HOSPITALISATIONS PAR TRANCHES D'ÂGE



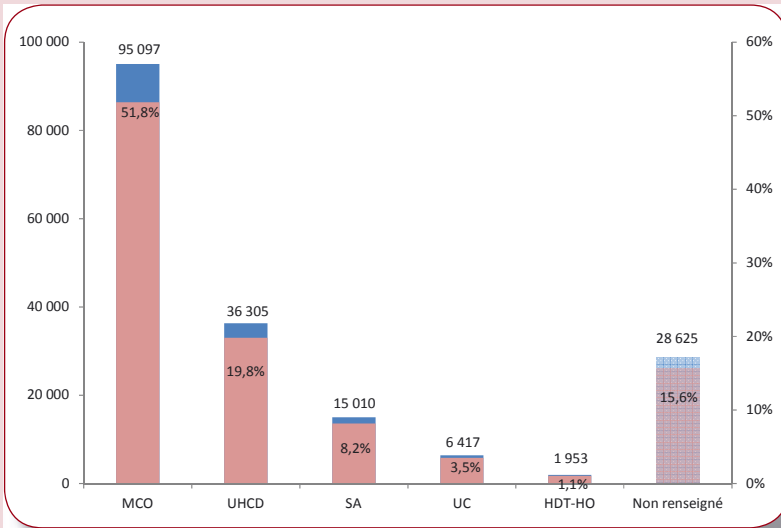
Le taux d'hospitalisation est fortement lié à l'âge, c'est ainsi que plus de 50% des patients de plus de 75 ans sont hospitalisés et même plus de 60% au-delà de 80 ans. Une première explication est donnée par la gravité des pathologies (CCMU 3, 4, 5 augmentant avec l'âge). Pour autant, ces CCMU 3, 4, 5 cumulent par exemple à moins de 26% pour les patients de plus de 95 ans, pour un taux d'hospitalisation de près de 60% ce qui montre qu'un grand nombre de 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. Il est à préciser que la codification de la gravité ne prend très certainement pas suffisamment en compte le pronostic fonctionnel voire secondairement vital dans cette population fragile (exemple classique de la fracture du col fémoral pouvant engager secondairement le pronostic vital).



## 20% des patients hospitalisés en UHCD et 3,50% dans les unités chaudes

### RÉPARTITION DES PASSAGES EN FONCTION DES MODES D'ORIENTATION



À noter enfin que les modes d'orientation de 2012 sont globalement superposables à ceux de 2011 avec néanmoins un peu moins de « non renseigné » (15,6% versus 17,2%) et d'hospitalisations en unités chaudes (3,5% versus 5,2% essentiellement en rapport avec des corrections de paramétrages).

En moyenne, 20% des « hospitalisations » le sont en UHCD mais ce pourcentage est non seulement variable en fonction des établissements, mais aussi en fonction des périodes de la semaine, à savoir périodes ouvrables et non ouvrables (3/5ème du temps). En effet, nous avons pu mettre en évidence que ce pourcentage pouvait aller jusqu'à près de 50% en période non ouvrable dans certains établissements. En ce qui concerne les UC (unités chaudes), elles représentent environ 3,5% des « hospitalisations ».

Les « hospitalisations » en MCO sont difficiles à préciser compte tenu des remarques préliminaires. Pour autant, elles doivent représenter 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 8% des « hospitalisations » (ou encore une fois, plutôt des patients ne rentrant pas à domicile après un passage « typique »).



Le mode d'orientation est l'un des paramètres qui souffre le plus d'un défaut d'exhaustivité.

Par ailleurs, cette rubrique « modes d'orientation » du RPU mélange curieusement des patients hospitalisés (MCO, UHCD, UC = unités chaudes regroupant réanimation/USI/USC, HDT-HO) et des patients qui ne le sont pas (SA = sorties atypiques regroupant les patients partis sans attendre, les fugues et les patients sortis contre avis médical). Pour cette raison, les pourcentages des différentes valeurs correspondent à des % de patients non pas en référence avec les patients hospitalisés mais en référence avec les patients ne rentrant pas à domicile après un passage normal ou plutôt non atypique. En corollaire, si nous souhaitons réellement parler de % de patients hospitalisés, il faut théoriquement retirer les sorties atypiques de ce mode d'orientation. Cette rectification n'étant pas faite dans les commentaires suivants, nous mettrons entre guillemets la notion d'hospitalisation.

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

TABLEAU DES MODES D'ORIENTATION PAR ÉTABLISSEMENT EN %

	MCO	UHCD	SA	UC	HDT-HO	REO	Non Rens.
CH Bar le Duc	0,02%	4,73%		2,72%	43,67%		48,85%
CH Briey	69,24%	11,19%	3,40%	5,41%	2,02%		8,75%
CH Epinal	40,99%	34,96%	11,72%	4,57%			7,76%
CH Forbach	32,46%	28,20%	12,54%	5,67%			21,13%
CH Lunéville	49,44%	26,34%	8,61%	8,50%			7,10%
CH Neufchâteau	79,04%	13,20%	0,40%	7,30%	0,05%	0,02%	
CH Pont à Mousson	13,51%	56,43%	8,46%				21,60%
CH Remiremont	79,31%	0,28%	4,44%	4,43%			11,55%
CHR Metz	38,35%	35,01%	11,69%	3,24%			11,70%
CHR Thionville	38,60%	25,43%	20,65%	3,56%			11,76%
CH Sarrebourg	80,89%	0,18%	4,98%	2,96%			10,99%
CH Sarreguemines	94,53%	5,02%		0,44%			
CH Saint-Dié	51,07%	25,39%	9,59%	8,38%			5,57%
CH Toul	17,24%		62,07%			20,69%	
CHU adultes	8,05%	14,59%	17,77%	2,96%			56,62%
CHU Enfants	0,08%	0,02%	5,67%	0,02%			94,22%
CH Verdun	61,60%	23,63%	4,28%	8,07%			2,42%
CH Vittel		57,65%	6,03%				36,32%
HIA Legouest	73,31%		11,12%	1,96%			13,61%
Hôpital Clinique C. Bernard	82,30%		6,78%	6,14%			4,78%
Hospitalor Saint Avold	42,21%	30,52%	8,37%	3,43%			15,46%
CH Mont St Martin	19,81%	56,89%	11,55%	4,12%			7,63%
Polyclinique Gentilly	38,90%	39,24%	6,81%	3,35%			11,71%





## Sommaire

### *Activité par Département et par Service*

*Département de la Moselle - 57*

*Département de la Meurthe et Moselle - 54*

*Département de la Meuse - 55*

*Département des Vosges - 88*

60

60

79

99

105

URGENCES

## ● Activités par Département et par Service

### Département de la Moselle - 57

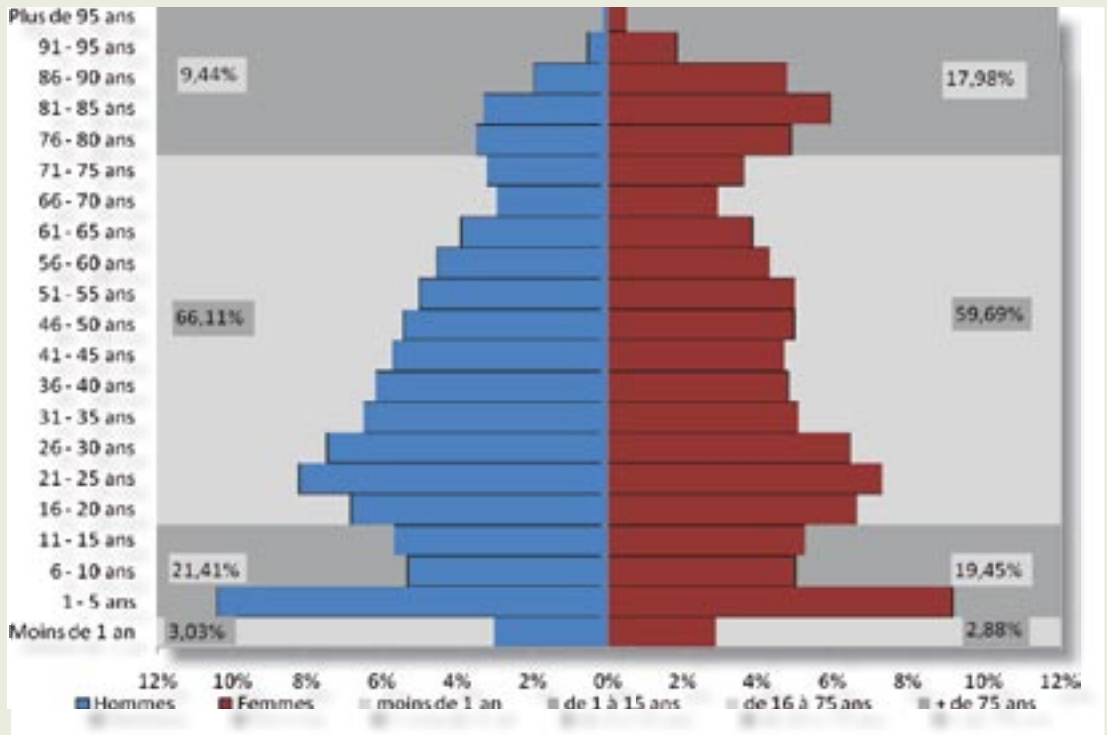
#### ACTIVITÉ DÉTAILLÉE DU DÉPARTEMENT DE LA MOSELLE

Agglomération	SU	Nb passages	en % départemental	en % régional
Thionville	CHR - Thionville	51 424	20,69%	9,17%
<b>Metz</b>		<b>89 156</b>	<b>35,86%</b>	<b>15,89%</b>
	CHR – Metz	49 949	20,09%	8,90%
	HIA Legouest	22 405	9,01%	3,99%
	Hôpital Clin. C. Bernard	16 802	6,76%	3,00%
Saint-Avold	Hospitalor St Avold	23 605	9,50%	4,21%
Forbach	CH Forbach	26 519	10,67%	4,73%
Sarreguemines	CH Sarreguemines	35 972	14,47%	6,41%
Sarrebourg	CH Sarrebourg	21 926	8,82%	3,91%
	<b>TOTAL Moselle</b>	<b>248 602</b>	<b>100%</b>	<b>44,32%</b>



En Moselle, près d'1/4 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 démographique, la Moselle représentant près de 45% de la population lorraine.

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

	Français - Hors Lorraine*	Etranger	54	55	57	88
CHR - Thionville	2,05%	0,06%	4,05%	0,20%	93,55%	0,10%
CHR - Metz	2,73%	0,03%	4,10%	0,40%	92,57%	0,17%
HIA Legouest	3,95%	0,01%	3,44%	0,46%	92,02%	0,13%
Hôpital Clin. C. Bernard	1,87%	0,00%	3,45%	0,50%	94,07%	0,10%
Hospitalor Saint Avold	2,07%	0,00%	0,44%	0,05%	97,38%	0,07%
CH Forbach	1,72%	0,02%	0,24%	0,03%	97,95%	0,05%
CH Sarreguemines	9,01%	0,00%	0,18%	0,02%	90,72%	0,07%
CH Sarrebourg	10,75%	0,00%	3,50%	0,11%	85,33%	0,31%
<b>TOTAL Moselle</b>	<b>4,10%</b>	<b>0,02%</b>	<b>2,60%</b>	<b>0,21%</b>	<b>92,94%</b>	<b>0,12%</b>

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

Près de 93% des patients se rendant dans les SU de Moselle sont domiciliés en Moselle. Le second département lorrain pourvoyeur est, fort logiquement, la Meurthe et Moselle (54) mais avec seulement 2,6% des patients. Quant à l'activité extrarégionale, les patients domiciliés en France mais hors Lorraine repré-

sentent 4,10% du recrutement ; les patients étrangers étant quant à eux marginaux.

À noter, une particularité pour les SU de Sarrebourg et de Sarreguemines avec aux alentours de 10% de patients hors Lorraine mais toujours avec peu d'étrangers.

CHR - Thionville : 1<sup>er</sup> service de Lorraine avec une DMP en rapport  
mais un taux de sorties atypiques surprenant

FICHE DE SYNTHÈSE : CHR - THIONVILLE

Onglets	Requêtes	CHR Thionville	Moyenne régionale
ACCUEIL en nbre et en %	Nombre de passages :	51 424	24 390
	Activité par tranches d'âge		
	0-1an	8,38%	5,35%
	1-15ans	20,93%	18,23%
	16-75 ans	56,38%	62,16%
	> 75 ans	14,33%	14,26%
ADMISSION en %	Mode d'entrée :		
	Domicile	99,68	97,86
	Mutation	0,20	0,23
	Transfert	0,12	1,91
	Mode de transport :		
	Ambulance	13,42	15,21
	Forces de l'ordre	1,44	1,06
	Hélicoptère	0,16	0,13
	Moyen personnel	63,12	66,96
	VSAF	17,76	14,96
	SMUR	4,10	1,66
	Provenance des patients :		
	Hors Lorraine *	2,05	4,78
Etranger	0,08	0,12	
	54	4,05	/
	55	0,20	/
	57	93,55	/
	88	0,10	/
DUREES en hh:mm	Durée moyenne de passage (en heure hh:mm) :	4:13	3:01
	Durées de passages :		
	selon l'orientation :		
	< 4H	59%	80%
	MCD	5,36	3,22
	Non renseigné	6,01	4,56
	SORTIES ATYPIQUES	3,45	3,16
	UNCD	4,51	4,37
	UNITES CHAUDES	5,17	4,06
GEMSA CCMU en %	GEMSA :		
	1	0,05	0,06
	2	68,48	71,50
	3	6,64	3,64
	4	24,32	23,67
	5	0,43	0,64
	6	0,08	0,58
	CCMU :		
	Non renseigné	5,96	2,70
	1	9,39	8,92
	2	76,44	78,32
	3	7,25	8,69
	4	0,85	0,95
5	0,23	0,23	
D	0,02	0,03	
P	0,05	0,15	
SORTIE en %	par mode de sortie :		
	Domicile	75,15	75,56
	Mutation	21,95	21,51
	Transfert	2,80	2,86
	Décès	0,10	0,07
	suivant l'orientation :		
	MCD	38,60	51,85
	UNCD	25,43	19,79
Non renseigné	11,76	15,61	
Sorties atypiques	20,65	6,18	
UNITES CHAUDES	3,56	3,50	

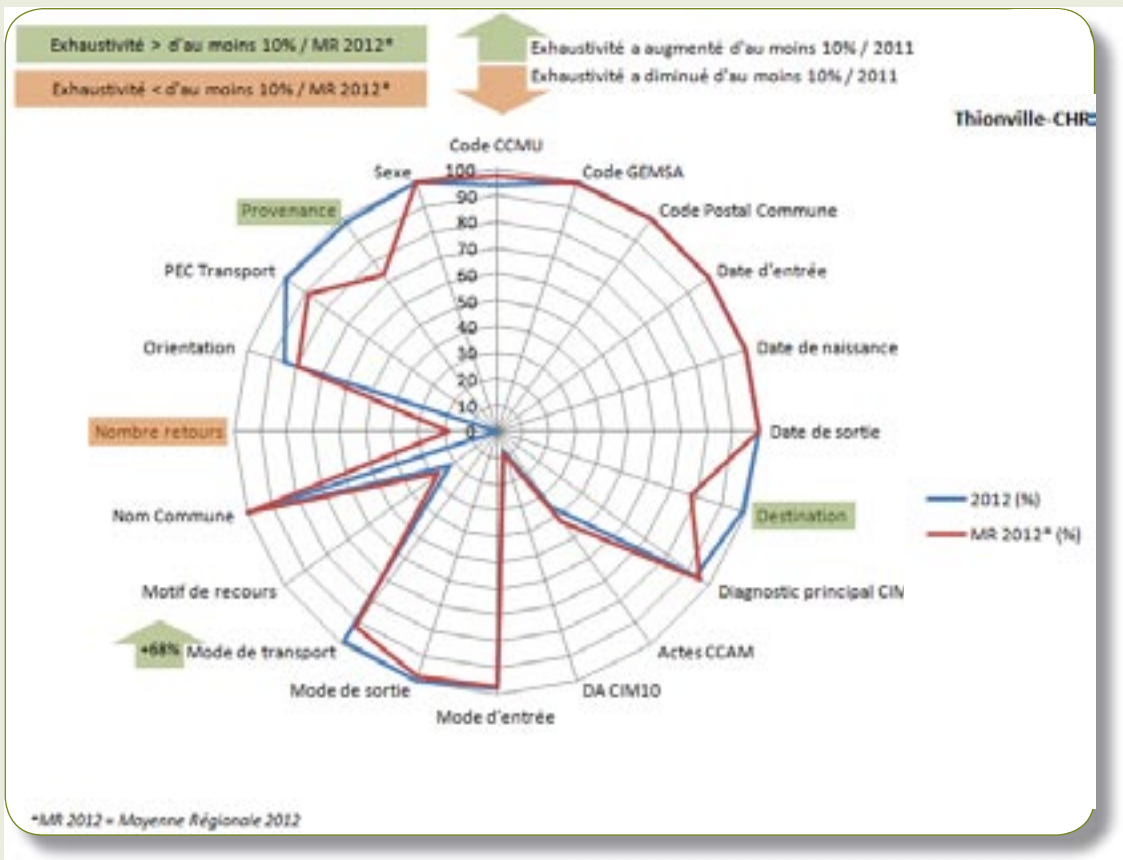
\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »



1<sup>er</sup> SU de Lorraine en nombre de passages avec de plus une importante activité pédiatrique (plus de 29% versus moins de 24% à l'échelon régional). Sa DMP à 4h13 est la seconde plus longue de la région. Son taux d'hospitalisation est dans la moyenne (24,85%) mais son taux

de sorties atypiques à 20,65% est surprenant (mais comme signalé en 2011, probablement en rapport avec des pratiques de clôture de dossier non pertinentes). À noter enfin une grosse activité de l'UHCD (plus de 25% des patients hospitalisés).

## RADAR D'EXHAUSTIVITE : CHR - THIONVILLE



On constate une bonne exhaustivité pour la plupart des données avec une amélioration sur les champs provenance et destination mais surtout mode de transport.

Par ailleurs, les données ont été validées dans le cadre de la charte qualité (0,3% d'écart sur le nombre de passages entre ORULOR et les données de la structure).

CHR – Metz : 2<sup>ème</sup> service de la région avec une activité très importante de l'UHCD

FICHE DE SYNTHÈSE : CHR – METZ

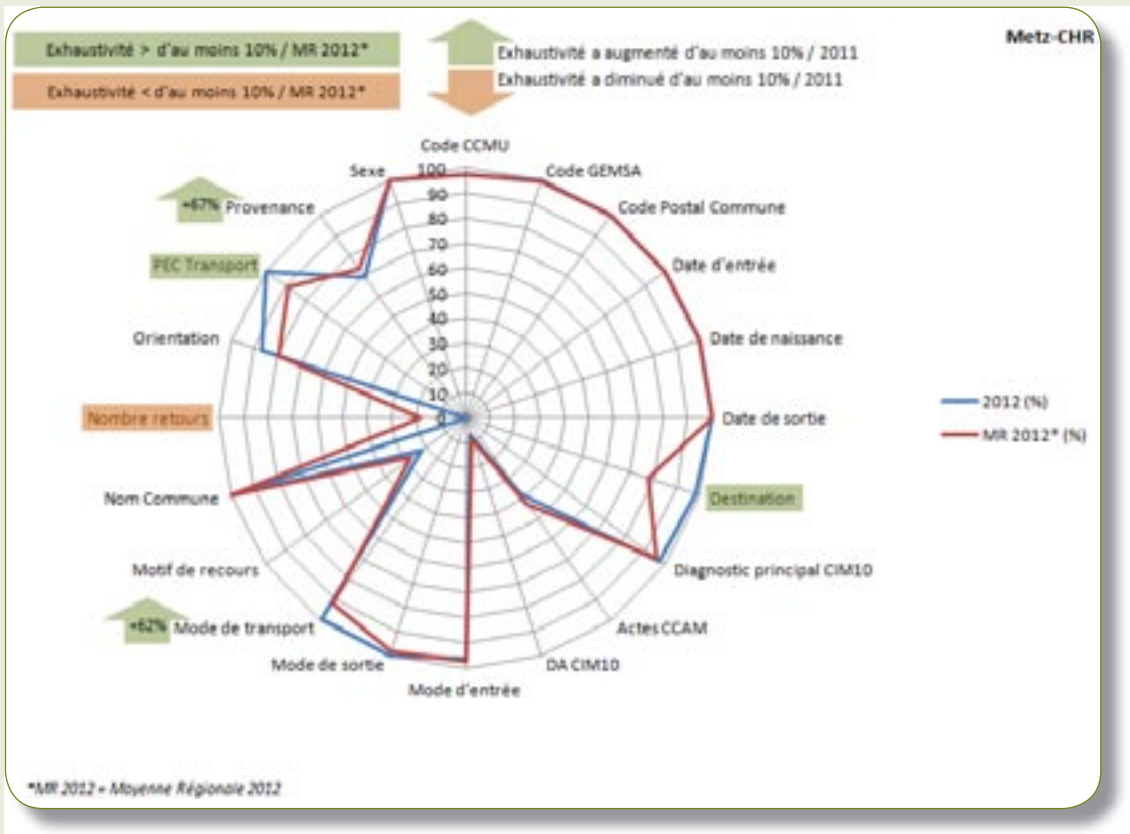
Onglets	Requêtes	CHR Metz	Moyenne régionale	
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages :	49 949	24 390	
	Activité par tranches d'âge :	0-1an	8,47%	5,35%
		1-15ans	19,66%	18,23%
		16-75 ans	56,66%	62,16%
		> 75 ans	15,21%	14,26%
ADMISSION en %	Mode d'entrée :	Domicile	97,33	97,86
		Mutation	0,63	0,23
		Transfert	2,04	1,91
	Mode de transport :	Ambulance	18,41	15,21
		Forces de l'ordre	1,02	1,00
		Hélicoptère	0,17	0,13
		Moyen personnel	50,41	66,96
		VSAB	26,78	14,96
		SMUR	2,41	1,66
	Provenance des patients :	Hors Lorraine *	2,73	4,78
		Etranger	0,03	0,12
		54	4,10	/
		55	0,40	/
57		92,57	/	
88		0,17	/	
DUREES en hh:mm	Durée moyenne de passage (en heure hh:mm) :	3:42	3:01	
	Durées de passages : selon l'orientation :	< 4H	66%	80%
		MCO	5,35	3,22
		Non renseigné	5,52	4,58
		SORTIES ATYPIQUES	3,13	3,18
		UHCD	4,51	4,37
		UNITES CHAUDES	4,32	4,06
GEMSA CCMU en %	GEMSA :	1	0,08	0,08
		2	68,24	71,50
		3	4,43	3,56
		4	25,55	23,67
		5	1,36	0,64
		6	0,33	0,50
	CCMU :	Non renseigné	2,69	2,70
		1	12,91	8,92
		2	77,40	78,32
		3	5,63	8,69
		4	1,14	0,95
		5	0,34	0,23
		0	0,04	0,03
		F	0,04	0,15
SORTIE en %	par mode de sortie :	Domicile	72,70	75,56
		Mutation	23,53	21,51
		Transfert	3,61	2,88
		Décès	0,16	0,07
	suivant l'orientation :	MCO	38,35	51,05
		UHCD	35,01	19,79
		Non renseigné	11,70	15,61
	Sorties atypiques	11,69	8,18	
	UNITES CHAUDES	3,24	3,50	

\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

2<sup>ème</sup> SU de Lorraine avec une importante activité pédiatrique (plus de 28%). Sa DMP à 3h42 est la quatrième plus longue de la région.  
Le % de patients transportés par un vecteur sanitaire en particulier par VSAV est atypique

(seulement 50% de « moyens personnels » versus 66% en régional). L'orientation en UHCD est également très atypique (35% des patients hospitalisés mais ce chiffre est probablement à consolider).

## RADAR D'EXHAUSTIVITE : CHR - METZ



On constate une exhaustivité dans la moyenne régionale avec une très nette amélioration sur les champs provenance et mode de transport.

Par ailleurs, les données ont été validées dans le cadre de la charte qualité (0,04% d'écart sur le nombre de passages entre ORULOR et les données de la structure).

HIA Legouest : 11<sup>ème</sup> service de la région avec une faible activité pédiatrique et gériatrique et un très faible taux d'hospitalisation

FICHE DE SYNTHÈSE : HIA LEGUEST

Objets	Requêtes	HIA LEGUEST	Moyenne régionale		
ACCUEIL en nbre et en %	Nombre de passages :	22 405	24 390		
	Activité par tranches d'âge :	0-1an	0,25%	5,35%	
		1-15ans	5,14%	18,23%	
		16-75 ans	84,70%	62,16%	
		> 75 ans	8,91%	14,26%	
ADMISSION en %	Mode d'entrée :	Domicile	99,77	97,89	
		Mutation	0,23	0,23	
		Transfert	/	1,91	
	Mode de transport :	Ambulance	3,93	15,21	
		Forces de l'ordre	/	1,08	
		Hélicoptère	0,10	0,13	
		Moyen personnel	91,27	66,96	
		VSAAB	3,38	14,96	
	Provenance des patients :	Hors Lorraine *		1,32	1,66
				3,95	4,76
		Etranger		0,01	0,12
				3,44	/
				0,48	/
			92,02	/	
			0,13	/	
DUREES en hh:mm	Durée moyenne de passage (en heure hh:mm) :		2:48	3:01	
	Durées de passages : selon l'orientation :	< 4H	79%	80%	
		MCO	4:25	3:22	
		Non renseigné	3:45	4:56	
		SORTIES ATYPIQUES	3:24	3:18	
		UHCD	/	4:37	
		UNITES CHAUDES	3:55	4:06	
GEMSA CCMU en %	GEMSA :	1	0,00	0,06	
		2	71,73	71,50	
		3	10,92	3,66	
		4	15,26	23,67	
		5	1,61	0,64	
		6	0,40	0,50	
	CCMU :	Non renseigné	1,81	2,70	
			6,62	0,92	
			85,88	78,32	
			5,12	8,69	
			0,58	0,95	
			0,12	0,23	
			0,01	0,03	
SORTIE en %	par mode de sortie :	Domicile	82,85	76,58	
		Mutation	14,47	21,51	
		Transfert	2,66	2,06	
		Décès	0,01	0,07	
	suivant l'orientation :	MCO	73,31	51,85	
		UHCD	/	19,79	
		Non renseigné	13,61	15,61	
		Sorties atypiques	11,12	0,10	
		UNITES CHAUDES	1,96	3,50	

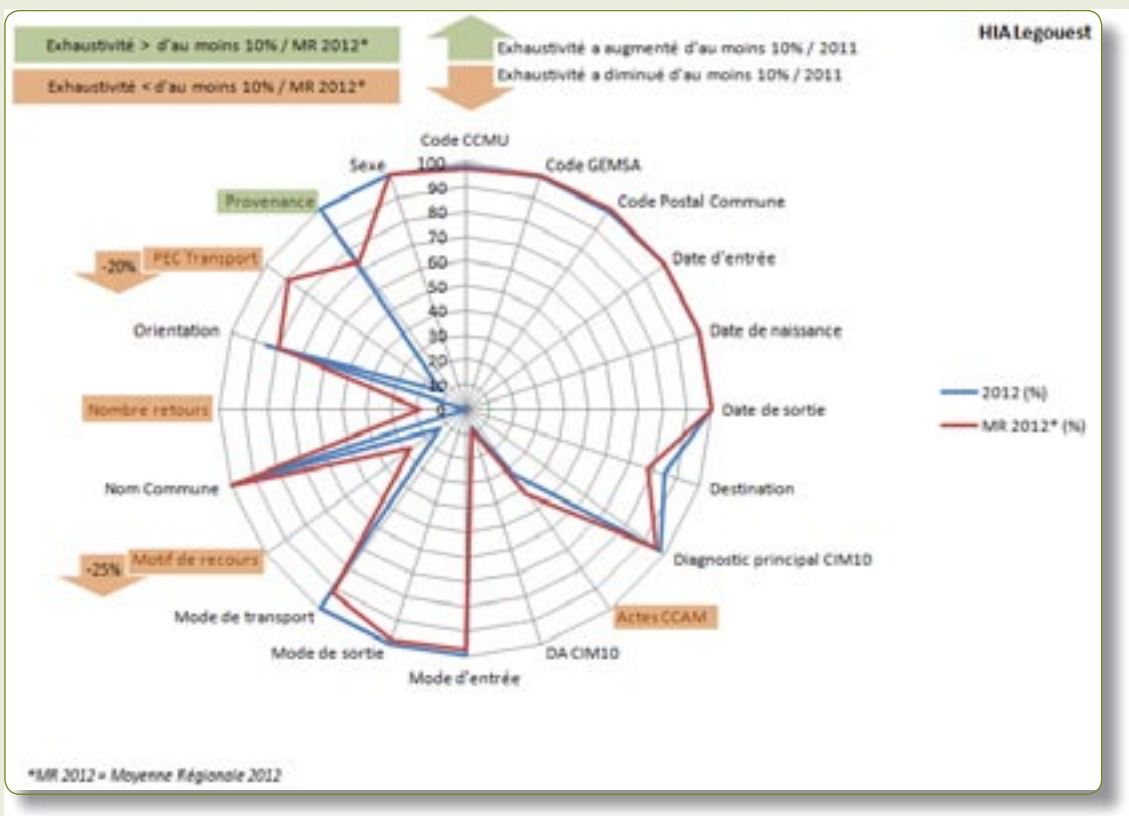
\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

11<sup>ème</sup> SU de Lorraine, sa patientèle est caractérisée par une faible activité pédiatrique mais également gériatrique. De plus, la très grande majorité des patients utilise un moyen personnel pour se rendre dans ce SU (plus de 90% versus moins de 70% en région).

La DMP à 2h58 est dans la moyenne. Le taux d'hospitalisation est très faible (un peu plus de 17%) probablement en rapport avec la patientèle.

Enfin, les reconvoctions sont importantes (près de 11% versus 3,5% en région).

### RADAR D'EXHAUSTIVITE : HIA LEGUEST



On constate une exhaustivité dans la moyenne sauf pour la prise en charge pendant le transport. Le champ provenance a été amélioré à l'inverse des champs motifs de recours, actes CCAM, nombre de retours mais ces trois don-

nées sont peu exhaustives dans la plupart des SU de Lorraine.

À noter enfin, une absence d'information sur l'orientation en UHCD et une validation des données dans le cadre de la charte qualité.

Hôpital Clinique Claude Bernard : 19<sup>ème</sup> service de la région avec une activité pédiatrique majeure et un très faible taux d'hospitalisation

FICHE DE SYNTHÈSE : HOPITAL CLINIQUE CLAUDE BERNARD

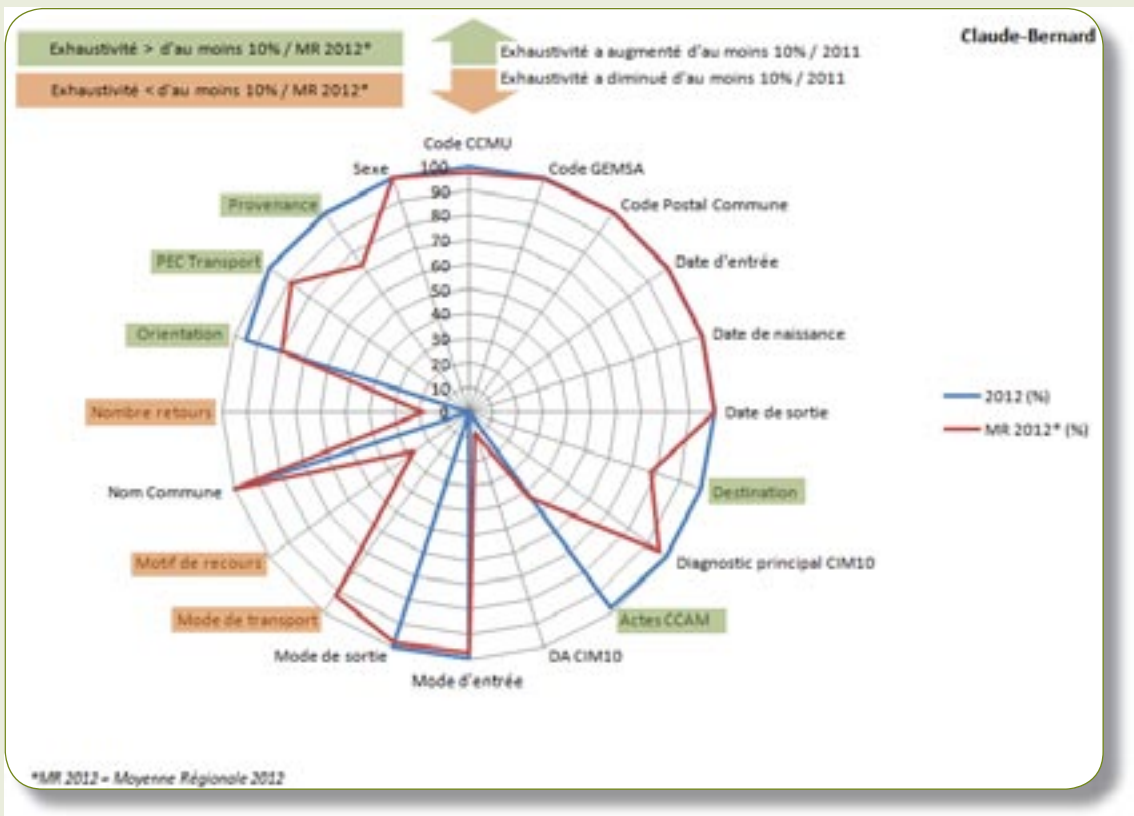
Onglets	Requêtes	CLAUDE BERNARD	Moyenne régionale	
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages :	16 802	24 390	
	Activité par tranches d'âge :	0-1an	7,46%	5,35%
		1-15ans	24,75%	18,23%
		16-75 ans	60,85%	62,16%
		≥ 75 ans	8,84%	14,26%
ADMISSION en %	Mode d'entrée :	Domicile	97,45	97,88
		Mutation	1,20	0,23
		Transfert	1,35	1,91
	Mode de transport :	Ambulance	6,73	15,21
		Forces de l'ordre	/	1,08
		Hélicoptère	0,11	0,13
		Moyen personnel	65,72	66,96
		VSA.B	6,34	14,96
		SMUR	1,10	1,68
	Provenance des patients :	Hors Lorraine *	1,07	4,76
		Etranger	/	0,12
		54	3,45	/
		55	0,50	/
57		94,07	/	
	88	0,10	/	
DURÉES en hh:mm	Durée moyenne de passage (en heure hh:mm) :	1:53	3:01	
	Durées de passages : selon l'orientation :	< 4H	93%	80%
		MCO	2:22	3:22
		Non renseigné	3:41	4:58
		SORTIES ATYPIQUES	1:35	3:18
		UHCD	/	4:37
UNITES CHAUDES	2:52	4:08		
GEMSA CCMU en %	GEMSA :	1	0,01	0,06
		2	61,70	71,50
		3	2,61	3,56
		4	15,47	23,67
		5	0,11	0,84
		6	0,02	0,58
	CCMU :	Non renseigné	0,92	2,70
		1	0,53	8,92
		2	87,48	78,32
		3	10,56	8,69
		4	0,45	0,95
	5	0,02	0,23	
	D	0,02	0,03	
	P	0,02	0,15	
SORTIE en %	par mode de sortie :	Domicile	84,38	75,56
		Mutation	14,75	21,51
		Transfert	0,83	2,86
		Décès	0,04	0,07
	suivant l'orientation :	MCO	82,30	51,85
		UHCD	/	19,79
		Non renseigné	4,78	15,61
	Sorties atypiques	6,78	8,18	
	UNITES CHAUDES	6,14	3,50	

\*Possibilité de quelques étrangers dans « Hors Lorraine »

19<sup>ème</sup> SU de Lorraine, sa patientèle est caractérisée par une très grosse activité pédiatrique (la plus importante des SU polyvalents de Lorraine avec plus de 32% d'enfants) contrastant avec une activité gériatrique mineure (moins de 7% versus plus de 14% en région).

La DMP à 1h52 est excellente. Le % de CCMU1 est le plus faible de Lorraine (0,5% de simple consultation) mais à interpréter en fonction des modalités de cotation. Le taux d'hospitalisation est très faible (15%), probablement en rapport avec la patientèle.

## RADAR D'EXHAUSTIVITE : HOPITAL CLINIQUE CLAUDE BERNARD



On constate une bonne exhaustivité y compris sur les actes CCAM ce qui est très rare en Lorraine. De plus, 5 champs ont vu leur exhaustivité s'améliorer. Par contre, les modes de transport à

l'admission et les données concernant l'orientation en UHCD ne sont pas disponibles. À noter enfin, que les données ont été validées dans le cadre de la charte qualité.

## Hospitalor Saint-Avold : 9<sup>ème</sup> SU de Lorraine avec un rôle majeur de l'UHCD et un taux de transferts important

### FICHE DE SYNTHÈSE : HOSPITALOR SAINT-AVOLD

Onglets	Requêtes	SAIN T AVOLD	Moyenne régionale
ACCUEIL en nbre et en %	Nombre de passages :	23 605	24 390
	Activité par tranches d'âge :		
	0-1an	0,76%	5,35%
	1-15ans	11,62%	18,23%
	16-75 ans	70,97%	62,16%
> 75 ans	18,64%	14,28%	
ADMISSION en %	Mode d'entrée :		
	Domicile	99,78	97,88
	Mutation	0,09	0,23
	Transfert	0,15	1,91
	Mode de transport :		
	Ambulance	14,85	15,21
	Forces de l'ordre	1,85	1,08
	Hélicoptère	/	0,13
	Moyen personnel	63,03	66,96
	V.S.A.B	18,93	14,96
	SMUR	0,94	1,66
	Provenance des patients :		
	Hors Lorraine *	2,07	4,76
Etranger	/	0,12	
54	0,44	/	
55	0,05	/	
57	97,38	/	
88	0,07	/	
DUREES en hh:mm	Durée moyenne de passage (en heure hh:mm) :	2:44	3:01
	Durées de passages : selon l'orientation :		
	< 4H	78%	80%
	MCO	3:48	3:22
	Non renseigné	3:29	4:58
	SORTIES ATYPIQUES	3:37	3:18
	UHCD	3:30	4:37
UNITES CHAUDES	3:27	4:08	
GLMSA CCMU en %	GLMSA :		
	1	0,02	0,06
	2	60,36	71,50
	3	3,02	3,56
	4	27,75	23,67
	5	0,82	0,64
	6	0,23	0,58
	CCMU :		
	Non renseigné	2,12	2,70
	4	15,90	8,92
	2	70,41	78,32
	3	10,21	8,69
	4	1,01	0,95
5	0,21	0,23	
0	0,02	0,03	
P	0,12	0,15	
SORTIE en %	par mode de sortie :		
	Domicile	71,39	75,66
	Mutation	23,88	21,51
	Transfert	4,09	2,86
	Décès	0,08	0,07
	suivant l'orientation :		
	MCO	42,21	51,85
	UHCD	30,52	19,79
	Non renseigné	15,46	15,61
	Sorties atypiques	8,37	8,18
UNITES CHAUDES	3,43	3,50	

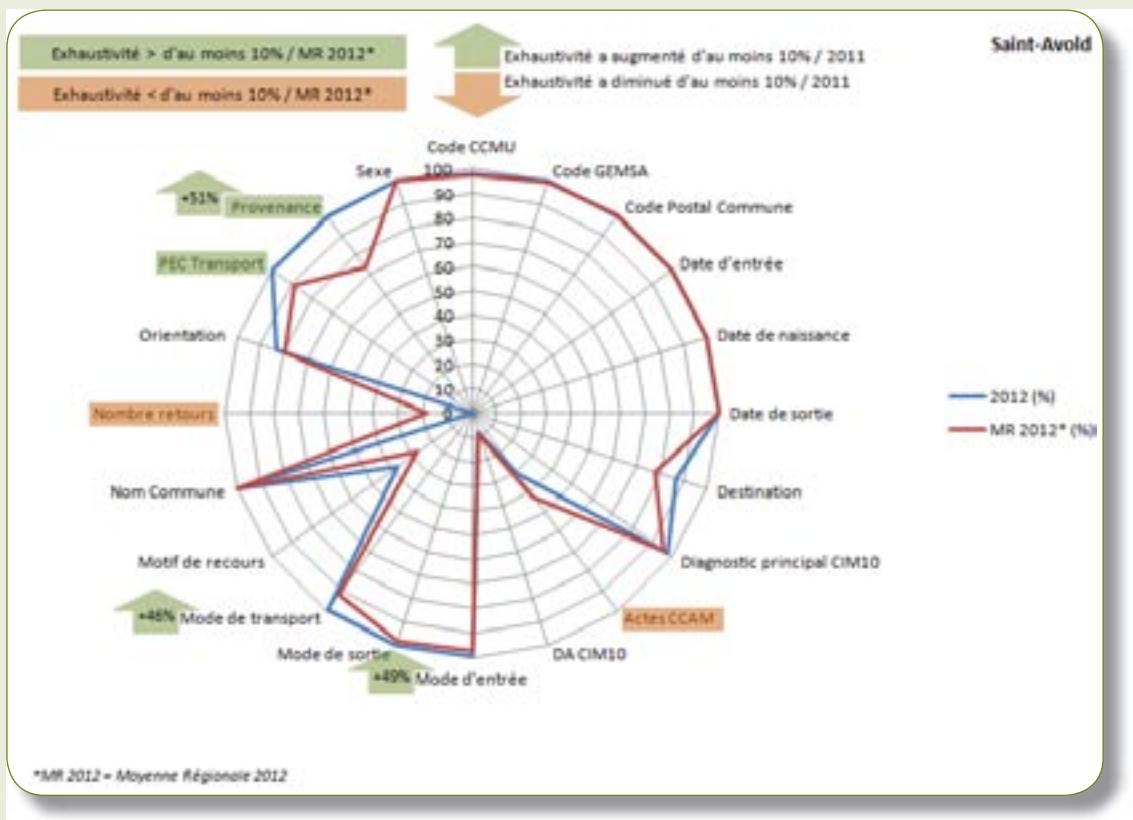
\*Possibilité de quelques étrangers dans « Hors Lorraine »



9<sup>ème</sup> SU de Lorraine mais sans activité de pédiatrie médicale sur l'établissement (ce qui explique les moins de 13% de pédiatrie). L'activité de l'UHCD est importante (plus de 30% des

hospitalisés) de même que le taux de transfert à près de 5%. Sa DMP est un peu plus courte que la moyenne régionale. À noter également un fort taux de CCMU1 à près de 16%.

## RADAR D'EXHAUSTIVITE : HOSPITALOR SAINT-AVOLD



On constate une bonne exhaustivité avec une nette amélioration des champs mode d'entrée et mode de transport. Les données ont été va-

lidées par la charte qualité avec une confirmation de l'importante activité de l'UHCD liée au faible nombre de lits d'aval.

## CH Forbach : 7<sup>ème</sup> SU de Lorraine (en attendant l'intégration de la pédiatrie médicale) avec un rôle majeur de l'UHCD

### FICHE DE SYNTHÈSE : CH FORBACH

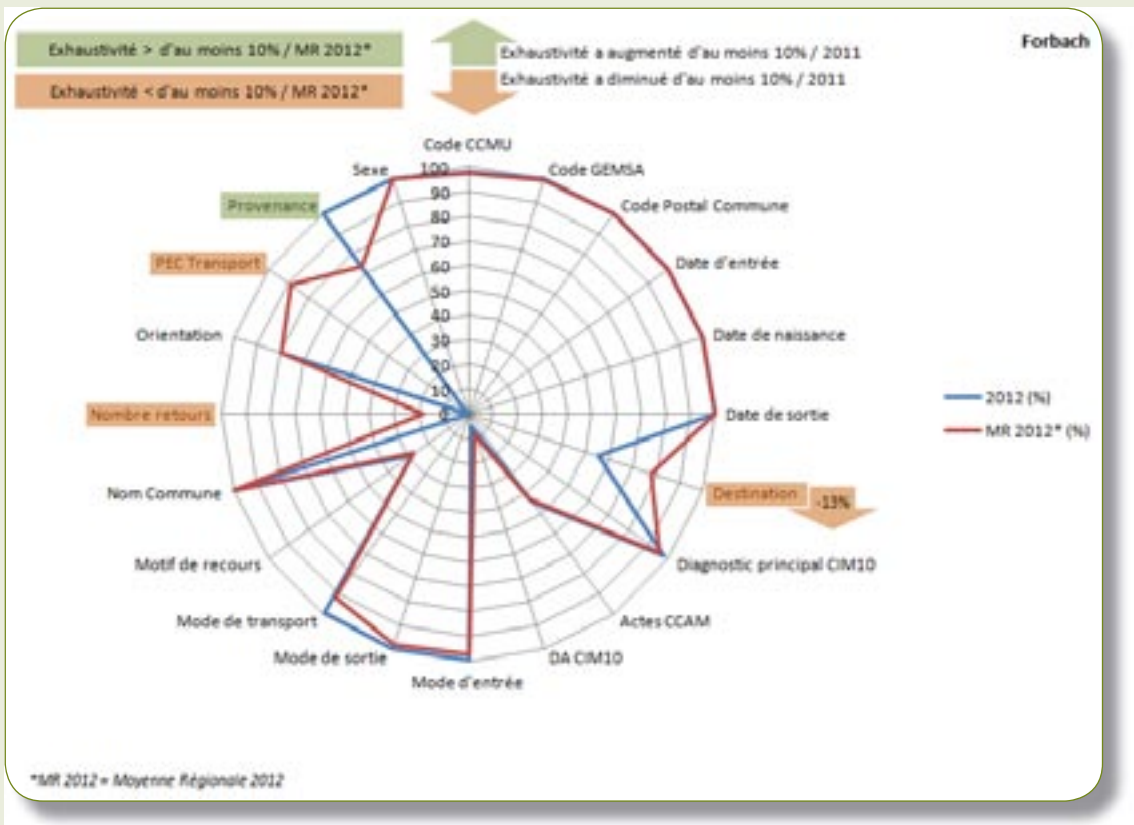
Onglets	Requêtes	FORBACH	Moyenne régionale	
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages :	26 519	24 390	
	Activité par tranches d'âge :	0-1an	0,93%	5,35%
		1-15ans	11,36%	18,23%
		16-75 ans	72,59%	62,16%
		> 75 ans	15,12%	14,20%
ADMISSION en %	Mode d'entrée :	Domicile	100	97,86
		Mutation	/	0,23
		Transfert	/	1,91
	Mode de transport :	Ambulance	22,32	15,21
		Forces de l'ordre	1,44	1,08
		Hélicoptère	0,09	0,13
		Moyen personnel	68,65	68,98
		VSAB	6,17	14,96
		SMUR	1,33	1,68
	Provenance des patients :	Hors Lorraine *	1,72	4,76
		Etranger	0,02	0,12
		54	0,24	/
55		0,03	/	
57		97,95	/	
88		0,05	/	
DUREES en hh:mm	Durée moyenne de passage (en heure hh:mm) :	2:49	3:01	
	Durées de passages : selon l'orientation :	< 4H	80%	80%
		MCO	3,35	3,22
		Non renseigné	4,00	4,56
		SORTIES ATYPIQUES	3,42	3,18
		UHCD	3,08	4,37
		UNITES CHAUDES	3,04	4,08
GEMSA CCMU en %	GEMSA :	1	0,09	0,08
		2	76,67	71,50
		3	5,74	3,66
		4	17,02	23,67
		5	0,43	0,64
		6	0,05	0,58
	CCMU :	Non renseigné	2,24	2,70
		1	3,87	8,92
		2	90,14	78,32
		3	2,68	8,69
		4	0,40	0,95
		5	0,10	0,23
		D	0,04	0,03
P	0,54	0,15		
SORTIE en %	par mode de sortie :	Domicile	80,33	75,66
		Mutation	16,15	21,51
		Transfert	3,48	2,88
		Décès	0,04	0,07
	suivant l'orientation :	MCO	32,45	51,85
		UHCD	28,20	19,79
		Non renseigné	21,13	15,61
	Sorties atypiques	12,54	8,18	
	UNITES CHAUDES	5,67	3,50	

\*Possibilité de quelques étrangers dans « Hors Lorraine »

7<sup>ème</sup> SU de Lorraine mais classement sous-évalué car les urgences pédiatriques médicales qui sont vues sur l'établissement ne sont pas prises en compte (ce qui explique les moins de 13% de pédiatrie). La DMP de 2h49 est un peu infé-

rieure à la moyenne régionale. Le taux d'hospitalisation est faible (moins de 20%), avec une forte activité de l'UHCD (28% des hospitalisés) et un nombre important de sorties atypiques. À noter également un faible taux de CCMU1.

## RADAR D'EXHAUSTIVITE : CH FORBACH



On constate une exhaustivité dans la moyenne sauf sur la destination et la prise en charge pendant le transport. Les retours dans le cadre de la charte qualité confirment que les urgences pédiatriques médicales ne sont pas actuellement remontées sur l'observatoire (environ

13 000 passages correspondant à l'activité pédiatrique des bassins de population de Forbach et de Saint-Avold). Au total, l'activité globale doit représenter environ 40 000 passages. Une autre remarque formulée concerne une sur-cotation des GEMSA 3.

CH Sarreguemines : 4<sup>ème</sup> SU de la région avec une forte activité pédiatrique et un recrutement extra régional significatif

FICHE DE SYNTHÈSE : CH SARREGUEMINES

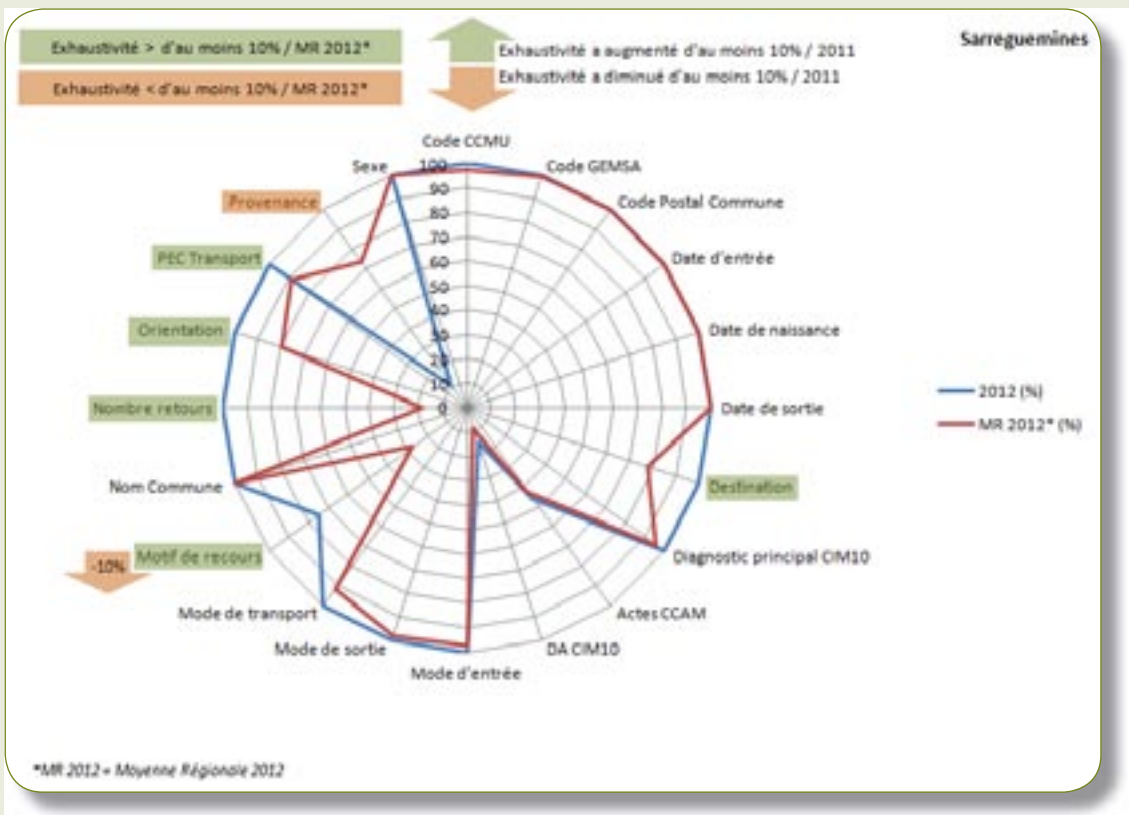
Onglets	Requêtes	SARREGUEMINES	Moyenne régionale
ACCUEIL en nbre et en %	Nombre de passages :	35 972	24 390
	Activité par tranches d'âge :		
	0-1an	9,88%	5,35%
	1-15ans	22,89%	18,23%
	16-75 ans	55,47%	62,18%
	> 75 ans	11,96%	14,26%
ADMISSION en %	Mode d'entrée :		
	Domicile	99,98	97,88
	Mutation	/	0,23
	Transfert	0,02	1,91
	Mode de transport :		
	Ambulance	9,01	15,21
	Forces de l'ordre	/	1,08
	Hélicoptère	0,08	0,13
	Moyen personnel	76,40	66,96
	VSA8	12,13	14,96
	SMUR	2,40	1,66
Provenance des patients :	Hors Lorraine *	9,01	4,76
	Etranger	/	0,12
	54	0,18	/
	55	0,02	/
	57	90,72	/
	88	0,07	/
DUREES en hh:mm	Durée moyenne de passage (en heure hh:mm) :	2:15	3:01
	Durées de passages :		
	selon l'orientation :		
	< 4H	86%	80%
	MCO	2:13	3:22
	Non renseigné	/	4:58
GEMSA CCMU en %	GEMSA :		
	1	0,04	0,06
	2	73,59	71,50
	3	2,27	3,56
	4	20,22	23,67
	5	0,89	0,84
	6	3,20	0,58
CCMU :	Non renseigné	0,01	2,70
	1	10,86	8,92
	2	61,39	78,32
	3	26,08	8,89
	4	1,19	0,95
	5	0,36	0,23
	D	0,02	0,03
	F	0,12	0,15
SORTIE en %	par mode de sortie :		
	Domicile	77,56	75,56
	Mutation	22,44	21,51
	Transfert	/	2,86
	Décès	/	0,07
	suivant l'orientation :		
	MCO	94,53	51,85
	UHCO	5,02	19,79
	Non renseigné	/	15,61
	Sorties atypiques	/	8,18
	UNITES CHAUDES	0,44	3,50

\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

4<sup>ème</sup> SU de Lorraine (mais un peu artificiellement car l'activité prend en compte en plus des passages habituels y compris pédiatriques, l'activité gynéco-obstétricale (1 874 passages) mais aussi, celle réalisée sur le site de Bitche (4 048 passages)). La patientèle est caractérisée par une forte activité pédiatrique (32%). La DMP est très bonne à 2h15.

Le taux d'hospitalisation est très faible (un peu plus de 17%) probablement en rapport avec la patientèle. Les reconvoctions sont importantes (près de 11% versus 3,5% en région) mais aucune sortie atypique n'est remontée, probablement du fait d'une non-prise en compte informatique. Enfin, le recrutement extrarégional est significatif (9%).

## RADAR D'EXHAUSTIVITE : CH SARREGUEMINES



On constate une exhaustivité excellente sauf pour la provenance du patient. Selon les retours de la charte qualité on note un écart de 2 024 passages en moins sur ORULOR lié à des

clôtures tardives de dossiers mais aussi une surcotation des CCMU 1 et 3 au dépend des CCMU 2 par les urgentistes de ce site.

CH Sarrebourg : 12<sup>ème</sup> SU de Lorraine avec une excellente DMP et un recrutement extra régional significatif

FICHE DE SYNTHÈSE : CH SARREBOURG

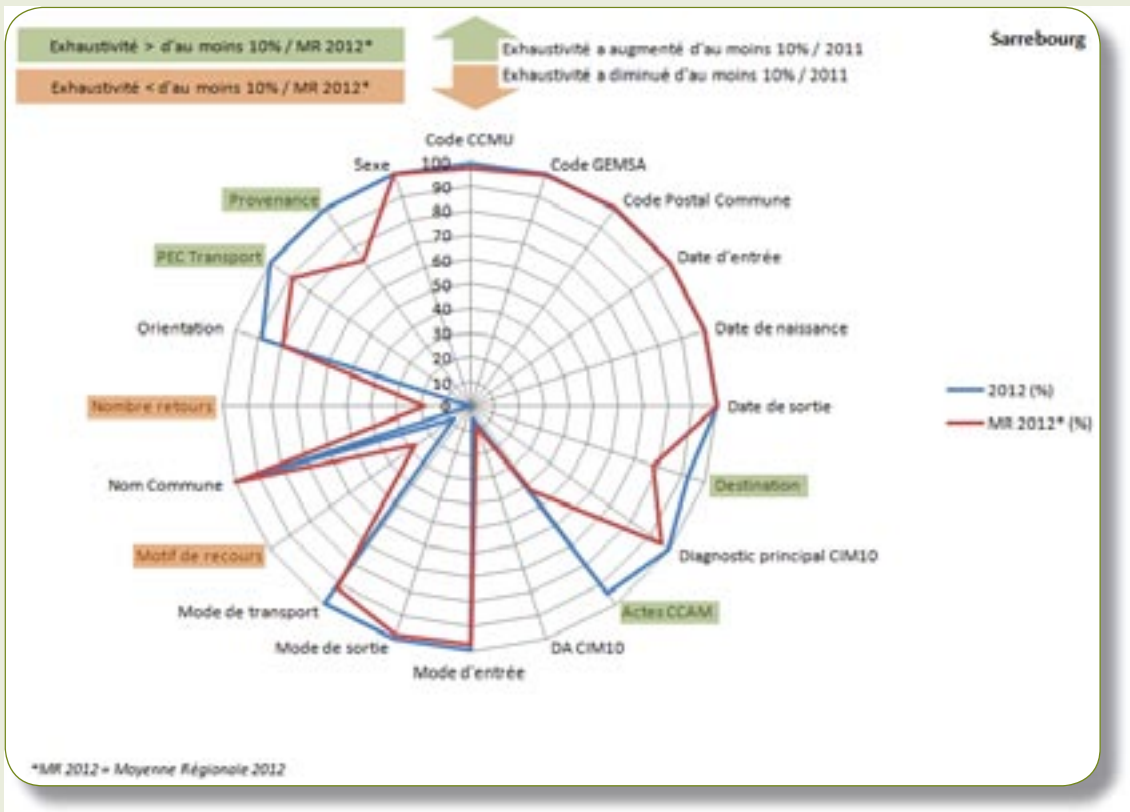
Onglets	Requêtes	SARREBOURG	Moyenne régionale
ACCUEIL en nbre et en %	Nombre de passages :	21 926	24 390
	Activité par tranches d'âge		
	0-1an	3,23%	5,35%
	1-15ans	17,00%	10,23%
	16-75 ans	65,86%	62,16%
	> 75 ans	13,83%	14,26%
ADMISSION en %	Mode d'entrée :		
	Domicile	99,07	97,06
	Mutation	0,02	0,23
	Transfert	0,91	1,91
	Mode de transport :		
	Ambulance	10,84	15,21
	Forces de l'ordre	1,80	1,08
	Hélicoptère	0,08	0,13
	Moyen personnel	71,93	66,96
	VSAI	14,76	14,96
	SMUR	0,79	1,68
Provenance des patients :			
Hors Lorraine *	10,75	4,76	
Etranger	/	0,12	
	54	3,50	/
	55	0,11	/
	57	85,33	/
	88	0,31	/
DUREES en hh:mm	Durée moyenne de passage (en heure hh:mm) :	1:44	3:01
	Durées de passages :		
	selon l'orientation :		
	< 4H	92%	80%
	MCO	2:44	3:22
	Non renseigné	2:22	4:56
	SORTIES ATYPIQUES	2:14	3:18
UHCD	1:56	4:37	
UNITES CHAUDES	3:00	4:06	
GEMSA CCMU en %	GLMSA :		
	1	0,02	0,06
	2	72,17	71,50
	3	4,22	3,56
	4	22,56	23,67
	5	0,66	0,64
	6	0,36	0,50
	CCMU :		
	Non renseigné	0,80	2,70
	1	4,96	8,92
	2	80,12	78,32
	3	12,65	8,69
	4	0,81	0,95
5	0,18	0,23	
D	0,03	0,03	
P	0,46	0,15	
SORTIE en %	par mode de sortie :		
	Domicile	76,42	75,56
	Mutation	20,82	21,51
	Transfert	2,71	2,86
	Décès	0,05	0,07
	suivant l'orientation :		
	MCO	80,89	51,85
	UHCD	0,18	19,79
Non renseigné	10,99	15,61	
Sorties atypiques	4,98	8,10	
UNITES CHAUDES	2,98	3,50	

\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

12<sup>ème</sup> SU de Lorraine avec un recrutement extrarégional significatif (près de 11%). La DMP à 1h44 est excellente. La majorité des données

est dans la moyenne régionale (un peu moins de CCMU1 et un peu plus de CCMU 3 mais avec les réserves d'usage).

## RADAR D'EXHAUSTIVITE : CH SARREBOURG



On constate une bonne exhaustivité des données dont les actes CCAM. Le retour de la charte

qualité valide les chiffres de l'observatoire et confirme l'absence d'UHCD en 2012.

## ● Département de la Meurthe et Moselle - 54

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

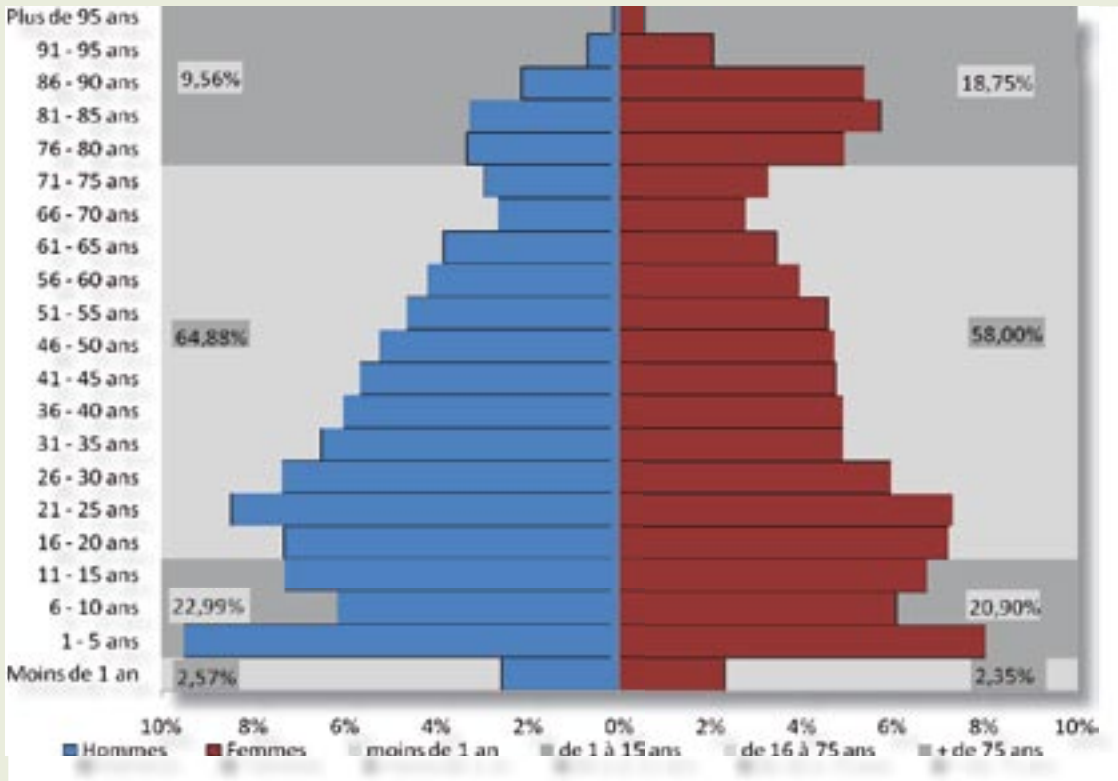
Agglomération	SU	Nb passages	en % départemental	en % régional
<b>Nancy</b>		<b>82 624</b>	<b>48,41%</b>	<b>14,73%</b>
	CHU Adultes	41 015	24,03%	7,31%
	CHU Enfants	24 456	14,33%	4,36%
	Polyclinique de Gentilly	17 153	10,05%	3,06%
<b>Toul</b>	CH Toul	15 507	9,09%	2,76%
<b>Lunéville</b>	CH Lunéville	17 658	10,35%	3,15%
<b>Pont à Mousson</b>	CH Pont à Mousson	10 750	6,30%	1,92%
<b>Briey</b>	CH Briey	23 602	13,83%	4,21%
<b>Mont St Martin</b>	Mont St Martin	20 517	12,02%	3,66%
<b>TOTAL Meurthe et Moselle</b>		<b>170 658</b>	<b>100%</b>	<b>30,42%</b>





En Meurthe et Moselle, 1/4 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

	Français - Hors Lorraine*	Etranger	54	55	57	88
CHU Adultes	2,78%	0,42%	89,20%	1,20%	3,48%	2,91%
CHU Enfants	2,72%	0,19%	87,21%	2,40%	3,99%	3,49%
Polyclinique de Gentilly	3,11%	0,03%	92,03%	1,36%	1,61%	1,85%
CH Toul	2,47%	0,78%	79,89%	15,60%	0,49%	0,77%
CH Lunéville	1,97%	0,11%	94,73%	0,18%	1,25%	1,76%
CH Pont à Mousson	2,16%	0,20%	92,98%	1,02%	3,33%	0,31%
CH Briey	2,35%	0,00%	74,02%	3,85%	19,70%	0,08%
Mont St Martin	4,26%	0,00%	92,27%	1,67%	1,73%	0,07%
<b>TOTAL Meurthe et Moselle</b>	<b>2,77%</b>	<b>0,23%</b>	<b>87,43%</b>	<b>3,00%</b>	<b>4,89%</b>	<b>1,68%</b>

87% des patients se rendant dans les SU de Meurthe et Moselle sont domiciliés dans ce département. Près de 10% du recrutement provient des 3 autres départements Lorrains.

Quant à l'activité extrarégionale ou extranationale, elle est anecdotique sauf peut-être pour le SU de Mont Saint Martin.



Orulor

# Témoignages



**Dr Tahar CHOUHED**  
Médecin aux urgences - CHU Nancy



## Quelle utilisation faites-vous d'ORULOR ?

ORULOR est pour nous une véritable vigie : ce service informatique est une vitrine focalisée sur les urgences, mais qui nous permet de mieux comprendre tout ce qui se passe dans le monde hospitalier. Il nous offre à la fois un regard pointu et une vision globale des tendances aux urgences. Non seulement il nous

délivre cette vision globale,

mais il nous permet éga-

lement de mieux (ré)

organiser les urgen-

ces. Début 2013, nous

avons par exemple

constaté une aug-

mentation considé-

rable du nombre de

patients entrant aux

urgences. Nous avons

rapidement constaté dans

ORULOR que cette situation critique concernait

toute la Lorraine. Le CHU a alors adopté une

note de service précisant de nouvelles moda-

lités d'hospitalisation à partir des urgences.

Ceux qui venaient des urgences étaient priori-

taires, les admissions programmées ont donc

été repoussées. Avec ORULOR, j'apprécie le

fait de pouvoir se comparer rapidement aux

autres services d'urgence, en temps réel. Cette

comparaison nous permet de mieux nous or-

ganiser, selon que les difficultés naissent d'un

problème conjoncturel dans toute la région,

ou d'un souci structurel au sein-même de

notre service.

ORULOR est pour nous une véritable vigie ... il nous offre à la fois un regard pointu et une vision globale des tendances régionales.

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

Recevoir régulièrement les bulletins épidémiologiques par mail est très intéressant : cela nous permet de comprendre les difficultés que nous pouvons rencontrer aux urgences, notamment lors des pics de grippe. À vrai dire, cela va même encore plus loin. Au CHU de Nancy, nous déclenchons le plan « Hôpital en tension » à partir du seuil de 12 patients qui dorment aux urgences. Cela nous permet de débloquer des lits supplémentaires, appelés « lits tampons ». Une fois que ce seuil repasse sous la barre des 12, nous regardons la situation dans les autres structures d'urgence de notre territoire. Si la situation est encore critique, nous allons maintenir nos lits tampons.

## Quelles améliorations souhaiteriez-vous apporter au logiciel ?

ORULOR est un logiciel déjà très complet. À trop ajouter de nouveaux indicateurs, on risquerait de perdre les utilisateurs. Je noterais donc seulement une nouvelle donnée qu'il pourrait être utile d'ajouter à ORULOR : la disponibilité des lits d'aval, afin de mieux aiguiller les patients vers les services les moins encombrés. Quoi qu'il en soit, ORULOR est déjà un outil fantastique pour avoir une vision régionale, et mériterait d'être mieux connu.

CHU – Nancy Adultes : 3<sup>ème</sup> SU de Lorraine caractérisé par une patientèle exclusivement adulte avec en conséquence la DMP la plus longue de Lorraine

FICHE DE SYNTHÈSE : CHU ADULTES

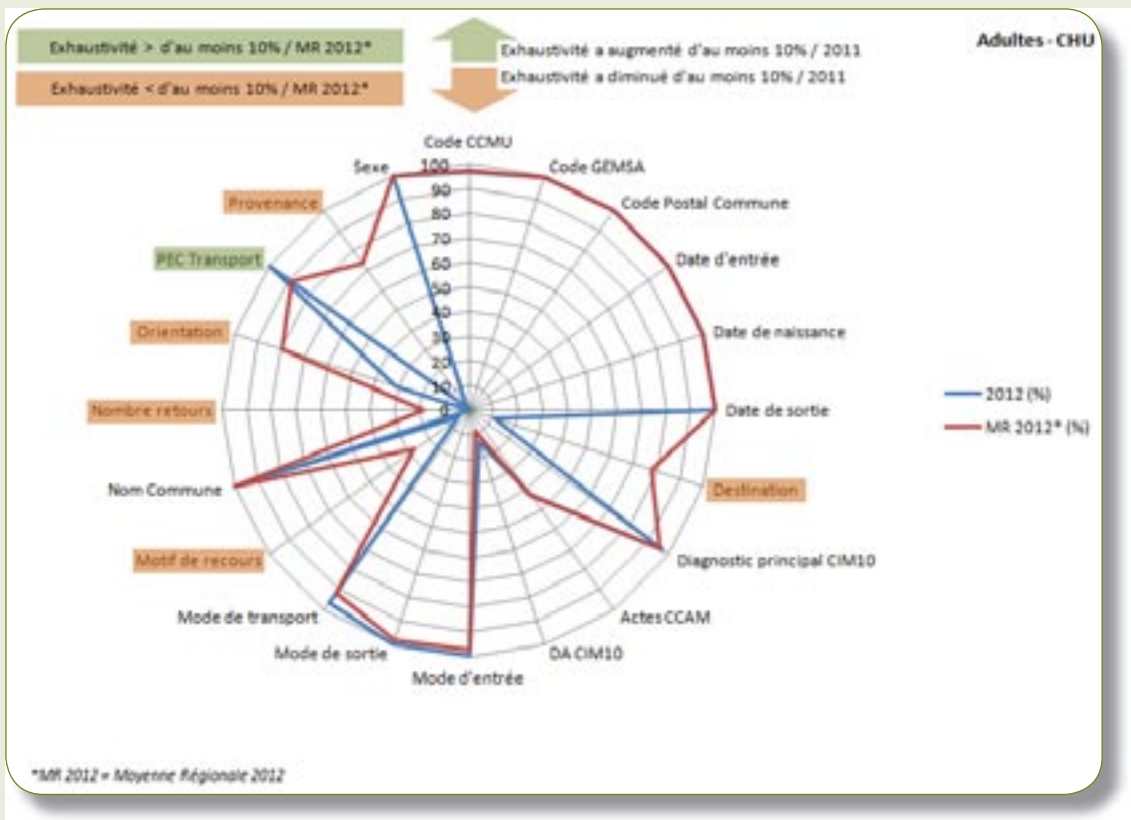
Onglets	Requêtes	NANCY ADULTES	Moyenne régionale	
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages :	41 015	24 390	
	Activité par tranches d'âge :			
	0-1an	0,04%	5,35%	
	1-15ans	0,62%	18,23%	
	16-75 ans	81,31%	62,16%	
	> 75 ans	18,03%	14,26%	
ADMISSION en %	Mode d'entrée :			
	Domicile	85,39	87,88	
	Mutation	0,25	0,23	
	Transfert	14,36	1,91	
	Mode de transport :			
	Ambulance	25,44	15,21	
	Forces de l'ordre	0	1,08	
	Hélicoptère	0,27	0,13	
	Moyen personnel	48,05	66,96	
	VSA8	25,07	14,96	
	SMUR	1,17	1,66	
	Provenance des patients :			
	Hors Lorraine *	2,78	4,76	
Etranger	0,42	0,12		
54	89,20	/		
56	1,20	/		
57	3,48	/		
88	2,91	/		
DUREES en h:mm	Durée moyenne de passage (en heure h:mm) :	6:50	3:01	
	Durées de passages : selon l'orientation :			
	< 4H	47%	80%	
	MCO	0,00	3,22	
	Non renseigné	8,15	4,58	
	SORTIES ATYPIQUES	4,18	3,18	
	UHCO	10,45	4,37	
UNITES CHAUDES	6,55	4,06		
GEMSA CCMU en %	GEMSA :			
	1	0,03	0,06	
	2	69,17	71,50	
	3	2,81	3,56	
	4	27,58	23,67	
	5	0,54	0,84	
	6	0,07	0,58	
	CCMU :	Non renseigné	3,42	2,70
	1	11,37	8,92	
	2	71,78	78,32	
	3	11,42	8,69	
	4	1,21	0,95	
	5	0,43	0,23	
0	0,05	0,03		
P	0,32	0,15		
SORTIE en %	par mode de sortie :			
	Domicile	72,09	75,56	
	Mutation	23,72	21,51	
	Transfert	4,09	2,86	
	Décès	0,09	0,07	
	suivant l'orientation :			
	MCO	0,05	51,85	
	UHCO	14,59	19,79	
	Non renseigné	56,62	15,61	
Sorties atypiques	17,77	8,18		
UNITES CHAUDES	2,98	3,50		

\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

3<sup>ème</sup> SU de Lorraine mais le seul avec Gentilly à recevoir une patientèle exclusivement adulte avec son corollaire en termes de DMP (la plus longue de Lorraine à 5h50) et probablement de difficultés d'hospitalisation (et donc de pénibilité). Le % de patients transportés par un vecteur sanitaire est atypique (moins de

50% de « moyens personnels » versus 66% en régional). Le taux d'hospitalisation à moins de 28% reste dans la moyenne régionale malgré la spécificité de la patientèle de même que le % d'hospitalisation en UHCD. Enfin, le % de sorties atypiques est le 2<sup>ème</sup> plus important de la région.

## RADAR D'EXHAUSTIVITE : CHU ADULTES



On constate une exhaustivité très problématique sur l'orientation à la sortie, la destination et la provenance mais aussi une valeur étonnante de 14% de transferts en mode d'entrée (cf. fiche de

synthèse).

La validation des données ORULOR a été considérée comme tacite par absence de retour de la charte qualité.

CHU Nancy Enfants : 8<sup>ème</sup> SU de Lorraine avec une patientèle exclusivement pédiatrique et un recrutement à 90% départemental

FICHE DE SYNTHÈSE : CHU ENFANTS

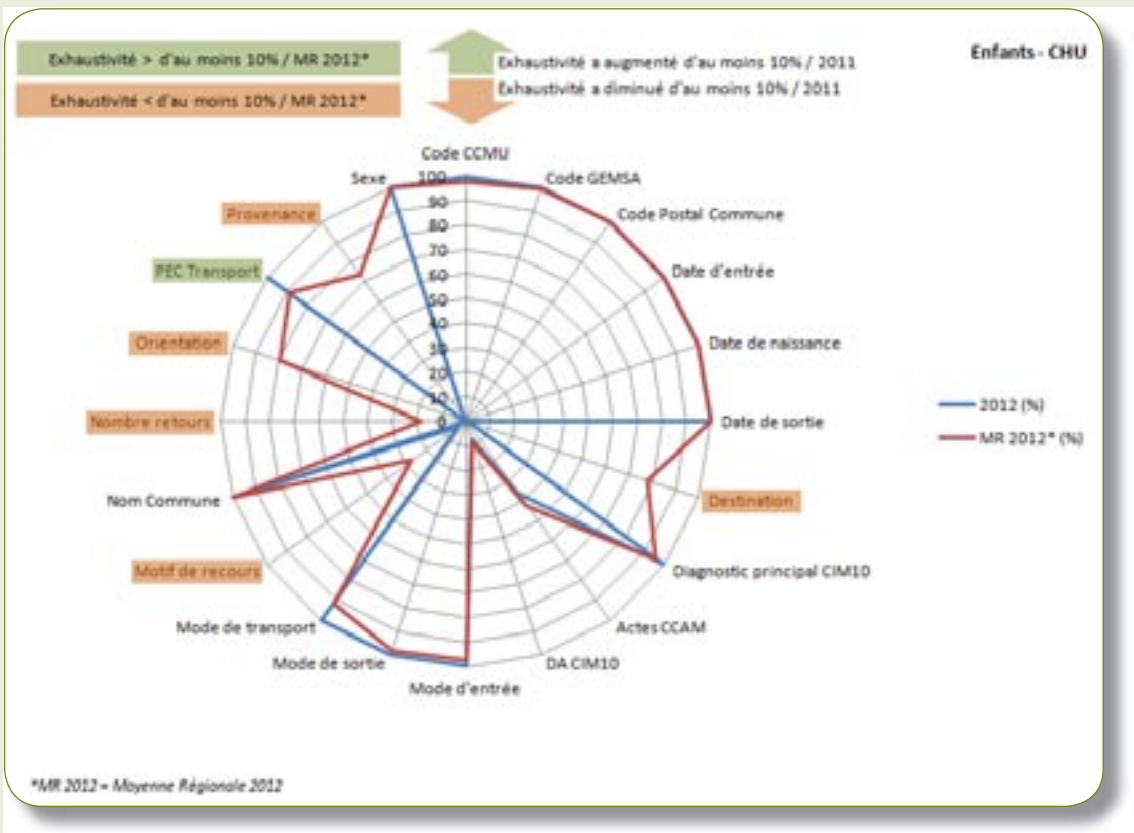
Objets	Requêtes	NANCY ENFANTS	Moyenne régionale	
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages :	24 468	24 390	
	Activité par tranches d'âge :	0-1an	23,20%	5,35%
		1-15ans	72,72%	10,23%
		16-75 ans	4,00%	62,16%
		> 75 ans	/	14,26%
ADMISSION en %	Mode d'entrée :	Domicile	96,06	97,06
		Mutation	0,07	0,23
		Transfert	3,87	1,91
	Mode de transport :	Ambulance	5,21	15,21
		Forces de l'ordre	/	1,08
		Hélicoptère	0,27	0,13
		Moyen personnel	68,75	66,96
		VSAIG	5,27	14,96
		SMUR	0,50	1,66
	Provenance des patients :	Hors Lorraine *	2,72	4,78
		Etranger	0,19	0,12
		S4	67,21	/
		S5	2,40	/
S7		3,99	/	
UU		3,49	/	
DUREES en h:mm	Durée moyenne de passage (en heure h:mm) :		2:20	3:04
	Durées de passages : selon l'orientation :	< 4H	89%	80%
		MCO	03:12	3:22
		Non renseigné	2:24	4:56
		SORTIES ATYPIQUES	2:09	3:18
		UHCO	1:34	4:37
		UNITES CHAUDES	0:34	4:06
GEMSA CCMU en %	GEMSA :	1	0,02	0,08
		2	74,09	71,50
		3	1,58	3,66
		4	22,77	23,67
		5	0,46	0,64
		6	1,08	0,58
	CCMU :	Non renseigné	1,19	2,70
		1	7,06	8,92
		2	65,72	70,32
		3	5,16	6,69
		4	0,47	0,95
		5	0,12	0,23
		0	0,03	0,03
SORTIE en %	par mode de sortie :	Domicile	75,69	75,56
		Mutation	24,05	21,51
		Transfert	0,26	2,86
		Décès	0,00	0,07
	suivant l'orientation :	MCO	0,08	51,85
		UHCO	0,02	19,79
		Non renseigné	94,22	16,61
		Sorties atypiques	5,67	8,18
		UNITES CHAUDES	0,02	3,50

\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

8<sup>ème</sup> SU de Lorraine mais le seul à recevoir une patientèle exclusivement pédiatrique, à la fois médicale et chirurgicale, avec son corollaire en termes de DMP (2h20).  
On note peu de patients transportés par un vec-

teur sanitaire (environ 10%), un recrutement essentiellement départemental (près de 90%) et un taux d'hospitalisation à environ 24%, 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 pro-

venance. La validation des données est aussi considérée comme tacite par absence de retour de la charte qualité.

**Polyclinique Gentilly : 17<sup>ème</sup> SU de Lorraine avec une patientèle exclusivement adulte**

**FICHE DE SYNTHÈSE – POLYCLINIQUE GENTILLY**

Onglets	Requêtes	GENTILLY	Moyenne régionale
ACCUEIL en nbre et en %	Nombre de passages :	17 153	24 390
	Activité par tranches d'âge :		
	0-1an	0,01%	5,35%
	1-15ans	0,73%	18,23%
	16-75 ans	81,35%	62,16%
	≥ 75 ans	17,92%	14,26%
ADMISSION en %	Mode d'entrée :		
	Domicile	99,04	97,86
	Mutation	0,32	0,23
	Transfert	0,64	1,91
	Mode de transport :		
	Ambulance	20,47	15,21
	Forces de l'ordre	0,88	1,08
	Hélicoptère	/	0,13
	Moyen personnel	66,12	66,96
	VSAB	11,81	14,96
	SMUR	0,72	1,66
	Provenance des patients :		
Hors Lorraine *	3,11	4,76	
Etranger	0,03	0,12	
	54	/	
	55	/	
	57	/	
	80	/	
DUREES en hh:mm	Durée moyenne de passage (en heure hh:mm) :	3:50	3:01
	Durées de passages : selon l'orientation :		
	< 4h	67%	80%
	MCO	5:21	3:22
	Non renseigné	6:32	4:56
	SORTIES ATYPIQUES	3:08	3:18
	UHCD	4:41	4:37
UNITES CHAUDES	7:54	4:06	
GEMSA CCMU en %	GLMSA :		
	1	0,02	0,06
	2	66,32	71,50
	3	9,54	3,56
	4	23,58	23,67
	5	0,31	0,64
	6	0,22	0,58
	CCMU :		
	Non renseigné	2,14	2,70
	1	1,88	8,92
	2	90,83	78,32
	3	4,84	8,69
	4	0,43	0,95
	5	0,06	0,23
D	0,01	0,03	
P	/	0,15	
SORTIE en %	par mode de sortie :		
	Domicile	76,01	75,56
	Mutation	20,75	21,51
	Transfert	3,18	2,86
	Décès	0,06	0,07
	suivant l'orientation :		
	MCO	30,90	51,05
	UHCD	39,24	19,79
Non renseigné	11,71	15,61	
SORTIES atypiques	6,81	8,18	
UNITES CHAUDES	3,35	3,50	

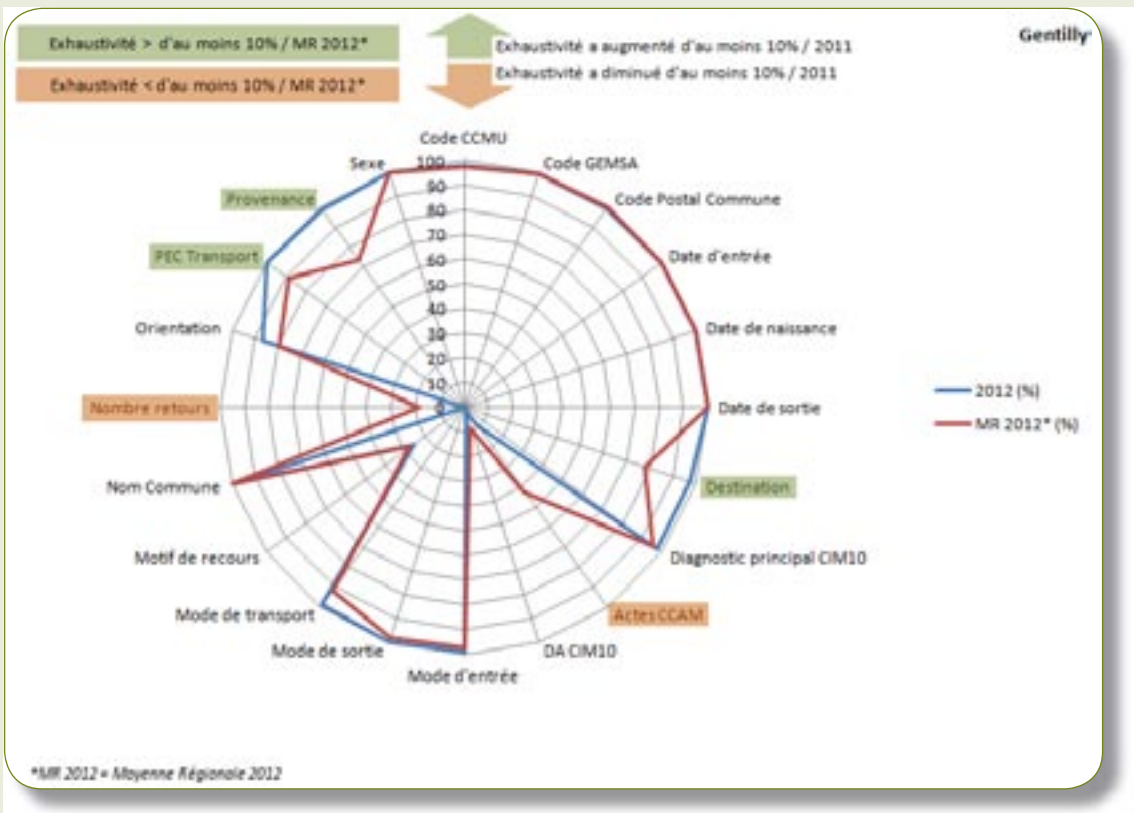
\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »



17<sup>ème</sup> SU de Lorraine avec une patientèle exclusivement adulte. On note une DMP de 3h50, supérieure à la moyenne régionale (mais en lien direct avec l'absence de pédiatrie), peu

de CCMU 1 mais a priori beaucoup de reconvoctions et enfin une utilisation étonnante de l'UHTCD (39%) mais probablement à consolider.

## RADAR D'EXHAUSTIVITE : POLYCLINIQUE GENTILLY



On constate une exhaustivité dans la moyenne régionale et étonnamment très peu de codification CCAM par opposition au second SU privé de Lorraine à savoir Claude Bernard. Les données ont été validées par retour de

charte qualité avec cependant un écart de 238 passages (en moins sur ORULOR) expliqué par des clôtures très tardives de dossiers. À noter enfin l'amélioration de l'exhaustivité sur 3 champs.

CH Toul : 19<sup>ème</sup> SU de Lorraine mais sans données fiables

FICHE DE SYNTHÈSE : CH TOUL

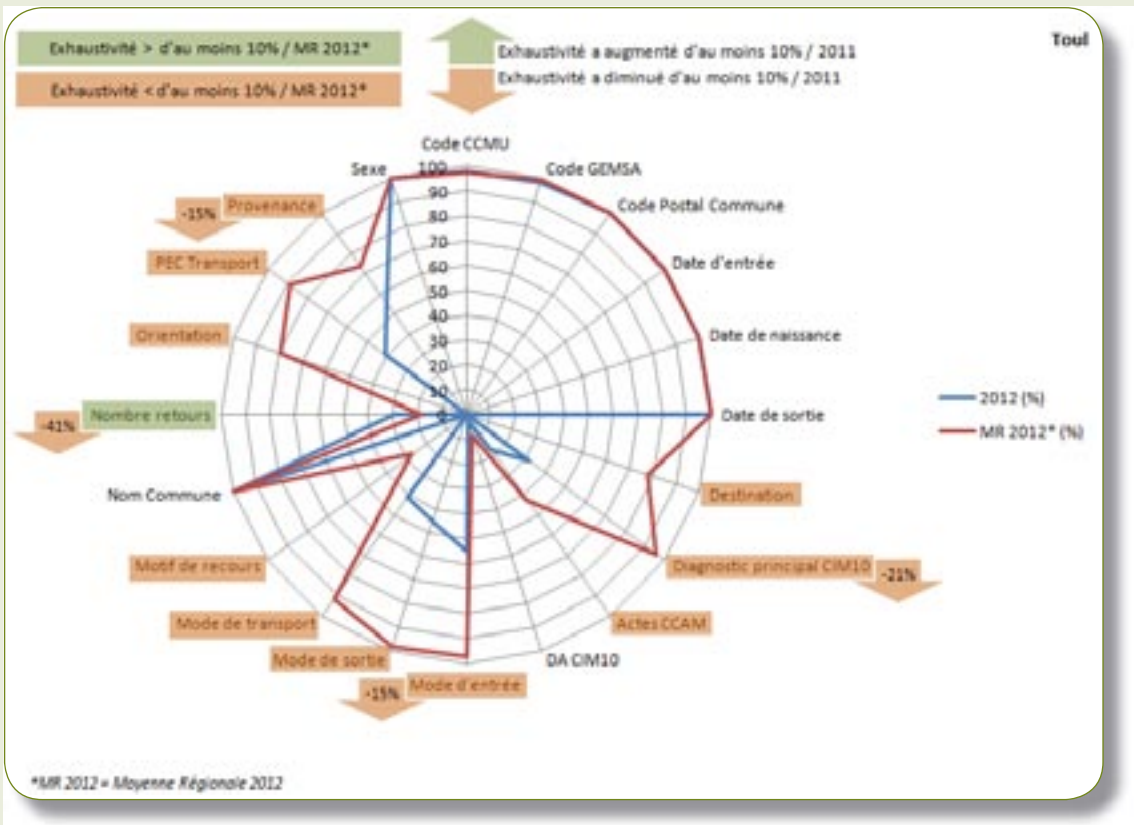
Onglets	Requêtes	TOUL	Moyenne régionale
ACCUEIL en nbre et en %	Nombre de passages :	15 507	24 390
	Activité par tranches d'âge :		
	0-1an	2,73%	5,35%
	1-15ans	21,33%	18,23%
	16-75 ans	67,55%	62,16%
	> 75 ans	8,39%	14,26%
ADMISSION en %	Mode d'entrée :		
	Domicile	100,00	97,86
	Mutation	/	0,23
	Transfert	/	1,91
	Mode de transport :		
	Ambulance	12,82	15,21
	Forces de l'ordre	2,51	1,08
	Hélicoptère	/	0,13
	Moyen personnel	72,12	66,96
	VSAB	12,31	14,96
	SMUR	0,24	1,66
	Provenance des patients :		
	Hors Lorraine *	2,47	4,76
Etranger	0,78	0,12	
54	79,89	/	
55	15,60	/	
57	0,49	/	
88	0,77	/	
DUREES en hh:mm	Durée moyenne de passage (en heure hh:mm) :	1:18	3:01
	Durées de passages : selon l'orientation :		
	< 4H	92%	80%
	MCO	4:18	3:22
	Non renseigné	/	4:56
	SORTIES ATYPIQUES	2:13	3:18
	UHCD	/	4:37
	UNITES CHAUDES	/	4:06
GEMSA CCMU en %	GEMSA :		
	1	0,19	0,06
	2	91,36	71,50
	3	0,03	3,56
	4	7,88	23,67
	5	0,01	0,64
	6	0,53	0,58
	CCMU :		
	Non renseigné	2,33	2,70
	1	4,36	8,92
	2	84,95	78,32
	3	7,83	8,69
	4	0,53	0,95
5	/	0,23	
D	/	0,03	
P	/	0,15	
SORTIE en %	par mode de sortie :		
	Domicile	100,00	75,56
	Mutation	/	21,51
	Transfert	/	2,86
	Décès	/	0,07
	suivant l'orientation :		
	MCO	17,24	51,85
	UHCD	/	19,79
Non renseigné	/	15,61	
Sorties atypiques	62,07	8,18	
UNITES CHAUDES	/	3,50	

\*Possibilité de quelques étrangers dans « Hors Lorraine »

19<sup>ème</sup> SU de Lorraine avec un recrutement extra-départemental important au profit de la Meuse (plus de 15%) et une patientèle composée a

priori de peu de personnes âgées. Il n'est pas possible d'apporter d'autres commentaires du fait d'une mauvaise qualité des données.

## RADAR D'EXHAUSTIVITE : CH TOUL



On constate un problème majeur d'exhaustivité et de qualité des données (31% de diagnostics principaux, 0% d'orientation à la sortie...). L'absence de progiciel dédié oblige les urgen-

tistes à saisir des informations en sus de leurs dossiers médicaux, ce qui ne paraît pas recevable en termes de charge de travail supplémentaire et explique les problèmes d'exhaustivité.

CH Lunéville : 16<sup>ème</sup> SU de Lorraine avec une bonne DMP et un taux d'hospitalisation conséquent

FICHE DE SYNTHÈSE : CH LUNÉVILLE

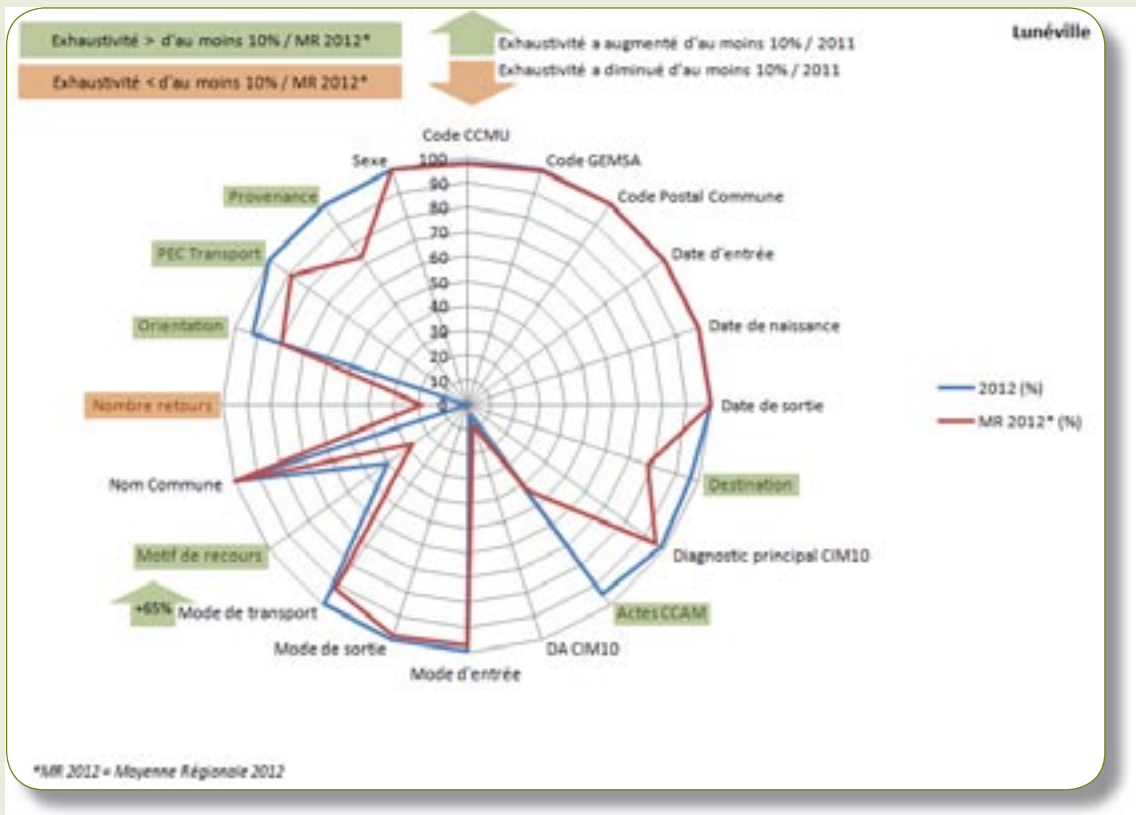
Onglets	Requêtes	LUNÉVILLE	Moyenne régionale
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages :	17658	24 390
	Activité par tranches d'âge :		
	0-1an	3,31%	5,35%
	1-15ans	18,11%	18,23%
	16-75 ans	61,86%	62,16%
	> 75 ans	16,72%	14,26%
ADMISSION en %	Mode d'entrée :		
	Domicile	98,60	97,86
	Mutation	0,20	0,23
	Transfert	1,20	1,91
	Mode de transport :		
	Ambulance	17,20	15,21
	Forces de l'ordre	1,66	1,08
	Hélicoptère	0,06	0,13
	Moyen personnel	67,74	68,98
	VSAB	12,47	14,98
	SMUR	0,70	1,68
Provenance des patients :			
Hors Lorraine *	1,97	4,76	
Etranger	0,11	0,12	
	54	/	
	55	/	
	57	/	
	88	/	
DUREES en hh:mm	Durée moyenne de passage (en heure hh:mm) :	02:26	3:01
	Durées de passages : selon l'orientation :		
	< 4H	83%	80%
	MCO	3:27	3:22
	Non renseigné	3:02	4:56
	SORTIES ATYPIQUES	2:02	3:18
	UHCD	2:48	4:37
	UNITES CHAUDES	3:20	4:08
GEMSA CCMU en %	GEMSA :		
	1	0,01	0,08
	2	71,58	71,50
	3	0,40	3,56
	4	27,94	23,67
	5	0,07	0,64
	6	0,01	0,50
	CCMU :		
	Non renseigné	1,59	2,70
	1	4,34	8,92
	2	83,71	78,32
	3	8,98	8,89
	4	0,70	0,95
5	0,10	0,23	
D	0,02	0,03	
P	0,10	0,15	
SORTIE en %	par mode de sortie :		
	Domicile	71,97	75,56
	Mutation	25,03	21,51
	Transfert	2,19	2,86
	Décès	0,01	0,07
	suivant l'orientation :		
	MCO	49,44	51,05
	UHCD	26,34	19,79
	Non renseigné	7,10	15,61
	Sorties atypiques	8,61	8,18
	UNITES CHAUDES	8,50	3,50

\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

16<sup>ème</sup> SU de Lorraine avec une bonne DMP à 2h26. On note une utilisation importante de l'UHTCD (26%) et un taux d'hospitalisation re-

lativement important (28%), le reste du profil étant dans la moyenne régionale.

## RADAR D'EXHAUSTIVITE : CH LUNÉVILLE



Une exhaustivité des données supérieure à la moyenne régionale avec une amélioration qui concerne 6 paramètres du RPU. Un pourcenta-

ge d'orientation en unités chaudes surprenant (8,50% versus 3,50% en régional) mais ramené à 2,61% au retour de la charte qualité.

CH Pont à Mousson : 22<sup>ème</sup> SU de Lorraine avec une bonne DMP et un % de transferts important

FICHE DE SYNTHÈSE : CH PONT A MOUSSON

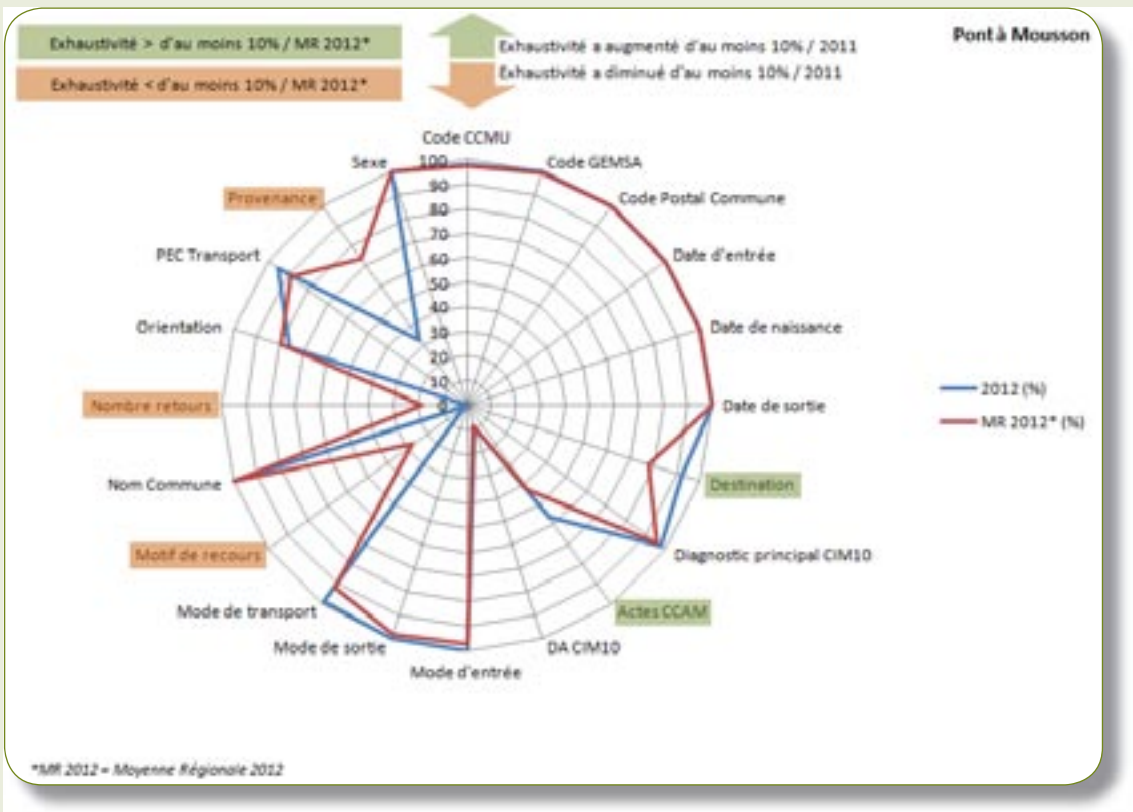
Ongets	Requêtes	PONT A MOUSSON	Moyenne régionale		
ACCUEIL en nbre et en %	Nombre de passages :	10 750	24 390		
	Activité par tranches d'âge :	0-1an	2,13%	5,35%	
		1-15ans	17,22%	18,23%	
		16-75 ans	65,48%	62,18%	
		> 75 ans	15,16%	14,26%	
ADMISSION en %	Mode d'entrée :	Domicile	99,97	97,06	
		Mutation	0,03	0,23	
		Transfert	/	1,91	
	Mode de transport :	Ambulance	11,03	15,21	
		Forces de l'ordre	2,10	1,08	
		Hélicoptère	/	0,13	
		Moyen personnel	71,74	66,96	
		VSAB	14,24	14,96	
		SMUR	0,90	1,66	
	Provenance des patients :	Hors Lorraine *		2,16	4,76
			Etranger	0,20	0,12
		54	92,98	/	
		55	1,02	/	
57		3,33	/		
68		0,31	/		
DUREES en hh:mm	Durée moyenne de passage (en heure hh:mm) :		2:19	3:01	
	Durées de passages : selon l'orientation :	< 4H	88%	80%	
		MCO	4:36	3:22	
		Non renseigné	2:40	4:56	
		SORTIES ATYPIQUES	4:02	3:18	
		UHCD	2:33	4:37	
		UNITES CHAUDES	/	4:06	
GEMSA CCMU en %	GEMSA :	1	0,03	0,08	
		2	65,26	71,50	
		3	4,63	3,56	
		4	29,04	23,67	
		5	0,20	0,64	
		6	0,05	0,58	
	CCMU :	Non renseigné	2,20	2,70	
		1	2,44	8,92	
		2	74,81	78,32	
		3	18,74	8,89	
		4	1,59	0,95	
		5	0,11	0,23	
		D	0,01	0,03	
P	0,02	0,15			
SORTIE en %	par mode de sortie :	Domicile	69,95	75,56	
		Mutation	22,88	21,51	
		Transfert	7,12	2,06	
		Décès	0,05	0,07	
	suivant l'orientation :	MCO	13,51	51,85	
		UHCD	56,43	19,79	
		Non renseigné	21,60	15,61	
		Sorties atypiques	8,46	8,18	
UNITES CHAUDES	/	3,50			

\*Possibilité de quelques étrangers dans « Hors Lorraine »

22<sup>ème</sup> SU de Lorraine (le plus petit après celui de Vittel), situé entre les SU de Metz et ceux de Nancy, avec une bonne DMP.

On note un pourcentage de CCMU3 étonnamment élevé (18,74% versus 8,69% en région), un nombre important de transferts (7,12%) et enfin, un taux aberrant d'orientation en UHCD.

## RADAR D'EXHAUSTIVITE : CH PONT A MOUSSON



On constate une bonne exhaustivité hormis pour le champ provenance. Le retour de la charte qua-

lité amène un questionnement sur l'intégration des passages suivis d'hospitalisation en UHCD.

CH Briey : 10<sup>ème</sup> SU de Lorraine avec un recrutement mosellan important et une très bonne DMP

FICHE DE SYNTHÈSE : CH BRIEY

Onglets	Requêtes	BRIEY	Moyenne régionale		
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages :	23602	24 390		
	Activité par tranches d'âge :	0-1an	1,57%	5,35%	
		1-15ans	14,58%	18,23%	
		16-75 ans	66,93%	62,16%	
		> 75 ans	16,92%	14,26%	
ADMISSION en %	Mode d'entrée :	Domicile	99,89	97,86	
		Mutation	0,08	0,23	
		Transfert	0,03	1,91	
	Mode de transport :	Ambulance	11,29	15,21	
		Forces de l'ordre	2,04	1,00	
		Hélicoptère	/	0,13	
		Moyen personnel	74,85	66,96	
		VSAB	11,24	14,96	
		SMUR	0,59	1,66	
	Provenance des patients :	Hors Lorraine *		2,35	4,76
			Etranger	/	0,12
		54	74,02	/	
		55	3,85	/	
57		19,70	/		
68		0,08	/		
DUREES en h:mm	Durée moyenne de passage (en heure h:mm) :		01:57	3:01	
	Durées de passages : selon l'orientation :	< 4H	90%	80%	
		MCO	3:09	3:22	
		Non renseigné	3:54	4:56	
		SORTIES ATYPIQUES	2:02	3:18	
		UHCD	3:06	4:37	
		UNITES CHAUDES	3:09	4:06	
GEMSA CCMU en %	GLMSA :	1	0,12	0,06	
		2	79,96	71,50	
		3	1,04	3,56	
		4	18,88	23,67	
		5	/	0,84	
		6	0,01	0,58	
	CCMU :	Non renseigné	/	2,76	
		1	7,71	8,92	
		2	92,07	78,32	
		3	0,10	0,69	
		4	0,05	0,95	
		5	0,06	0,23	
0	0,01	0,03			
	/	0,15			
SORTIE en %	par mode de sortie :	Domicile	79,23	75,56	
		Mutation	18,85	21,51	
		Transfert	1,89	2,86	
		Décès	0,02	0,07	
	suivant l'orientation :	MCO	69,24	51,85	
		UHCD	11,19	19,79	
		Non renseigné	8,75	15,61	
		Sorties atypiques	3,40	8,18	
	UNITES CHAUDES	5,41	3,50		

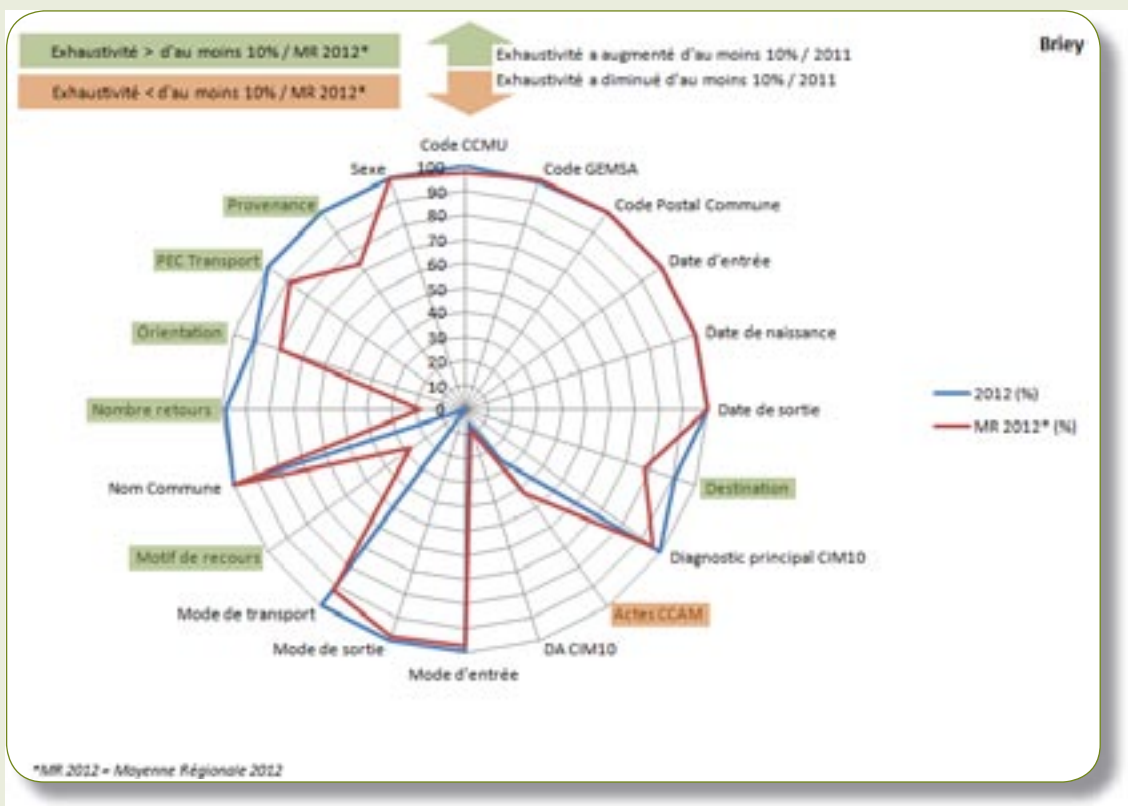
\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »



10<sup>ème</sup> SU de Lorraine (mais sans intégration de la pédiatrie médicale) avec un important recrutement extradépartemental en faveur de la Moselle (près de 20% des passages).  
On note une excellente DMP à 1h57, un faible

taux d'hospitalisation (20%) mais, a priori, peu de malades graves (près de 100% de CCMU1 et 2), peu de sorties atypiques et une utilisation peu importante de l'UHTCD (11%).

### RADAR D'EXHAUSTIVITE : CH BRIEY



On constate une excellente exhaustivité des données. Le retour de la charte qualité a permis la validation des données mais également de confirmer la non prise en compte des urgences

pédiatriques (5 691 passages) et gynéco-obstétricales (2 211 urgences obstétricales et 1 166 urgences gynécologiques), soit un total sur le CH de Briey de 32 670 passages.

Mont Saint Martin : 14<sup>ème</sup> SU de Lorraine avec un profil dans la moyenne régionale et sans recrutement extra départemental significatif

FICHE DE SYNTHÈSE – MONT SAINT MARTIN

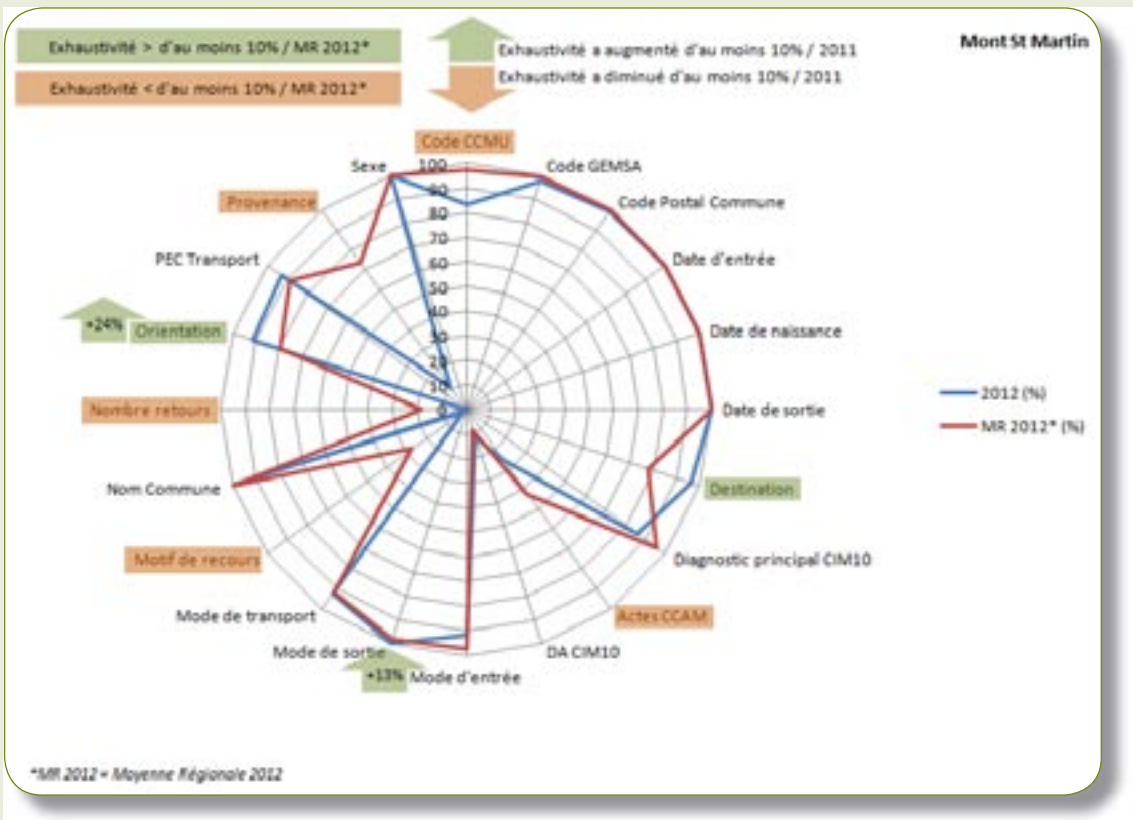
Onglets	Requêtes	MONT ST MARTIN	Moyenne régionale		
ACCUEIL en nombre et en %	Nombre de passages :	20 517	24 390		
	Activité par tranches d'âge :	0-1an	4,94%	5,35%	
		1-15ans	17,08%	18,23%	
		16-75 ans	62,07%	62,16%	
		> 75 ans	15,91%	14,26%	
ADMISSION en %	Mode d'entrée :	Domicile	99,61	97,86	
		Mutation	0,33	0,23	
		Transfert	0,06	1,91	
	Mode de transport :	Ambulance	13,75	15,21	
		Forces de l'ordre	2,41	1,08	
		Hélicoptère	0,08	0,13	
		Moyen personnel	87,89	88,96	
		VSAB	14,25	14,98	
		SMUR	1,63	1,68	
	Provenance des patients :	Hors Lorraine *		4,26	4,76
			Etranger	/	0,12
		54	92,27	/	
		55	1,67	/	
57		1,73	/		
00		0,07	/		
DUREES en h:mm	Durée moyenne de passage (en heure h:mm) :		3:09	3:01	
	Durées de passages : selon l'orientation :	< 4H	75%	80%	
		MCO	4:13	3:22	
		Non renseigné	4:07	4:58	
		SORTIES ATYPIQUES	2:03	3:18	
		UHCD	4:28	4:37	
		UNITES CHAUDES	4:31	4:08	
GEMSA CCMU en %	GLMSA :	1	0,13	0,06	
		2	66,44	71,50	
		3	4,60	3,56	
		4	26,62	23,67	
		5	1,43	0,64	
		6	0,78	0,58	
	CCMU :	Non renseigné	16,55	2,70	
		1	9,78	8,92	
		2	65,44	78,32	
		3	7,66	8,89	
		4	1,17	0,95	
		5	0,29	0,23	
		D	0,04	0,03	
P	0,21	0,15			
SORTIE en %	par mode de sortie :	Domicile	71,80	75,56	
		Mutation	28,10	21,51	
		Transfert	1,96	2,86	
		Décès	0,14	0,07	
	suivant l'orientation :	MCO	19,01	51,85	
		UHCD	56,89	19,79	
		Non renseigné	7,63	15,61	
		Sorties atypiques	11,55	8,18	
		UNITES CHAUDES	4,12	3,50	

\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

14<sup>ème</sup> SU de Lorraine avec un recrutement intradépartemental et peu de patients étrangers malgré la situation géographique particulière. La DMP est dans la moyenne régionale de

même que la plupart des paramètres. À noter cependant un taux d'hospitalisation assez important à 28%.

## RADAR D'EXHAUSTIVITE : MONT SAINT MARTIN



On constate une exhaustivité dans la moyenne mais perfectible en particulier pour la classification CCMU et pour le diagnostic principal.

À noter également un taux d'hospitalisation en UHCD aberrant. Enfin, les données ont été validées par retour de la charte qualité.

## ● Département de la Meuse - 55

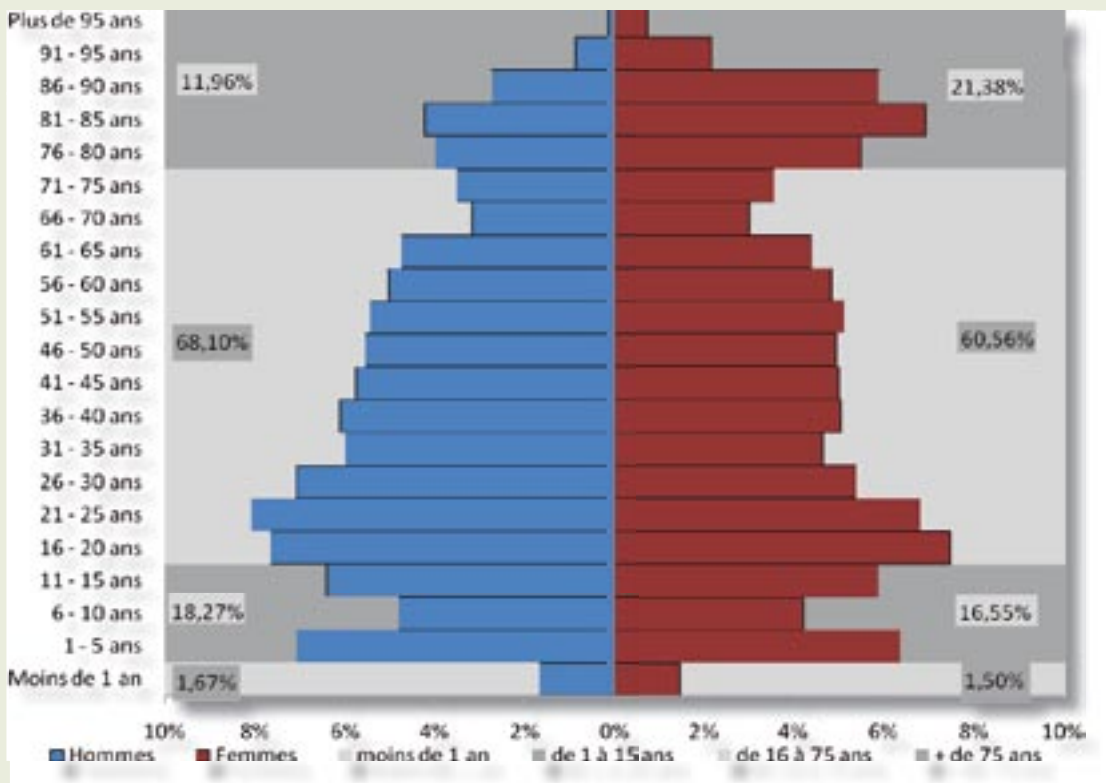
### ACTIVITÉ DÉTAILLÉE DU DÉPARTEMENT DE LA MEUSE

Agglomération	Etablissement	Nbre passages	en % départemental	en % régional
Verdun	CH Verdun	27 642	64,70%	4,93%
Bar le Duc	CH Bar le Duc	15 079	35,30%	2,69%
	<b>TOTAL Meuse</b>	<b>42 721</b>	<b>100%</b>	<b>7,62%</b>



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

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



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

	Français - Hors Lorraine*	Etranger	54	55	57	88
CH Bar Le Duc	8,50%	0,00%	0,88%	90,11%	0,34%	0,17%
CH Verdun	3,56%	0,28%	2,48%	92,54%	1,01%	0,12%
<b>TOTAL Meuse</b>	<b>5,30%</b>	<b>0,18%</b>	<b>1,91%</b>	<b>91,69%</b>	<b>0,77%</b>	<b>0,14%</b>

Avec 5,3% 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 : 6<sup>ème</sup> SU de Lorraine avec une bonne DMP et un % d'hospitalisation assez important mais sans transfert

FICHE DE SYNTHÈSE : CH VERDUN

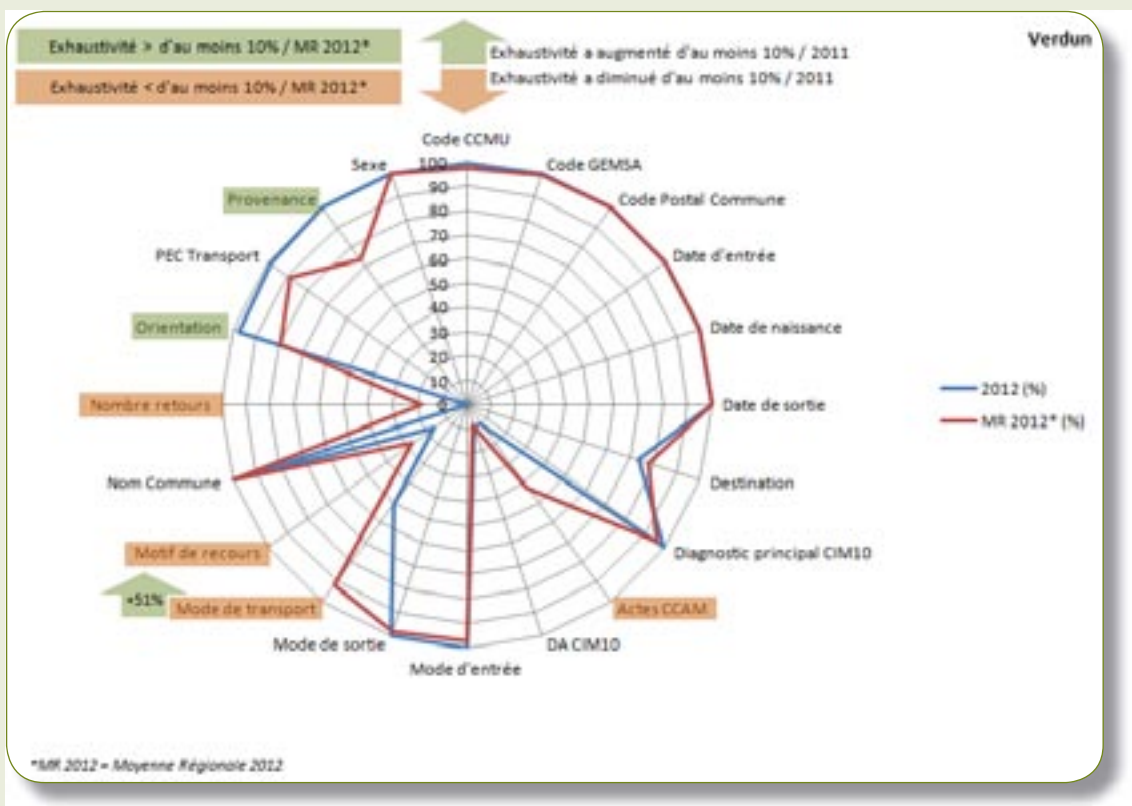
Onglets	Requêtes	VERDUN	Moyenne régionale		
ACCUEIL nombre et en %	Nombre de passages :	27 642	24 390		
	Activité par tranches d'âge :	0-1an	4,36%	5,35%	
		1-15ans	16,34%	16,23%	
		16-75 ans	64,22%	62,16%	
		> 75 ans	15,08%	14,26%	
ADMISSION en %	Mode d'entrée :	Domicile	99,36	97,66	
		Mutation	0,44	0,23	
		Transfert	0,20	1,91	
	Mode de transport :	Ambulance	13,37	15,21	
		Forces de l'ordre	1,43	1,08	
		Hélicoptère	0,26	0,13	
		Moyen personnel	70,91	66,96	
		VSA/B	12,73	14,96	
		SMUR	1,30	1,66	
	Provenance des patients :	Hors Lorraine *		3,56	4,76
			Etranger	0,20	0,12
		54	2,40	/	
		55	92,54	/	
57		1,01	/		
88		0,12	/		
DURÉES en hh:mm		Durée moyenne de passage (en heure hh:mm) :		2:25	3:01
	Durées de passages : selon l'orientation :	< 4h	83%	80%	
		MCO	3:21	3:22	
		Non renseigné	3:20	4:56	
		SORTIES ATYPIQUES	2:23	3:18	
		UHCD	3:28	4:37	
		UNITES CHAUDES	3:40	4:06	
GEMSA CCMU en %	GEMSA :	1	0,04	0,06	
		2	70,67	71,50	
		3	1,22	3,56	
		4	27,86	23,67	
		5	0,14	0,84	
		6	0,08	0,58	
	CCMU :	Non renseigné	0,68	2,70	
		1	1,88	8,92	
		2	92,32	78,32	
		3	4,24	8,69	
		4	0,61	0,95	
		5	0,24	0,23	
		D	0,04	0,03	
SORTIE en %	par mode de sortie :	Domicile	74,47	76,66	
		Mutation	27,74	21,51	
		Transfert	0,72	2,86	
		Décès	0,07	0,07	
	suivant l'orientation :	MCO	61,60	51,85	
		UHCD	23,63	19,79	
		Non renseigné	2,42	15,61	
		Sorties atypiques	4,28	8,18	
		UNITES CHAUDES	8,07	3,50	

\*Possibilité de quelques étrangers dans « Hors Lorraine »

6<sup>ème</sup> SU de Lorraine transmettant tous les passages adultes et pédiatriques mais pas les urgences gynéco-obstétricales, sa DMP est en deçà de la moyenne régionale (2h25). Les cotations en CCMU2 sont nombreuses au dépend des

CCMU1 et 3. Le % d'hospitalisation à 28,5% est un peu supérieur à la moyenne régionale, et ce, pratiquement sans transfert. L'UHCD est largement utilisée et le nombre d'hospitalisations en unités chaudes semble élevé.

## RADAR D'EXHAUSTIVITE : CH VERDUN



On constate une exhaustivité dans la moyenne régionale avec une amélioration des champs provenance et orientation mais pas encore sur

le mode de transport. Le retour de la charte qualité fait état d'écart mineurs (2 minutes en DMP et 3 passages d'écart sur plus de 27 000).

## CH Bar le Duc : 21<sup>ème</sup> SU de Lorraine mais des données encore peu fiables

### FICHE DE SYNTHÈSE : CH BAR LE DUC

Onglets	Requêtes	BAR LE DUC	Moyenne régionale
ACCUEIL en nbre et en %	Nombre de passages :	15 079	24 390
	Activité par tranches d'âge :		
	0-1an	1,81%	5,35%
	1-15ans	14,24%	18,23%
	16-75 ans	65,30%	62,16%
	> 75 ans	18,85%	14,26%
ADMISSION en %	Mode d'entrée :		
	Domicile	99,34	97,88
	Mutation	0,07	0,23
	Transfert	0,59	1,91
	Mode de transport :		
	Ambulance	19,29	15,21
	Forces de l'ordre	0,73	1,08
	Hélicoptère	/	0,13
	Moyen personnel	65,31	66,96
	V5AB	13,02	14,96
SMUR	1,65	1,66	
Provenance des patients :			
Hors Lorraine *	0,50	4,76	
Etranger	/	0,12	
54	0,00	/	
55	90,11	/	
57	0,34	/	
00	0,17	/	
DURÉES en hh:mm	Durée moyenne de passage (en heure hh:mm) :	2:47	3:01
	Durées de passages : selon l'orientation :		
	< 4H	80%	80%
	MCO	2:28	3:22
	Non renseigné	3:32	4:56
	SORTIES ATYPIQUES	/	3:18
	UHCD	2:01	4:37
	UNITES CHAUDES	2:54	4:06
GEMSA CCMU en %	GEMSA :		
	1	0,30	0,06
	2	74,83	71,50
	3	1,01	3,56
	4	23,15	23,67
	5	0,28	0,84
	6	0,45	0,58
	CCMU :		
	Non renseigné	/	2,70
	1	1,96	8,92
	2	10,36	78,32
	3	82,50	8,60
	4	4,65	0,95
5	0,43	0,23	
D	0,10	0,03	
P	/	0,15	
SORTIE en %	par mode de sortie :		
	Domicile	76,48	75,56
	Mutation	16,51	21,51
	Transfert	6,98	2,88
	Décès	0,03	0,07
	suivant l'orientation :		
	MCO	0,02	51,05
	UHCD	4,73	19,79
Non renseigné	48,85	15,61	
Sorties atypiques	/	8,10	
UNITES CHAUDES	2,72	3,50	

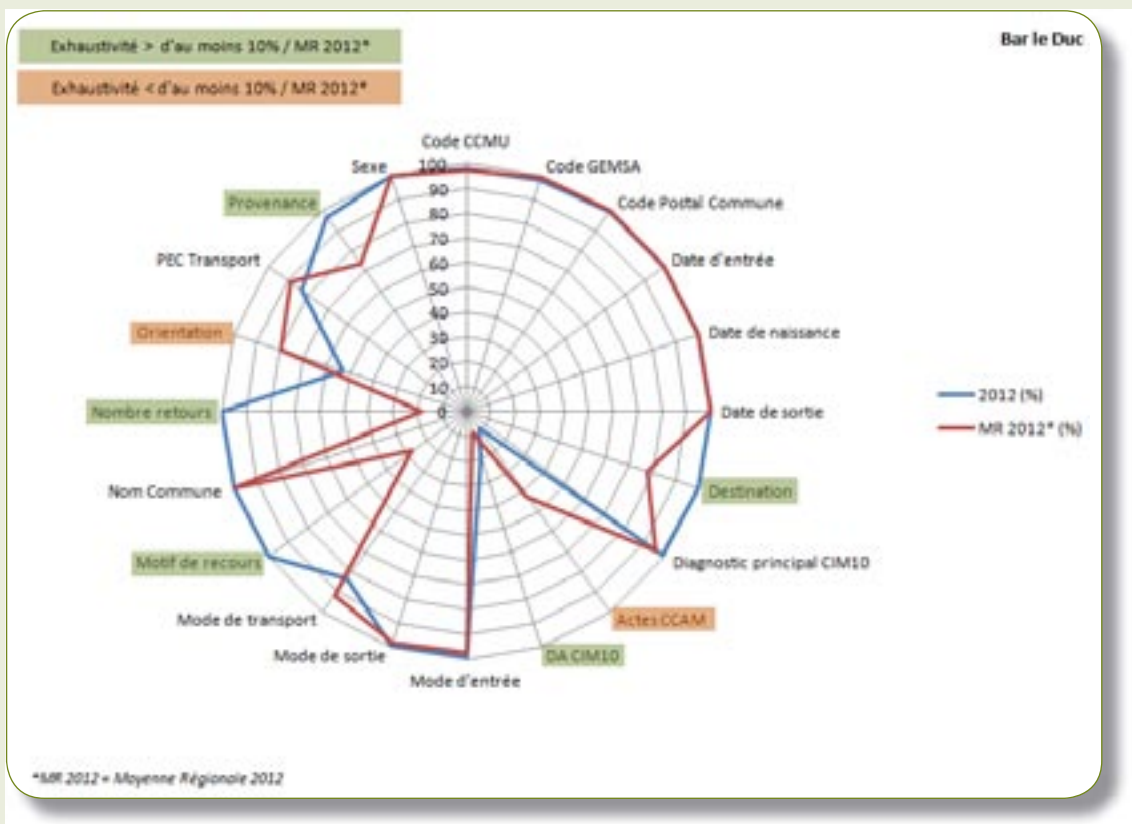
\*Possibilité de quelques étrangers dans « Hors Lorraine »



La qualité des remontées de données n'étant pas optimale en 2012, les commentaires sont potentiellement sujets à caution. En 21<sup>ème</sup> position mais sans intégration de la pédiatrie médicale, sa DMP semble dans la

moyenne régionale. Son activité extrarégionale n'est pas négligeable (8,5%). Les cotations CCMU sont incohérentes et les orientations à la sortie non interprétables.

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



Un travail d'amélioration de l'exhaustivité et surtout de la qualité des données est en cours

et devrait aboutir en 2013.

## ● Département des Vosges - 88

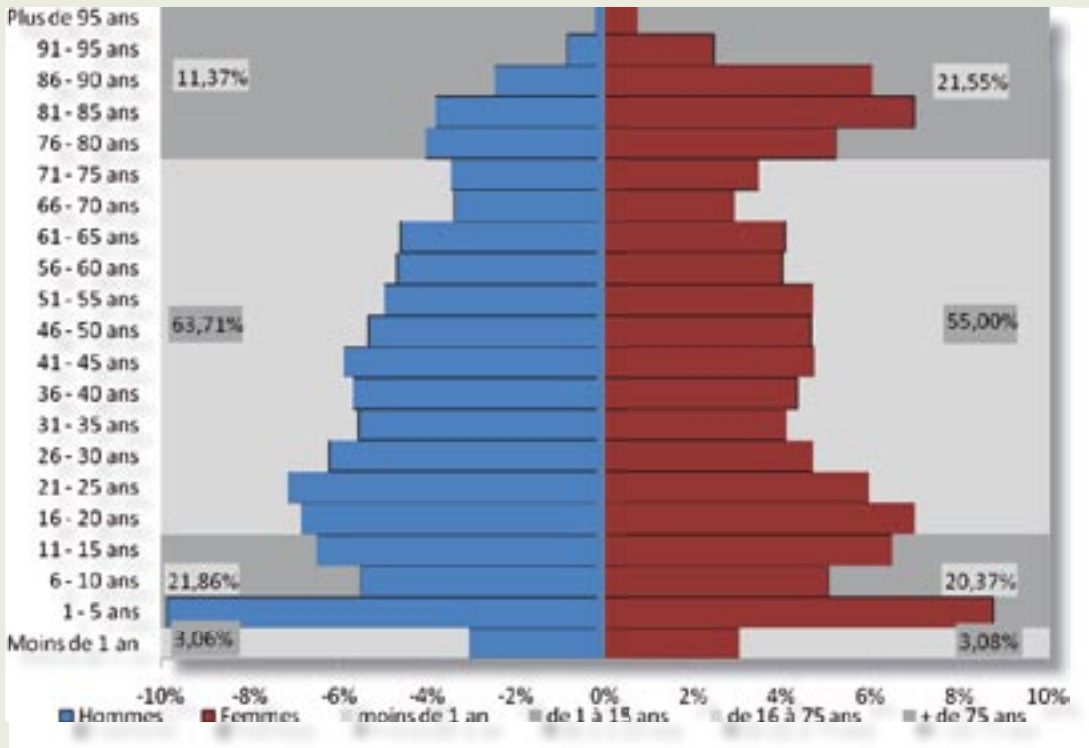
### ACTIVITÉ DÉTAILLÉE DU DÉPARTEMENT DES VOSGES

Agglomération	Etablissement	Nbre passages	en % départemental	en % régional
Epinal	CH Epinal	32 624	32,95%	5,82%
Remiremont	CH Remiremont	21 028	21,24%	3,75%
Saint-Dié	CH St Dié	20 436	20,64%	3,64%
Neufchâteau	CH Neufchâteau	16 219	16,38%	2,89%
Vittel	CH Vittel	8 690	8,78%	1,55%
<b>TOTAL Vosges</b>		<b>98 997</b>	<b>100%</b>	<b>17,65%</b>



## Dans les Vosges, près d'1/4 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 + de 75 ans en compensation d'une inflexion des personnes de 16 à 75 ans.

## Un département semblant plus touristique

	Français - Hors Lorraine*	Etranger	54	55	57	88
CH Epinal	2,72%	0,29%	1,38%	0,06%	0,43%	95,12%
CH Neufchâteau	16,61%	0,31%	3,09%	7,53%	0,28%	72,18%
CH Remiremont	12,13%	0,00%	1,15%	0,14%	0,64%	85,94%
CH Saint Dié	5,87%	0,08%	4,22%	0,09%	0,49%	89,24%
CH Vittel	25,20%	0,00%	1,56%	0,12%	0,38%	72,74%
<b>TOTAL Vosges</b>	<b>9,60%</b>	<b>0,16%</b>	<b>2,21%</b>	<b>1,32%</b>	<b>0,46%</b>	<b>86,25%</b>

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

Le département des Vosges se distingue par une fréquentation assez importante des services d'urgence par des non lorrains avec près de

10% sur le département dont un « pic » de 25% pour Vittel et près de 17% pour Neufchâteau.

CHI Emile Durkheim – Epinal : 5<sup>ème</sup> SU de Lorraine avec une activité pédiatrique importante et une forte utilisation de l'UHCD

FICHE DE SYNTHÈSE : CHI E. DURKHEIM EPINAL

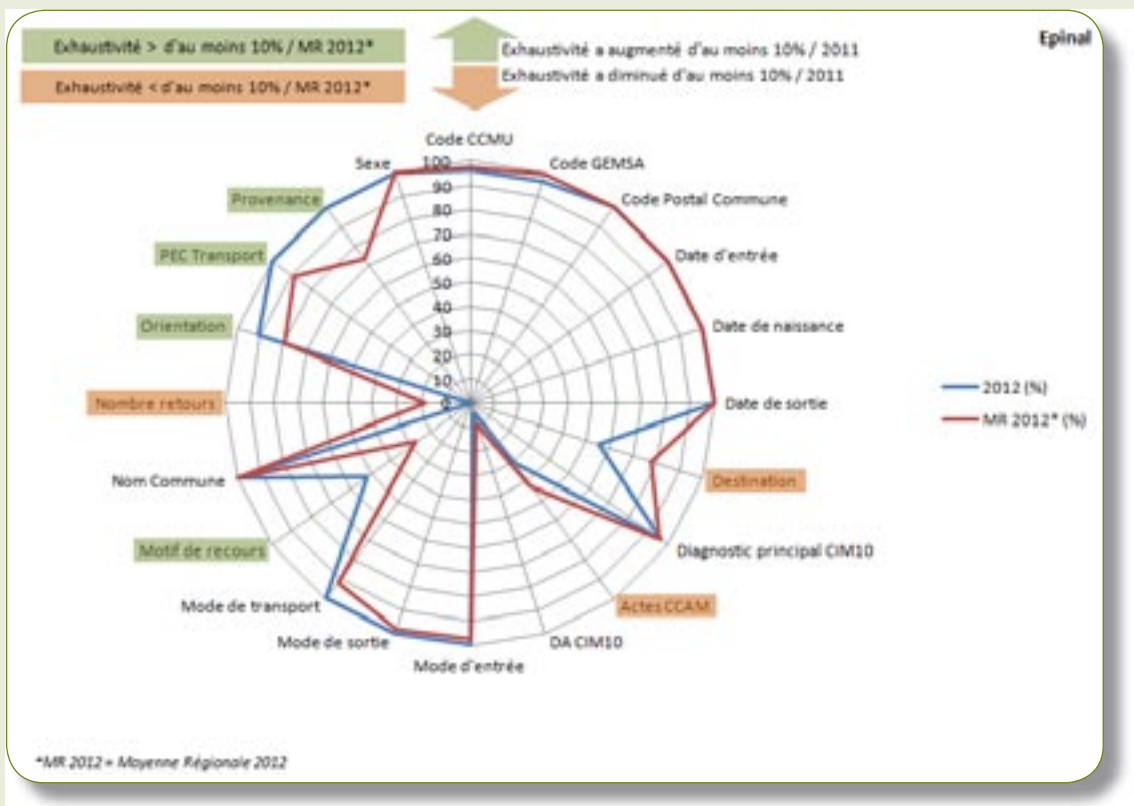
Onglets	Requêtes	EPINAL	Moyenne régionale
ACCUEIL en nbre et en %	Nombre de passages :	32 624	24 390
	Activité par tranches d'âge		
	0-1an	8,92%	5,35%
	1-15ans	20,74%	18,23%
	16-75 ans	56,05%	62,16%
	> 75 ans	14,25%	14,26%
ADMISSION en %	Mode d'entrée :		
	Domicile	98,11	97,86
	Mutation	0,14	0,23
	Transfert	1,76	1,91
	Mode de transport :		
	Ambulance	16,43	15,21
	Forces de l'ordre	1,23	1,08
	Hélicoptère	0,07	0,13
	Moyen personnel	82,52	86,98
	VSAB	18,20	14,98
	SMUR	1,55	1,86
Provenance des patients :			
Hors Lorraine *	2,72	4,76	
Etranger	0,29	0,12	
	54	1,38	/
	55	0,06	/
	57	0,43	/
	88	86,12	/
DURÉES en hh:mm	Durée moyenne de passage (en heure hh:mm) :	3:26	3:01
	Durées de passages : selon l'orientation :		
	< 4H	67%	80%
	MCO	4:28	3:22
	Non renseigné	4:22	4:56
	SORTIES ATYPIQUES	2:35	3:18
	UHCD	6:47	4:37
UNITES CHAUDES	4:40	4:08	
GEMSA CCMU en %	GEMSA :		
	1	0,00	0,00
	2	73,39	71,50
	3	0,73	3,56
	4	24,91	23,67
	5	0,29	0,64
	6	0,61	0,58
	CCMU :		
	Non renseigné	3,79	2,70
	1	14,35	8,92
	2	77,10	78,32
	3	3,53	8,89
	4	0,85	0,95
5	0,38	0,23	
D	0,05	0,03	
F	0,16	0,15	
SORTIE en %	par mode de sortie :		
	Domicile	68,58	75,56
	Mutation	20,60	21,51
	Transfert	2,71	2,86
	Décès	0,11	0,07
	suivant l'orientation :		
	MCO	40,89	51,85
	UHCD	34,96	19,79
Non renseigné	7,76	15,61	
SORTIES atypiques	11,72	8,18	
UNITES CHAUDES	4,57	3,50	

\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

5<sup>ème</sup> SU de Lorraine avec une activité pédiatrique importante (près de 30%) expliquant probablement l'importance des CCMU1 mais contrastant avec un taux d'hospitalisation de plus de 31%. Son recrutement est essentielle-

ment vosgien, sa DMP un peu plus élevée que la moyenne régionale semble correcte eu égard à son volume d'activité. Enfin, l'orientation en UHCD apparaît très fréquente (35% versus 20% en région).

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



On constate une exhaustivité plutôt supérieure à la moyenne régionale avec une amélioration portant sur 4 items du RPU.

La validation des données est considérée comme tacite par absence de retour de la charte qualité.

CH Remiremont : 13<sup>ème</sup> SU de Lorraine avec une importante activité  
pédiatrique mais aussi gériatrique

FICHE DE SYNTHÈSE : CH REMIREMONT

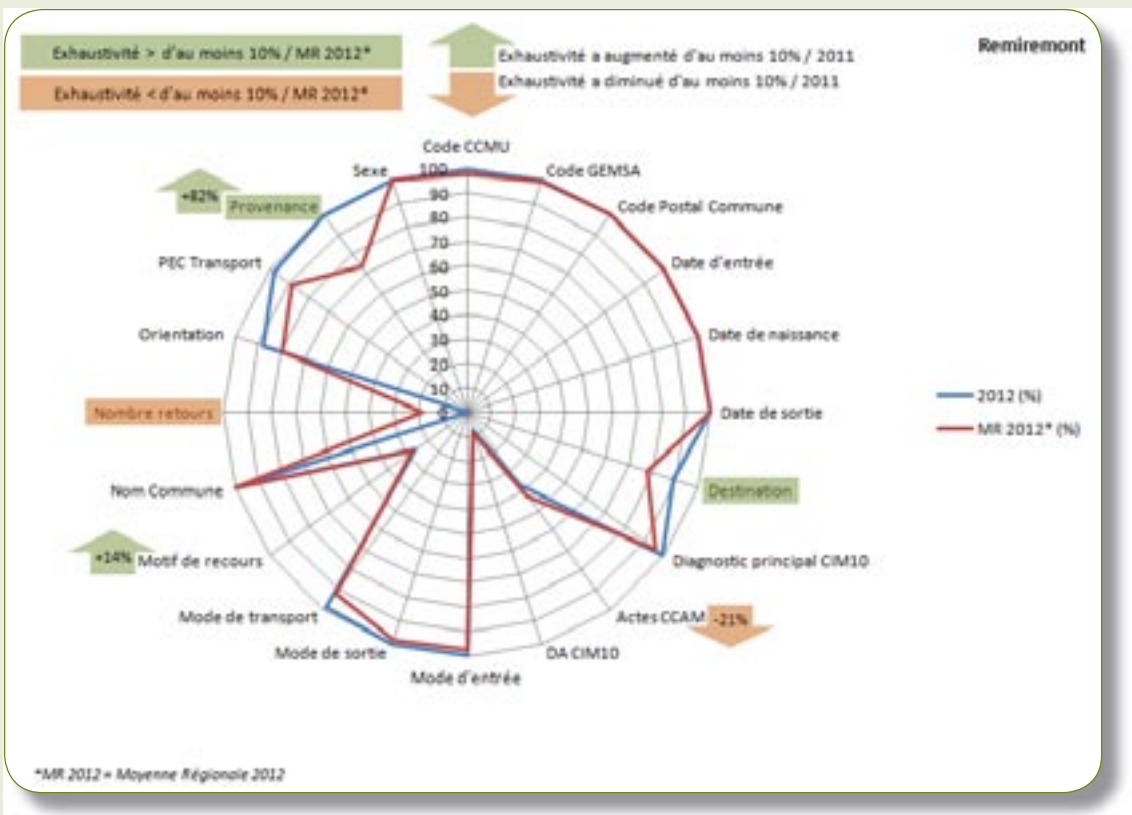
Onglets	Requêtes	REMIREMONT	Moyenne régionale
ACCUEIL en nbre et en %	Nombre de passages :	21 028	24 390
	Activité par tranches d'âge		
	0-1an	6,39%	5,35%
	1-15ans	20,04%	18,23%
	16-75 ans	56,63%	62,16%
	> 75 ans	16,94%	14,26%
ADMISSION en %	Mode d'entrée :		
	Domicile	99,72	97,86
	Mutation	0,05	0,23
	Transfert	0,23	1,91
	Mode de transport :		
	Ambulance	16,55	15,21
	Forces de l'ordre	0,57	1,06
	Hélicoptère	0,60	0,13
	Moyen personnel	67,08	66,96
	VSAAB	13,57	14,98
	SMLIR	1,63	1,66
Provenance des patients :			
Hors Lorraine *	12,13	4,76	
Etranger	/	0,12	
	54	1,15	/
	55	0,14	/
	57	0,64	/
	88	85,94	/
DUREES en hh:mm	Durée moyenne de passage (en heure hh:mm) :	2:39	3:01
	Durées de passages :		
	selon l'orientation :		
	< 4H	81%	80%
	MCO	3:40	3:22
	Non renseigné	3:33	4:56
	SORTIES ATYPIQUES	3:11	3:18
UHCD	4:31	4:37	
	UNITES CHAUDES	4:26	4:06
GEMSA CCMU en %	GEMSA :		
	1	0,05	0,06
	2	65,24	71,50
	3	6,13	3,68
	4	27,50	23,67
	5	1,88	0,84
	6	0,39	0,58
	CCMU :		
	Non renseigné	0,79	2,70
	1	16,68	8,92
	2	72,72	78,32
	3	7,79	8,89
	4	1,12	0,95
5	0,30	0,23	
6	0,06	0,03	
	P	0,54	0,15
SORTIE en %	par mode de sortie :		
	Domicile	70,41	75,56
	Mutation	26,38	21,51
	Transfert	3,12	2,66
	Décès	0,10	0,07
	suivant l'orientation :		
	MCO	79,31	51,85
	UHCD	0,28	19,79
	Non renseigné	11,55	15,61
	Sorties atypiques	4,44	8,18
	UNITES CHAUDES	4,43	3,50

\*Possibilité de quelques étrangers dans « Hors Lorraine »

13<sup>ème</sup> SU de Lorraine avec une patientèle pédiatrique mais aussi gériatrique un peu supérieure à la moyenne régionale. Une activité hors Lorraine non négligeable (12%). On note une

bonne DMP avec un nombre de CCMU 1 très important (près de 17% au dépend des CCMU 2), un taux d'hospitalisation important de 30% et enfin, une orientation en UHCD incohérente.

## RADAR D'EXHAUSTIVITE : CH REMIREMONT



On constate une exhaustivité supérieure à la moyenne régionale. Le retour de la charte qualité fait état d'une non prise en compte des 2 018 passages pour urgences gynécologiques,

d'erreurs de cotation concernant la GEMSA 3 et enfin, d'un nombre inhabituel de CCMU1 lié à l'importance de l'activité pédiatrique.

CH Saint-Dié : 15<sup>ème</sup> SU de Lorraine avec un taux d'hospitalisation important mais sans la pédiatrie médicale

FICHE DE SYNTHÈSE – CH SAINT-DIE

Ongets	Requêtes	SAINT DIE	Moyenne régionale
ACCUEIL en nbre et en %	Nombre de passages :	20 436	24 390
	Activité par tranches d'âge :		
	0-1an	3,12%	5,35%
	1-15ans	15,78%	18,23%
	16-75 ans	64,21%	62,16%
> 75 ans	16,89%	14,26%	
ADMISSION en %	Mode d'entrée :		
	Domicile	99,33	97,86
	Mutation	/	0,23
	Transfert	0,67	1,91
	Mode de transport :		
	Ambulance	14,62	15,21
	Forces de l'ordre	0,44	1,09
	Hélicoptère	/	0,13
	Moyen personnel	69,93	66,96
	VSAB	13,86	14,96
	SMUR	1,14	1,66
Provenance des patients :			
Hors Lorraine *	5,87	4,76	
Etranger	0,08	0,12	
54	4,22	/	
55	0,09	/	
57	0,49	/	
60	09,24	/	
DUREES en h:mm	Durée moyenne de passage (en heure h:mm) :	2:50	3:01
	Durées de passages : selon l'orientation :		
	< 4H	77%	80%
	MCO	3:41	3:22
	Non renseigné	3:20	4:56
	SORTIES ATYPIQUES	2:57	3:18
	UHCD	3:23	4:37
UNITES CHAUDES	3:30	4:06	
GEMSA CCMU en %	GEMSA :		
	1	0,05	0,08
	2	64,86	71,50
	3	3,57	3,56
	4	30,47	23,67
	5	0,73	0,64
	6	0,52	0,58
	CCMU :		
	Non renseigné	3,11	2,70
	1	16,49	8,92
	2	73,11	78,32
	3	5,98	8,69
	4	0,05	0,95
	5	0,20	0,23
0	0,03	0,03	
P	0,14	0,15	
SORTIE en %	par mode de sortie :		
	Domicile	69,09	75,56
	Mutation	29,12	21,51
	Transfert	1,73	2,06
	Décès	0,07	0,07
	suivant l'orientation :		
	MCO	51,07	51,85
	UHCD	25,39	19,79
	Non renseigné	5,57	15,61
Sorties atypiques	9,59	8,18	
UNITES CHAUDES	8,38	3,50	

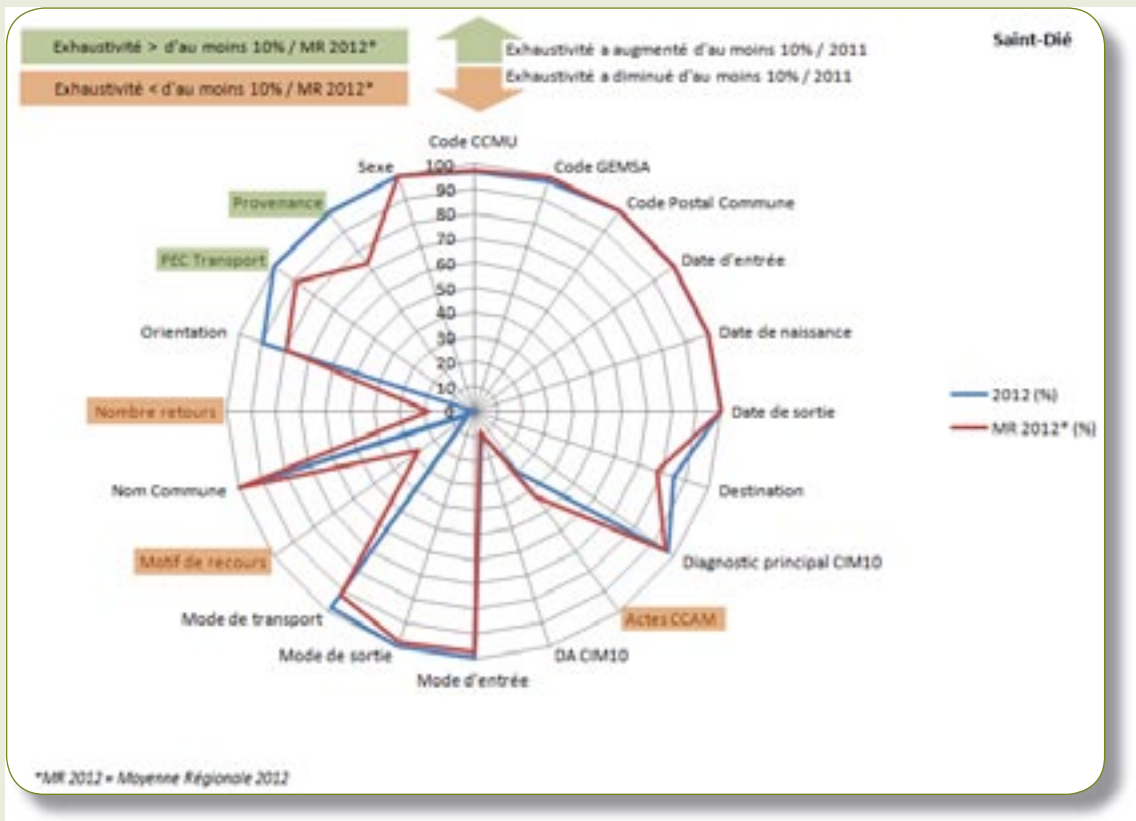
\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »



15<sup>ème</sup> SU de Lorraine avec une patientèle plutôt âgée (en l'absence d'intégration de la pédiatrie médicale). On note un % de CCMU1 très important aux dépens des 2 et 3, un % d'hospitali-

sation important (plus de 30%), une utilisation importante de l'UHCD (25%) et un taux d'hospitalisation en unités chaudes étonnant (plus de 8%).

## RADAR D'EXHAUSTIVITE : CH SAINT-DIE



On constate une bonne exhaustivité des données avec une amélioration portant sur 2 champs.

Le retour de la charte qualité fait état d'écarts mineurs.

CH Ouest Vosgien – Neufchâteau : 18<sup>ème</sup> SU de Lorraine avec une excellente DMP mais un taux d'hospitalisation très important

FICHE DE SYNTHÈSE : CH OUEST VOSGIEN – NEUFCHATEAU

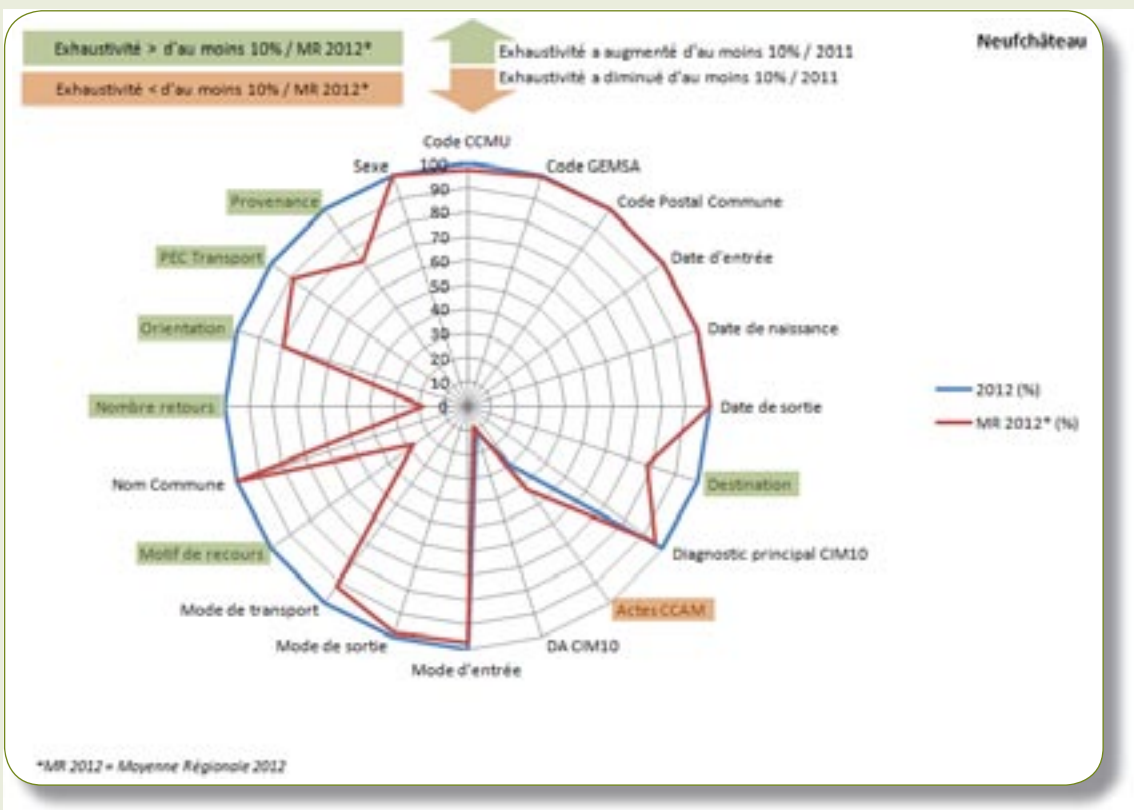
Objets	Requêtes	NEUFCHATEAU	Moyenne régionale		
ACCUEIL en nbre et en %	Nombre de passages :	16 219	24 390		
	Activité par tranches d'âge :	0-1an	3,97%	5,35%	
		1-15ans	16,41%	18,23%	
		16-75 ans	61,04%	62,16%	
		> 75 ans	18,58%	14,26%	
ADMISSION en %	Mode d'entrée :	Domicile	98,34	97,86	
		Mutation	0,03	0,23	
		Transfert	1,63	1,91	
	Mode de transport :	Ambulance	16,08	15,21	
		Forcés de l'ordre	0,40	1,08	
		Hélicoptère	/	0,13	
		Moyen personnel	71,51	66,96	
		VSAAB	10,19	14,98	
		SMUR	1,82	1,66	
	Provenance des patients :	Hors Lorraine *		16,61	4,75
			Etranger	0,31	0,12
			54	3,09	/
		55	7,53	/	
		57	0,28	/	
		88	72,18	/	
DUREES en hh:mm	Durée moyenne de passage (en heure hh:mm) :		1:47	3:01	
	Durées de passages : selon l'orientation :	< 4H	93%	80%	
		MCO	2:10	3:22	
		Non renseigné	/	4:56	
		SORTIES ATYPIQUES	1:22	3:18	
		UHCD	4:31	4:37	
		UNITES CHAUDES	2:48	4:08	
GEMSA CCMU en %	GEMSA :	1	0,07	0,08	
		2	63,24	71,50	
		3	0,25	3,56	
		4	31,93	23,67	
		5	1,49	0,64	
		6	3,03	0,58	
	CCMU :	Non renseigné	/	2,70	
		1	8,56	8,92	
		2	57,18	78,32	
		3	28,15	8,69	
		4	5,83	0,95	
		5	0,32	0,23	
		D	0,07	0,03	
		P	0,10	0,15	
SORTIE en %	par mode de sortie :	Domicile	62,67	75,56	
		Mutation	35,20	21,51	
		Transfert	1,87	2,86	
		Décès	0,25	0,07	
	suivant l'orientation :	MCO	79,04	51,85	
		UHCD	13,20	19,79	
		Non renseigné	/	15,61	
		Sorties atypiques	0,40	8,18	
		UNITES CHAUDES	7,30	3,50	

\*Possibilité de quelques étrangers dans «Hors Lorraine »

18<sup>ème</sup> SU de Lorraine avec une patientèle plutôt âgée et un important recrutement hors Lorraine (17%) en particulier de Haute Marne. On note une DMP excellente mais le taux d'hospitalisation le plus important de Lorraine (37%), partiel-

lement expliqué par la patientèle, des CCMU3 et 4 anormalement élevées (près de 34% versus moins de 10% en régional) et une faible utilisation de l'UHCD contrastant avec un % élevé d'hospitalisations en unités chaudes.

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



On constate une exhaustivité remarquable avec une amélioration portant sur 6 champs. Le retour de la charte qualité précise que les passages administratifs sont réalisés par les urgences

dès 20h ainsi que les dimanches et jours fériés (GEMSA5) et que la somme des CCMU2 et 3 est en fait superposable à la moyenne régionale suggérant ainsi des erreurs de cotation.

CH Ouest Vosgien - VitteL : Plus petit SU de Lorraine avec un recrutement extra régional important et une activité de consultation dominante

FICHE DE SYNTHÈSE : CH OUEST VOSGIEN – VITTE L

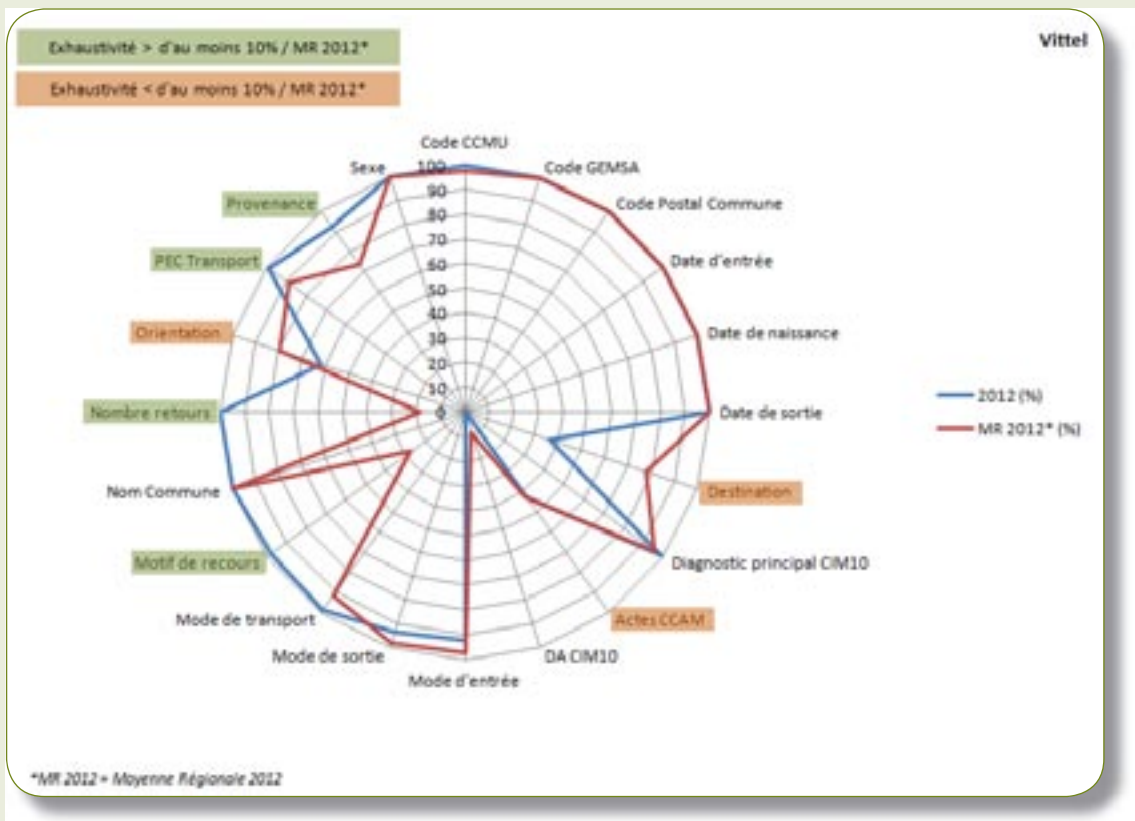
Onglets	Requêtes	VITTE L	Moyenne régionale
ACCUEIL en nbre et en %	Nombre de passages :	8 690	24 390
	Activité par tranches d'âge		
	0-1an	1,76%	5,35%
	1-15ans	17,31%	18,23%
	16-75 ans	65,88%	62,16%
	> 75 ans	15,05%	14,26%
ADMISSION en %	Mode d'entrée :		
	Domicile	99,68	97,06
	Mutation	/	0,23
	Transfert	0,32	1,91
	Mode de transport :		
	Ambulance	10,30	15,21
	Forces de l'ordre	0,59	1,08
	Hélicoptère	/	0,13
	Moyen personnel	74,97	66,96
	VSAO	13,93	14,96
	SMUR	0,21	1,66
	Provenance des patients :		
	Autres	25,20	4,78
Etranger	/	0,12	
	54	1,56	/
	55	0,12	/
	57	0,38	/
	58	72,74	/
DUREES en hh:mm	Durée moyenne de passage (en heure hh:mm) :	1:37	3:01
	Durées de passages : selon l'orientation :		
	< 4H	96%	80%
	MCO	/	3,22
	Non renseigné	3,04	4,58
	SORTIES ATYPIQUES	2,19	3,18
	UHCD	2,31	4,37
UNITES CHAUDES	/	4,08	
GEMSA CCMU en %	GEMSA :		
	1	0,07	0,06
	2	81,82	71,50
	3	0,10	3,56
	4	17,19	23,67
	5	0,01	0,64
	6	0,80	0,58
	CCMU :		
	Non renseigné	0,43	2,70
	1	5,43	8,92
	2	86,24	78,32
	3	5,45	0,69
	4	2,31	0,95
5	0,14	0,23	
D	/	0,03	
P	/	0,15	
SORTIE en %	par mode de sortie :		
	Domicile	81,73	76,56
	Mutation	11,21	21,51
	Transfert	6,98	2,88
	Décès	0,07	0,07
	suivant l'orientation :		
	MCO	/	51,85
	UHCD	57,65	19,79
Non renseigné	36,32	15,61	
SORTIES atypiques	6,03	8,18	
UNITES CHAUDES	/	3,50	

\*Possibilité de quelques étrangers dans « Hors Lorraine »

23<sup>ème</sup> et plus petit SU de Lorraine avec une très bonne DMP et un faible % d'hospitalisation (18% dont 7% de transferts) probablement en rapport avec les 92% de CCMU1 et 2. On note

un recrutement extrarégional très important (25%) lié au tourisme et un défaut de cotation ou plutôt de paramétrage des orientations à la sortie (pas de MCO et plus de 57% d'UHCD).

### RADAR D'EXHAUSTIVITE : CH OUEST VOSGIEN – VITTEL



On constate une bonne exhaustivité, malgré une connexion très récente à l'Observatoire (septembre 2012), avec un défaut sur l'orientation mais

à l'inverse des motifs de recours toujours codés ce qui est exceptionnel en Lorraine. Les données ont été validées par retour de la charte qualité.



## sommaire

*Activité des SAMU* ●

118

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

118

*Quels sont les effecteurs déclenchés par le SAMU ?*

123

URGENCES

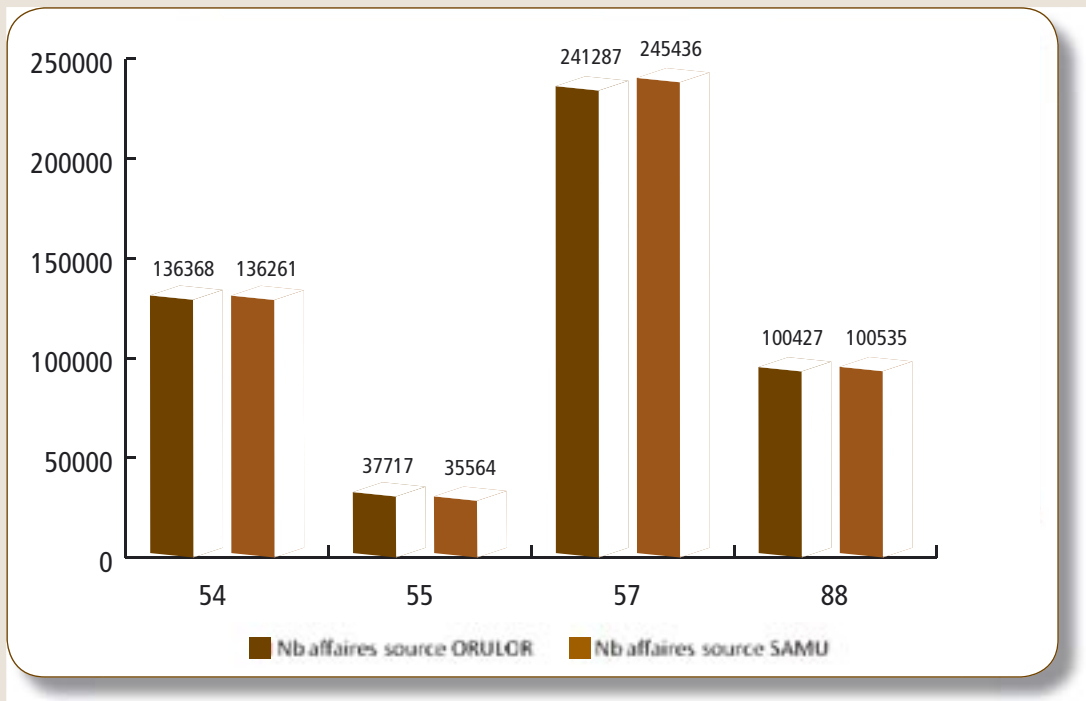


Les données des quatre SAMU de Lorraine remontées sur ORULOR sont des données agrégées, anciennement saisies manuellement chaque jour sur le serveur ARDAH de l'ARS. Mais l'extraction automatique de ces informations est actuellement peu fiable pour certains paramètres, comme nous avons pu le constater lors des retours des chartes qualité. C'est pour cette raison que vous trouverez ci-après à la fois les données ORULOR et les données issues des requêtes effectuées directement sur les progiciels SAMU (les chiffres manifestement faux seront signalés).

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

515 799 affaires traitées par les quatre SAMU de Lorraine

NOMBRE D'AFFAIRES TRAITÉES



Contrairement à 2011 où l'activité du SAMU 54 avait été extrapolée sur 6 mois, il s'agit ici de l'ensemble de l'activité des 4 SAMU sans extrapolation.

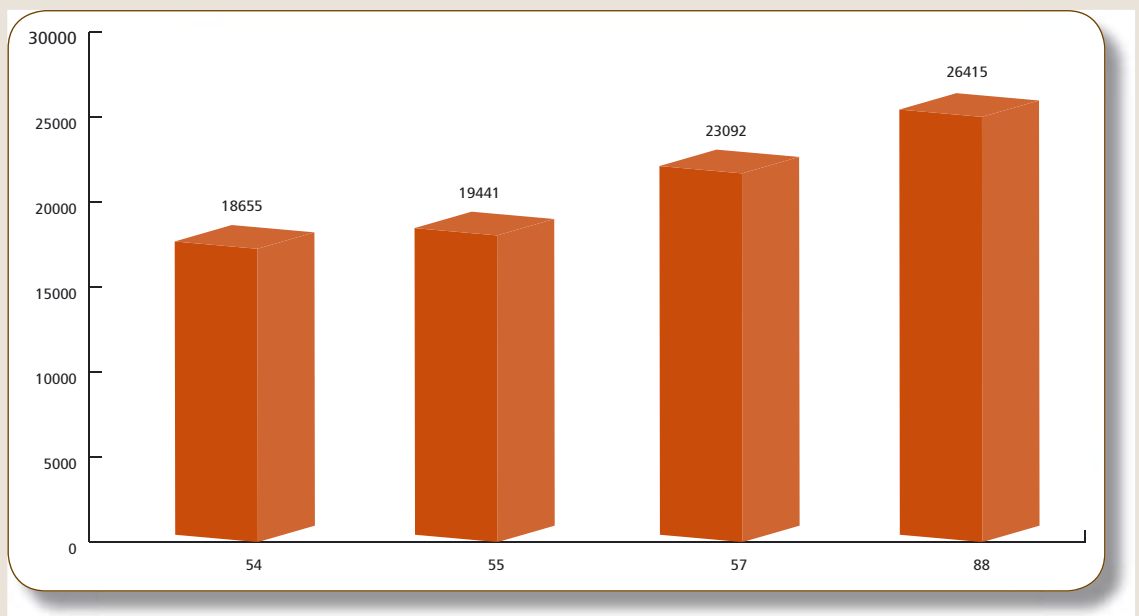


En ce qui concerne la saisie des affaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA) sur les progiciels SAMU, elle est, en 2012, toujours variable en fonction des sites. En effet, jusqu'au 24 septembre 2012 inclu, les affaires PDSA du département de la Moselle n'étaient saisies qu'en période de fermeture de la régulation spécifique PDSA. Jusqu'à cette date, la

PDSA 57 disposait d'un logiciel propre utilisé les week-ends et jours fériés, mais aussi les soirs de semaine jusqu'à 1h. À l'inverse, dans les autres départements, toute l'activité PDSA est saisie sur les progiciels SAMU. Enfin, cet histogramme permet de constater le faible écart sur ce paramètre (un peu moins vrai pour le SAMU 55) entre la source ORULOR et les sources SAMU.

## Les SAMU des Vosges et de la Moselle davantage sollicités

### NOMBRE D'AFFAIRES ENREGISTRÉES PAR SAMU POUR 100 000 HABITANTS



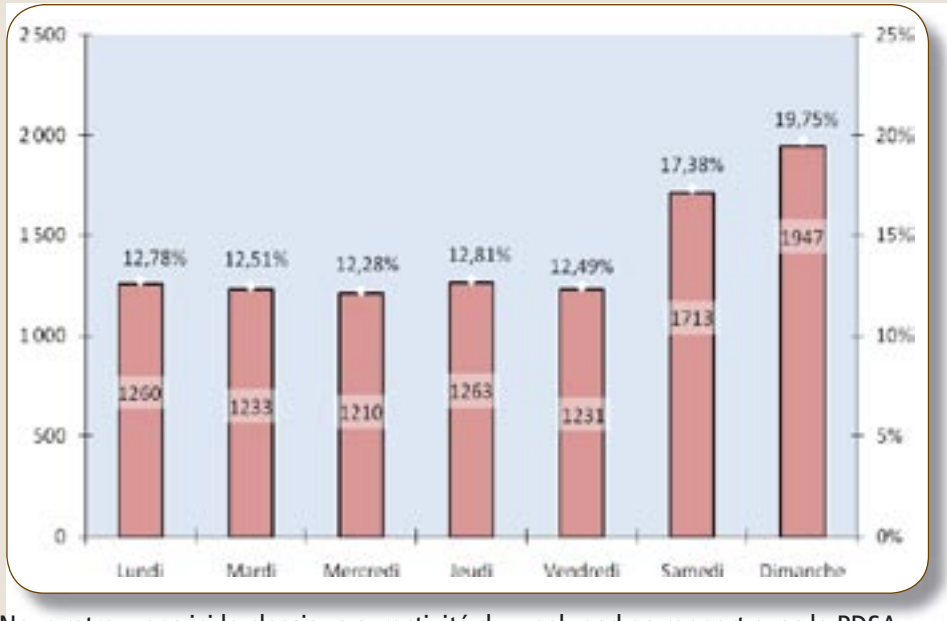
Comme en 2011, 2 SAMU semblent plus sollicités (en particulier en réintégrant la PDSA 57). Mais il serait intéressant de distinguer dans ces

chiffres globaux, les dossiers médicaux de régulation (ce qui est l'un des objectifs de 2013).



## Une suractivité des SAMU le week-end

VARIATION DU NOMBRE TOTAL D'AFFAIRES JOURNALIER



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

## Une augmentation d'activité de 3,5% par rapport à 2011

VARIATION DU NOMBRE D'AFFAIRES SAMU ENTRE 2011 ET 2012

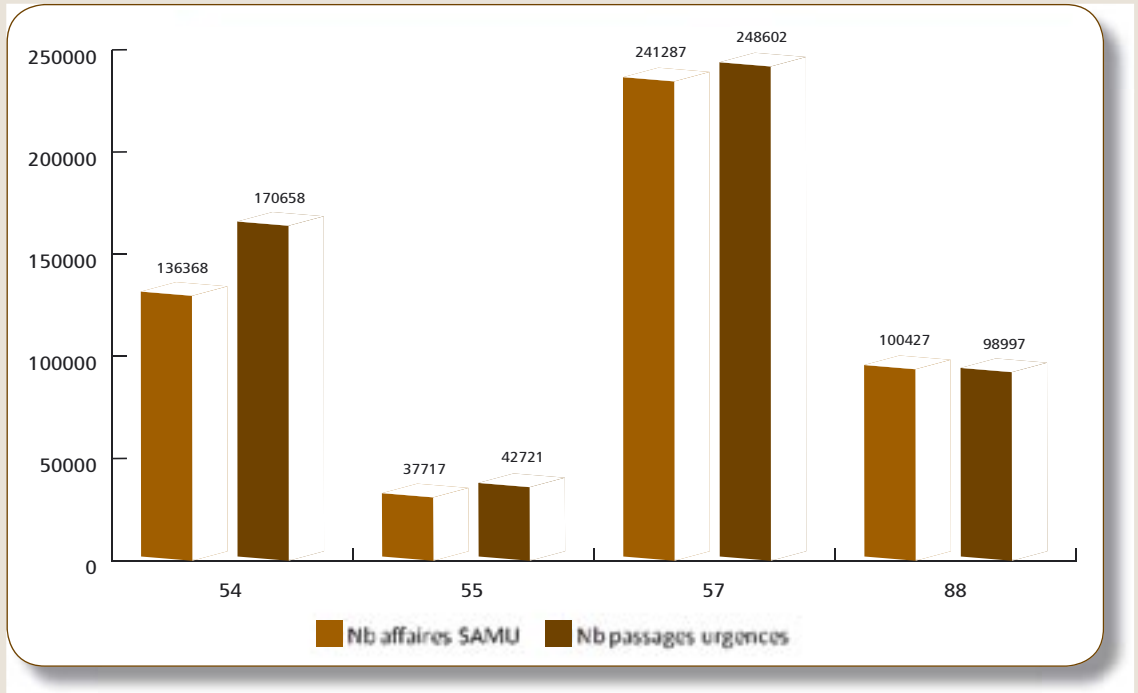
	Nb d'affaires 2011	Nb d'affaires 2012	Variation d'activité	
			en nombre	en %
SAMU 54	130 676	136 368	5 692	4,36%
SAMU 55	36 594	37 717	1 123	3,07%
SAMU 57	236 104	241 287	5 183	2,20%
SAMU 88	95 058	100 427	5 369	5,65%
<b>TOTAL</b>	<b>498 432</b>	<b>515 799</b>	<b>17 367</b>	<b>3,48%</b>

L'augmentation globale de l'activité des SAMU de Lorraine est de 3,48% mais variable en fonction des SAMU allant de 5,65% pour les Vosges à 2,20% pour la Moselle (le SAMU 57 ayant intégré la totalité de la PDSA à compter du 27

septembre 2013). Enfin, il est intéressant de mettre en parallèle ces 3,48% d'augmentation d'activité des SAMU avec les 0,6 à 0,9% de majoration d'activité des urgences.

## Presque autant d'affaires SAMU que de passages aux urgences

### NOMBRE D'AFFAIRES SAMU ET NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES

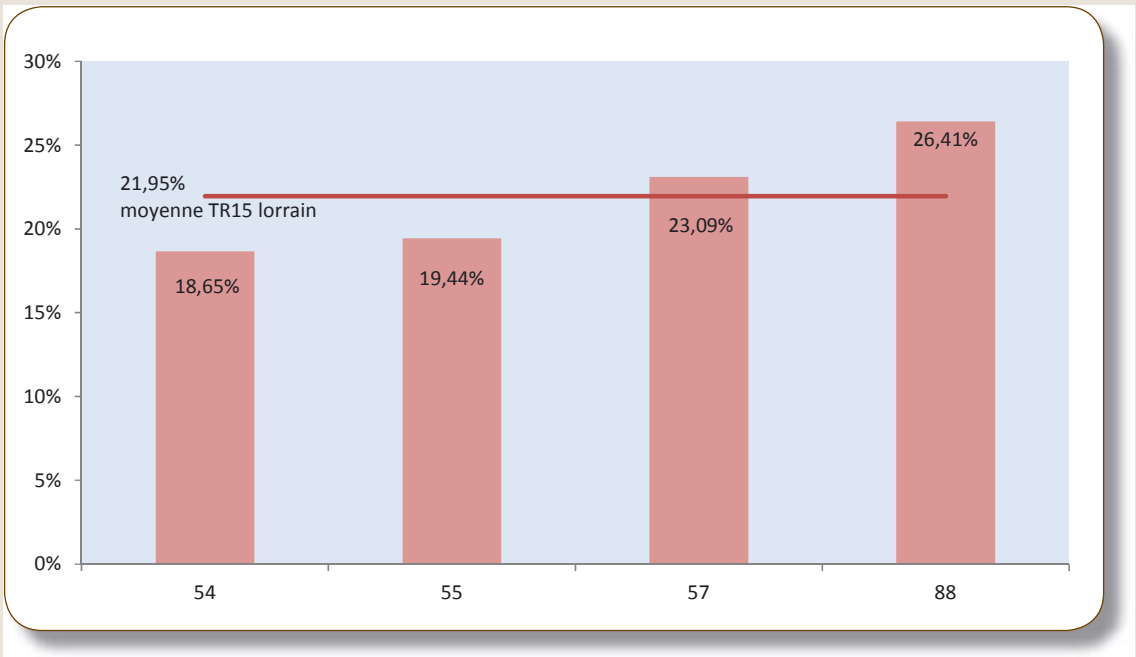


Quel que soit le département on constate un parallélisme, pour autant sans lien, entre le nombre d'affaires traitées par les SAMU (515

799 pour les 4 SAMU) et le nombre de passages enregistrés dans les structures d'urgence (560 978 pour 23 SU).

**Un taux régional de recours au SAMU (TR15) de 21,95% versus 23,87% pour le taux de recours aux urgences**

**TAUX DE RECOURS AU SAMU (TR15)**



On retrouve une certaine similitude entre le taux de recours au SAMU et le taux de recours aux urgences. Ainsi, le classement des départements par taux de recours est le même et sur-

tout les taux sont proches en Moselle (23,09 % versus 23,8%) et dans les Vosges (26,41% versus 26 %).


## Quels sont les effecteurs déclenchés par le SAMU ?

Des écarts surprenants entre les données ORULOR et les données issues des progiciels SAMU

### RÉPARTITION DES EFFECTEURS DÉCLENCHÉS PAR SAMU

Source	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 DCD pré-hospitaliers	
	ORU	SAMU	ORU	SAMU	ORU	SAMU	ORU	SAMU	ORU	SAMU	ORU	SAMU
54	15 201	15 169	18 581	17 126	<b>34 806</b>	<b>15 090</b>	5 823	5 732	<b>5 764</b>	<b>1 307</b>	732	719
55	1 558	1 674	6 611	7 045	<b>99</b>	<b>4 572</b>	1 997	1 997	260	183	305	?
57	3 009	3 098	22 543	23 293	<b>17 688</b>	<b>33 023</b>	8 520	8 826	2 681	2 827	984	1 014
88	3 786	3 779	11 920	11 920	8 111	7 824	2 997	2 997	1 112	1 112	568	411
<b>Total</b>	<b>23 554</b>	<b>23 720</b>	<b>59 655</b>	<b>59 384</b>	<b>60 704</b>	<b>64 858</b>	<b>19 337</b>	<b>19 552</b>	<b>9 817</b>	<b>5 429</b>	<b>2 589</b>	<b>2 144</b>
<b>Total retenu</b>	<b>23 554</b>		<b>59 655</b>		<b>45 461</b>		<b>19 337</b>		<b>5 360</b>		<b>2 589</b>	

Les données colorées sont celles retenues

 Ce tableau confirme les difficultés d'extraction de données à partir des progiciels SAMU. En effet, mis à part pour le SAMU 88 (où trois des six paramètres extraits sont strictement superposables), la comparaison des chiffres est surprenante. La plupart des écarts constatés sont « tolérables » ou plutôt ne modifient pas les interprétations potentielles. Par contre, d'autres, apparaissant en gras-italique dans le tableau, sont déconcertantes (les données sur fond coloré sont celles retenues).

C'est le cas des VSAV déclenchés par les SAMU où les différences sont majeures avec des valeurs soit beaucoup plus importantes sur ORULOR (SAMU 54) ou à l'inverse beaucoup moins (SAMU 55 et SAMU 57). Ces différences non recevables sont liées à l'absence d'homogénéisation des modalités de saisie, et ce, même dans un progiciel identique. Le cas le plus typique est celui de la prise en compte dans le progiciel SAMU des VSAV déclenchés par le CODIS (prompts secours ou missions statutaires).



Concernant ce paramètre, il est indispensable de pouvoir à terme distinguer les différentes « catégories » de VSAV (prompts secours 18, missions statutaires avec déclenchement par le 15 ou le 18, carence ambulancière 15 voire missions conventionnées en particulier dans le cadre des conventions SMUR).



Un autre paramètre apparaît en gras-italique à savoir le nombre de SMUR secondaires du SAMU 54. Après analyse, le chiffre anormalement élevé envoyé à ORULOR intègre l'ensemble des vecteurs assurant un transfert, médicalisé ou non et y compris intrahospitalier (établissement multi site).



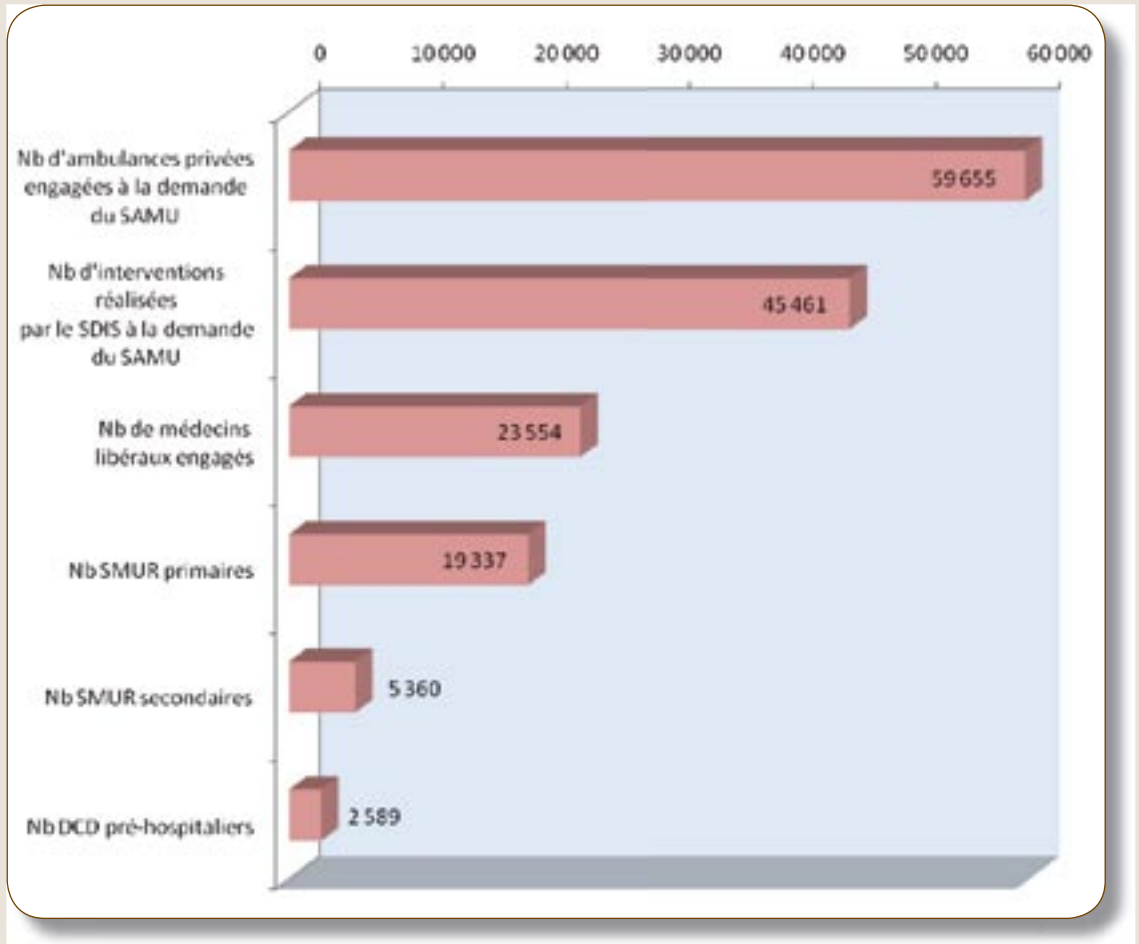
Il n'apparaît pas sur ce tableau, l'activité de l'hélicoptère régional, basé au CHU de Nancy (à médicalisation et à gestion opérationnelle interSAMU) qui a réalisé en 2012 143 SMUR primaires et 368 SMUR secondaires.

À l'instar des urgences avec le RPU, il est indispensable d'établir un cahier des charges précis opposable aux fournisseurs de progiciel et assurant le recueil fiable d'un socle minimum d'informations.

Pour les graphiques suivants, nous avons pris en compte les données ORULOR, sauf en ce qui concerne les VSAV (chiffres des SAMU 54 et 55) et les SMUR secondaires (chiffres du SAMU 54).

Plus de 100 000 vecteurs de transports et autant de SMUR que de médecins libéraux

RÉPARTITION DES EFFECTEURS DÉCLENCHÉS PAR LES QUATRE SAMU



## Des « profils » de réponse assez homogènes mis à part sur l'activité de médecine libérale

### RÉPARTITION DES EFFECTEURS DÉCLENCHÉS PAR SAMU POUR 100 000 HABITANTS

	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 DCD pré-hospitaliers
Source	ORULOR	ORULOR	SAMU ORULOR	ORULOR	SAMU ORULOR	ORULOR
<b>54</b>	2 079	2 542	2 064	797	179	100
<b>55</b>	803	3 408	2 357	1 029	134	157
<b>57</b>	288	2 157	1 693	815	257	94
<b>88</b>	996	3 135	2 133	788	292	149
<b>Moyenne</b>	<b>1 042</b>	<b>2 811</b>	<b>2 062</b>	<b>857</b>	<b>215</b>	<b>125</b>

Source ORULOR : Données en rouge sur fond coloré

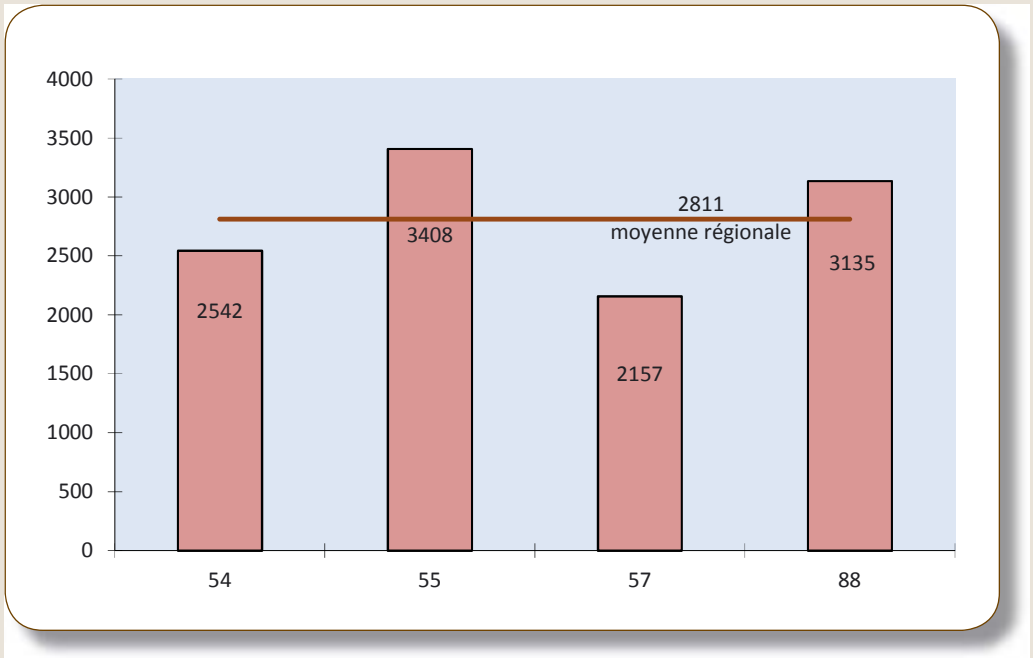
Source SAMU : Données en noir sur fond blanc

Les fluctuations de la plupart des réponses d'aide médicale urgente ne dépassent pas 15 à 20% par rapport à la moyenne régionale sauf en ce qui concerne la médecine libérale. Pour cette réponse, le chiffre très bas du SAMU 57 est

lié, comme précédemment signalé, à l'absence d'une grande partie de l'activité de PDSA. Quant au SAMU 54, le chiffre très important est lié au large recours à SOS médecins, organisation couvrant une grande partie du département.

## 2 SAMU plus « utilisateurs » d'ambulances privées

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

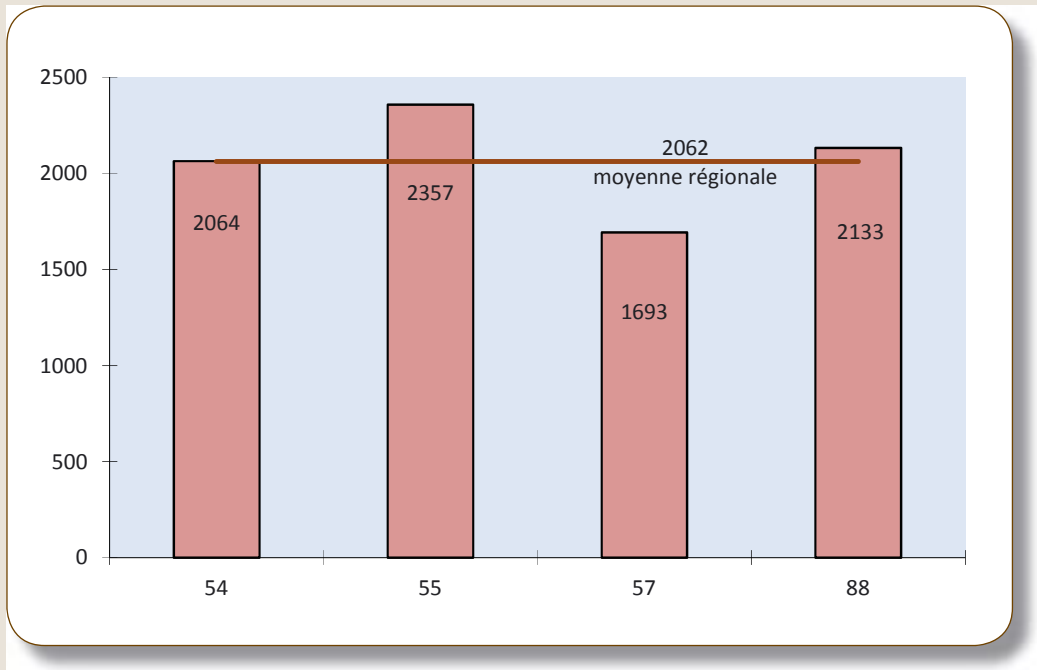


Comme en 2011, les SAMU des Vosges et de la Meuse ont déclenché davantage d'ambulances privées au prorata de leur population.



## 2 VSAV pour 1 000 habitants déclenchés par les SAMU versus 3 ambulances privées

NOMBRE DE VSAV DÉCLENCHÉS PAR SAMU ET POUR 100 000 HABITANTS

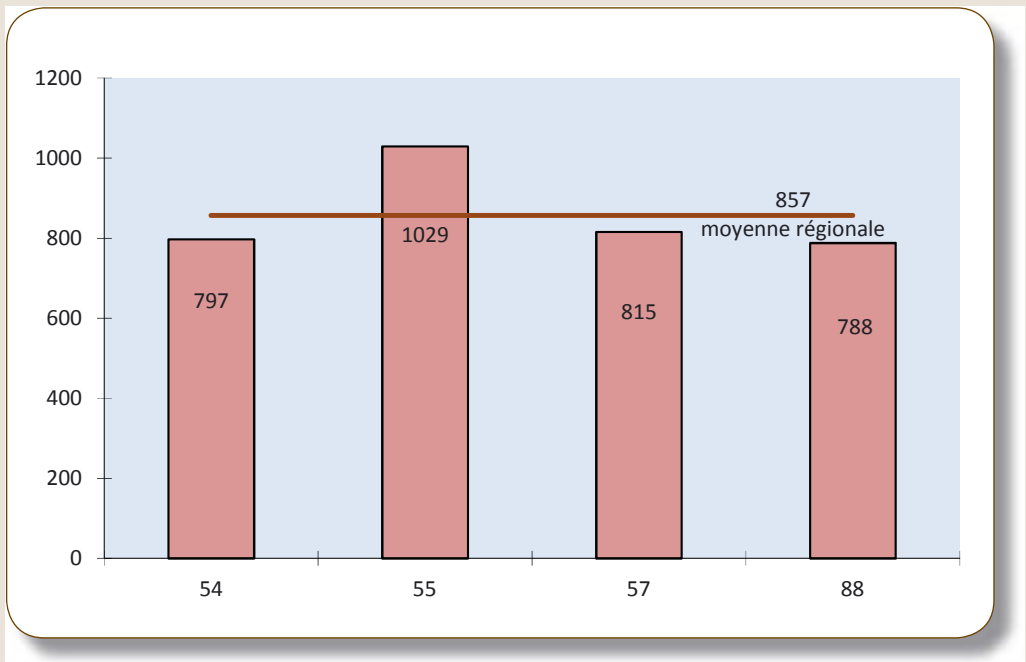


Compte tenu des remarques précédentes, cet histogramme doit être interprété avec prudence. Pour autant, le nombre de VSAV

déclenchés par les SAMU de Lorraine au prorata de la population demeure globalement homogène.


## 8 SMUR primaires pour 1 000 habitants pour 3 SAMU mais plus de 10 en Meuse

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



Pour ce qui est des interventions SMUR primaires, un chiffre moyen de 800 interventions pour 100 000 habitants se retrouve dans les SAMU 54, 57 et 88. À l'inverse, le SAMU 55 est au-dessus de ce chiffre avec plus de 1 000 interventions pour 100 000 habitants. En conclusion sur l'activité 2012 des quatre SAMU de la région Lorraine, nous pouvons retenir :

- l'augmentation d'activité de 3,5%, avec, comme en 2011, deux SAMU davantage sollicités
- le déclenchement de plus de 100 000 vecteurs de transport et d'autant de médecins libéraux que de SMUR (un peu moins de 25 000) ;
- une certaine homogénéité dans le traitement des affaires en termes de type de réponse, les différences observées étant souvent en rapport avec des éléments organisationnels ;
- un calcul d'un taux de recours aux centres 15 qu'il est tentant de rapprocher du taux de recours aux urgences.

 Sur le plan technique, il faut signaler des difficultés majeures d'extraction de données mais aussi l'insuffisance évidente de la nature des informations extraites, actuellement limitées aux données ARDAH. Il s'agit là d'un des chantiers prioritaires des années à venir.



Orulor

## Sommaire

**PREMIER REGARD** ●  
**URGENCE MÉDICALE ET PERMANENCE DES SOINS  
AMBULATOIRE (PDSA)**

*Le recours aux urgences durant les périodes de PDSA*

*Le recours à la PDSA*

*La PDSA - une activité régulée et des points fixes de garde*

131

133

136

138

URGENCES



**Serge Morais**

Directeur de l'accès à la santé et des soins  
de proximité- ARS Lorraine



## PREMIER REGARD – URGENCE MÉDICALE ET PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRE (PDSA)

*Au-delà des chiffres quotidiens comment l'ARS peut-elle, au travers d'ORULOR, avoir un regard sur l'organisation des soins en Lorraine ? Ces données quantitatives des services d'urgence de Lorraine peuvent permettre d'identifier, de valider, d'évaluer les actions de l'ARS sur les urgences et ses orientations stratégiques.*

Un regard  
à la fois épidé-  
miologique,  
opérationnel et  
organisationnel

Par la richesse des informations quantitatives et qualitatives (diagnostics portés notamment) disponibles dans ORULOR, cet outil peut répondre à plusieurs objectifs à la fois : épidémiologiques (analyse des pathologies prises en charge dans les structures de médecine d'urgence par exemple), logiques d'organisations internes à chaque établissement de santé, organisation territoriale notamment en cas de tension ou bien encore l'articulation avec l'offre de soins de premier recours.

Quelques exemples concrets des bénéfices attendus d'ORULOR :

- Epidémiologie : En période bronchiolite, ORULOR sert de tableau de bord pour suivre l'évolution de l'épidémie. L'analyse de ces données a incité l'agence régionale de santé de Lorraine, en lien avec l'URPS masseurs-kinésithérapeutes de Lorraine, à mettre en place un réseau de masseurs-kinésithérapeutes d'astreinte les WE et les jours fériés afin de prendre en charge nourrissons et jeunes enfants aux périodes les plus critiques (novembre – avril).

- L'adéquation entre l'offre de soins et la demande en anticipant autant que possible les périodes de tension : ORULOR peut offrir une approche raisonnée des besoins en lits tant au regard du nombre de passages qu'en tenant compte de la nature des passages. Ainsi, lors des périodes de canicule, la surveillance des pathologies pouvant être liées

aux fortes chaleurs (déshydratation, malaises, coups de chaleur, hyperthermie) constitue un élément précieux pour la décision et notamment la programmation des équipes et lits nécessaires pour faire face aux besoins.

- Sur un plan territorial aussi, l'ARS de Lorraine dispose d'un outil très intéressant pour orienter les patients vers les services moins saturés.

- En interne, ORULOR doit permettre d'objectiver le travail indispensable entre le service d'accueil aux urgences et les services de médecine de manière à mieux prendre en charge les patients qui nécessitent une hospitalisation en réduisant ainsi la durée du passage.

Par la finesse des données disponibles, ORULOR va permettre enfin d'établir une cartographie croisée entre les données de passages aux services d'urgence et celles liées à la prise en charge des patients par les médecins généralistes aux heures de la permanence des soins ambulatoires (nuits et WE/JF). L'analyse comparée ci-après en est une première approche.

Ce premier regard n'a pas vocation à apporter des conclusions sur l'organisation des structures d'urgence avec la permanence des soins ambulatoire, mais permet d'avoir une première vision du recours aux urgences durant les horaires de PDSA, de la comparer au recours à la PDSA et de faire une rapide focale sur les points fixes de garde.

## Définitions et terminologie

### Urgence médicale : soins non programmés urgents

Les urgences est un service public ouvert 24h sur 24.

La mission première des urgences médicales est de prendre en charge les patients relevant d'une intervention dans les plus brefs délais ( « immédiat » dans le texte réglementaire) et/ou pouvant nécessiter a priori d'un certain niveau de matériel, de compétences spécifiques, de structures spécifiques d'urgence.

### Permanence des soins ambulatoire (PDSA) : soins non programmés non urgents

La mission de permanence des soins a pour objet d'offrir une réponse de premier recours aux besoins de soins non programmés de la population aux heures de fermeture habituelles des cabinets libéraux et des centres de santé :

- toutes les nuits de 20h à 8h du matin ;
- les dimanches et jours fériés de 8h à 20h ;
- les samedis après-midi de 14h à 20h.

Cette organisation permet de répondre à la demande d'un patient qui, après régulation, est estimée relever de l'intervention d'un professionnel libéral.

### Terminologie

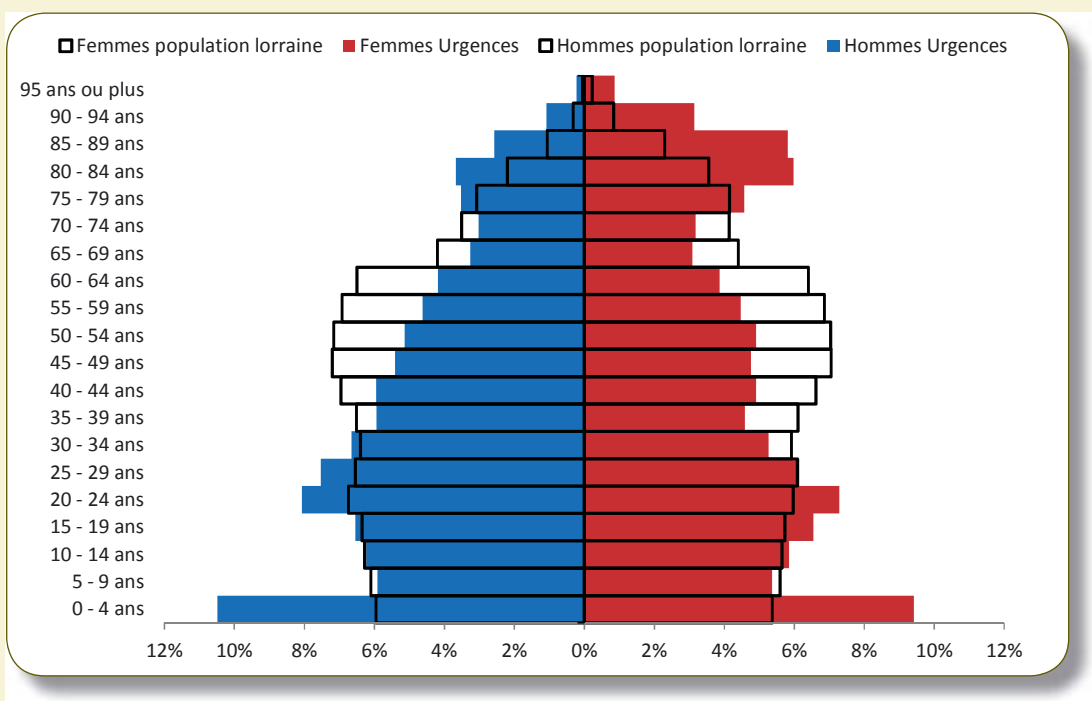
Ainsi, on distinguera dans l'analyse suivante 4 périodes :

- La période des jours de semaine de 08h à 20h et du samedi matin de 08h à 14h que l'on nommera « Journée de semaine » et qui constitue la période hors PDSA,
- La période des dimanches, des jours fériés en journée (08h-20h) et du samedi après-midi (14h-20h) que l'on nommera « WE/JF en journée » et qui se situe en période de PDSA,
- La période de tous les jours de 20h à 24h que l'on nommera « 1<sup>ère</sup> partie de nuit » et qui se situe en période de PDSA,
- La période de tous les jours de 00h à 08h que l'on nommera « 2<sup>ème</sup> partie de nuit » et qui se situe en période de PDSA.

## Le recours aux urgences durant les périodes de PDSA

Un recours aux urgences accentué pour les jeunes enfants et les femmes de + de 75 ans

RECOURS AUX URGENCES PAR TRANCHES D'ÂGE AU REGARD DE LA POPULATION LORRAINE



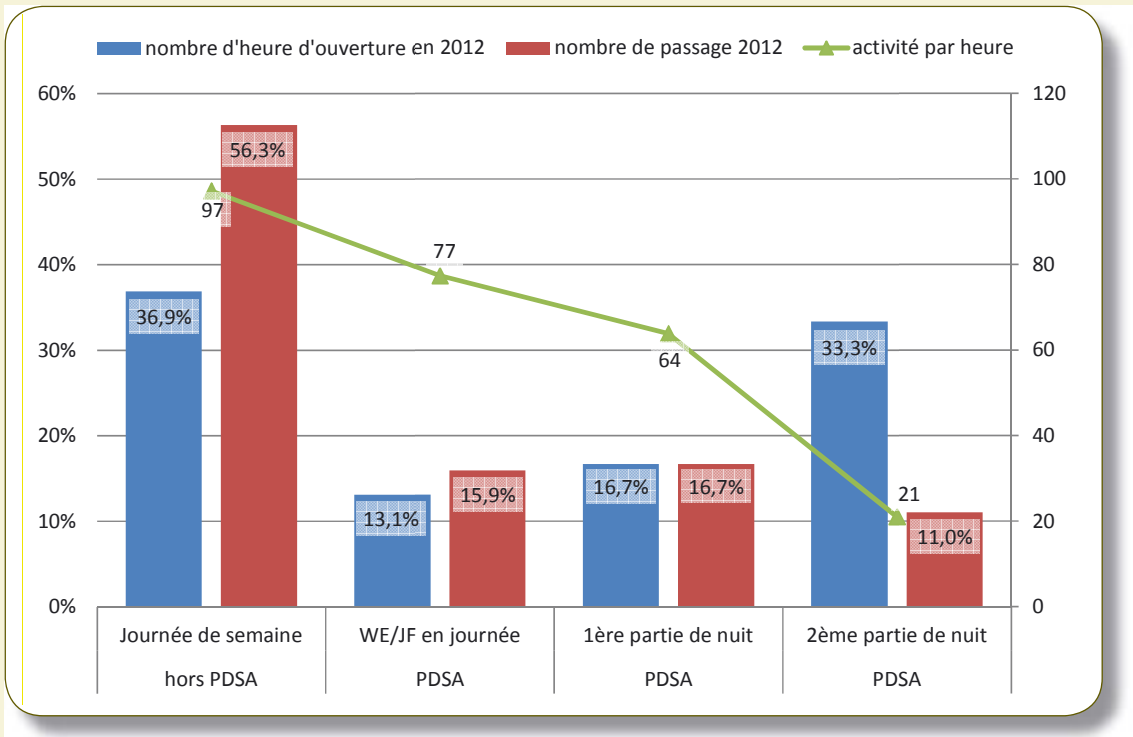
Avant d'explorer le recours aux urgences durant les périodes de PDSA, il est utile de regarder le recours global aux urgences au regard de la population lorraine.

On note un recours aux urgences accru des

enfants de moins de 4 ans et des personnes de plus de 75 ans et plus particulièrement des femmes. A contrario la population adulte non âgée à un recours beaucoup plus limité aux urgences.

## Un recours plus important aux services d'urgence hors périodes de PDSA

### NOMBRE DE PASSAGES RÉGIONAUX EN 2012 SELON LES PÉRIODES DE PDSA



Le nombre de passages aux urgences sur l'ensemble de la région est plus important en journée de semaine (aux heures d'ouverture des cabinets libéraux) avec un nombre de passages dans les services d'urgence de 315 086 soit 56,3 % des passages en 2012. Ce qui correspond en Lorraine en 2012 à une moyenne de 97 passages par heure.

Le week-end et les jours fériés en journée le

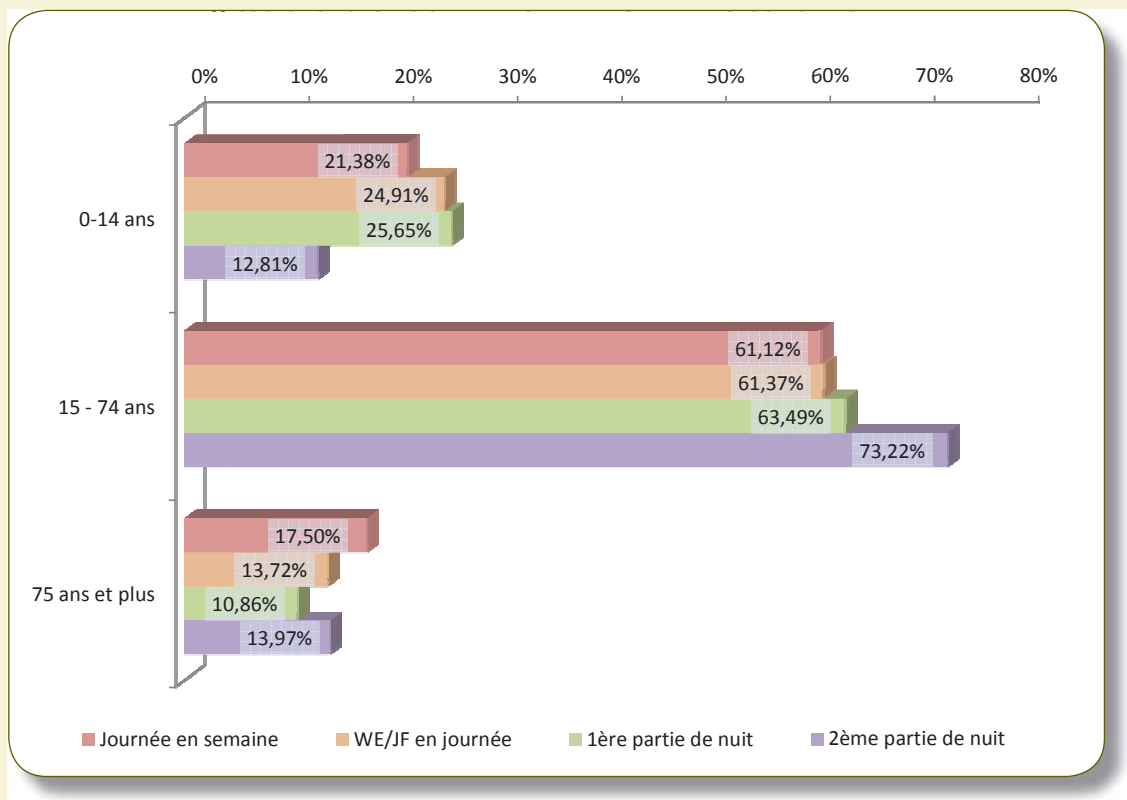
nombre de passages par heure est de 77.

En début de nuit l'activité décline légèrement (moyenne de 64 passages/h) puis est significativement réduite en 2ème partie de nuit (moyenne de 21 passages/h).

Ainsi, la journée (semaine, week-end et jours fériés), soit 50% du nombre d'heures d'ouverture des structures d'urgence, concentre plus de 72% des passages aux urgences.

## Une fréquentation des urgences qui varie par période et par groupe d'âges

### RECOURS AUX URGENCES PAR PÉRIODE DE PDSA ET PAR GROUPES D'ÂGE



Les plus de 75 ans fréquentent davantage les urgences en semaine que les nuits et le week-end en journée. A contrario les passages aux urgences des enfants s'accroissent le week-end

en journée et en 1<sup>ère</sup> partie de nuit et diminuent très largement en 2<sup>ème</sup> partie de nuit au profit des personnes entre 15 et 74 ans.



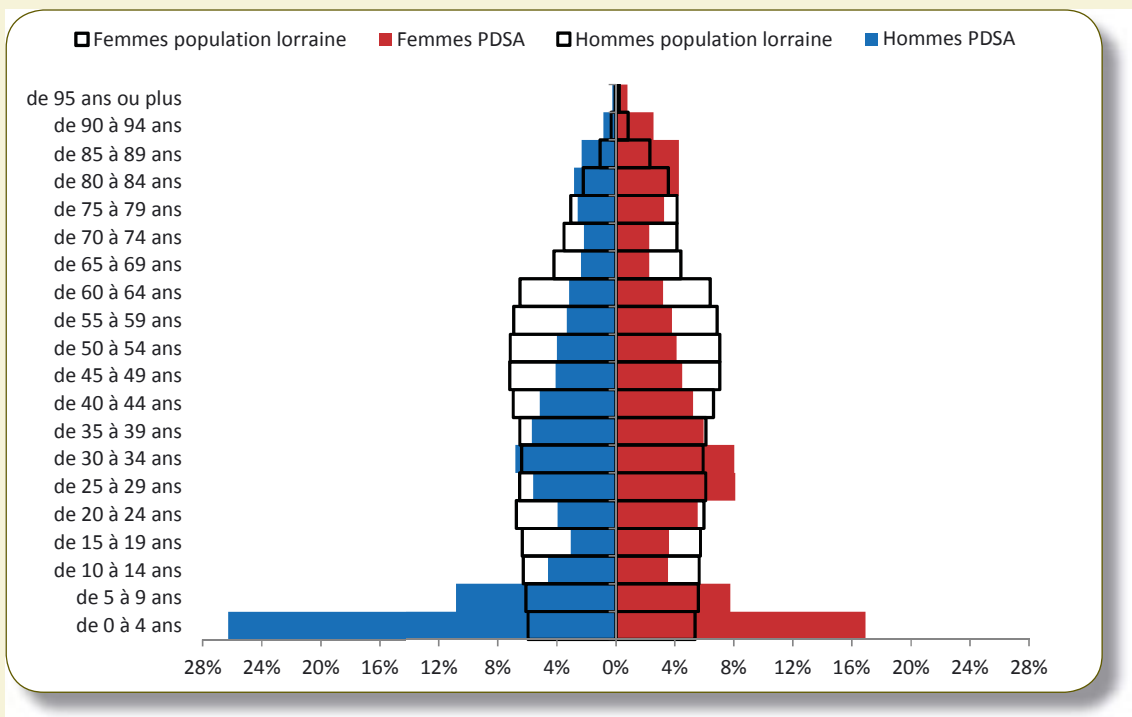
## Le recours à la PDSA



Les données de PDSA présentées ci-après sont issues de la base régionale Erasme (assurance maladie régime général) – actes régulés (consultations et visites) en 2012 des patients du régime général uniquement.

### Un recours à la PDSA concernant majoritairement les jeunes enfants

#### RECOURS A LA PDSA PAR TRANCHES D'ÂGE AU REGARD DE LA POPULATION LORRAINE

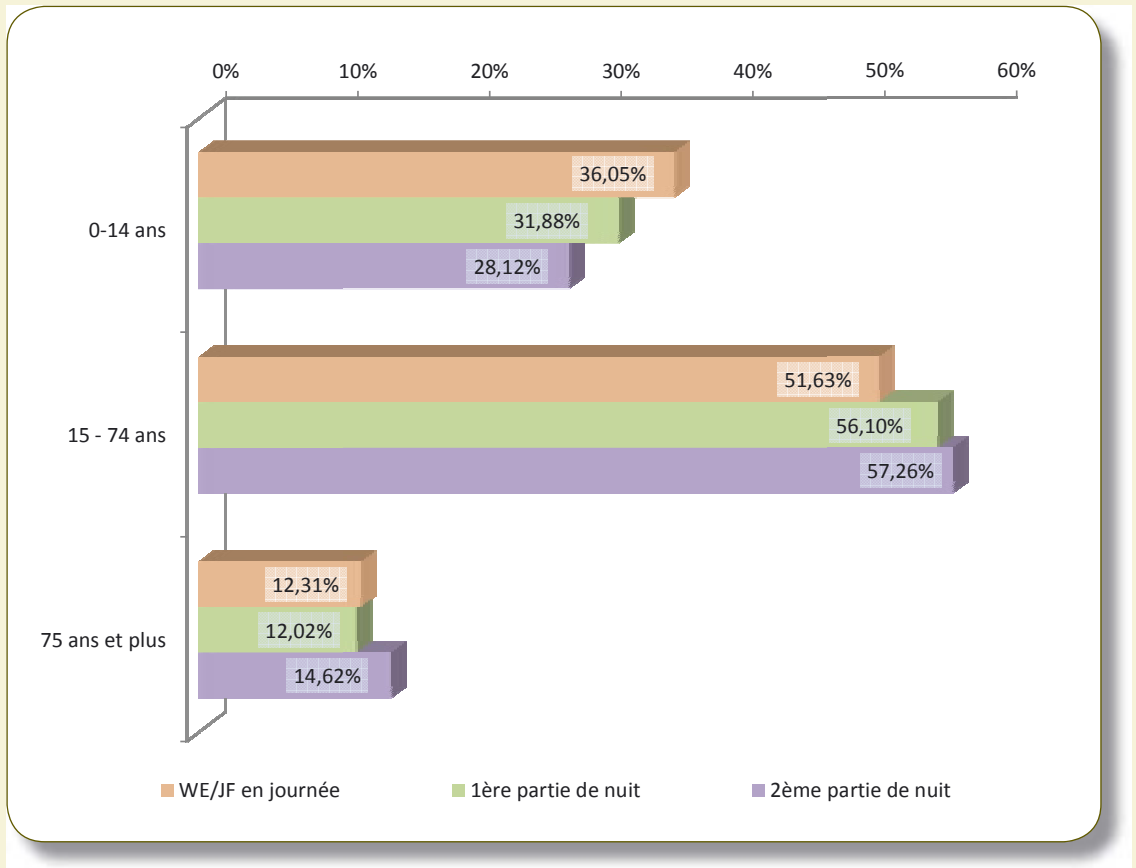


Au regard de la population lorraine l'accès à la PDSA se fait en grande partie pour les jeunes enfants.

Elle est par contre de recours beaucoup plus limité pour les adolescents et les adultes entre 40 et 75 ans.

## Un recours à la PDSA pour les enfants particulièrement important le week-end

RECOURS A LA PDSA PAR PÉRIODE DE PDSA ET PAR GROUPE D'ÂGE



Le recours à la PDSA pour les enfants est plus accru le week-end en journée et beaucoup moins en 2<sup>ème</sup> partie de nuit et de manière totalement inverse pour les adultes. On constate ainsi de fortes similitudes entre la variation de

fréquentation des urgences par groupe d'âge et par période de PDSA et le recours à la PDSA. Cependant, on a durant ces périodes une répartition par groupe d'âge plus importante en PDSA pour les jeunes enfants.

## ● La PDSA - une activité régulée et des points fixes de garde

Comme défini plus haut, l'activité de PDSA est totalement régulée. De plus, les médecins régulateurs disposent d'une palette d'outils afin de répondre aux besoins des patients appelant la régulation médicale : conseil médical, prescription médicamenteuse, déclenchement d'un médecin de garde ou bien encore demande de relais de moyens urgents plus lourds.

Néanmoins, les patients peuvent décider de se rendre directement aux services d'urgence.

En plus de la régulation de la PDSA, pour garantir une meilleure orientation entre la ville (PDSA) et l'hôpital (urgences) dans le cadre des

soins non programmés, il a été mis en oeuvre des points fixes de garde.

Pour exemple, en 2012, deux points fixes de garde situés aux portes des urgences ont fonctionné le week-end et les jours fériés à Lunéville et à Toul.

Depuis le 16 avril 2012, le secteur de permanence des soins de Lunéville a été élargi et est couvert le week-end et les jours fériés par un médecin présent au point fixe de garde de l'hôpital de Lunéville et un 2<sup>nd</sup> médecin effectuant des visites.

	Activité de semaine			Activité de week-end et jours fériés		
	CCMU 1	CCMU 2	CCMU 3,4,5	CCMU 1	CCMU 2	CCMU 3,4,5
<b>CH Lunéville</b>	4,1%	85,4%	10,5%	4,7%	90,6%	4,7%
<b>Ensemble des établissements en Lorraine</b>	8,6%	80,7%	10,7%	12,1%	77,9%	10,0%

On constate, avec toutes les réserves déjà émi- ses dans ce rapport sur l'interprétation et le codage de la CCMU, que la part de CCMU1 sur l'hôpital de Lunéville en semaine et le week- end est du même ordre de grandeur (4,1% versus 4,7%). Alors que la part de CCMU1 sur l'ensemble des services d'urgences est le week- end (12,1%) significativement plus important que la part en semaine (8,6%).

Ce point fixe de garde a contribué à prendre en charge des patients ne nécessitant pas de plateau technique particulier et encore moins une hospitalisation et qui auraient dans d'autres cas étaient pris en charge aux urgences.

**Cet exemple illustre les recommandations de lien entre soins de ville et hôpital que sont les points fixes de garde.**

**En 2013, deux points fixes de garde se mettent en place en Meuse sur Verdun et Bar le Duc.**

Il existe aussi deux maisons médicales de garde en Lorraine :

- Maison Médicale de Garde « Les Bains-Douches » : rue saint Nicolas à Nancy à 850 mètres des urgences de Nancy Adultes.
- Maison Médicale de Garde APSAM de Metz ayant intégré des locaux proches des urgences de l'HIA Legouest depuis le 11 février 2012.



## Sommaire

### **SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE**

*Pathologies hivernales, saison 2011-2012*

*Pathologies printanières et estivales*

*Les pathologies liées à la chaleur*

140

144

150

154

URGENCES

## ● 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'évènements connus et attendus (épidémies saisonnières) ou inattendus (catastrophes industrielles, phénomènes climatiques extrêmes,...) 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 en 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 bimensuel « Point Épidémiologique » diffusé par la CIRE depuis décembre 2011 est présentée ici.

### Liste des établissements sources des données

Les graphiques se basent sur des données dites « à établissements constants », c'est-à-dire que seules les structures d'urgence qui transmettaient des données sur toute la période étudiée sont prises en compte. En conséquence, sur une période d'étude donnée, le nombre d'établissement ne varie pas.

Les pathologies présentées ici correspondant à deux périodes différentes, les listes des SU

dont les données ont été utilisées pour réaliser ce travail sont disponibles dans les tableaux ci-dessous. Durant la période hivernale 2011-2012, les données de 18 structures d'urgence de Lorraine ont été prises en compte (soit 78 % des structures d'urgence de la région) et, pour la période estivale 2012, ce nombre se portait à 21 établissements (soit 91 % des structures d'urgence de la région). (Tableaux A et B).

**TABLEAU A. ÉTABLISSEMENTS LORRAINS AYANT TRANSMIS DES DONNÉES AU RÉSEAU OSCOUR® DE LA SEMAINE 36-2011 À LA SEMAINE 22-2012 (PÉRIODE HIVERNALE 2011-2012)**

<b>54 - Meurthe-et-Moselle</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Alpha Santé - C.H. de Mont Saint-Martin</li><li>- C.H. de Lunéville</li><li>- C.H. de Briey</li><li>- C.H. de Pont-à-Mousson</li><li>- C.H.U Nancy - Hôpitaux de Brabois Enfants à Vandœuvre</li><li>- C.H.U de Nancy – Hôpital Central à Nancy</li><li>- Polyclinique de Gentilly et Saint Don à Nancy</li></ul>
<b>55 - Meuse</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- C.H. Saint-Nicolas de Verdun</li></ul>
<b>57 - Moselle</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- C.H. Marie-Madeleine à Forbach</li><li>- Hospitalor- Hôpital Saint-Avold</li><li>- C.H. Saint-Nicolas à Sarrebourg</li><li>- C.H.R. Metz-Thionville - Hôpital Bonsecours à Metz</li><li>- C.H.R. Metz-Thionville - Hôpital Bel Air à Thionville</li><li>- C.H.Robert Pax à Sarreguemines</li><li>- Hôpital-Clinique Claude Bernard à Metz</li></ul>
<b>88 - Vosges</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- C.H. de Saint-Dié des Vosges</li><li>- C.H. de Remiremont</li><li>- C.H. Emilie Durkheim à Epinal</li></ul>

**TABLEAU B. ÉTABLISSEMENTS LORRAINS AYANT TRANSMIS DES DONNÉES AU RÉSEAU OSCOUR® DE LA SEMAINE 22-2012 À LA SEMAINE 35-2012 (PÉRIODE ESTIVALE 2012)**

<b>54 - Meurthe-et-Moselle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alpha Santé - C.H. de Mont Saint-Martin</li> <li>- C.H. de Lunéville</li> <li>- C.H. de Briey</li> <li>- C.H. de Pont-à-Mousson</li> <li>- C.H.U Nancy-Hôpitaux de Brabois Enfants à Vandoeuvre</li> <li>- C.H.U de Nancy – Hôpital Central à Nancy</li> <li>- Polyclinique de Gentilly et Saint Don à Nancy</li> <li>- C.H. Saint Charles à Toul</li> </ul>
<b>55 - Meuse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- C.H. Saint-Nicolas de Verdun</li> </ul>
<b>57 - Moselle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- C.H. Marie-Madeleine à Forbach</li> <li>- Hospitalor- Hôpital Saint-Avold</li> <li>- C.H. Saint-Nicolas à Sarrebourg</li> <li>- C.H.R. Metz-Thionville - Hôpital Bonsecours à Metz</li> <li>- C.H.R. Metz-Thionville - Hôpital Bel Air à Thionville</li> <li>- C.H.Robert Pax à Sarreguemines</li> <li>- Hôpital-Clinique Claude Bernard à Metz</li> <li>- Hôpital d’Instruction des Armées de Legouest à Metz</li> </ul>
<b>88 - Vosges</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- C.H. de Saint-Dié des Vosges</li> <li>- C.H. de Remiremont</li> <li>- C.H. de Neufchâteau</li> <li>- C.H. Emilie Durkheim à Epinal</li> </ul>



# Témoignages



**Dr François Braun**

*Chef de service des urgences, du SAMU et du SMUR  
CHR Metz-Thionville / Hôpital de Mercy*

## **Quelle utilisation faites-vous d'Orulor ?**

Je me connecte régulièrement au site d'Orulor, le principe est très intéressant et m'apporte des indications dans trois domaines différents :

Il me permet tout d'abord d'observer le taux d'occupation des urgences en temps réel, ce qui a un intérêt immédiat et opérationnel pour les médecins urgentistes, afin de réguler au mieux les patients vers les services les moins encombrés de la ville.

Avec Orulor, je découvre également les données d'activité des différentes structures lorraines, pour comparer les urgences du CHR aux autres établissements. On constate

par exemple que les services d'urgence à forte activité ont une durée de passage aux urgences plus élevée. Au regard des chiffres rapportés dans le Rapport Annuel 2011, nous savons que nous devons encore travailler pour améliorer les conditions d'accueil dans nos services d'urgence.

Enfin, j'apprécie retrouver dans Orulor des données épidémiologiques fiables, qui ont un grand intérêt au niveau régional, comme les pics de grippe ou de gastroentérite.

J'apprécie retrouver dans ORULOR des données épidémiologiques fiables, qui ont un grand intérêt au niveau régional, comme les pics de grippe ou de gastroentérite.

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

Orulor est un observatoire déjà très complet. Cependant, il mériterait de répertorier aussi quelques indicateurs de qualité. Il est souvent délicat de comparer les chiffres d'établisse-

ments alors qu'ils sont si disparates, du fait de leur taille ou de leur position géographique.

Avec des données sur la qualité d'accueil et de services, la comparaison serait plus juste. Je pense par exemple au taux d'appels téléphoniques décrochés en moins d'une minute, au service de régulation. On considère qu'un taux de 99% est signe de bonne qualité. Pourtant, à certaines heures de la journée ou de la nuit, ce taux baisse considérablement. Il conviendrait d'analyser ces chiffres, et de les comparer entre établissements. En outre, je pense que la classification CIMU (Classification Infirmière des Malades des Urgences) mériterait toute sa place dans les remontées d'Orulor. Souvent plus fiables que les CCMU et les GEMSA, l'accès à ces données ouvrirait le champ de l'observatoire aux personnels paramédicaux. Enfin, aujourd'hui, Orulor remonte très peu de données SMUR par manque d'informatisation. Or il s'agit de la troisième palette d'activité, en comptant les urgences et le SAMU. Peut-être de nouvelles pistes d'amélioration à étudier...

## **Quelles données souhaiteriez-vous voir remonter dans les Rapports Annuels à venir ?**

A mon sens, les données rapportées dans le Rapport Annuel sont détaillées mais restent encore très descriptives. Il conviendrait désormais de voir les tendances sur les dernières années, par exemple l'évolution de la durée de passage aux urgences entre 2011 et 2012.

De nouvelles données qui permettraient de voir si les établissements parviennent facilement à fluidifier les passages aux urgences d'une année à l'autre.



## ● Pathologies hivernales, saison 2011-2012

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 gastroentérites.

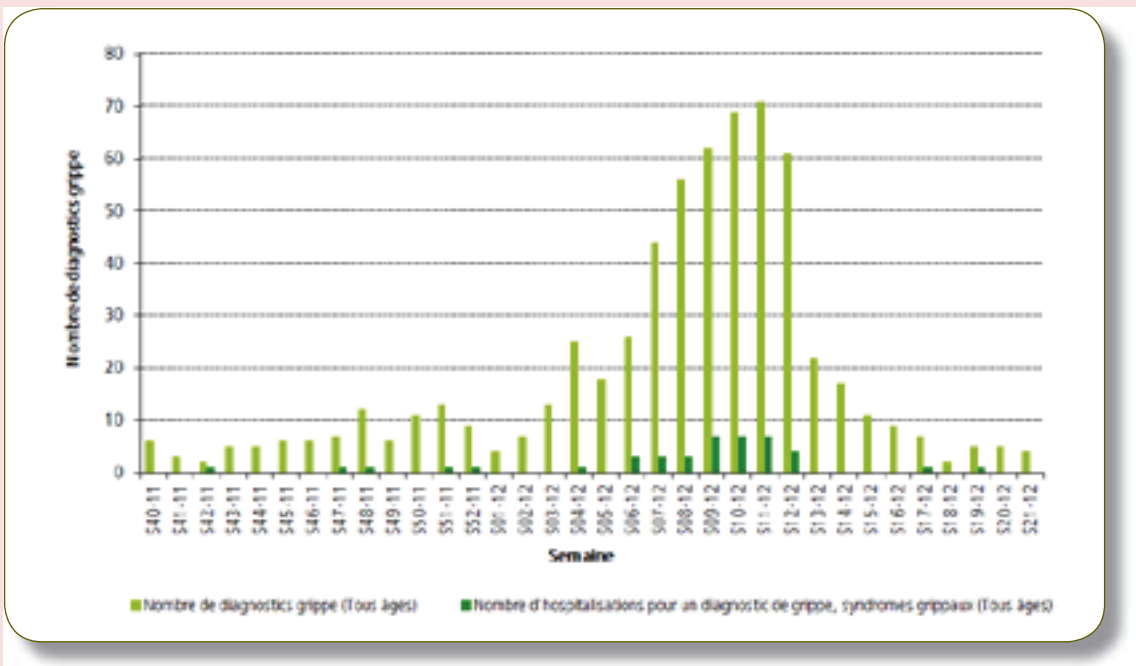
### La grippe

Lors de la saison hivernale 2011-2012, l'activité liée à la grippe a commencé à augmenter à partir de la semaine 06 (du 06 février 2012 au 12 février 2012) (cf. figure A). Le pic d'activité a été atteint en semaine 11 (du 12 au 18 février 2012) puis la tendance s'est inversée avec une forte diminution du nombre de diagnostics de grippe posés par les structures d'urgence de Lorraine. La fin de l'activité liée à la grippe est observée à partir de la semaine 15 (du 09 au

15 avril 2012). Au cours de la saison hivernale 2011-2012, l'activité liée à la grippe a fortement impacté les structures d'urgence de la région pendant 6 semaines (de la semaine 07 à la semaine 12).

Au plus fort de l'activité liée à la grippe, la proportion d'hospitalisations après passages aux urgences a été comprise entre 10 et 11% des patients.

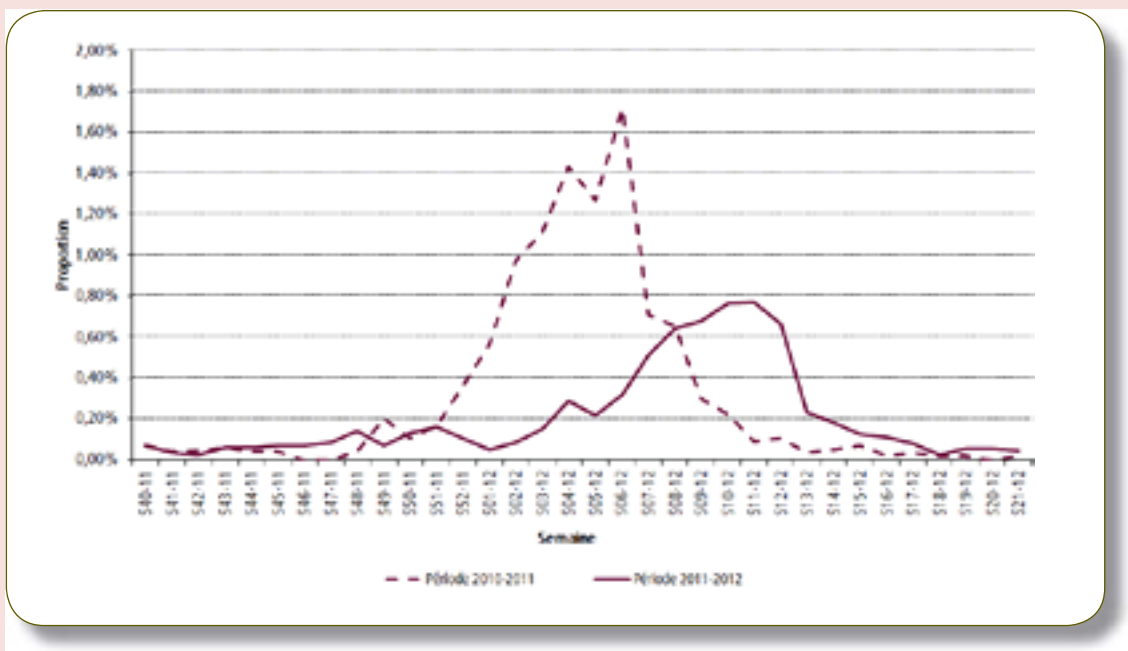
**FIGURE A. NOMBRE HEBDOMADAIRE DE DIAGNOSTICS ET D'HOSPITALISATIONS POUR GRIPPE (TOUS ÂGES) DANS LES STRUCTURES D'URGENCE DE LORRAINE PARTICIPANT AU RÉSEAU OSCOUR® ENTRE LES SEMAINES 40-2011 ET 21-2012**



Par rapport à la saison hivernale précédente (2010-2011), l'impact de l'épidémie de grippe 2011-2012 a été nettement plus faible (cf. figure B). Au plus fort de l'activité liée à la grippe, celle-ci ne représentait que 0,8 % du total de l'activité des structures d'urgence pendant la saison 2011-2012 contre 1,7 % au cours de la

saison 2010-2011. De plus, la période élevée en diagnostics de grippe a été plus courte en 2011-2012 par rapport à la saison précédente. Enfin, en 2011-2012, l'impact de la grippe a été assez tardif avec une augmentation qui a débuté en février, tandis qu'en 2010-2011, cette augmentation était observée dès les vacances de Noël.

**FIGURE B. PROPORTION DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE DIAGNOSTICS DE GRIPPE (TOUS AGES) PARMIS LE TOTAL DES DIAGNOSTICS DANS LES STRUCTURES D'URGENCE DE LORRAINE PARTICIPANT AU RESEAU OSCOUR® POUR LES SAISONS HIVERNALES 2010-2011 ET 2011-2012**

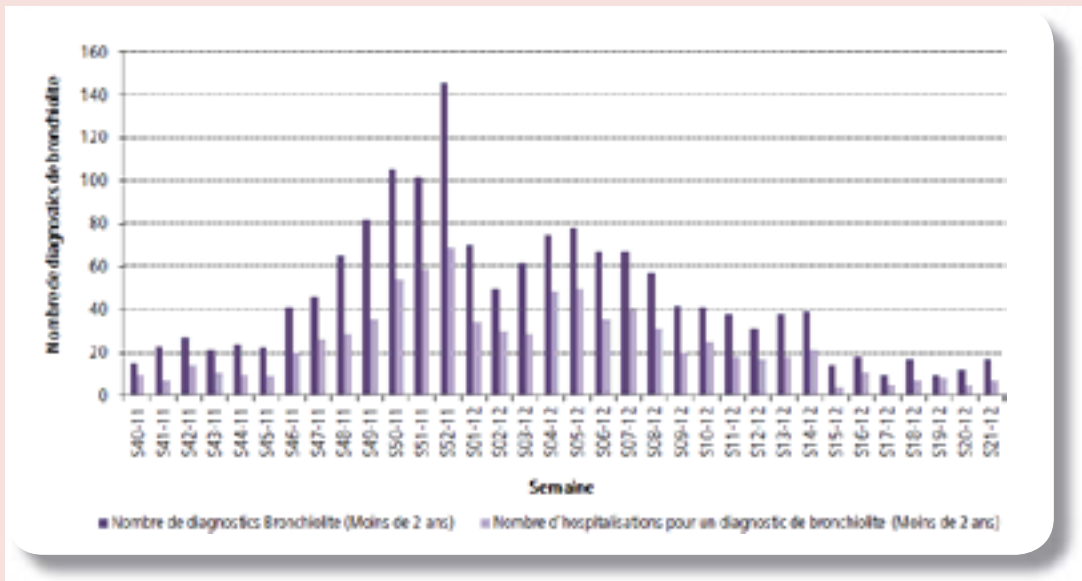


## La bronchiolite

Lors de la saison hivernale 2011-2012, une nette augmentation de l'activité liée à la bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans a été observée à partir de la semaine 46-2011 (du 14 au 20 novembre 2011) (cf. figure C). Le pic d'activité lié à la bronchiolite a été atteint en semaine 52-2011 (du 26 décembre 2011 au

1<sup>er</sup> janvier 2012) dans les structures d'urgence de Lorraine. La baisse d'activité liée à cette pathologie a ensuite été progressive jusqu'à la semaine 14 (du 1<sup>er</sup> au 8 avril 2012). Pour cette pathologie, la part de patients hospitalisés après passage est importante avec, en moyenne, une hospitalisation pour un enfant sur deux.

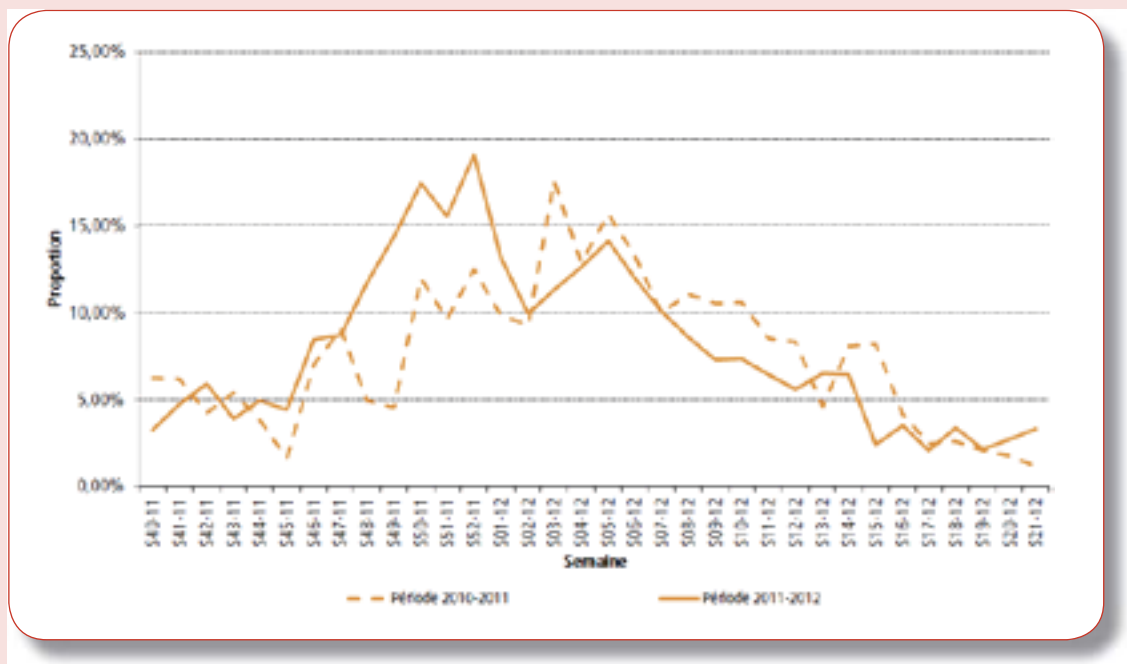
**FIGURE C. NOMBRE HEBDOMADAIRE DE DIAGNOSTICS ET D'HOSPITALISATIONS POUR BRONCHIOLITE CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 2 ANS DANS LES STRUCTURES D'URGENCE DE LORRAINE PARTICIPANT AU RÉSEAU OSCOUR® ENTRE LES SEMAINES 40-2011 ET 21-2012**



Par rapport à la saison hivernale 2010-2011, la bronchiolite a eu un impact plus important sur les services d'urgence de Lorraine au cours de la saison 2011-2012. Dans cette période, au plus fort de l'activité liée à la bronchiolite,

environ 20 % de l'activité pour les enfants de moins de deux ans était due à cette pathologie. De plus, lors de la saison 2011-2012, l'augmentation d'activité liée à la bronchiolite a été plus précoce que lors de la saison précédente.

**FIGURE D. PROPORTION DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE DIAGNOSTICS DE BRONCHIOLITE PARMIS LE TOTAL DES DIAGNOSTICS POSÉS CHEZ LES MOINS DE 2 ANS DANS LES STRUCTURES D'URGENCE DE LORRAINE PARTICIPANT AU RÉSEAU OSCOUR® POUR LES SAISONS HIVERNALES 2010-2011 ET 2011-2012**



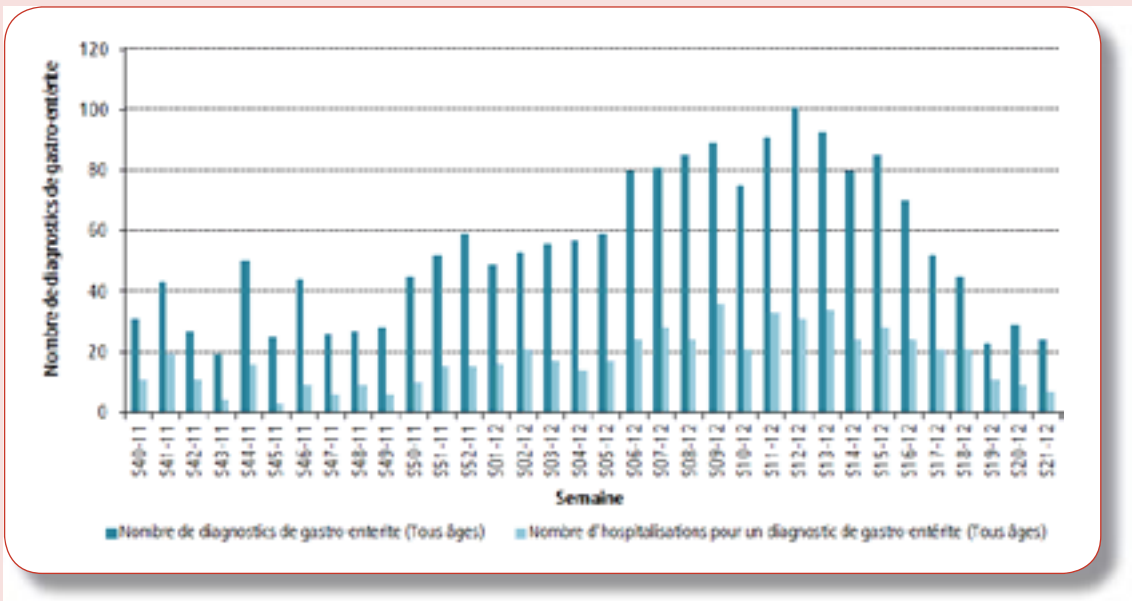
## Les gastroentérites

L'augmentation d'activité liée aux gastroentérites a été observée à partir de la semaine 50 (du 12 au 18 décembre 2011) jusqu'à la semaine 18 (du 30 avril au 6 mai 2012) (cf. figure E). L'activité due aux gastroentérites a donc impacté les structures d'urgence lorraines pendant 21 semaines. Le nombre maximum de diagnostics de gastroentérite a été atteint en semaine 12

(du 19 au 25 mars 2012).

Le nombre d'hospitalisations suit la même tendance que les diagnostics. En moyenne, 30 % des patients avec un diagnostic de gastroentérite sont hospitalisés après passage aux urgences et cette moyenne monte à 78 % d'hospitalisation chez les personnes âgées de 75 ans ou plus.

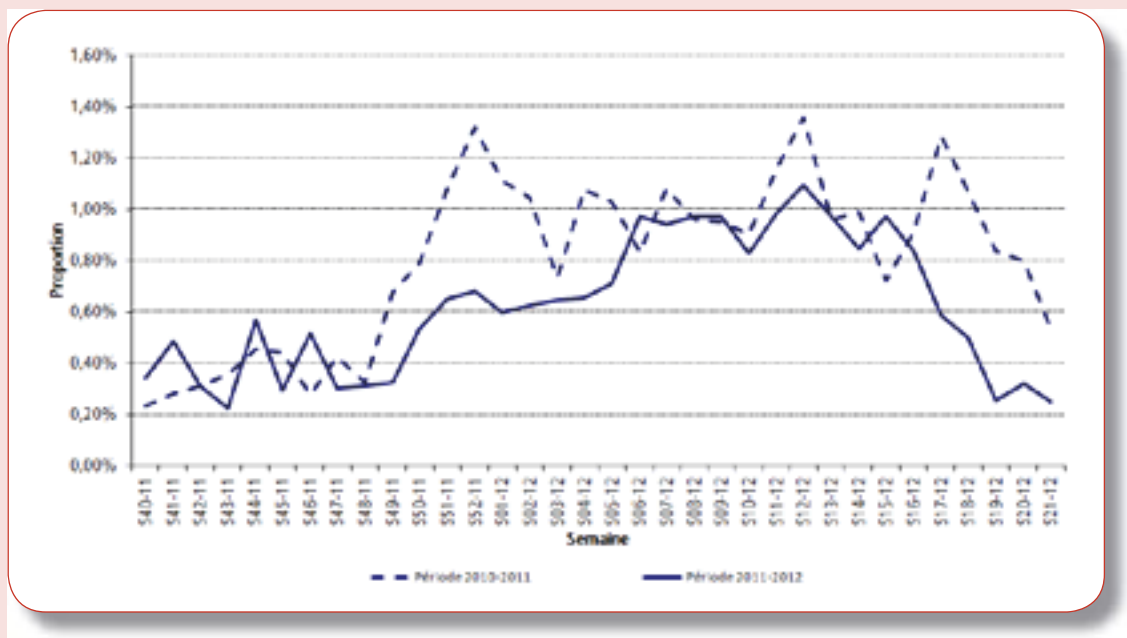
**FIGURE E. NOMBRE HEBDOMADAIRE DE DIAGNOSTICS ET D'HOSPITALISATIONS POUR GASTROENTÉRITE (TOUS ÂGES) DANS LES STRUCTURES D'URGENCE DE LORRAINE PARTICIPANT AU RÉSEAU OSCOUR® ENTRE LES SEMAINES 40-2011 ET 21-2012**



Par ailleurs, la proportion de diagnostics de gastroentérite par rapport au total des diagnostics a été au maximum de 1,10 % pendant la saison hivernale 2011-2012 et, de ce fait, plus

faible qu'en 2010-2011 (cf. figure F). De plus, la période avec une proportion de diagnostics de gastroentérite élevée a été plus courte en 2011-2012 que pendant la saison précédente.

FIGURE F. PROPORTION DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE DIAGNOSTICS DE GASTROENTÉRITES (TOUS AGES) PARMIS LE TOTAL DES DIAGNOSTICS DANS LES STRUCTURES D'URGENCE DE LORRAINE PARTICIPANT AU RÉSEAU OSCOUR® POUR LES SAISONS HIVERNALES 2010-2011 ET 2011-2012



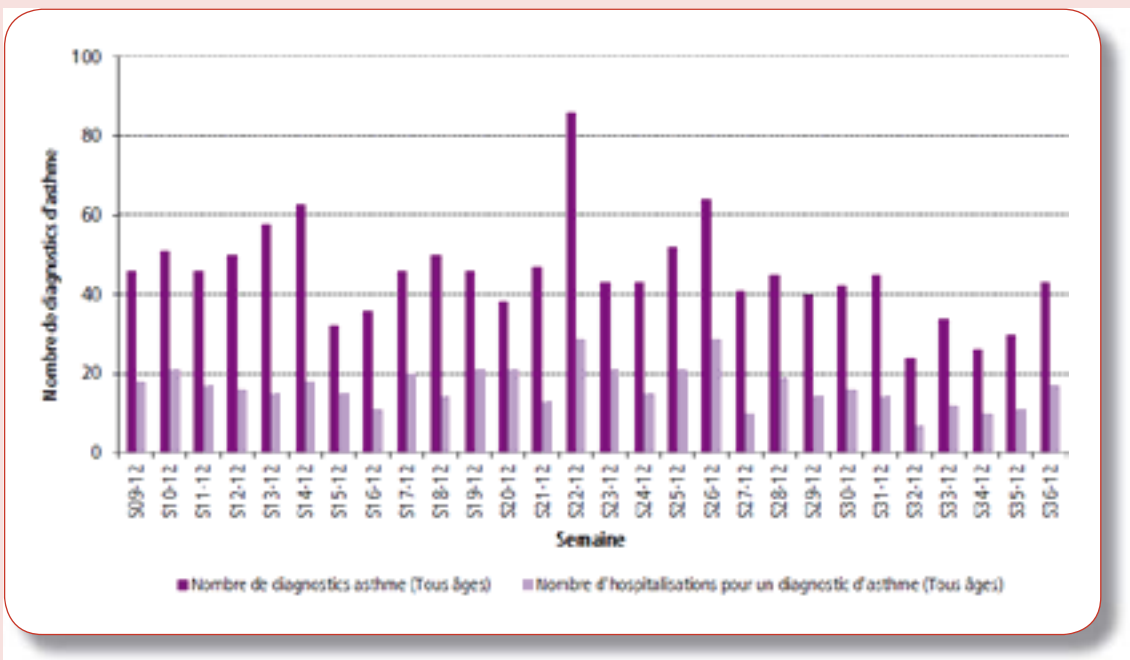
## Pathologies printanières et estivales

### L'asthme

Pendant la période du 27 février au 9 septembre 2012, le nombre de diagnostics hebdomadaires d'asthme a fluctué entre 24 et 64 par semaine. Une forte augmentation du nombre de diagnostics d'asthme a été observée en semaine 22 (du

28 mai au 3 juin) avec 86 patients ayant consulté les structures d'urgence de Lorraine pour cette pathologie. En moyenne, 40 % des patients 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'URGENCE DE LORRAINE PARTICIPANT AU RÉSEAU OSCOUR® ENTRE LES SEMAINES 09-2012 ET 36-2012**

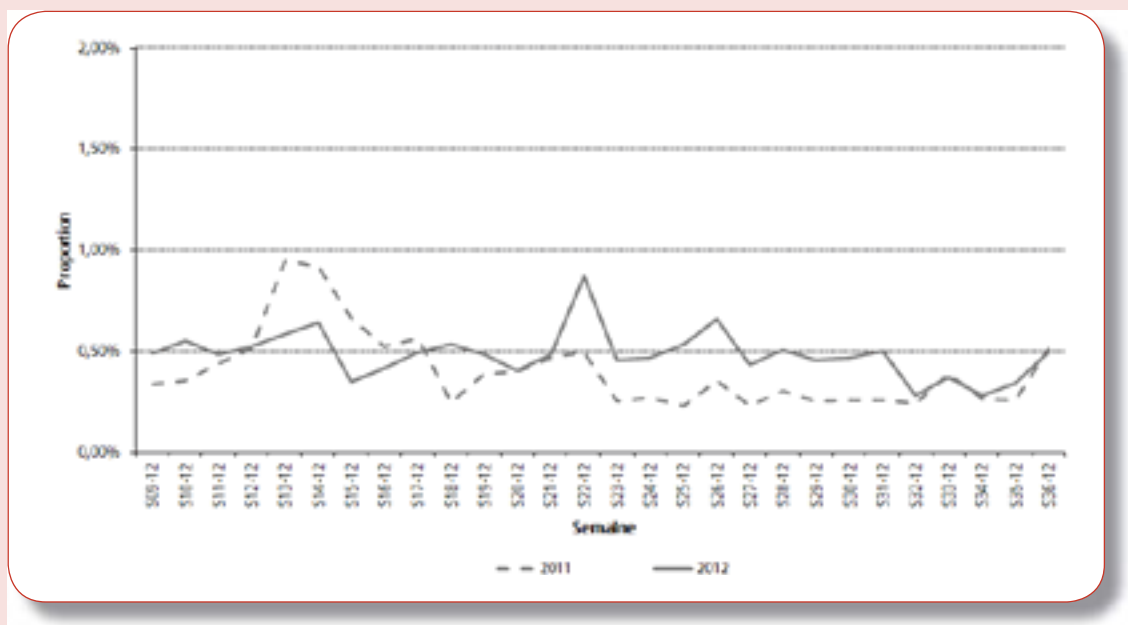


La proportion de diagnostics d'asthme parmi le total des diagnostics est restée inférieure à 1 % pendant la période du 27 février au 9 septem-

bre 2012 (cf. figure H).

Elle est restée assez proche de celle observée en 2011.

**FIGURE H. PROPORTION DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE DIAGNOSTICS D'ASTHME (TOUS ÂGES) PARMIS LE TOTAL DES DIAGNOSTICS DANS LES STRUCTURES D'URGENCE DE LORRAINE PARTICIPANT AU RÉSEAU OSCOUR® POUR LA SEMAINE 09 À LA SEMAINE 36 EN 2011 ET EN 2012**



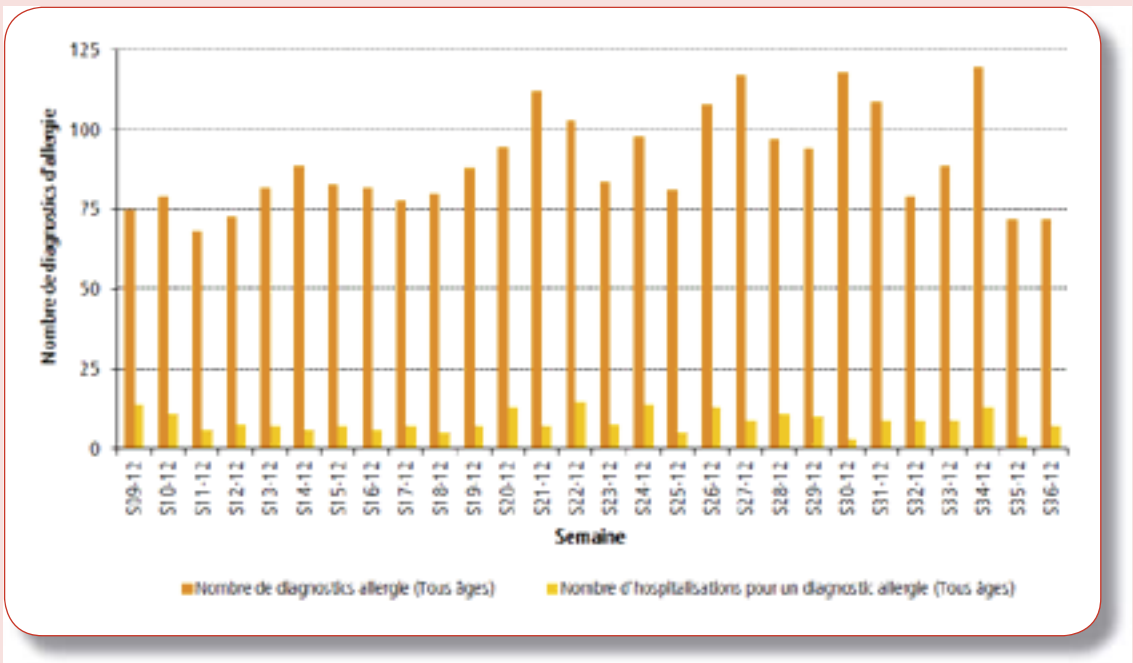


## Les allergies

Pendant la période du 27 février au 9 septembre 2012, le nombre de diagnostics hebdomadaires d'allergie a fluctué entre 68 et 120 par semaine (cf. figure I). Les nombres hebdomadaires de diagnostic d'allergie les plus élevés (entre 110 et 120) ont été observés en semaine 21 (du 21

au 27 mai), semaine 27 (du 2 au 8 juillet), semaine 30 (du 23 au 29 août) et semaine 34 (du 20 au 26 août). Pour ces pathologies, le nombre d'hospitalisations reste faible et représente, en moyenne, 10 % des patients avec un diagnostic d'allergie.

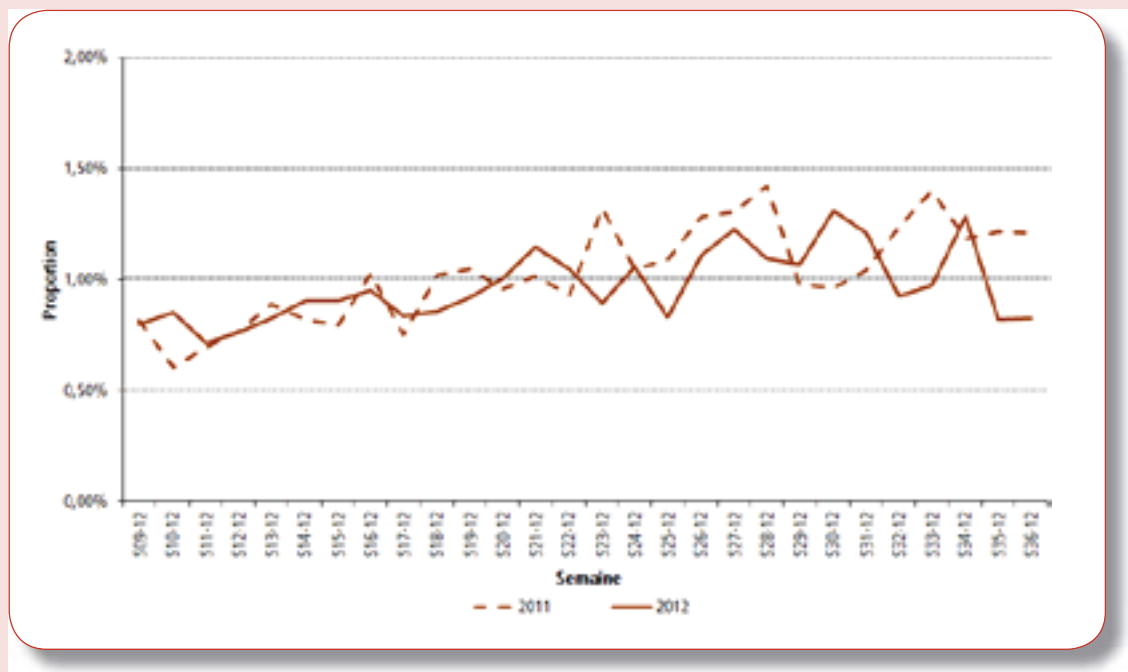
**FIGURE I. NOMBRE HEBDOMADAIRE DE DIAGNOSTICS D'ALLERGIE (TOUS ÂGES) DANS LES STRUCTURES D'URGENCE DE LORRAINE PARTICIPANT AU RÉSEAU OSCOUR® ENTRE LES SEMAINES 09-2012 ET 36-2012**



La proportion de diagnostics d'allergie parmi le total des diagnostics est restée inférieure à 1,5 % pendant la période du 27 février au 9 sep-

tembre 2012 (cf. figure J). Elle est restée assez proche de celle observée en 2011.

**FIGURE J. PROPORTION DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE DIAGNOSTICS D'ASTHME (TOUS ÂGES) PARMIS LE TOTAL DES DIAGNOSTICS DANS LES STRUCTURES D'URGENCE DE LORRAINE PARTICIPANT AU RÉSEAU OSCOUR® POUR LA SEMAINE 09 À LA SEMAINE 36 EN 2011 ET EN 2012**



## 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'hyponatrémie, la déshydratation, ainsi que les hyperthermies et coups de chaleur. Le SACS est mis en place tous les étés du 1<sup>er</sup> 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 régional ainsi qu'à l'échelle de la France métropolitaine.

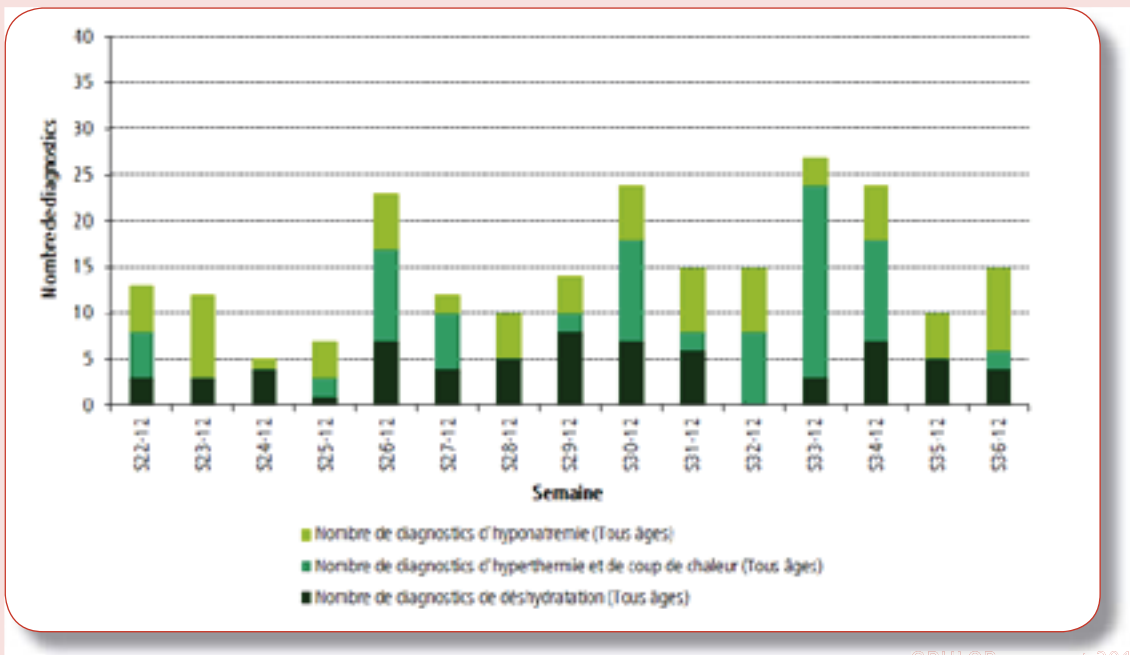
Au cours de l'été 2012, la France a connu deux épisodes notables de fortes chaleurs :

- Un bref épisode du 26 au 28 juin durant lequel 10 départements du Sud-ouest ont été placés en vigilance jaune canicule ;
- Un épisode plus long et plus intense du 16 au 22 août durant lequel 34 départements sont

passés en niveau Mise en garde et action (MIGA) du Plan National Canicule.

Au cours de ce deuxième épisode, les départements de Moselle, de Meurthe-et-Moselle et des Vosges sont passés au niveau MIGA les 19 et 20 août (respectivement semaines 33 et 34). Une légère augmentation des diagnostics de pathologies pouvant être liées à la chaleur a été observée en semaine 33 et 34 (respectivement 27 et 24 diagnostics posés) (cf. figure K). Cependant, les nombres de diagnostics de ces pathologies sont revenus à leur niveau habituel dès la semaine 35 et des variations similaires avaient été observées précédemment, au cours de la période de surveillance, sans fortes chaleurs associées (semaine 26 et 30). Aucun autre impact sanitaire majeur n'a été observé au cours de cet épisode de chaleur.

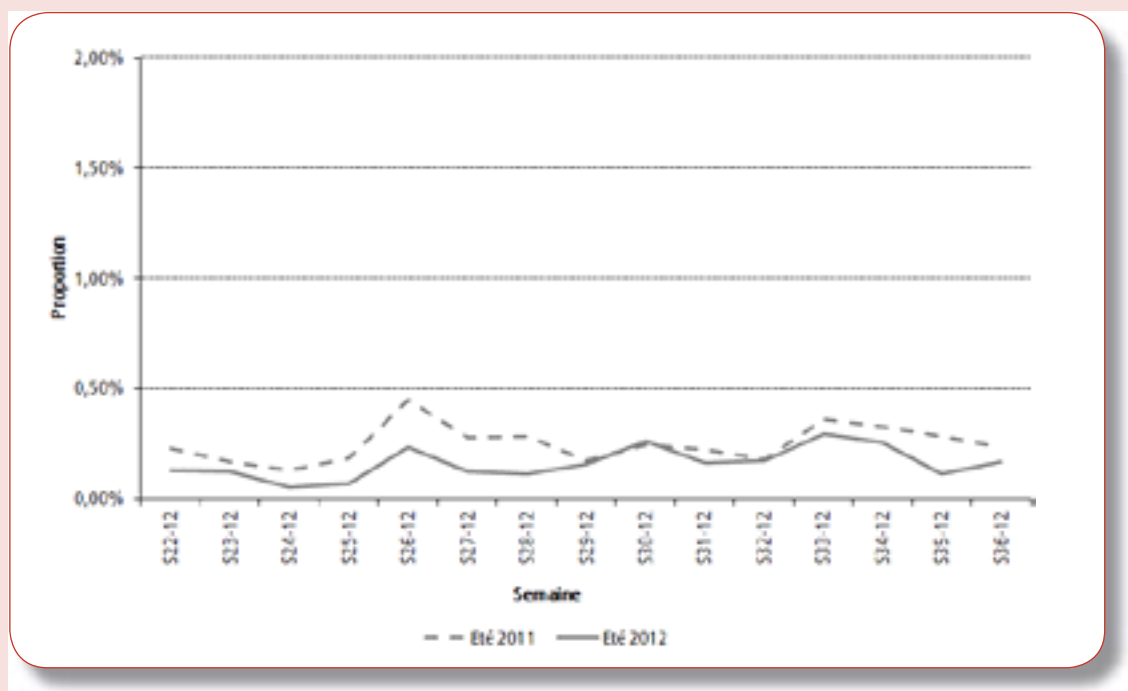
**FIGURE K. NOMBRE HEBDOMADAIRE DE PASSAGES POUR CAUSES LIÉES À LA CHALEUR DANS LES STRUCTURES D'URGENCE DE LORRAINE PARTICIPANT AU RÉSEAU OSCOUR® ENTRE LES SEMAINES 22-2012 ET 36-2012**



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 (cf. figure L). Aucune variation n'est observée en semaine 33 et 34 lors de l'épisode de fortes chaleurs.

**FIGURE L. PROPORTION DU NOMBRE HEBDOMADAIRE DE PASSAGES POUR CAUSES LIÉES À LA CHALEUR PARMIS LE TOTAL DES DIAGNOSTICS POSÉS DANS LES STRUCTURES D'URGENCE DE LORRAINE PARTICIPANT AU RÉSEAU OSCOUR® ENTRE LES SEMAINES 22-2012 ET 36-2012**





**Dr Bruno Maire**

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

Les perspectives d'évolution régionales et nationales doivent nous permettre d'améliorer la pertinence de nos analyses, mais aussi de participer à l'optimisation de la prise en charge des patients.

À l'heure de terminer ce gros travail de rédaction et de valider pour impression, avec Jean-Louis FUCHS, le second rapport de l'observatoire régional de Lorraine, je tiens à rendre hommage à deux confrères.

Le premier a largement inspiré notre réflexion car à l'origine, il y a plus de 10 ans, du premier observatoire des urgences de France. Il s'agit bien sûr de Jean Louis Ducassé et de son ORUMIP. Le second est Jean-Yves Grall qui, alors Directeur de l'ARH de Lorraine, a donné l'impulsion indispensable à la réalisation de notre observatoire en pré gestation depuis plusieurs années.

ORULOR me semble original, non pas tant par les données remontées et leur périodicité, que par la mise en commun des compétences dans le recueil et le traitement de l'information. En effet, notre comité régional ORULOR regroupe l'ARS, le réseau des urgences, le GCS Télésanté Lorraine, la CIRE et les fédérations hospitalières. Grâce à des réunions multidisciplinaires trimestrielles, nous tentons de faire évoluer, non seulement la qualité de cette formidable base de données, mais aussi la pertinence des axes d'analyse.

Les possibilités d'évolutions régionales sont nombreuses comme par exemple :

- l'automatisation des retours d'informations aux producteurs de données que sont les urgentistes lorrains

- la définition et l'extraction d'un dossier médical de régulation en particulier pour les interventions SMUR avec ses nombreuses perspectives en termes d'analyse de l'activité pré-hospitalière mais aussi de veille sanitaire
- l'utilisation de marqueurs de tension issus d'ORULOR qui, complétés par la disponibilité des lits bientôt renseignée dans le ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources), permettront de construire un outil de détection et de gestion des tensions hospitalières.

Mais les perspectives d'évolution concernent également l'échelon national et ce, grâce à deux nouveaux éléments largement « facilitateurs ».

Il s'agit d'une part de la parution de l'arrêté du 24 juillet 2013 « relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence » qui rend obligatoire la remontée des RPU.

Il s'agit d'autre part de la création en octobre 2013 de la fédération des observatoires des urgences (FEDORU) dont les objectifs sont de promouvoir et de faciliter la mise en place des observatoires régionaux, d'harmoniser les modalités d'analyse des données des urgences, mais aussi de proposer des évolutions.

Au total, cet élargissement du périmètre de la réflexion va très certainement nous permettre d'améliorer la pertinence de nos analyses, d'utiliser ces données en « routine opérationnelle » et in fine de participer à l'optimisation de la prise en charge des patients dans nos services d'urgence.





## Sommaire

<b>Annexes</b>	159
<i>Comité Régional ORULOR</i>	159
<i>Données collectées, produites et remontées dans la base d'ORULOR</i>	162
<i>Charte qualité</i>	164
<i>Modalités d'accès à ORULOR</i>	165
<i>Nomenclatures</i>	166
<i>Glossaire et définitions</i>	169

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



INSTITUT  
DE VEILLE SANITAIRE





## 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<sup>2</sup> est la suivante et peut évoluer à leur demande ou au besoin :

### ARS de Lorraine

Dr Bruno Mangola	Direction Générale	Conseiller Médical
M. Jean-Louis Fuchs	Direction de la Performance et de la Gestion du Risque	Responsable Systèmes d'Information de Santé
Mme Stéphanie Geyer	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

En attente de désignation d'un nouveau référent

### FHP

M. Philippe Plagès	Hôpital-Clinique Claude-Bernard	Directeur de la clinique
--------------------	---------------------------------	--------------------------

### GCS Télésanté Lorraine

M. Alex Di Fabio	Chef de projet
------------------	----------------

<sup>2</sup> Septembre 2013

## 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 à cette adresse :

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

## 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

HDT	Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
HO	Hospitalisation d'Office
SC	Surveillance Continue
SI	Soins Intensifs
REA	Réanimation
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
MED	Médecine hors SC, SI et REA
CHIR	Chirurgie hors SC, SI et REA
OBST	Obstétrique hors SC, SI et REA
Fugue	Sortie à l'insu du personnel soignant
SCAM	Sortie Contre Avis Médical
PSA	Parti Sans Attendre la prise en charge
REO	Réorientation directe sans soins
Unités Chaudes	Compilation de SC, SI et REA
Sorties Atypiques	Compilation de Fugue, SCAM et PSA

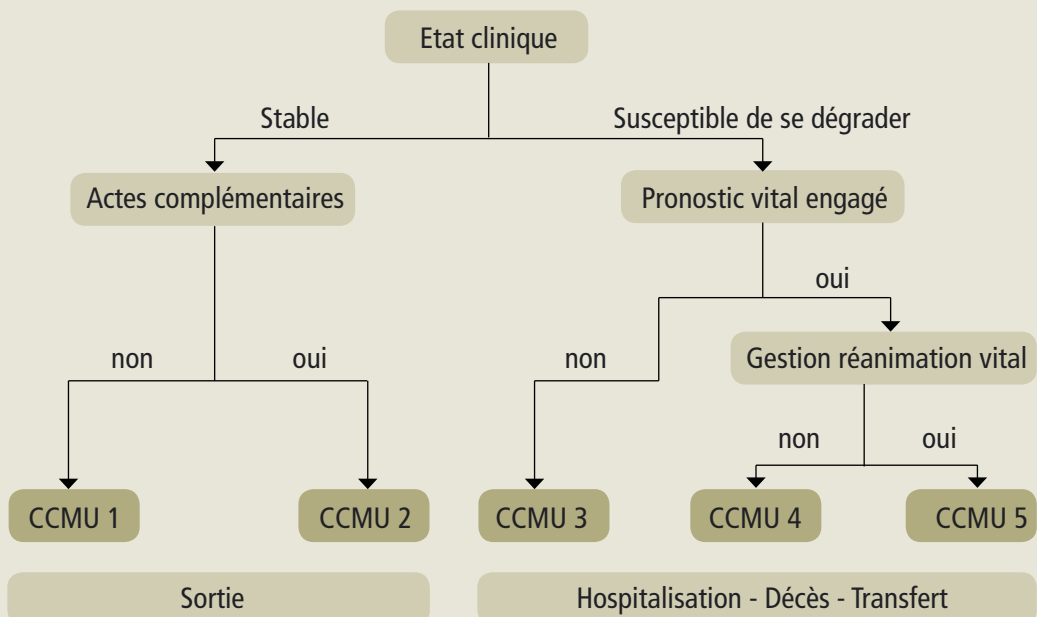


## Niveaux de gravité – CCMU

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 manoeuvres de réanimation immédiate
CCMU 5	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manoeuvres de réanimation
CCMU D	Patient décédé à l'entrée aux urgences sans avoir pu bénéficier d'initiation ou de poursuite de manoeuvres 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 Santé	Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
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
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
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
SAU	Structure d'Accueil des Urgences
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

## REMERCIEMENTS

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

- Tous les professionnels, responsables de structures d'urgence, personnels des urgences, responsables et équipes informatiques, responsables d'établissements, qui oeuvrent 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 ;
- Monsieur Benoît Bonfils, pour son travail au sein de l'ARS de Lorraine sur l'exploitation d'ORULOR que ce soit pour permettre d'alimenter le plus simplement possible le Comité Régional ORULOR ou pour répondre aux analyses et études ponctuelles ;
- 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.



# ORULOR

Observatoire Régional  
des Urgences de Lorraine

## Comité de rédaction

Dr. Bruno MAIRE\*  
M. Jean-Louis FUCHS\*\*  
Dr. Christine MEFFRE\*\*\*  
M. Yan KUBIAK\*\*

M. Alex DI FABIO\*\*\*\*  
Mme Pascale PERROT\*\*  
Mme Oriane BROUSTAL\*\*\*  
Mme Nelly BOUTILLIER\*

\* Réseau Lorraine Urgences  
\*\* ARS Lorraine

\*\*\* InvS  
\*\*\*\* GCS Télésanté Lorraine

## contacts



[ars-lorraine-direction-performance-gdr@ars.sante.fr](mailto:ars-lorraine-direction-performance-gdr@ars.sante.fr)



[lorraineurgences@chu-nancy.fr](mailto:lorraineurgences@chu-nancy.fr)