

ORULOR

Observatoire Régional
des Urgences de Lorraine



Activité des structures
d'urgence en Lorraine

Rapport Annuel 2011





SOMMAIRE

Sommaire	2
Préambule	4
Contexte Régional	5
Données démographiques	5
Offre de soins des structures d'urgence en 2011	10
Présentation de l'Observatoire ORULOR	11
Objectifs	11
Historique	14
Systèmes d'Information des Urgences et connexions à ORULOR	16
Architectures fonctionnelle et technique ORULOR	19
Le comité régional ORULOR	20
Les membres du comité	20
Les missions du comité	21
Ses modalités de fonctionnement	22
Activité 2011 des services d'urgence de Lorraine	24
Activité régionale totale	25
Activité par mois, jours de la semaine, heures et tranches d'âge	29
Modalités d'admission	32
Durées de passage	34
Gravité (CCMU) et GEMSA	40
Codage diagnostique	44
Modalités de sortie	47
Modalités d'orientation	49
Courbes d'activité régionale	52

Activité 2011 des SAMU de Lorraine.....	54
Nombre d'affaires traitées.....	54
Nombre d'effecteurs déclenchés par les SAMU.....	57
Surveillance Épidémiologique.....	62
Réseau OSCOUR® – liste des établissements sources des données.....	62
Pathologies hivernales, saison 2010-2011.....	65
Pathologies estivales, été 2011.....	69
Perspectives.....	71
Annexes.....	72
Données collectées, produites et remontées dans la base ORULOR.....	72
Description technique ORULOR.....	74
Description des flux de données.....	75
Traitement et qualité des données.....	78
Modalités d'accès à ORULOR.....	81
Nomenclatures.....	83
Glossaire et définitions.....	87
Remerciements.....	89



PRÉAMBULE

La région Lorraine c'est 4 SAMU, 23 SMUR, 24 Structures autorisées aux urgences, plus de 550 000 passages aux urgences et ce pour une population de 2,3 millions d'habitants.

Une telle région doit impérativement se doter des outils et structures permettant de recueillir des données fiables et exhaustives amenant une parfaite lisibilité de son offre de soins de 1^{er} recours, et ce, afin d'engager sur des bases solides les réflexions nécessaires à l'évolution de cette offre.

Par ailleurs, ces mêmes outils partagés et reconnus par tous doivent alerter l'ensemble des acteurs de la santé afin de leur permettre d'avoir la plus grande réactivité possible lors de situations de tension, voire de crise, que ce soit dans un contexte particulier (canicule, plan hivernal, pandémie, ...) ou pas.

C'est pourquoi en 2007, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) de Lorraine et le Réseau Lorraine Urgences ont souhaité qu'un Observatoire Régional des Urgences (ORULOR) soit réalisé en Lorraine. Ainsi, l'ARH de Lorraine a missionné le GCS Télésanté Lorraine pour en conduire la mise en œuvre technique.

Bien évidemment, ORULOR ne se devait pas être qu'un outil, mais une organisation permettant d'alimenter la réflexion sur l'accès aux soins urgents, de définir les bonnes pratiques de saisie de l'information aux urgences, d'exploiter à des fins statistiques et d'études les informations issues des structures d'urgence, de définir les modalités d'évolution des outils mis en œuvre, et ce, au travers une organisation régionale ad hoc.

Ce besoin d'organisation s'est traduit par la mise en place en 2010 d'un Comité Régional ORULOR composé d'une représentation des principaux acteurs de santé de l'urgence hospitalière.

Ce rapport d'activité 2011 est la première production formalisée de ce Comité Régional et issue de l'exploitation d'ORULOR.

En lien avec l'ensemble des institutions, structures et professionnels de l'urgence, le Comité Régional ORULOR souhaite œuvrer pour l'amélioration de la qualité des soins et l'efficacité de l'offre de soins de 1^{er} recours.

*Le Comité Régional
ORULOR*

CONTEXTE RÉGIONAL

Données démographiques

UNE RÉGION FRONTALIÈRE, INÉGALEMENT PEUPLÉE

Au 1^{er} janvier 2008, la Lorraine compte 2 346 361 habitants, répartis très inégalement sur les quatre départements qui composent la région. Les départements de la Moselle et de la Meurthe-et-Moselle sont les plus peuplés, avec respectivement 1 042 230 et 729 768 habitants. Dans ces deux départements, fortement urbanisés, les densités de population sont très supérieures à la densité moyenne régionale (99 habitants au km²). La Moselle compte 167 habitants au km², la Meurthe-et-Moselle en compte 139.

Les départements des Vosges et de la Meuse sont les moins peuplés, avec respectivement 380 145 et 194 218 habitants. Dans ces deux départements, plus ruraux, les densités de population sont très inférieures à la moyenne régionale, avec 65 habitants au km² dans les Vosges et 31 dans la Meuse.

Indépendamment de ce découpage administratif, une part importante de la population lorraine est concentrée autour du « sillon lorrain », qui s'étend du massif des Vosges au sud, à la frontière luxembourgeoise au nord, sur un tracé passant par Épinal, Nancy, Metz et Thionville.

UN RENOUVEAU DÉMOGRAPHIQUE FAIBLE ET CONTRASTÉ

Après la stagnation observée durant la décennie 90, la population lorraine croît à nouveau au rythme annuel moyen de 0,16% sur la période 1999-2007, soit une augmentation d'environ 3700 habitants par an. Au niveau départemental, les évolutions démographiques récentes (période 1999-2007) sont contrastées. Le département des Vosges est le seul département lorrain dans lequel la population est en baisse, de 0,2% sur la période 1999-2008. A l'horizon 2021, la population devrait continuer de croître dans trois départements lorrains. Seules les Vosges, où la baisse démographique est déjà amorcée, devrait voir sa population baisser dans la décennie prochaine.



UN VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Quel que soit le scénario démographique retenu, la population française est vieillissante. Ces constats sont également valables pour la Lorraine dans des proportions pour l'instant comparables au niveau national mais les écarts devraient se creuser à l'horizon 2030.

Au 1^{er} janvier 2008, 24,1% des lorrains ont moins de 20 ans contre 24,9% France entière. Cet écart défavorable à la Lorraine devrait aller en s'amplifiant : en 2030, la part des lorrains âgés de moins de 20 ans serait de 21,1%, soit 1,5 point de moins qu'au niveau national. Toutefois, cette tendance pourrait être contenue par un renforcement de l'attractivité des pôles universitaires de Metz et de Nancy, ce dernier comptant actuellement 45 000 étudiants (5^{ème} rang français).

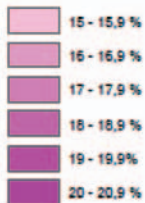
Au 1^{er} janvier 2008, plus d'un lorrain sur cinq (21,6%) est âgé de 60 ans ou plus, contre 21,7% au niveau national. Pourtant, la Lorraine est une région qui vieillira plus rapidement que l'ensemble des régions françaises. Ainsi, en projection à l'horizon 2030, les personnes âgées de 60 ans ou plus représenteront près de 31% de la population totale en Lorraine, contre 29,3% en France métropolitaine. De même, 8,4% des lorrains sont âgés de 75 ans et plus au 1^{er} janvier 2008, contre 8,6% au niveau national. D'ici à 2030, la population de cette classe d'âge devrait augmenter de plus de 60% en Lorraine. Ainsi, en 2030, plus d'un lorrain sur huit sera âgé de 75 ans et plus.

Répartition de la population lorraine des moins de 15 ans

Source : RP INSEE 2009



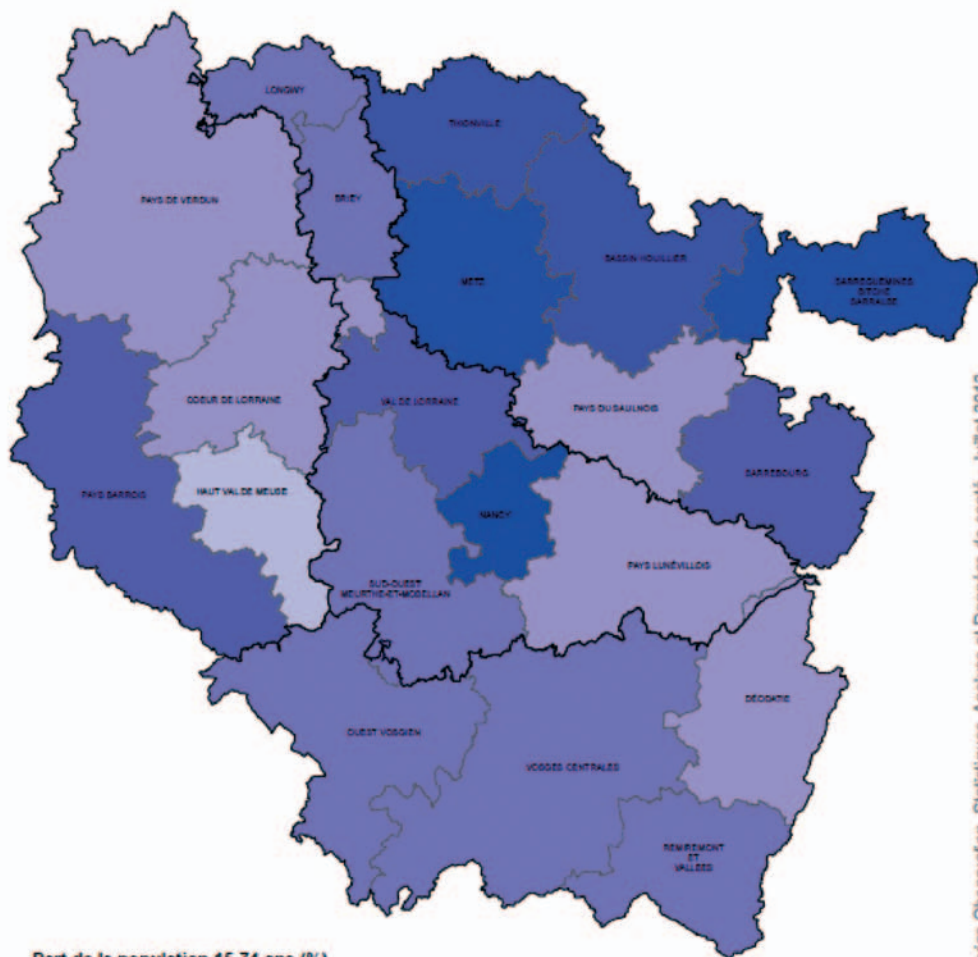
Part des moins de 15 ans (%)



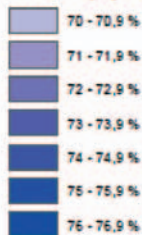


Répartition de la population lorraine de 15 à 74 ans

Source : RP INSEE 2009



Part de la population 15-74 ans (%)



© IGN - ARS de Lorraine - Service Observation, Statistiques, Analyses et Données de santé - Juillet 2012

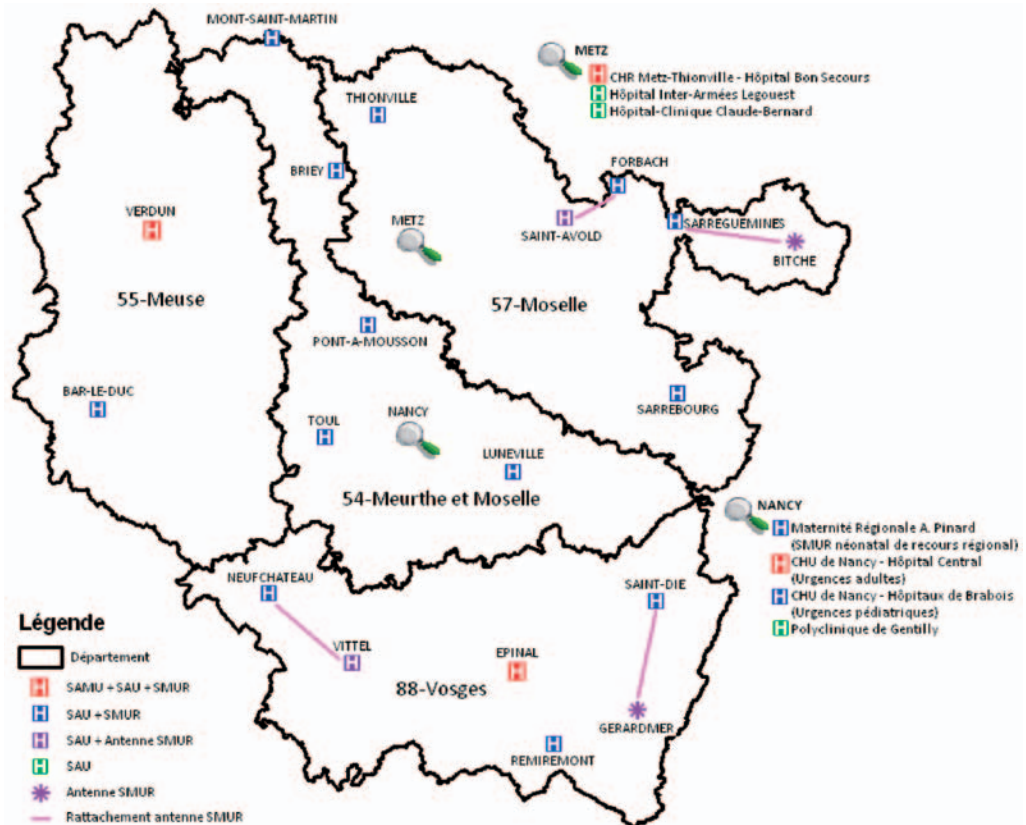
Répartition de la population lorraine des 75 ans et plus

Source : RP INSEE 2009



@ IGN - ARS de Lorraine - Services Observation, Statistiques, Analyse et Données de santé - Juillet 2012

Offre de soins des structures d'urgence en 2011



PRÉSENTATION DE L'OBSERVATOIRE ORULOR

Objectifs

UN PLAN URGENCES QUI PRIORISE LA CONNEXION DES URGENCES AVEC LEUR ENVIRONNEMENT

Un des objectifs assignés par le Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative dans son plan Urgences est de mettre en œuvre un système d'information national de vigilance sanitaire alimenté par les structures d'urgence.

Cet objectif est concrétisé par les mesures 15 et 16 du plan Urgences.

- **Mesure 15 : Connecter les urgences à la veille sanitaire**

La mise en place d'un dispositif national de veille sanitaire sur les urgences hospitalières est une priorité. Ce dispositif, nécessairement intégré avec les systèmes d'information existants des services d'urgence, doit avoir une très forte réactivité.

Le dispositif doit être centré sur :

- *des indicateurs simples et facilement disponibles ;*
- *un échantillon d'établissement sans charge de travail supplémentaire pour les équipes d'urgence.*

- **Mesure 16 : Mettre en place un système d'information complet**

Un système d'information complet sur les urgences (accueil, SAMU, SMUR) sur l'ensemble du territoire et articulant les trois niveaux «établissements», «régional» et «national» sera progressivement mis en place sur la région Lorraine.



Un système d'information performant est considéré par les professionnels des urgences comme un élément majeur du bon fonctionnement d'un service d'urgence. Il doit permettre :

- *une gestion des flux de patients ;*
- *une gestion médicale des dossiers ;*
- *une connaissance des disponibilités en lits d'aval ;*
- *la connaissance qualitative et quantitative de l'activité.*

Pour accentuer l'effet de ces mesures, il paraît essentiel de concentrer ces flux d'information au sein d'un Observatoire des Urgences.

UN OBSERVATOIRE RÉGIONAL DES URGENCES : ORULOR

ORULOR est un observatoire régional des urgences recueillant les données des Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) et des Services d'Accueil des Urgences (SAU) sur la région Lorraine. Le système est intégré à la plateforme santé-Lorraine pour répondre aux mesures 15 et 16 du plan Urgences.

Il vise en outre :

- l'amélioration de la qualité de prise en charge du patient en augmentant le potentiel d'outils nécessaires à une bonne coopération des équipes médicales ;
- l'amélioration de la connaissance qualitative et quantitative des activités d'urgence de Lorraine en recueillant et en analysant l'ensemble des données épidémiologiques disponibles concernant les urgences de la région ;
- une meilleure définition des besoins de la population, une description précise de l'offre de soins, une participation à l'amélioration des pratiques professionnelles.

C'est un observatoire à valeur ajoutée qui, dans le contexte régional lorrain, doit permettre plus particulièrement de :

- **Connaître et suivre** la situation du réseau des urgences (« temps réel », analyse « à chaud ») par analyses individuelles ou comparatives.

- **Évaluer la performance**, pour la région, par territoire, par site et dans le temps de l'offre de soins de 1^{er} recours (analyse « à froid »). Cette évaluation ne porte pas sur la seule performance des services d'urgence et SAMU de la région mais sur la performance de l'ensemble du système :
 - En amont : témoin de la performance de la permanence de soins ambulatoire (PDSA).
 - En aval : fluidité des filières de prise en charge intra-établissement ou inter-établissement.
- **Mener une réflexion** sur des indicateurs de qualité et de tension en croisant les données implémentées et d'engager des réflexions sur la prévention et la gestion des tensions et de la gestion de crise.
- Recueillir des données quantitatives et qualitatives des structures d'urgences pour **le suivi et l'évaluation** du Programme Régional de Santé.
- Servir de base de données pour réaliser des travaux scientifiques via la commission scientifique et la commission évaluation du Collège Lorrain de Médecine d'Urgence (COLMU).
- Faciliter la définition et la mise en place de Procédures Opérationnelles Standardisées régionales.
- **Constituer une base de référence pour alimenter l'ensemble des réflexions régionales (ARS, Réseau Lorraine Urgences, ...) sur les champs des urgences pré-hospitalières, hospitalières et globalement sur l'organisation de l'offre de soins de 1^{er} recours.**

Et ceci en permettant le retour d'informations à l'ensemble des acteurs et producteurs de données.

Dans cette perspective, l'ORULOR est exploité par :

- le Comité Régional ORULOR et ses instances représentatives ;
- le personnel des Structures d'Accueil aux Urgences et de Direction des établissements connectés à l'Observatoire ;
- le Collège Lorrain de Médecine d'Urgence (COLMU) dans le cadre de recherches cliniques.



Historique

Concertation

Printemps 2009

L'ARS Lorraine a missionné le GCS Télésanté Lorraine pour mettre en place un Observatoire des Urgences. Le GCS Télésanté Lorraine a sollicité durant cette période, les représentants des services d'urgence de la région. Cette concertation a permis de rédiger un cahier des charges afin de coupler les besoins réglementaires et d'études aux besoins de retour d'information auprès des services d'urgence.

Appel d'offre

Été 2009

L'été 2009 a permis de publier un appel d'offres et d'organiser les auditions des candidats. 4 candidatures ont été étudiées. C'est le Consortium Stream Consulting – Enovacom – Preltytis qui a été retenu à l'issue d'un Comité d'Appel d'offres représenté par des responsables informatiques et médicaux d'établissements volontaires.

Installation

Septembre 2009

Le mois de septembre 2009 a permis d'installer la solution proposée par les prestataires et de l'intégrer au portail Régional SOLSTIS.

Pilote

Automne 2009

A partir de l'automne 2009, le projet a débuté son déploiement en deux temps :

La phase pilote (Octobre 2009 – Janvier 2010) a eu pour objectif d'intégrer un nombre limité d'établissements. Il s'agissait des 7 Structures à plus forte volumétrie de passages aux urgences : CHU Nancy, CHR Metz-Thionville (2 sites), CH Forbach, CH Épinal, Polyclinique Gentilly, CH Verdun. Ces structures sont équipées du logiciel ResUrgences en ce qui concerne les services d'Urgence.

Déploiement

Depuis février 2010

La phase de déploiement (depuis février 2010) se décompose de la façon suivante :

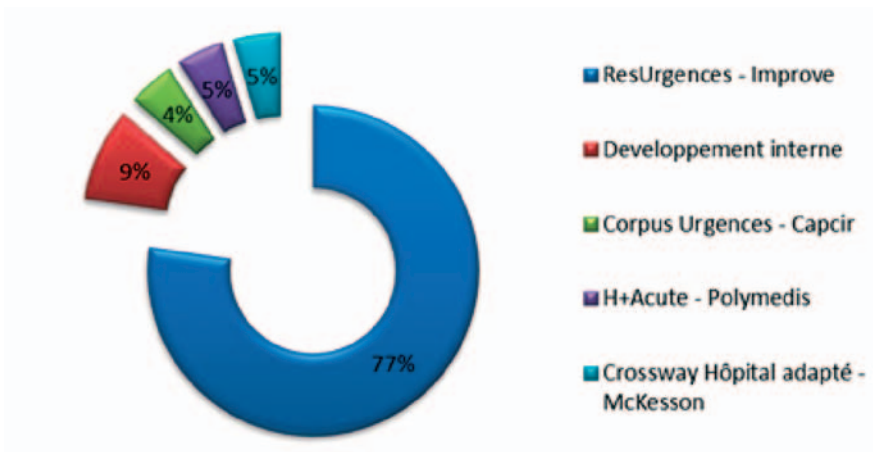
- Déploiement sur tous les sites en capacité de produire des Résumés de Passage aux Urgences (RPU).
- Mise en place de connecteurs SAMU.
- Alimentation du serveur ARDAH.
- Aiguillage des RPU vers l'InVS.



Systèmes d'Information des Urgences et connexions à ORULOR

Les systèmes d'information des structures d'urgence de Lorraine

Répartition des logiciels exploités dans les 22 structures d'accueil des urgences de Lorraine informatisées



Les 4 SAMU lorrains exploitent en 2011 l'application AppliSamu de l'éditeur Appligos.

LA CONNEXION À ORULOR DES STRUCTURES D'URGENCE DE LORRAINE

*Structures d'accueil des urgences (SAU) et dates de connexion à ORULOR
 (par date de connexion)*

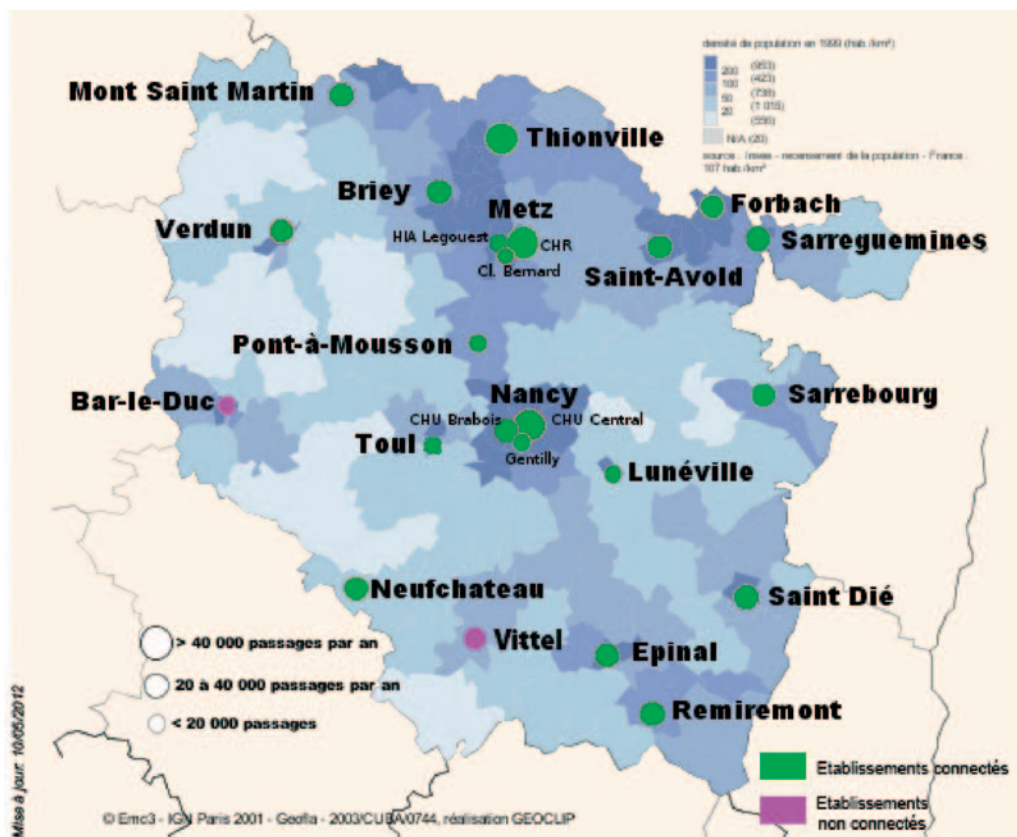
C.H.R. Metz-Thionville – Hôpital Bonsecours à Metz	Novembre 2009
C.H. Marie-Madeleine à Forbach	Décembre 2009
C.H. Saint-Nicolas à Verdun	Décembre 2009
C.H. Émile Durkheim à Épinal	Décembre 2009
C.H.R. Metz-Thionville – Hôpital Bel Air à Thionville	Décembre 2009
C.H.U. de Nancy – Hôpital Central à Nancy (Urgences Adultes)	Décembre 2009
Polyclinique de Gentilly et Saint Don à Nancy	Janvier 2010
C.H. de Remiremont	Mai 2010
C.H. Saint-Nicolas à Sarrebourg	Juin 2010
C.H. de Lunéville	Juin 2010
C.H. de Neufchâteau	Juin 2010
C.H. de Pont-à-Mousson	Octobre 2010
C.H. de Briey	Novembre 2010
Hôpital-Clinique Claude Bernard à Metz	Décembre 2010
C.H. de Saint-Dié des Vosges	Mai 2011
Alpha Santé - C.H. de Mont Saint-Martin	Mai 2011
Hospitalor - Hôpital de Saint-Avold	Mai 2011
C.H.U. de Nancy – Hôpitaux de Brabois Enfants (Urgences Pédiatriques)	Mai 2011
C.H. Robert Pax à Sarreguemines	Juin 2011
Hôpital Inter Armées de Legouest à Metz	Octobre 2011
C.H. Saint Charles à Toul	Décembre 2011
C.H. Jeanne d'Arc à Bar-le-Duc	Non connecté en avril 2012
C.H. de Vittel (Ouverture des urgences en juin 2011)	Non connecté en avril 2012

La date de connexion correspond à la date de mise en production des flux, c'est-à-dire la production par les systèmes d'information des SAU Lorrains de fichiers répondant aux spécifications fonctionnelles fournies. Il est arrivé que des données antérieures à la date de connexion aient été transmises lors de la mise en œuvre des flux si ces dernières répondaient aux exigences d'intégrité et d'exhaustivité des données saisies.

A ce jour, 21 des 23 sites d'urgence de la région Lorraine (hors urgences néonatales de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy) sont connectés, soit près 95% des structures d'urgence en Lorraine.



Cartographie des SAU de la région Lorraine



SAMU et dates de connexion à ORULOR (par date de connexion)

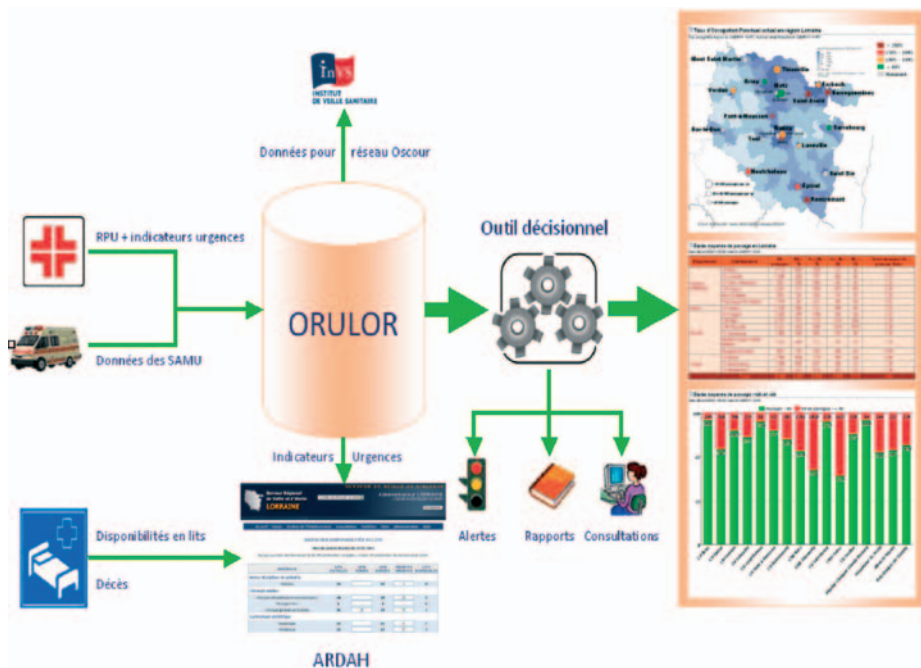
SAMU des Vosges (88-Épinal)	Septembre 2010
SAMU de Meuse (55-Verdun)	Novembre 2010
SAMU de Moselle (57-Metz)	Novembre 2010
SAMU de Meurthe et Moselle (54-Nancy)	Juin 2011

Architectures fonctionnelle et technique ORULOR

Les systèmes d'information des structures d'urgence et des SAMU lorrains produisent et transmettent les données d'activité à la plate-forme sante-lorraine qui héberge une base de données régionale (infocentre ORULOR). Certaines de ces données sont également utilisées en vue d'alimenter des applications tierces (ARDAH, SurSaUD®).

Les données de l'infocentre ORULOR sont exploitées au travers d'un outil décisionnel présentant les analyses sous forme de rapports dans un tableau de bord dédié et organisé en onglets thématiques.

Architecture fonctionnelle ORULOR



Pour une parfaite description d'ORULOR, on trouvera en annexe :

- Les données collectées, produites et remontées dans la base ORULOR.
- Une description technique d'ORULOR.
- Une description des flux de données.
- Des précisions quant au traitement des données et leur qualité.
- Les modalités d'accès à ORULOR.



LE COMITÉ RÉGIONAL ORULOR

Les membres du comité

L'Agence Régionale de Santé de Lorraine



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



Le Réseau Lorraine Urgences



La Fédération Hospitalière de France (FHF)



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



La Fédération de l'Hospitalisation Privée



STRUCTURE INVITÉE AU COMITÉ RÉGIONAL ORULOR

Le Groupement de Coopération Sanitaire
(GCS) Télésanté Lorraine



Les missions du comité

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

1

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

Axe Tension

2

- 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

3

- 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^{ème} quinzaine du mois qui suit chaque trimestre échu (la deuxième quinzaine de janvier, avril, juillet et octobre). Il est en lien permanent avec le GCS Télésanté Lorraine pour les aspects techniques, fonctionnels et qualité des données.

La représentation actuelle des membres 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	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
M. Benoît Bonfils	Statisticien – Chargé de mission – Référent CORRUS pour l'ARS

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
Mme Liliane Roux	CHU de Nancy	Directrice adjointe

FEHAP

M. Olivier Bello	Association Alpha Santé	Directeur des Systèmes d'Information
------------------	-------------------------	--------------------------------------

FHP

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

GCS Télésanté Lorraine (personnes en lien avec le Comité Régional)

M. Olivier Croissant	Chef de projet – Responsable sécurité des SI
M. Alex Di Fabio	Chef de projet



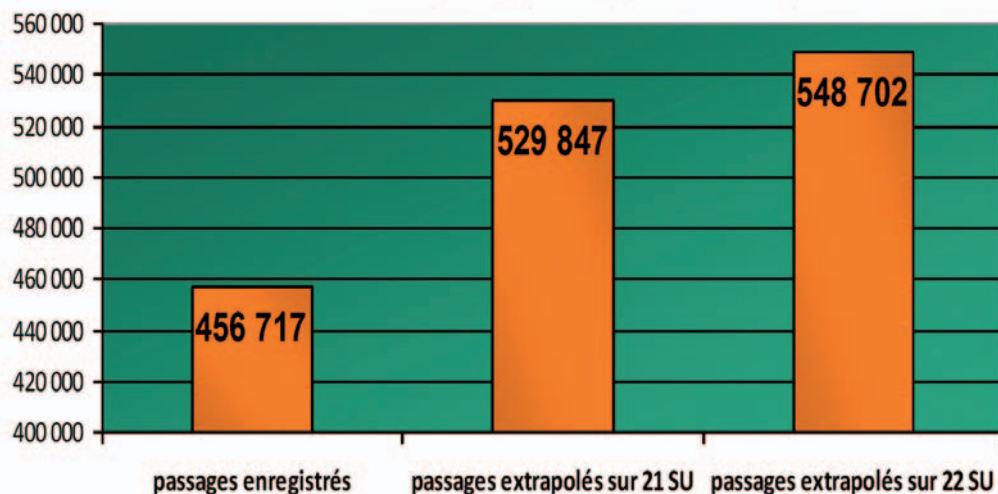
ACTIVITÉ 2011 DES SERVICES D'URGENCE DE LORRAINE

Les données présentées ci-après, issues de requêtes effectuées sur la base ORULOR sont globalement fiables en termes d'analyse régionale. Pour autant, certains chiffres sont susceptibles de se modifier. Un exemple classique est celui du décompte des passages pédiatriques ou des passages pour motifs gynécologiques. Dans plusieurs structures d'urgence (SU), la pédiatrie médicale est prise en compte sur un site différent de celui où sont vues les urgences adultes et pédiatriques traumatologiques. Or, ce second site n'est pas toujours connecté à l'observatoire et il en va très souvent de même pour les urgences gynécobstétricales. 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.

Activité régionale totale

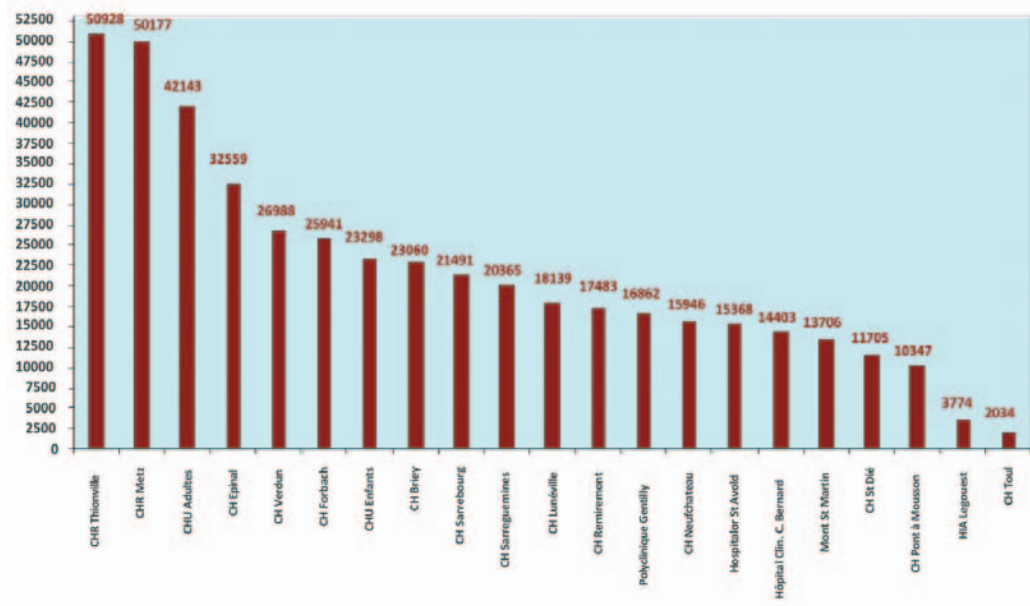
NOMBRE TOTAL DE PASSAGES ENREGISTRÉS ET EXTRAPOLÉS



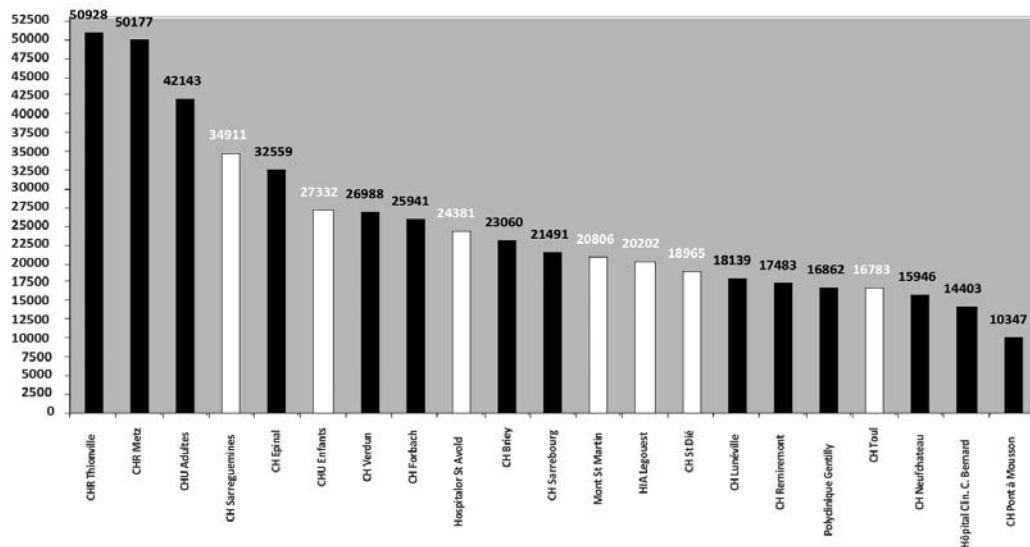
Le nombre de passages enregistrés en 2011 sur ORULOR est de 456 717. Ce chiffre ne représente pas le total des passages car, outre les remarques préliminaires, 21 services d'urgence sur 23 (hors urgences néonatales de la Maternité Régionale Universitaire de Lorraine) sont connectés et par ailleurs, certains services se sont connectés en cours d'année et sans avoir pu réintégrer les RPU antérieurs à la date de connexion. En extrapolant l'activité des 21 sites en année pleine, nous obtenons un nombre de passages de 529 847. Enfin, si nous rajoutons les passages déclarés du CH de Bar le Duc (non encore connecté), nous arrivons à un nombre de passages annuel en Lorraine de 548 702. Ce nombre de passage exclut la structure d'urgences du CH de Vittel ouverte au cours de l'année 2011 et dont l'activité pourrait être estimée (sur la base de l'activité en soins non programmés des années antérieures) à environ 8 000 passages. Le manque d'informations plus précises sur l'activité réelle des urgences du CH de Vittel nous oblige à l'exclure des analyses effectuées en 2011, qu'elles soient extrapolées ou non.



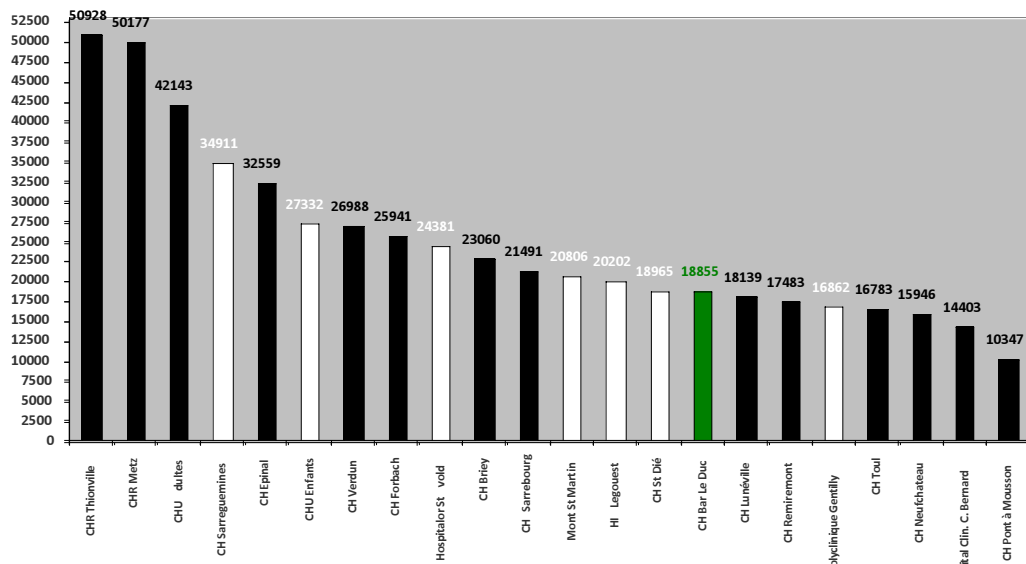
NOMBRE TOTAL DE PASSAGES ENREGISTRÉS PAR SU



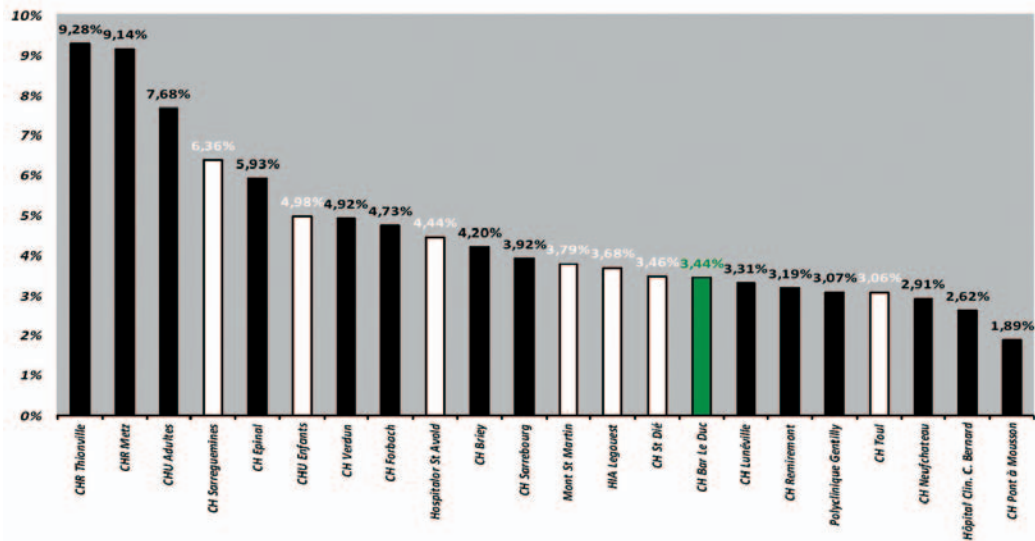
NOMBRE TOTAL DE PASSAGES EXTRAPOLÉS PAR SU CONNECTÉ



NOMBRE TOTAL DE PASSAGES EXTRAPOLÉS PAR SU SUR LES 22 SITES

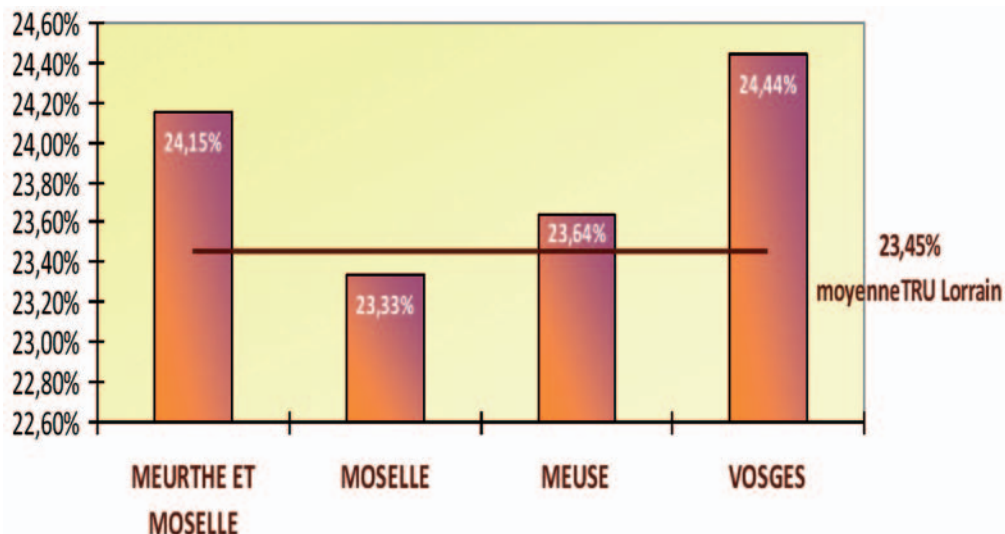


POURCENTAGE TOTAL DE PASSAGES EXTRAPOLÉS PAR SU SUR LES 22 SITES





TAUX DE RECOURS AUX URGENCES (TRU)



Ce taux de recours est défini comme le nombre de passages aux urgences rapporté à la population (INSEE 2007). En utilisant les données extrapolées, nous obtenons les taux suivants :

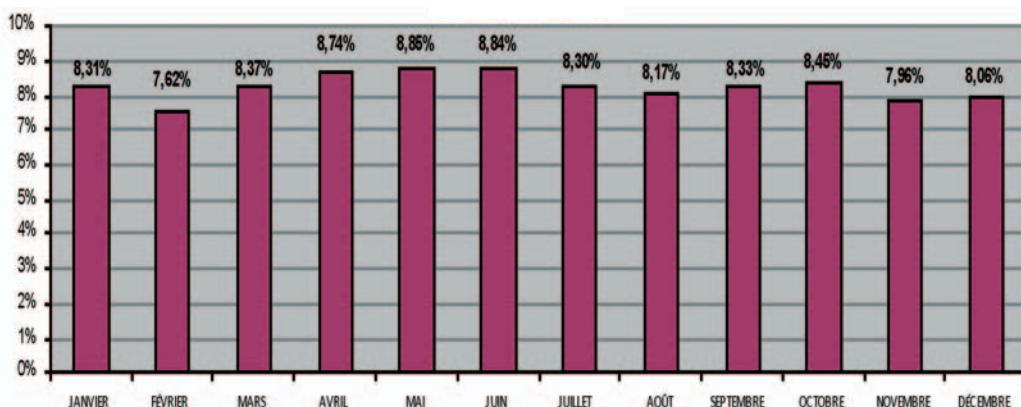
- TRU Lorrain = $548\ 702 / 2\ 339\ 881 = 23.45\%$
- TRU Moselle = $242\ 434 / 1\ 039\ 023 = 23.33\%$
- TRU Meurthe et Moselle = $175\ 472 / 726\ 592 = 24.15\%$
- TRU Meuse = $45\ 843 / 193\ 962 = 23.64\%$
- TRU Vosges = $84\ 953 / 380\ 304 = 22.33\%$ mais qui passe à 24.44% si nous prenons en compte une base de 8 000 passages environ au CH de Vittel.

Un TRU Lorrain de 23.45% signifie que près d'un Lorrain sur quatre consulte chaque année dans un service d'accueil des urgences (avec une approximation liée aux patients qui consultent plusieurs fois par an).

Il est par ailleurs intéressant de remarquer la faible variation de l'ordre de 1% entre les différents départements, ce qui montre l'absence d'impact de la densité de population (variant pourtant en Lorraine de 31 à 167).

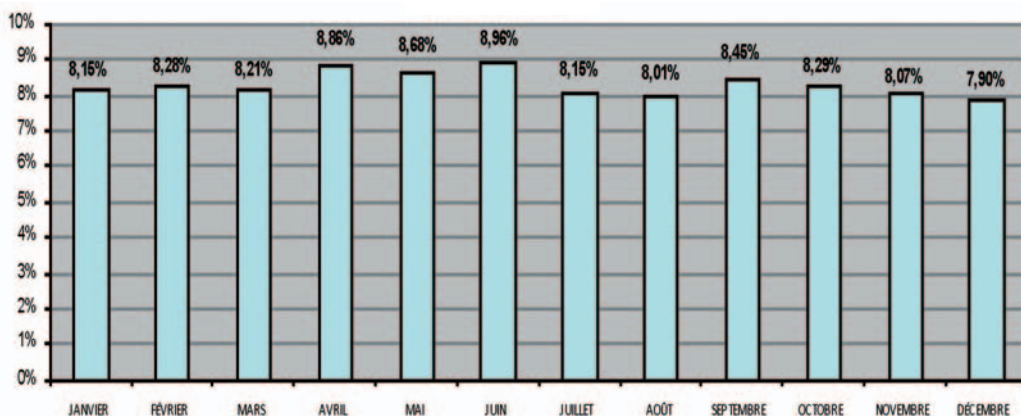
Activité par mois, jours de la semaine, heures et tranches d'âge

RÉPARTITION DES PASSAGES PAR MOIS EN %



Ce calcul a été fait à nombre de services connectés constant à savoir sur 14 SU.

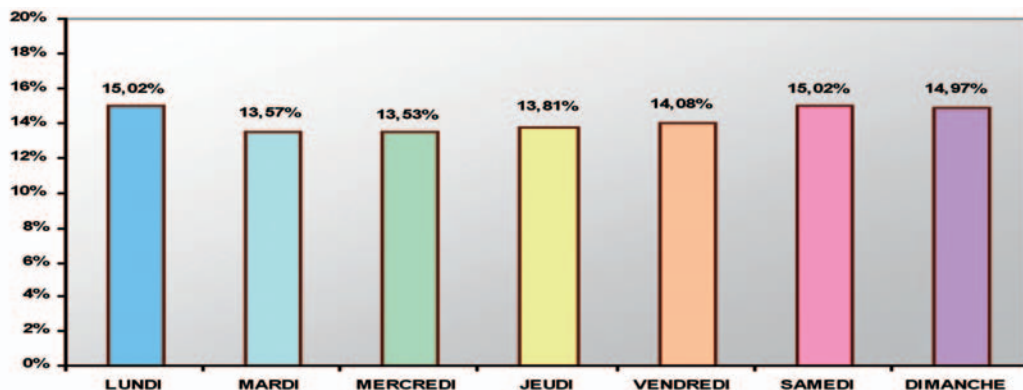
RÉPARTITION DES PASSAGES EN MOYENNE QUOTIDIENNE PAR MOIS ET EN %



Ces chiffres, exprimés en % de l'activité annuelle, sont obtenus en divisant le nombre de passages de chaque mois par le nombre de jour du mois. Cette répartition permet de gommer l'effet mois court ou long. C'est ainsi que le mois de février devient non plus dernier mois de l'année mais le sixième à quasi équivalence avec octobre en terme d'activité journalière.

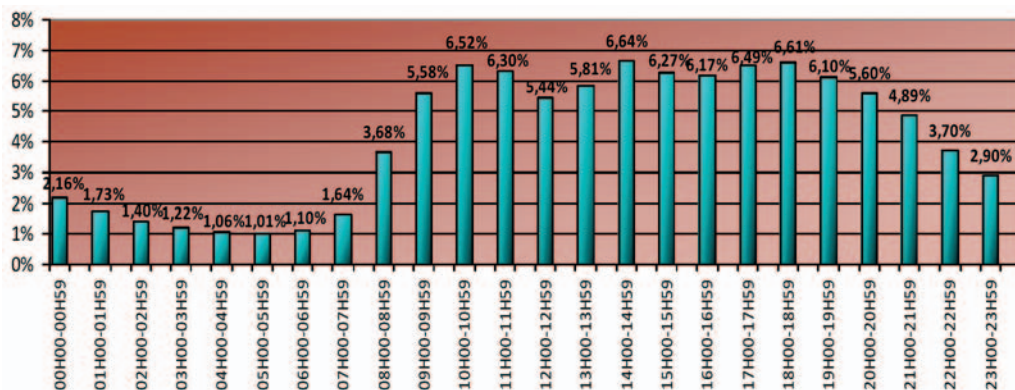


RÉPARTITION DES PASSAGES PAR JOUR DE LA SEMAINE



Les bornes horaires vont de 00h00 à 23h59 et non de 08h00 à 08h00 (ce qui pourrait expliquer une différence de ressenti). La requête est effectuée à SU non constant mais à nombre de jours de semaine constant. Cet histogramme montre la classique suractivité du week-end et du lundi, versus le relatif calme des mardis, mercredis, jeudis.

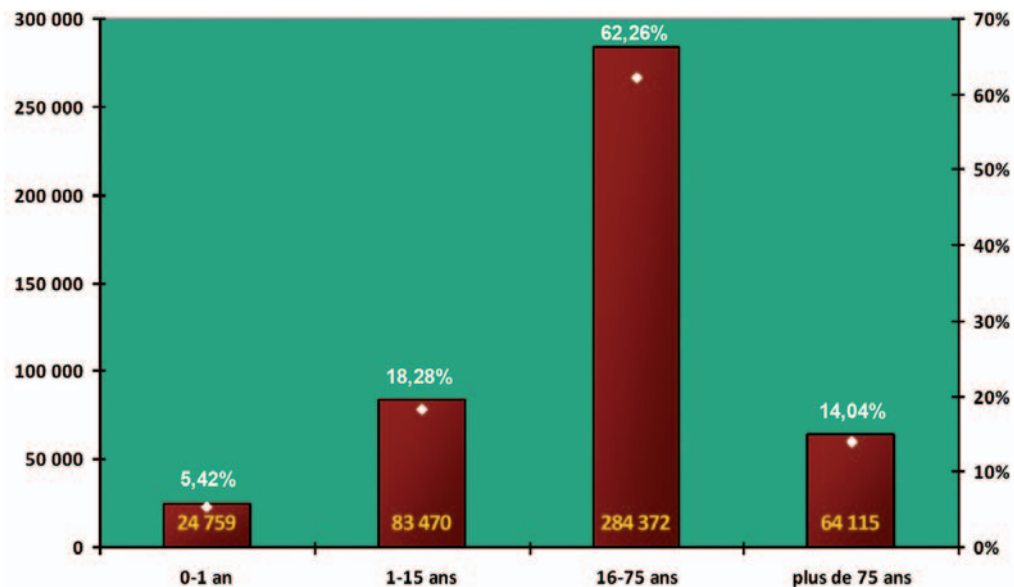
RÉPARTITION DES PASSAGES PAR HEURES DE LA JOURNÉE EN %



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. A noter, par ailleurs, que l'analyse SU par SU montre des répartitions sensiblement différentes.

Nous pouvons visualiser sur ce graphique trois pics d'activité : en milieu de matinée, en début d'après-midi et en début de soirée. A l'inverse, la tranche horaire 00H00 - 08H00 ne représente qu'environ 11% des admissions.

RÉPARTITION DES PASSAGES PAR TRANCHES D'ÂGE



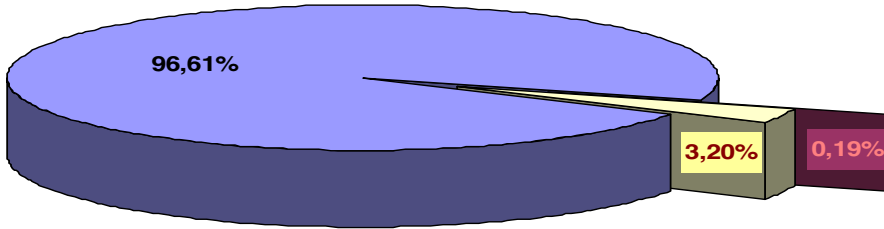
A noter, une probable sous-représentation de l'activité pédiatrique mais pas majeure car l'ensemble de l'activité pédiatrique est enregistrée sur les gros sites.

L'activité pédiatrique, définie comme concernant les enfants de moins de 16 ans, représente donc un peu moins d'un quart des passages. L'activité gériatrique (> 75 ans) représente quant à elle 14% des passages mais avec une part variable en fonction des services.



Modalités d'admission

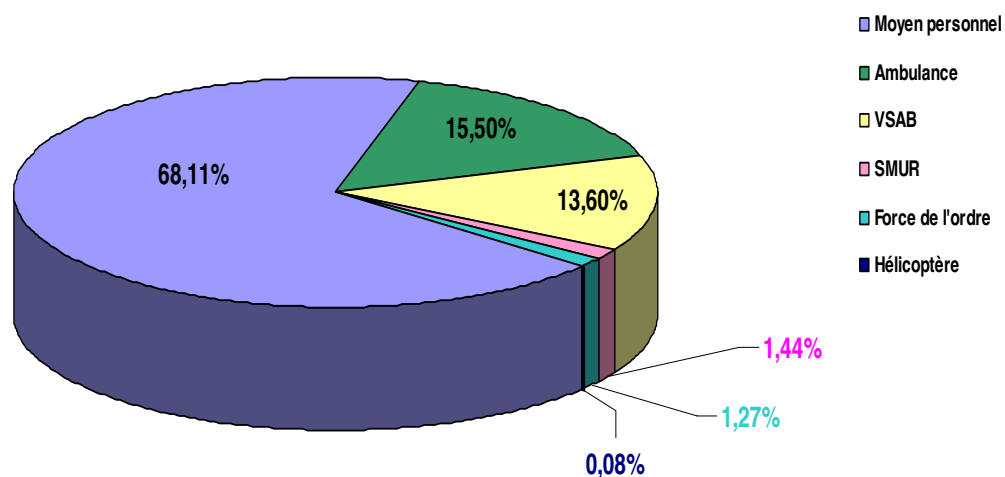
RÉPARTITION DES PASSAGE EN FONCTION DES MODES D'ENTRÉE



- Domicile : le malade vient de son domicile ou de son substitut
- Mutation : le malade vient d'une autre unité médicale de la même structure
- Transfert : le malade vient d'une autre entité juridique

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

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



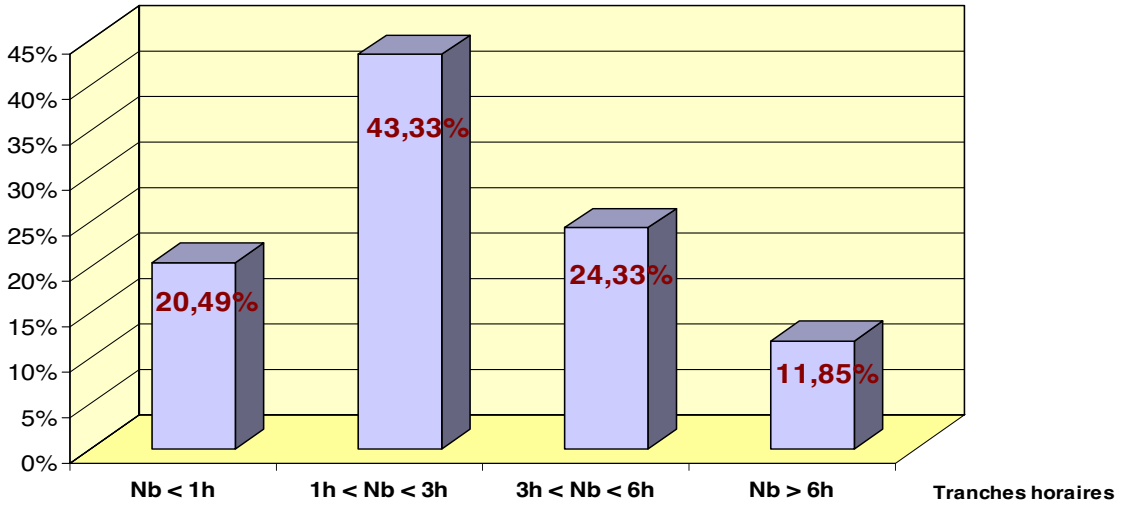
Près de 70 % des patients se présentent par leurs propres moyens. La comparaison des répartitions des modes de transport à l'admission par département est probablement intéressante (en particulier associé au nombre et au type de vecteurs déclenchés par les SAMU) mais l'absence de données sur ce paramètre en provenance de la Meuse rend cette analyse pour l'instant impossible.

Lorsque les patients sont transportés, ils le sont légèrement plus par ambulance que par VSAB, et ce, en cohérence avec les vecteurs déclenchés par les SAMU.



Durées de passage

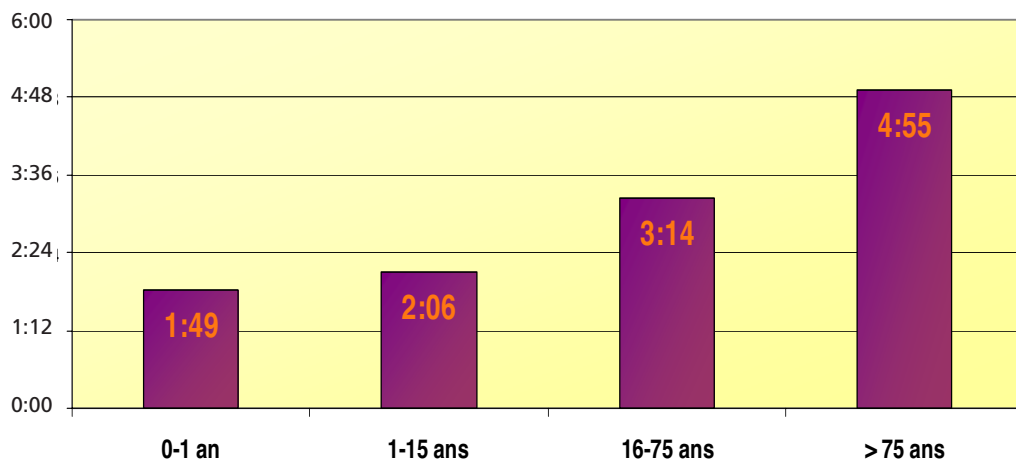
DURÉE MOYENNE DE PASSAGE RÉPARTIE PAR TRANCHES HORAIRES



Plus de 60% des patients sont pris en charge en moins de 3 heures mais ils sont plus de 10% à passer plus de 6 heures dans les services d'urgence de Lorraine. A noter que les « groupes 4 »¹ sont inclus dans ce décompte.

¹ Groupe de patients admis administrativement mais non installé en UHCD. Pour ces patients, un codage en consultation n'est pas concevable du fait d'un défaut de valorisation d'activité mais ils sont gardés par obligation dans la partie accueil des urgences pour des raisons structurelles : attente prolongée d'examen complémentaires, d'avis spécialisé ou de transfert, absence d'UHCD ou dépassement de sa capacité d'accueil, recours important au plateau technique.

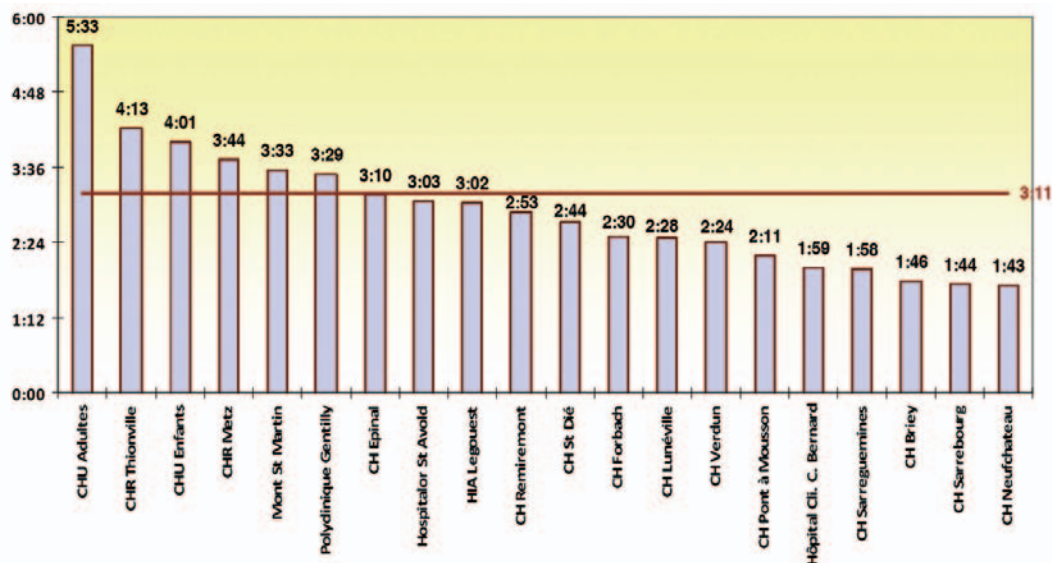
DURÉE MOYENNE DE PASSAGE EN FONCTION DES TRANCHES D'ÂGE



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. Cette constatation semble être entre autres corrélée aux pourcentages de CCMU 1 pour ces différentes patientèles.



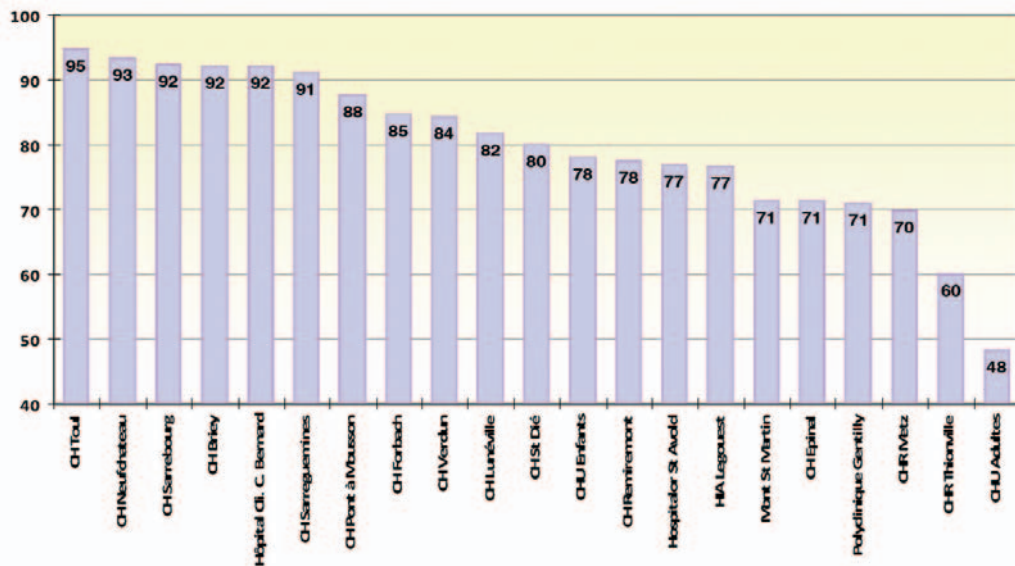
DURÉE MOYENNE DE PASSAGE PAR SU



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. A 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 terme de durée moyenne de passage. La durée moyenne de passage en Lorraine est de 3h11.

Cette moyenne est très voisine des durées moyennes retrouvées dans les quelques régions disposant d'un observatoire.

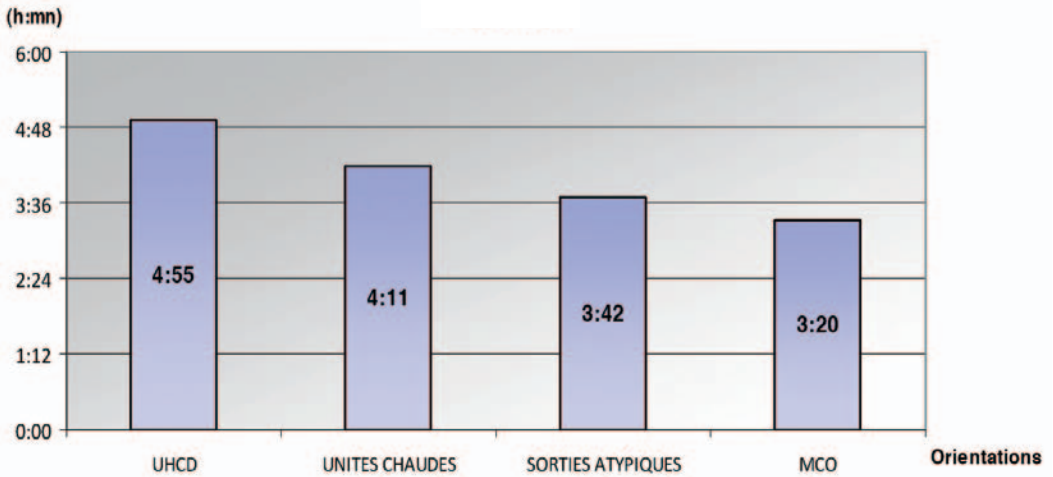
POURCENTAGE DE PASSAGES DE MOINS DE 4 H PAR ÉTABLISSEMENT



Seuls six établissements sont éloignés de la barre très théorique de 80% de passage 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.



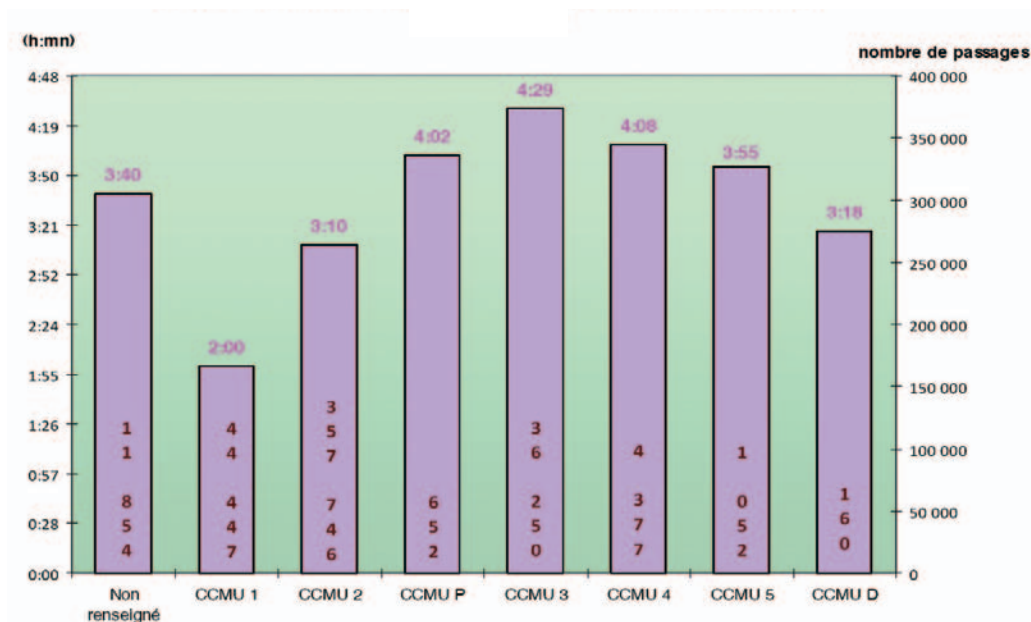
DURÉE MOYENNE DE PASSAGE EN FONCTION DE L'ORIENTATION



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 (rarement « CCMU1 ») passe en moyenne près de 3H30 aux urgences. La durée moyenne de passage de 5H00 des patients hospitalisés en UHCD correspond probablement à une partie non négligeable d'hospitalisations faute de place.

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

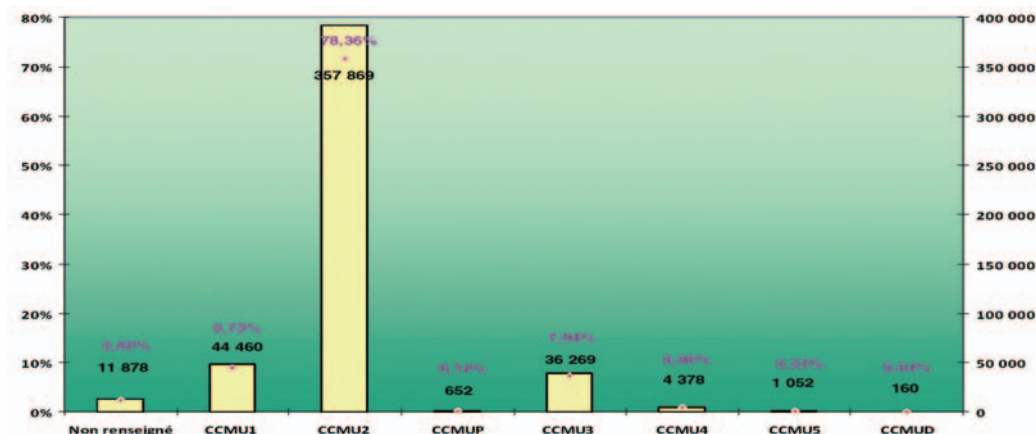


La réalisation d'un examen complémentaire chez un patient non grave augmente de plus de 1 heure sa durée moyenne de passage. Les patients les plus graves ont une durée moyenne de passage d'au moins quatre heures, soit le double des patients bénéficiant d'une simple consultation.



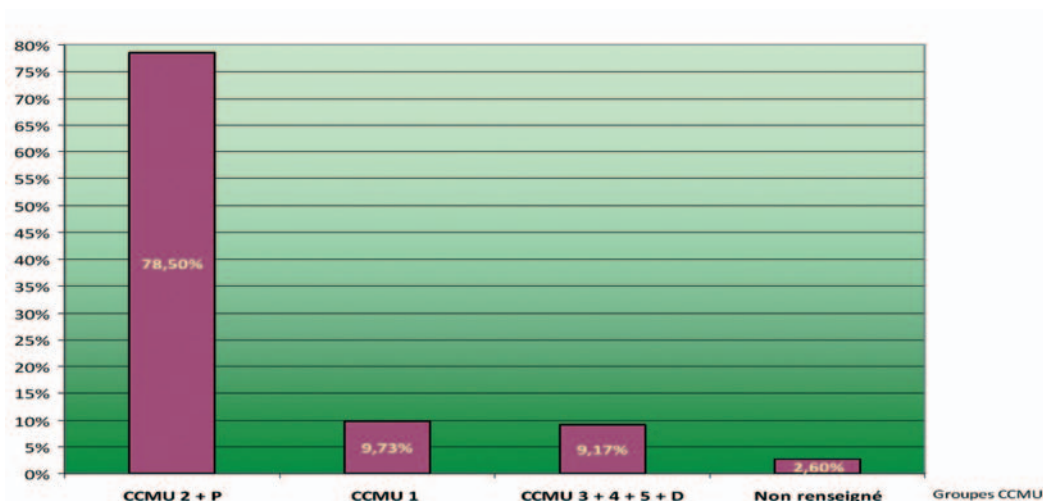
Gravité (CCMU) et GEMSA

RÉPARTITION DES PASSAGES EN FONCTION DE LA GRAVITÉ

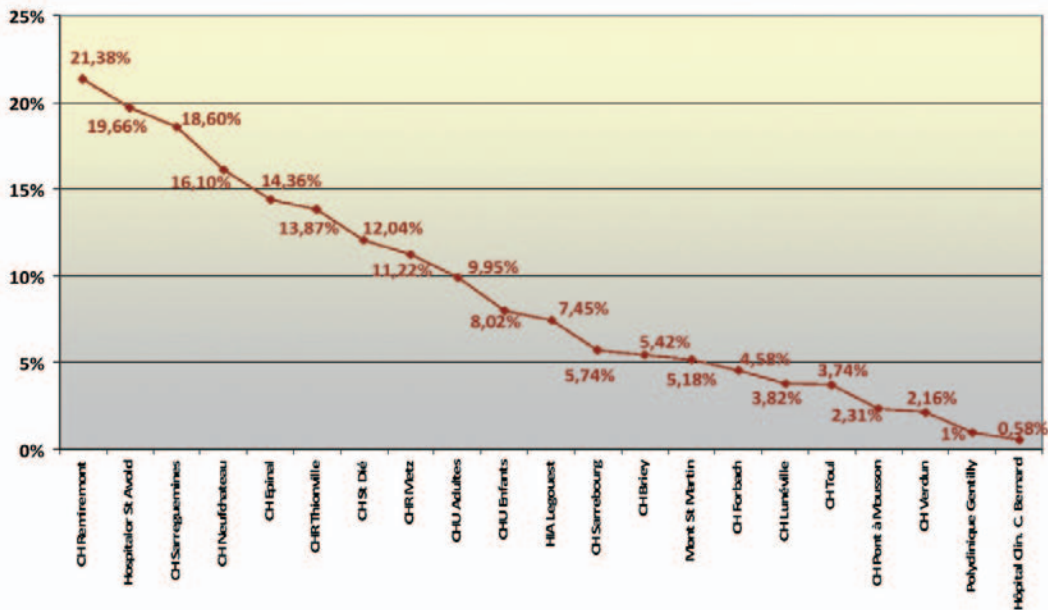


Les « simples » consultations représentent moins de 10% des passages en Lorraine versus près de 80% pour les consultations nécessitant des examens complémentaires. Quant aux urgences « graves », elles représentent également un peu moins de 10% des passages aux urgences.

POURCENTAGE DE PASSAGES PAR REGROUPEMENT DE CCMU



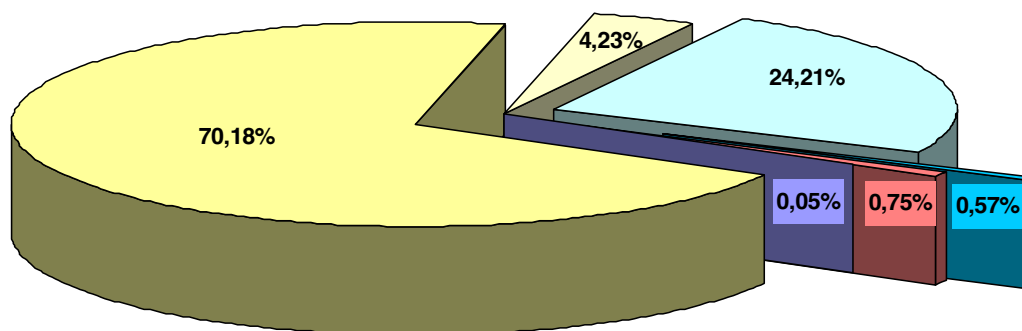
CCMU1 EN % PAR ÉTABLISSEMENT



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.



RÉPARTITION DES PASSAGES EN FONCTION DU GEMSA

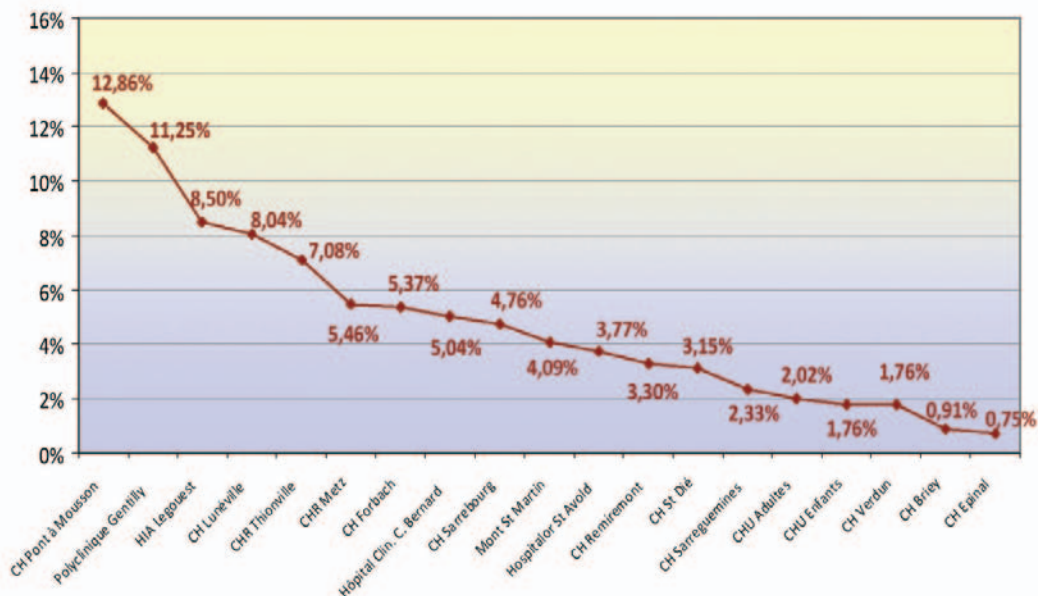


- GEMSA 1 : Patient décédé à l'arrivée ou avant toute réa.
- GEMSA 2 : Patient non convoqué sortant après consultations ou soins
- GEMSA 3 : Patient convoqué pour des soins à distance de la prise charge initiale
- GEMSA 4 : Patient non attendu et hospitalisé après passage aux urgences
- GEMSA 5 : Patient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

Les GEMSA 4 sont en cohérence avec les modes de sortie. Concernant les GEMSA 2, la sous-évaluation par rapport à l'équivalent en mode de sortie est probablement liée à des erreurs de cotation d'une partie des 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, le patient vu aux urgences et reconvoqué pour suite de soins dans une consultation de l'établissement mais pas aux urgences.

GEMSA 3 EN % PAR ÉTABLISSEMENT



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



Codage diagnostique

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 et non modifiée en fonction des diagnostics de sortie en cas d'hospitalisation.

Les tableaux présentés ont été réalisés à établissement constant (13 SU)² en utilisant un regroupement diagnostique (appelé syndromique) élaboré par l'InVS. Ce regroupement est indispensable pour dégager les principales pathologies rencontrées, mais aussi limiter le pourcentage « d'autres diagnostics » (qui passent de moins de 40% à plus de 80%).

Autre remarque préliminaire qui concerne les diagnostics pédiatriques, une surreprésentation des diagnostics traumatologiques est probable compte tenu du fait que dans plusieurs services d'urgence, les urgences pédiatriques médicales sont accueillies au sein d'un service de pédiatrie non connecté à l'observatoire.

Ces remarques étant formulées, quelques points méritent d'être soulignés. Pour les quatre classes d'âge observées (moins de 2 ans, les 2-14 ans, les 15-74 ans et les 75 ans et plus), les traumatismes représentent la première cause de passage aux urgences. Chez les enfants âgés de 2 à 14 ans, ils ont même été responsables de la moitié des passages en 2011.

Par contre, la deuxième cause de passage dans un service d'urgence est plus variable : chez les moins de 2 ans et les 2-14 ans, ce sont les infections ORL tandis que chez les 15-74 ans, ce sont les douleurs abdominales non spécifiques et chez les 75 ans et plus, les malaises.

Les pathologies infectieuses (gastro-entérites, bronchiolites, ...) et les symptômes pouvant y être associés (fièvre, douleurs abdominales, ...) sont plus fréquemment des causes de passage aux urgences chez les enfants (moins de 15 ans) que chez les adultes. Il est en de même pour les allergies et l'asthme. Par contre, chez les personnes âgées de 15 à 74 ans, des pathologies liées aux comportements (alcool, stress,...) sont présentes parmi les 10 premières causes de passage aux urgences et chez les personnes âgées de plus de 75 ans, les pathologies cardiovasculaires sont plus fréquentes. Enfin, dans cette dernière tranche de population, les pathologies à symptomatologie dominante respiratoire (pneumopathie, décompensation cardiaque, dyspnée) représentent près de 14% des passages.

² C.H. de Pont-à-Mousson ; C.H.U. de Nancy – Hôpital Central à Nancy ; Polyclinique de Gentilly et Saint Don à Nancy ; C.H. de Lunéville C.H. de Briey ; C.H. Saint-Nicolas à Verdun ; C.H. Marie-Madeleine à Forbach ; C.H. Saint-Nicolas à Sarrebourg ; C.H.R. Metz-Thionville, Bonsecours et Bel Air ; Hôpital-Clinique Claude Bernard à Metz ; C.H. Émile Durkheim à Épinal ; C.H. de Remiremont

TRANCHE D'ÂGE COMPRISE ENTRE 0 ET MOINS DE 2 ANS

Regroupement syndromique	Nbre de passages par regroupements syndromiques	en %
Traumatisme	3158	19,5%
Infections ORL	3041	18,8%
Fièvre isolée	1248	7,7%
Bronchiolite	1037	6,4%
Gastro-entérites	709	4,4%
Douleurs abdominales spécifiques	456	2,8%
Dermato autres (gale, pédiculose,...)	361	2,2%
Douleurs abdominales non spécifiques	258	1,6%
Bronchite aiguë	202	1,2%
Allergie	182	1,1%
Autres	5554	34,3%

TRANCHE D'ÂGE COMPRISE ENTRE 2 ET MOINS DE 15 ANS

Regroupement syndromique	Nbre de passages par regroupements syndromiques	en %
Traumatisme	25658	51,3%
Infections ORL	3745	7,5%
Douleurs abdominales non spécifiques	1902	3,8%
Douleurs abdominales spécifiques	1473	2,9%
Fièvre isolée	1207	2,4%
Allergie	672	1,3%
Corps étrangers	653	1,3%
Gastro-entérites	643	1,3%
Neurologie autre (migraine, vertige,...)	584	1,2%
Asthme	529	1,1%
Autres	13104	26,2%

**TRANCHE D'ÂGE COMPRISE ENTRE 15 ET MOINS DE 75 ANS**

Regroupement syndromique	Nbre de passages par regroupements syndromiques	en %
Traumatisme	77227	34,8%
Douleurs abdominales non spécifiques	9137	4,1%
Douleur thoracique	8311	3,7%
Malaise	7039	3,2%
Neurologie autre (migraine, vertige,...)	6810	3,1%
Douleurs abdominales spécifiques	6203	2,8%
Alcool	5663	2,6%
Demande de certificat	4686	2,1%
Troubles anxieux	4321	1,9%
Infection cutanée et sous-cutanée	3869	1,7%
Autres	88766	40,0%

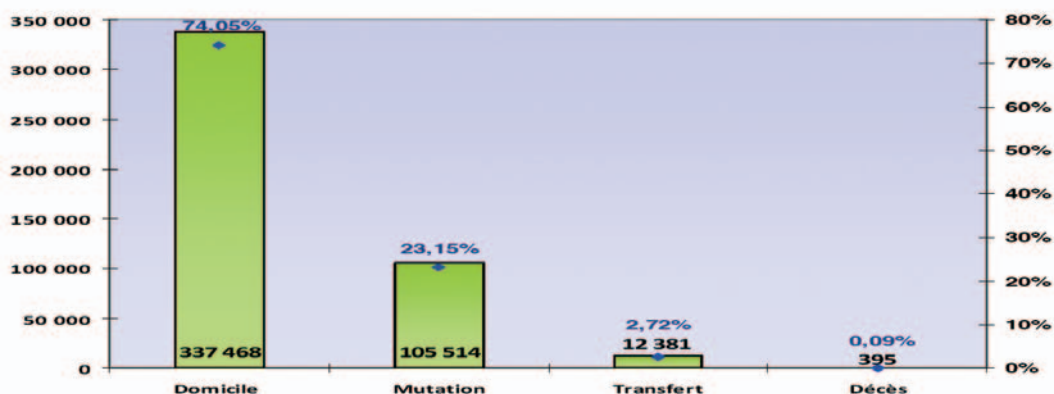
TRANCHE D'ÂGE À PARTIR DE 75 ANS

Regroupement syndromique	Nbre de passages par regroupements syndromiques	en %
Traumatisme	12161	22,8%
Malaise	4845	9,1%
Pneumopathie	3028	5,7%
Décompensation cardiaque	2675	5,0%
Dyspnée, insuffisance respiratoire	2433	4,6%
Douleurs abdominales spécifiques	2249	4,2%
AVC	2050	3,8%
Douleur thoracique	1629	3,1%
Trouble du rythme ou de conduction	1511	2,8%
Douleurs abdominales non spécifiques	1511	2,8%
Autres	19254	36,1%

Modalités de sortie

Le taux d'hospitalisation moyen 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. 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.

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



TABLEAU DES MODES DE SORTIE PAR ÉTABLISSEMENT EN %

SU connectés :	MODES DE SORTIE en %				TOTAL
	Domicile	Mutation	Transfert	Décès	
CH BRIEY	78,17%	20,27%	1,53%	0,03%	100,00%
CH EPINAL	68,91%	28,64%	2,31%	0,14%	100,00%
CH FORBACH	79,26%	15,88%	4,81%	0,05%	100,00%
CH LUNEVILLE	72,81%	25,06%	2,10%	0,03%	100,00%
CH NEUFCHATEAU	62,30%	35,55%	1,88%	0,26%	100,00%
CH PONT A MOUSSON	73,22%	19,42%	7,27%	0,09%	100,00%
CH REMIREMONT	71,62%	25,59%	2,68%	0,11%	100,00%
CHR METZ	73,31%	23,08%	3,46%	0,15%	100,00%
CHR THIONVILLE	75,86%	21,39%	2,67%	0,09%	100,00%
CH SARREBOURG	76,85%	20,56%	2,54%	0,06%	100,00%
CH SARREGUEMINES	78,61%	21,39%			100,00%
CH SAINT DIE	69,30%	29,03%	1,59%	0,08%	100,00%
CHU ADULTES	72,28%	23,30%	4,33%	0,09%	100,00%
CHU ENFANTS	72,93%	25,77%	1,27%	0,03%	100,00%
CH VERDUN	70,37%	28,93%	0,63%	0,08%	100,00%
HIA LEGUEST	81,37%	15,79%	2,84%		100,00%
HOPITAL CLIN. C. BERNARD	85,68%	13,61%	0,69%	0,03%	100,00%
HOSPITALOR SAINT AVOLD	72,90%	20,83%	6,20%	0,07%	100,00%
MONT ST MARTIN	73,67%	24,52%	1,66%	0,15%	100,00%
POLYCLINIQUE GENTILLY	76,60%	19,62%	3,71%	0,07%	100,00%
Moy. mode de sortie	74,05%	23,15%	2,72%	0,09%	100,00%

Modalités d'orientation

RÉPARTITION DES PASSAGES EN NOMBRE ET EN % FONCTION DES MODES D'ORIENTATION

Le mode d'orientation est l'un des paramètres qui souffre le plus d'un défaut d'exhaustivité lié principalement à un défaut de paramétrage de cette table dans certains progiciels mais aussi d'un interfaçage avec un SIH n'intégrant pas les notions de MCO, SSR et USLD. L'utilisation du ROR pour alimenter ces tables pourrait être une solution intéressante.

Par ailleurs, cette rubrique « modes d'orientation » du RPU mélange curieusement des patients hospitalisés (MCO, UHCD, unités chaudes regroupant réanimation/USI/USC, HDT-HO) et des patients qui ne le sont pas (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.

Compte tenu de ces remarques préliminaires, quelques points peuvent néanmoins être soulignés.

En moyenne, 20% des « hospitalisations » le sont en UHCD mais ce % est non seulement variable en fonction des établissements, mais aussi en fonction des périodes de la semaine, à savoir périodes ouvrables et non ouvrables (3/5^{ème} du temps). En effet, nous avons pu mettre en évidence que ce % pouvait aller jusqu'à près de 50% en périodes non ouvrables dans certains établissements



En ce qui concerne les unités chaudes, elles représentent environ 5% des « hospitalisations » (pourcentage sous évalué car ne prenant pas en compte les entrées directes dans ces unités).

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 sorties atypiques, elles représentent environ 9% des « hospitalisations » (ou encore une fois, plutôt des patients ne rentrant pas à domicile après un passage « typique »).

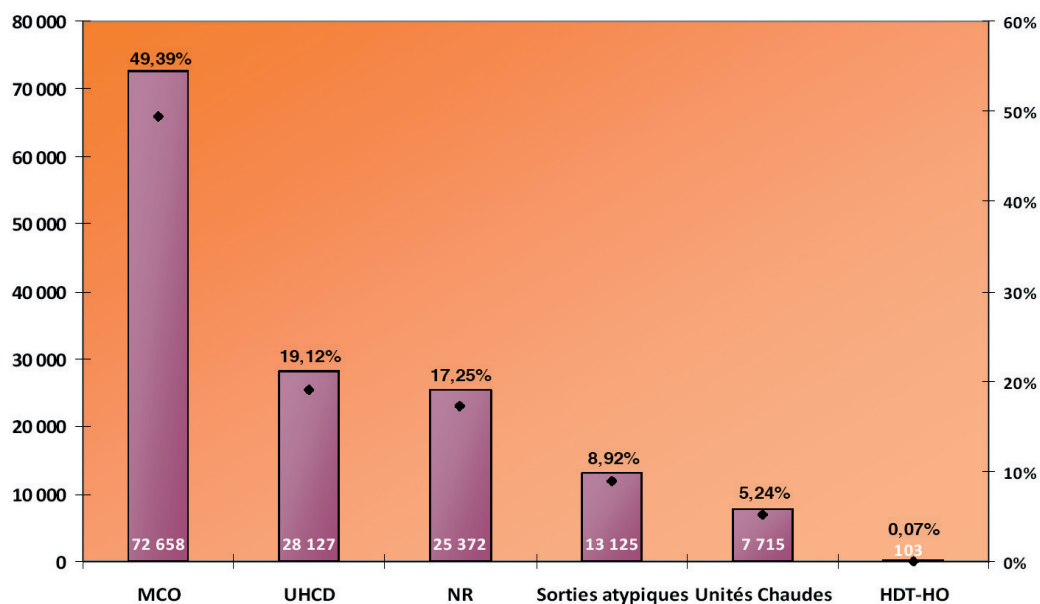


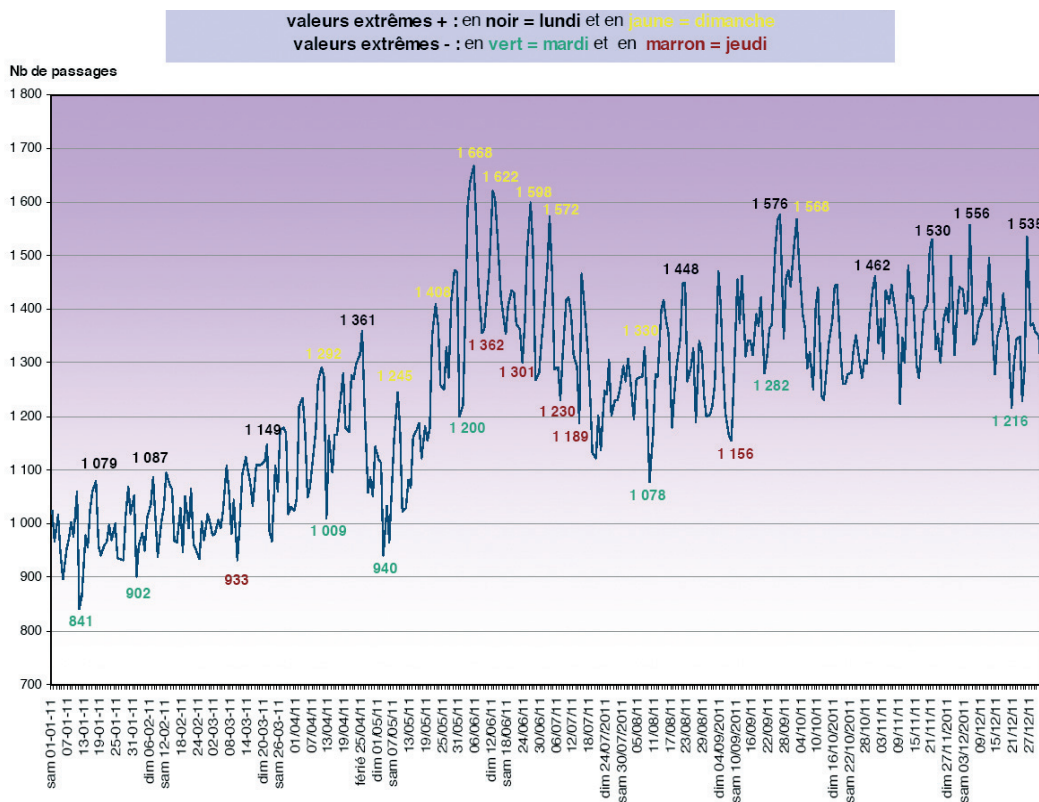
TABLEAU DES MODES D'ORIENTATION PAR ÉTABLISSEMENT EN %

SU connectés :	ORIENTATIONS						
	MCO	UHCD	Non renseigné	Sorties atypiques	Unités Chaudes	HDT-HO	REO
CH BRIEY	71,12%	12,63%	6,87%	2,19%	5,26%	1,92%	0%
CH EPINAL	41,61%	36,67%	6,56%	9,84%	5,32%	0%	0%
CH FORBACH	39,79%	26,70%	20,76%	11,12%	1,62%	0%	0%
CH LUNEVILLE	45,33%	29,82%	6,84%	11,52%	6,50%	0%	0%
CH NEUFCHATEAU	82,15%	8,73%	0%	0,40%	8,58%	0,07%	0,07%
CH PONT A MOUSSON	20,79%	46,06%	25,44%	7,72%	0%	0%	0%
CH REMIREMONT	79,90%	0,40%	9,38%	4,74%	5,58%	0%	0%
CHR METZ	41,24%	32,15%	11,40%	11,52%	3,70%	0%	0%
CHR THIONVILLE	42,21%	27,08%	9,23%	17,93%	3,55%	0%	0%
CH SARREBOURG	79,83%	0,25%	10,60%	5,64%	3,68%	0%	0%
CH SARREGUEMINES	94,92%	4,67%	0%	0%	0,41%	0%	0%
CH SAINT DIE	52,52%	26,49%	4,74%	8,98%	7,26%	0%	0%
CHU ADULTES	3,92%	14,86%	59,41%	18,67%	3,14%	0%	0%
CHU ENFANTS	0,79%	3,32%	89,15%	6,42%	0,33%	0%	0%
CH VERDUN	65,10%	21,29%	2,02%	4,26%	7,34%	0%	0%
HIA LEGUEST	73,58%	0%	13,53%	11,00%	1,90%	0%	0%
HOPITAL CLIN. C. BERNARD	85,81%	0%	4,45%	3,61%	6,14%	0%	0%
HOSPITALOR SAINT AVOLD	24,71%	13,19%	19,87%	10,34%	31,89%	0%	0%
MONT ST MARTIN	12,31%	41,44%	28,00%	15,47%	2,78%	0%	0%
POLYCLINIQUE GENTILLY	33,91%	18,73%	14,52%	6,46%	26,38%	0%	0%



Courbes d'activité régionale

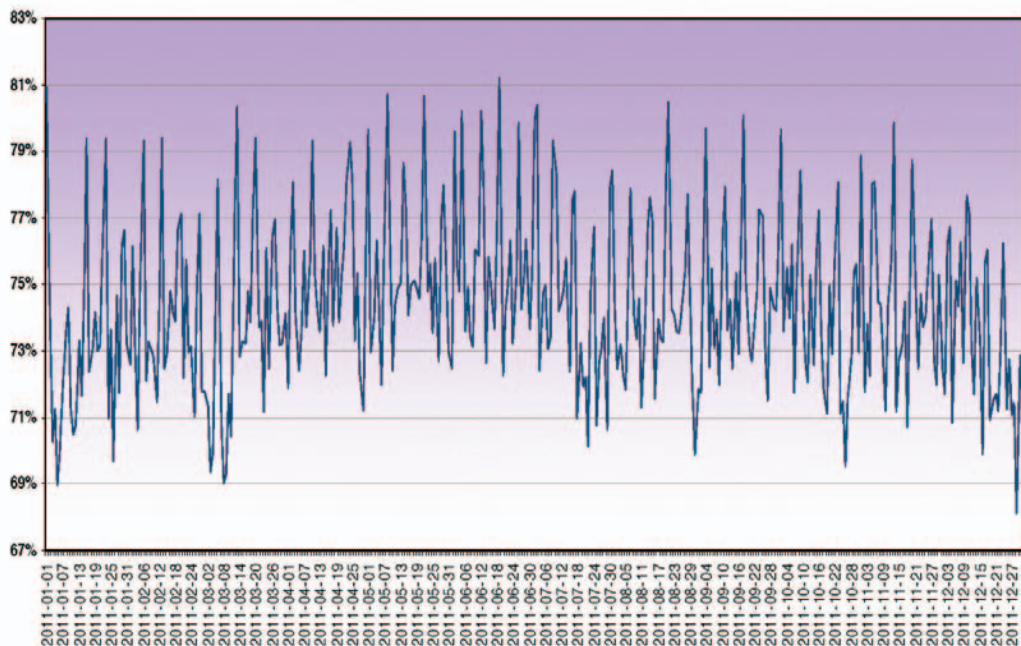
VARIATION DU NOMBRE TOTAL DE PASSAGES JOURNALIER



Il s'agit du nombre de passages enregistrés sur l'observatoire chaque jour de l'année. Cette courbe est à interpréter en sachant que le nombre d'établissements connectés n'est pas constant sur cette année 2011, à savoir 14 établissements en début d'année et 21 en fin d'année.

A noter, un code couleur qui permet de confirmer les variations régulières d'activité en fonction des jours de la semaine.

VARIATION DU POURCENTAGE JOURNALIER DE RETOUR À DOMICILE



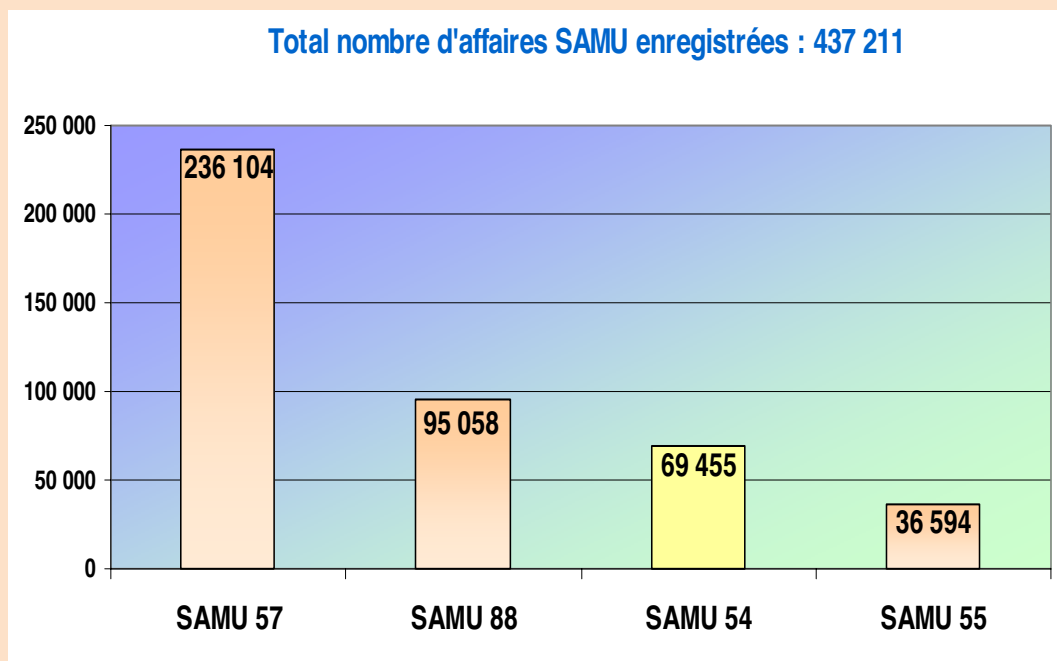
Les fluctuations du pourcentage de retour à domicile vont de 69 à 81% sans « cycle » évident. Ce paramètre est certainement intéressant en terme de signal d' « hôpital en tension » mais à condition de réussir à déterminer un ou des seuils d'alerte significatifs. ■



ACTIVITÉ 2011 DES SAMU DE LORRAINE

Nombre d'affaires traitées

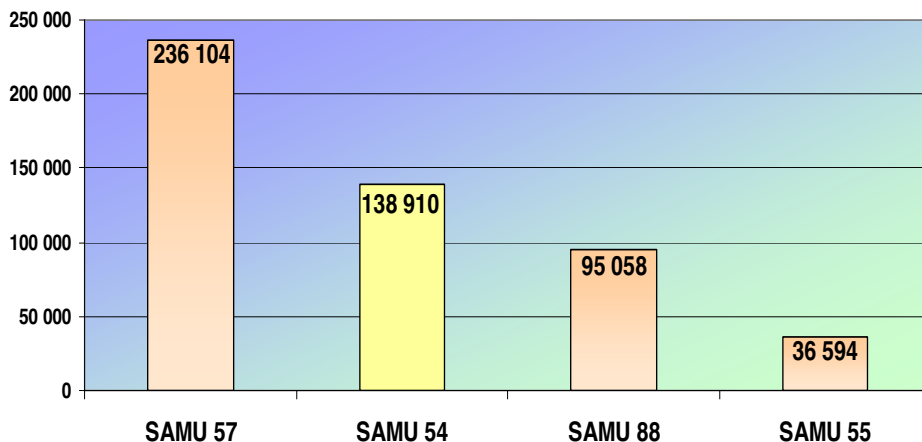
NOMBRE D'AFFAIRES ENREGISTRÉES SUR L'OBSERVATOIRE PAR SAMU



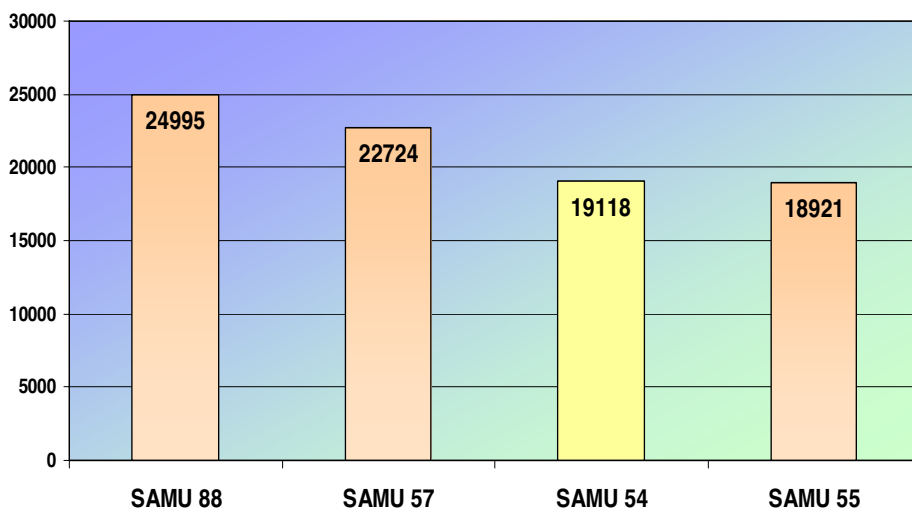
Les données des SAMU 55/57/88 sont des données portant sur l'ensemble de l'année 2011. Par contre, les données du SAMU 54 ne concernent que les six derniers mois de l'année. Par ailleurs, la saisie des affaires de permanence des soins ambulatoire (PDSA) sur le progiciel SAMU est variable en fonction des sites. En effet, les affaires PDSA du département de la Moselle ne sont saisies qu'en période de fermeture de la régulation spécifique PDSA qui dispose d'un logiciel propre et qui est active les week-ends et jours fériés mais aussi les soirs de semaine jusqu'à 01h. A l'inverse, dans les autres départements, toute l'activité PDSA est saisie sur le progiciel SAMU.

NOMBRE D'AFFAIRES EXTRAPOLÉES PAR SAMU

Total nombre d'affaires SAMU extrapolées : 506 666
(avec extrapolation sur 6 mois pour le SAMU 54)



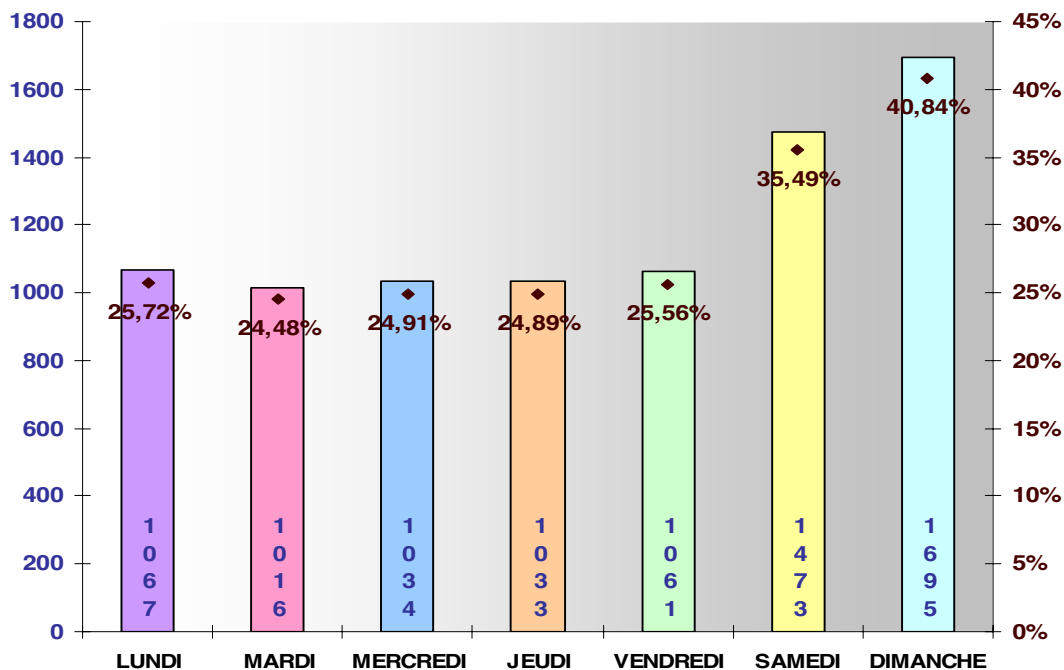
NOMBRE D'AFFAIRES EXTRAPOLÉES PAR SAMU POUR 100 000 HABITANTS



Le nombre d'affaires extrapolées par SAMU pour 100 000 habitants semble cohérent avec pour autant 2 SAMU semblant plus sollicités (en particulier en réintégrant la PDS 57). Mais il serait intéressant de distinguer dans ces chiffres globaux, la part de l'activité relevant strictement des PARM par exemple en dénombrant les dossiers médicaux de régulation.



VARIATION DU NOMBRE TOTAL D'AFFAIRES JOURNALIER



Nous retrouvons ici la classique suractivité du week-end en rapport avec la PDS. De nouveau, cette suractivité est sous évaluée par la non-intégration de la plupart de la PDS du SAMU 57.

Nombre d'effecteurs déclenchés par les SAMU

Ces tableaux doivent être interprétés avec prudence car les extractions automatiques issues des progiciels des SAMU ne sont pas totalement consolidées. Concernant le SAMU 54, certaines données proviennent d'une requête effectuée directement sur le progiciel concerné.

Pour ce qui est des effecteurs médecins, il faut toujours tenir compte de la particularité du SAMU 57.

Compte tenu de ces réserves, les quatre SAMU de Lorraine ont engagé sur 2011 environ :

- 24 000 médecins libéraux
- 55 000 ambulances privées
- 43 000 VSAV (correction via une autre requête sur le progiciel du SAMU 54)
- 16 446 SMUR primaires et 6 356 SMUR secondaires

Ils ont enregistré 2 398 décès, à mettre en parallèle avec les 395 décès des urgences (mais chiffre non exhaustif).

RÉPARTITION DES EFFECTEURS DÉCLENCHÉS PAR SAMU

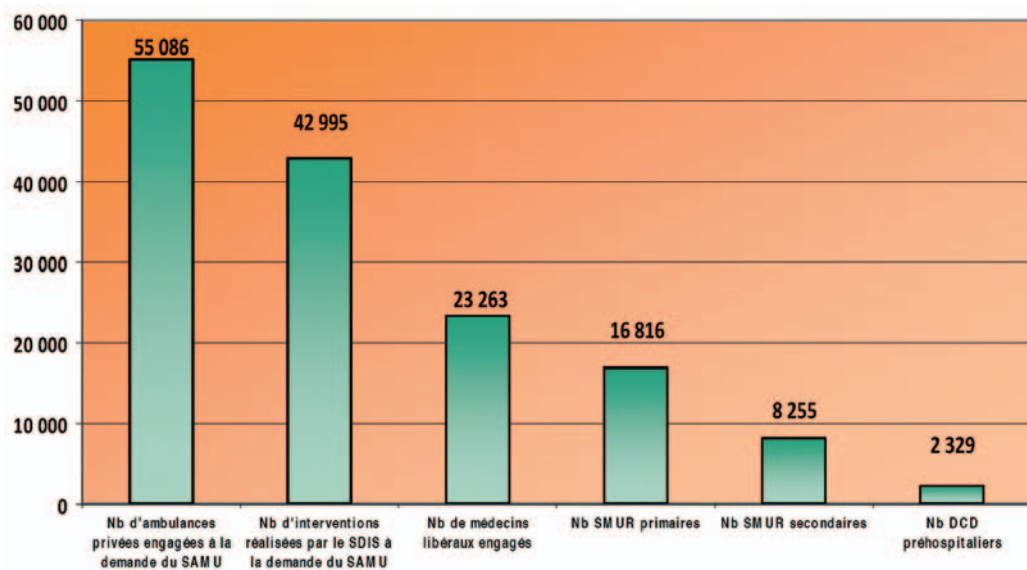
SAMU	Nb de médecins libéraux engagés	Nb d'ambulances privées engagées à la demande du SAMU	Nb d'interventions réalisées par le SDIS à la demande du SAMU	Nb DCD pré-hospitaliers	Nb SMUR primaires	Nb SMUR secondaires
54	14813	16909	14755	808	5515	3072
55	1 433	6 320	1 156	263	2 051	268
57	3 284	20 759	19 935	777	5 922	2 062
88	4 462	11 098	7 149	550	2 958	954
TOTAL	23992	55086	42995	2398	16446	6356



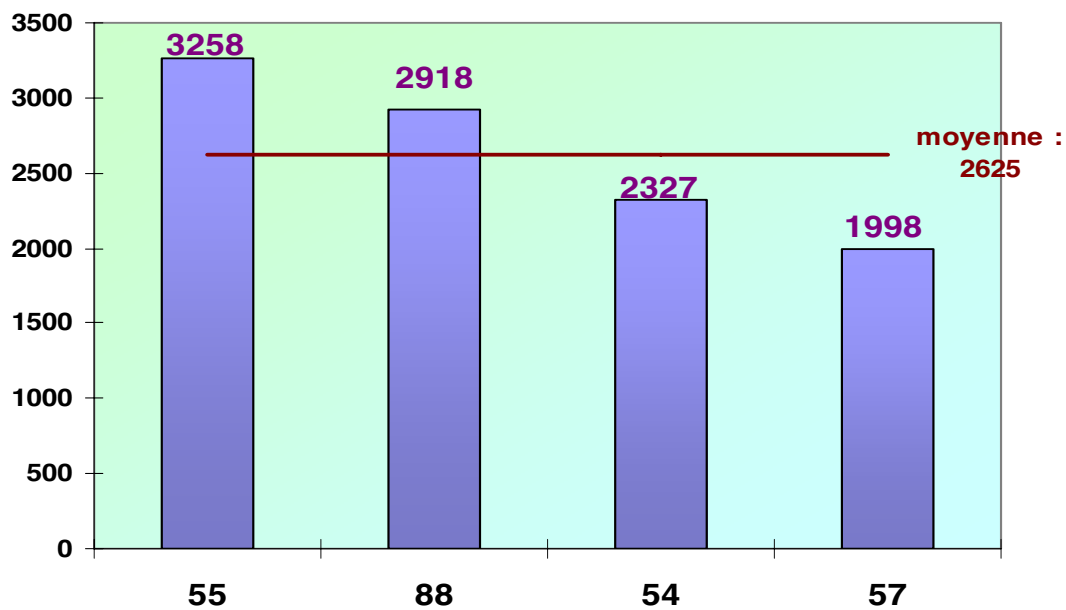
RÉPARTITION DES EFFECTEURS DÉCLENCHÉS PAR SAMU POUR 100 000 HABITANTS

SAMU	Nb de médecins libéraux engagés	Nb d'ambulances privées engagées à la demande du SAMU	Nb d'interventions réalisées par le SDIS à la demande du SAMU	Nb DCD pré-hospitaliers	Nb SMUR primaires	Nb SMUR secondaires
54	2039	2327	2031	111	759	423
55	741	3268	598	136	1060	139
57	316	1998	1919	75	570	198
88	1173	2918	1880	145	778	251
TOTAL	4 269	10 511	6428	467	3167	1011

RÉPARTITION DES EFFECTEURS DÉCLENCHÉS PAR LES QUATRE SAMU

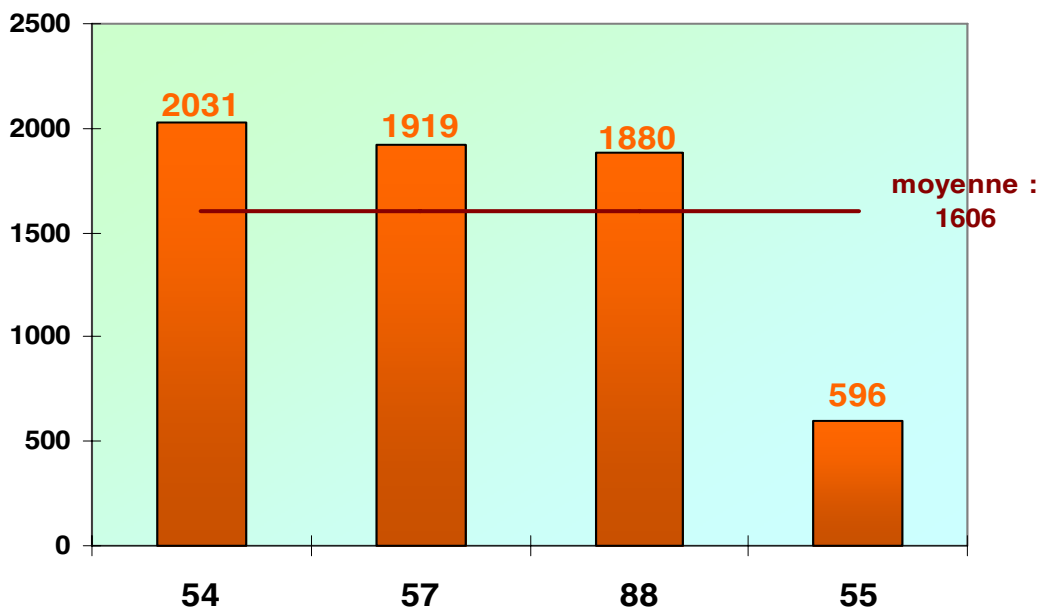


**NOMBRE D'AMBULANCES DÉCLENCHÉES PAR SAMU
ET POUR 100 000 HABITANTS**





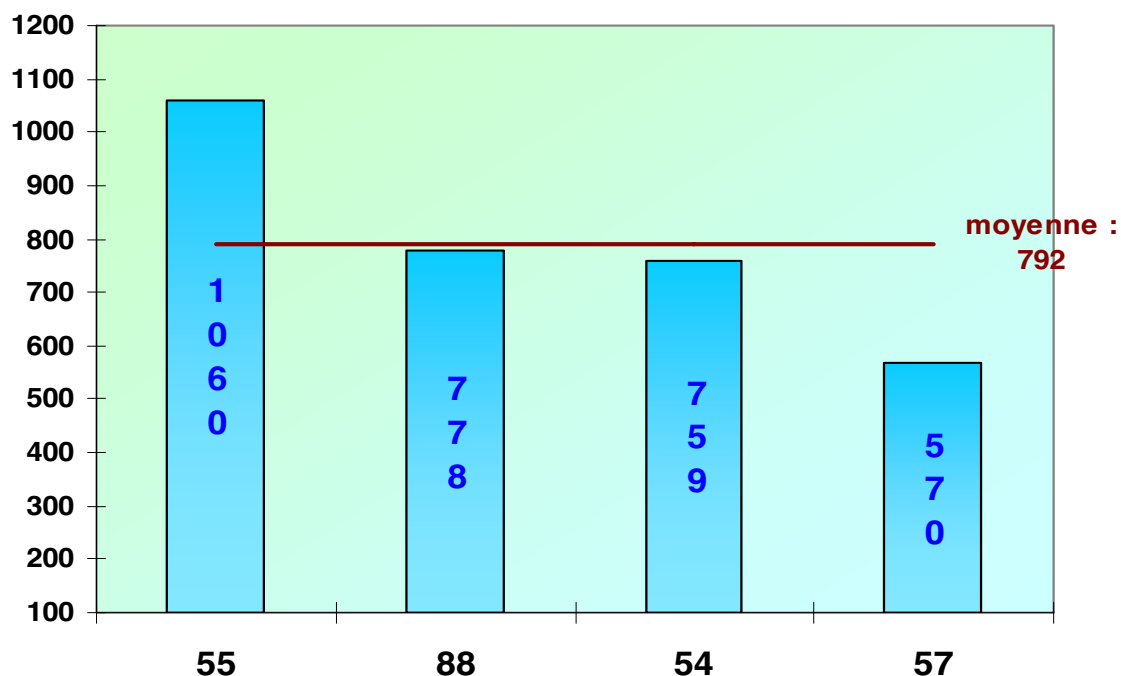
NOMBRE DE VSAV DÉCLENCHÉS PAR SAMU ET POUR 100 000 HABITANTS



Concernant le transport des patients, le profil des départements est variable. Dans deux SAMU, à savoir ceux de Meurthe et Moselle et de Moselle, le transport des patients, suite à un appel au 15, se fait autant avec les ambulances privées qu'avec les VSAV. En ce qui concerne le SAMU des Vosges, les patients sont davantage transportés par les ambulances privées mais avec un ratio de VSAV pour 100 000 habitants dans la moyenne régionale. Enfin, pour le SAMU de la Meuse, il existe un facteur 5 en faveur des ambulances privées entre ces deux types de vecteurs. Pour analyser plus en avant ces particularités, il conviendrait de les corrélérer avec le nombre de missions statutaires et de missions de « prompt secours » réalisées par chaque CODIS.

Une autre approche serait, dès lors que l'ensemble des SU sera connecté à l'observatoire, de corrélérer le nombre de vecteurs déclenchés par les SAMU avec le nombre de vecteurs arrivant dans les différents hôpitaux lorrains. En effet, la différence entre ces chiffres permettrait d'estimer la part de VSAV engagés par les SDIS mais aussi, plus indirectement, la proportion de départs « prompt secours ».

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 le 54 et le 88. A l'inverse, le 55 est au-dessus de ce chiffre avec plus de 1 000 interventions pour 100 000 habitants, alors que le 57 est très largement en dessous avec moins de 600 interventions. Quant aux SMUR secondaires, le SAMU 54 est largement au dessus des chiffres régionaux, et ce, probablement en rapport avec l'activité de l'hélicoptère régional mais surtout de l'activité de transfert entre les 2 sites du CHRU. ■



SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Réseau OSCOUR®

liste des établissements sources des données

La surveillance épidémiologique est réalisée par la Cire Lorraine-Alsace. Les données utilisées sont celles transmises par l'ORULOR à l'InVS dans le cadre du réseau OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences). Ce réseau de surveillance épidémiologique, qui réunit 21 Structures d'urgence hospitalière informatisées et volontaires, collecte et analyse les informations présentes dans les Résumés de passage aux urgences (RPU) afin de décrire la fréquence et les caractéristiques (population et diagnostics) du recours aux urgences hospitalières.

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 services d'aide médicale urgente (SAMU), les données de mortalité issues des services informatisés d'État-Civil 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 traitant que de l'activité de l'ORULOR, seule l'analyse des données issues du réseau OSCOUR® et ayant fait l'objet d'une rétro-information par le biais d'un bulletin bi-mensuel « Point Épidémiologique » diffusé par la CIRE depuis décembre 2011 sont présentées 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 (SU) qui transmettaient des données sur toute la période étudiée sont prises en compte. En conséquence, en fonction des dates de début de transmission des données des SU au réseau Oscour®, le nombre de SU pris en compte dans le graphique peut varier selon la période temporelle choisie.

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. Sur la période hivernale 2010-2011, les données de 10 SU lorrains ont été prises en compte (soit 45% des SU de la région) et, pour la période estivale 2011, ce nombre se portait à 17 établissements (soit 77% des SU de la région).

Établissements lorrains ayant transmis des données au réseau Oscour® de la semaine 39-2010 à la semaine 31-2011 (période hivernale 2010-2011)

54 - Meurthe-et-Moselle	C.H. de Lunéville
	C.H. de Pont-à-Mousson
	C.H.U de Nancy – Hôpital Central à Nancy (urgences adultes)
	Polyclinique de Gentilly et Saint Don à Nancy
55 - Meuse	C.H. Saint-Nicolas de Verdun
57 - Moselle	C.H. Marie-Madeleine à Forbach
	C.H. Saint-Nicolas à Sarrebourg
	C.H.R. Metz-Thionville - Hôpital Bonsecours à Metz
	C.H.R. Metz-Thionville - Hôpital Bel Air à Thionville
88 - Vosges	C.H. Émile Durkheim à Épinal



Établissements lorrains ayant transmis des données au réseau Oscour® du 31/05/2011 à la semaine 30/09/2011 (période estivale 2011)

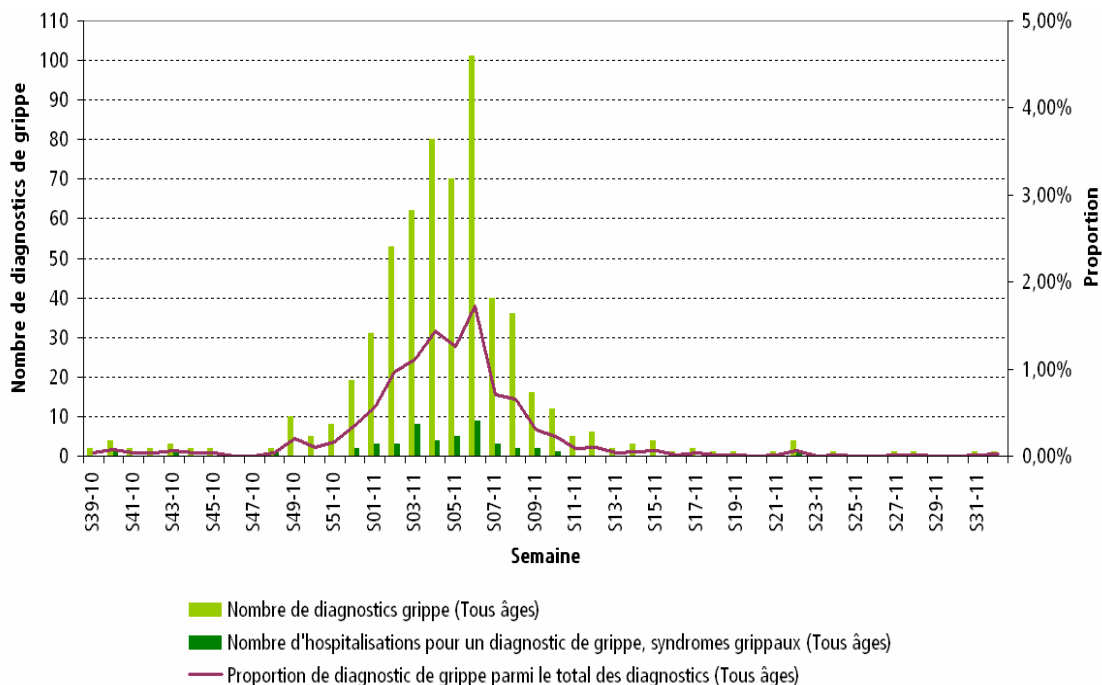
54 - Meurthe-et-Moselle	Alpha Santé- C.H. de Mont Saint-Martin
	C.H. de Lunéville
	C.H. de Briey
	C.H. de Pont-à-Mousson
	C.H.U Nancy-Hôpitaux de Brabois Enfants (urgences pédiatriques)
	C.H.U de Nancy – Hôpital Central à Nancy
	Polyclinique de Gentilly et Saint Don à Nancy
55 - Meuse	C.H. Saint-Nicolas de Verdun
57 - Moselle	C.H. Marie-Madeleine à Forbach
	Hospitalor- Hôpital Saint-Avold
	C.H. Saint-Nicolas à Sarrebourg
	C.H.R. Metz-Thionville - Hôpital Bonsecours à Metz
	C.H.R. Metz-Thionville - Hôpital Bel Air à Thionville
88 - Vosges	Hôpital-Clinique Claude Bernard à Metz
	C.H. de Saint-Dié des Vosges
	C.H. de Remiremont
	C.H. Émile Durkheim à Épinal

Pathologies hivernales, saison 2010-2011

Les trois pathologies suivies par la Cire Lorraine –Alsace en routine durant la période hivernale sont : la grippe, la bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans et les gastro-entérites.

LA GRIPPE

Nombre hebdomadaire de diagnostics de grippe (tous âges) dans les structures d'urgence de Lorraine participant au réseau Oscour® entre les semaines 39-2010 et 31-2011



Lors de la saison hivernale 2010-2011, l'activité liée à la grippe a commencé à augmenter à partir de la semaine 49 (du 6 au 12 décembre 2010) mais cette tendance a été fortement accentuée à partir de la semaine 52 (du 27 décembre 2010 au 2 janvier 2011). Le pic d'activité a été atteint en semaine 06 (du 7 au 12 février 2011) puis la tendance s'est inversée avec une forte diminution du nombre de diagnostics de grippe posés lors d'un passage dans les structures d'urgence de Lorraine. La fin de l'activité liée à la grippe est observée à partir de la semaine 11 (du 14 au 20 mars 2011).



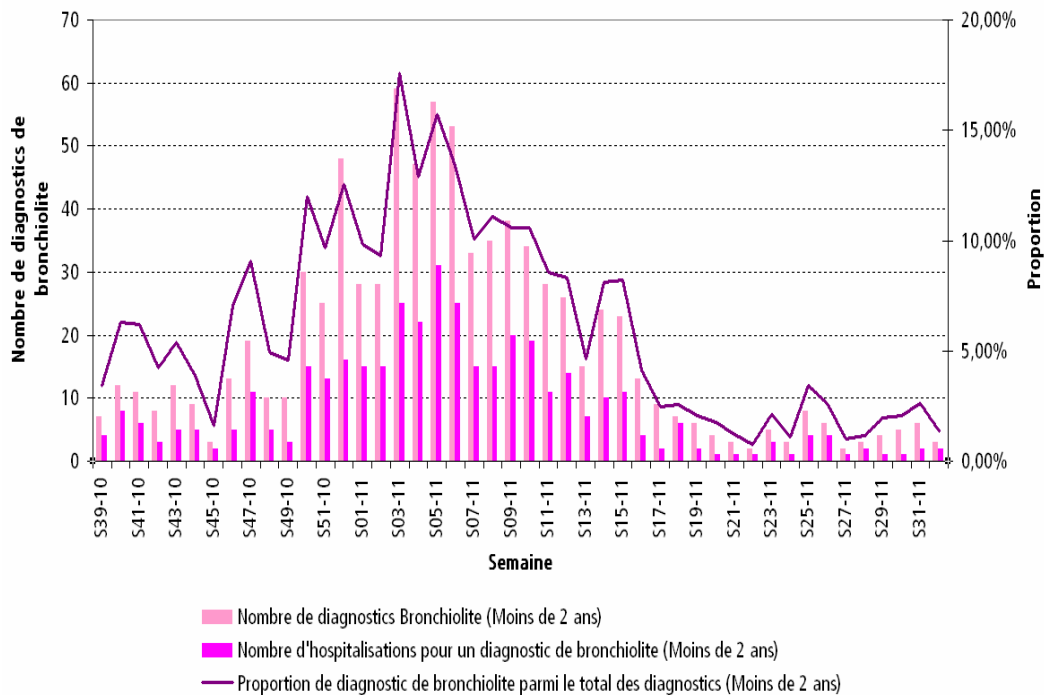
Au cours de la saison hivernale 2010-2011, l'activité liée à la grippe a impacté les structures d'urgences de la région pendant 14 semaines. Au niveau national, sur la base des données du Réseau unifié (Réseau Sentinelles et GROG), l'épidémie de grippe a touché la France Métropolitaine de la semaine 51 (du 20 au 26 décembre 2010) à la semaine 09 (du 28 février au 6 mars 2011).

Concernant le nombre d'hospitalisations pour grippe suite à un passage aux urgences, une forte augmentation a été observée en semaine 03 (du 17 au 23 janvier 2011) et en semaine 06 (du 7 au 12 février 2011).

En observant la proportion de diagnostics de grippe parmi le total des diagnostics posés par les structures d'urgence, cela confirme que l'augmentation du nombre de cas est bien liée à une augmentation spécifiquement due à cette pathologie et non pas à une augmentation générale du nombre des passages aux urgences. Il est, par ailleurs, intéressant de noter que l'activité liée à la grippe reste inférieure à 2% de l'activité totale des structures d'urgence même lors du pic d'activité observé en semaine 06.

LA BRONCHIOLITE

Nombre hebdomadaire de diagnostics de bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans dans les structures d'urgence de Lorraine participant au réseau Oscour® entre les semaines 39-2010 et 31-2011



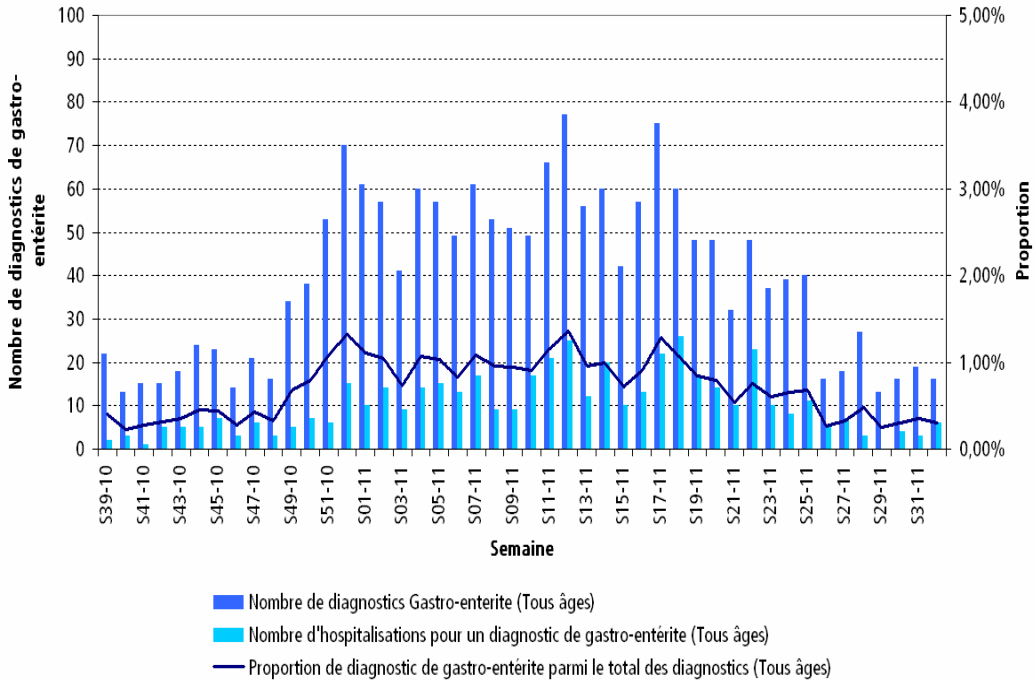
Lors de la saison hivernale 2010-2011, une nette augmentation de l'activité liée à la bronchiolite chez les enfants de moins de 2 ans a été observée à partir de la semaine 50 (du 13 au 19 décembre 2010). Le pic d'activité a eu lieu en semaine 03 (du 17 au 23 janvier 2011) et le retour à la normale est observé à partir de la semaine 17 (du 25 avril au 1^{er} mai 2011). L'activité due à la bronchiolite a donc impacté les structures d'urgences lorraines pendant 19 semaines consécutives.

Une augmentation du nombre d'hospitalisations pour cette pathologie suite à un passage aux urgences a été observée sur la même période de temps (soit de la semaine 50-2010 à la semaine 15-2011). Au plus fort de l'augmentation d'activité due à la bronchiolite, cette pathologie a représenté entre 13% et 17,5% de l'activité des structures d'urgence de Lorraine pour les enfants de moins de 2 ans. En période de faible activité du virus (mai, juin, juillet 2011), cette proportion correspondait à moins de 4% de l'activité.



LES GASTRO-ENTÉRITES

Nombre hebdomadaire de diagnostics de gastro-entérite (tous âges) dans les structures d'urgence de Lorraine participant au réseau Oscour® entre les semaines 39-2010 et 31-2011

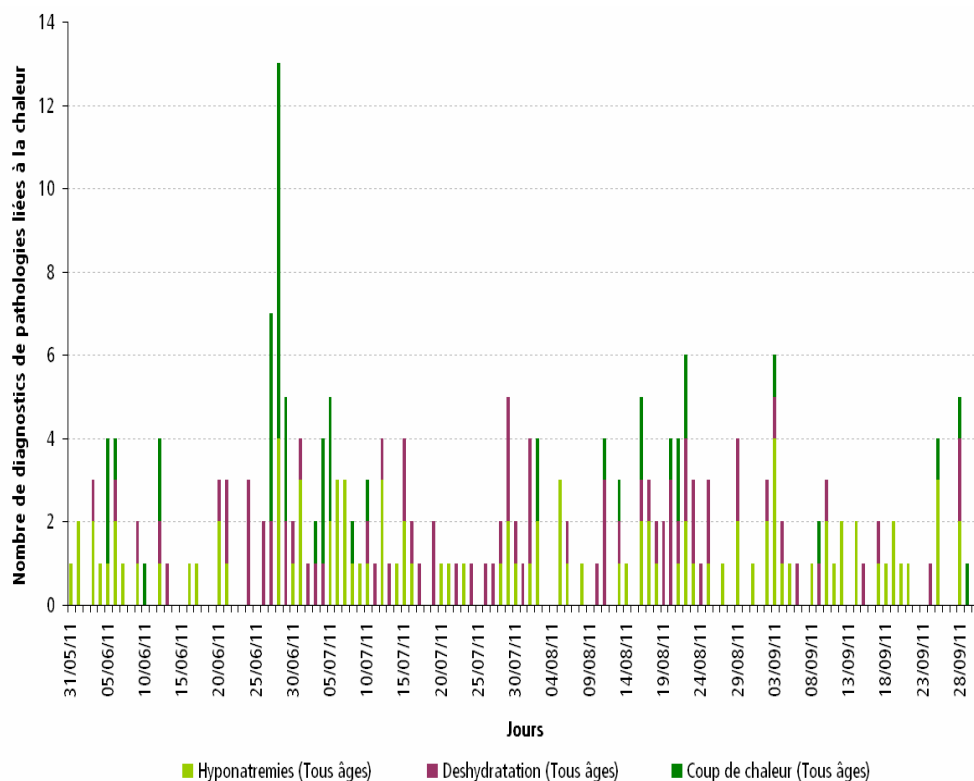


L'augmentation d'activité liée aux gastro-entérites a été observée à partir de la semaine 49 (du 6 au 12 décembre 2010) jusqu'à la semaine 25 (du 20 au 26 Juin). L'activité due aux gastro-entérites a donc impactée les structures d'urgence lorraines pendant 29 semaines. Cependant, l'impact reste faible, la proportion de diagnostic de gastro-entérite par rapport au total des diagnostics étant au maximum de 1,3%.

Une augmentation du nombre d'hospitalisations est observée de la semaine 52 (du 27 décembre 2010 au 2 janvier 2011) à la semaine 22 (du 30 mai au 5 juin 2011).

Pathologies estivales, été 2011

Nombre hebdomadaire de passages pour causes liées à la chaleur dans les structures d'urgences de Lorraine participant au réseau Oscour® entre les semaines 22-2011 et 39-2011



Les pathologies liées à la chaleur définies dans le cadre du Système d'Alerte Canicule et Santé (SACS) sont : l'hyponatrémie, la déshydratation et les coups de chaleur. Le SACS est mis en place tous les étés du 1^{er} 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 2011, deux épisodes de chaleurs ont été notés en métropole : le premier a eu lieu fin juin (du 25 au 29 juin) et le deuxième en août (du 17 au 24 août). En région Lorraine, ces épisodes n'ont pas entraîné de déclenchement d'alerte canicule. Lors de la vague de chaleur du mois de juin, une augmentation du nombre de passages pour les pathologies liées à la chaleur est observée le 28 juin uniquement. Cette augmentation ne s'est pas maintenue dans les jours suivants. Aucun impact sanitaire n'a été observé au cours de la deuxième vague de chaleur en août. ■

PERSPECTIVES

Les perspectives pour 2012 sont nombreuses et concernent à la fois la consolidation et l'exploitation des données. A titre d'exemple, quelques objectifs peuvent être cités :

- poursuite de l'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité des données (intégration de l'ensemble des passages pédiatriques médicaux, résolution du problème de l'orientation sur les sites du CHU de Nancy, consolidation des données des SAMU...);
- exploitation d'autres données du RPU (code postal, sexe, pyramide des âges, actes thérapeutiques...) mais aussi du taux d'occupation ponctuel ;
- automatisation des requêtes récurrentes utilisées chaque trimestre lors des réunions du comité de pilotage ;
- élaboration de seuils d'alerte d'activité avec mise en place d'une chaîne décisionnelle de traitement de ces alertes ;
- optimisation du retour d'information aux producteurs de données via des extractions et des envois automatiques de mail ;
- mise en place de travaux de thèses sur cette base de données,
- poursuite de la collaboration avec l'InVS (regroupements syndromiques) et travaux inter ORU en vue de comparaisons inter-régionales et nationales.

Et... rédaction un peu plus rapide du bilan 2012 !



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 – HELICO – 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 – 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 < 1an
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

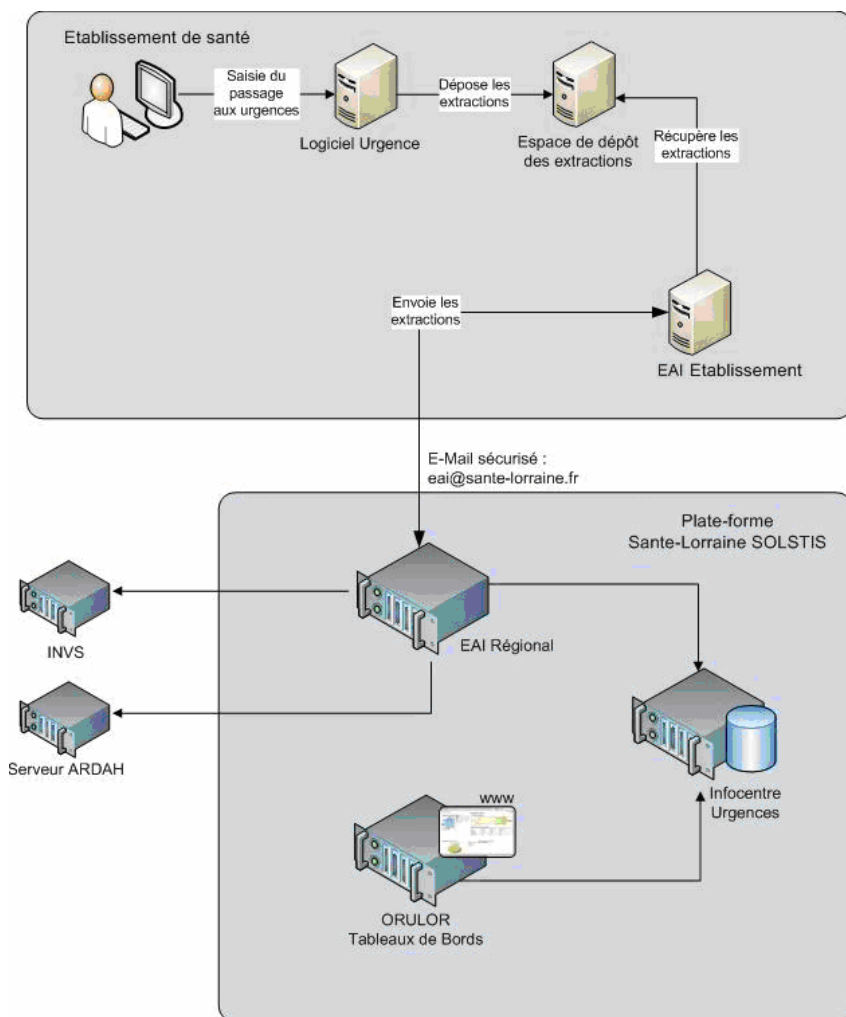
Indicateurs des SAMU

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 et alimentent le serveur régional de veille et d'alerte sanitaire ARDAH

Description technique ORULOR

Architecture technique ORULOR



L'ensemble des flux mis en œuvre sont automatisés, supervisés et sécurisés. Ils s'appuient :

- soit sur des connecteurs de type EAI couplés à un service de messagerie sécurisée,
- soit des protocoles d'échanges sécurisés de fichiers de type serveurs FTPS.

Les fichiers transmis sont au format xml.

Description des flux de données

DESCRIPTION DES FLUX ENTRANTS DANS L'ORULOR

L'ensemble des flux de données mises en œuvre dans le cadre de l'observatoire est anonymisé.

Flux en provenance des SAU connectés

- Flux Urgences

Toutes les 15 minutes, les Résumés de Passages aux Urgences (RPU) clôturés et validés sont produits par les SIU respectifs des structures d'urgences lorraines et transmis à l'ORULOR.

Si aucun RPU n'a été généré à l'heure d'envoi, le système génère alors un fichier « vide de RPU » mais avec, à minima, les informations relatives au Taux d'Occupation Ponctuel (TOP) qui est rafraîchi toutes les 15min et historisé.

Les données sont produites au format national RPU V2 augmenté de certains champs spécifiques dont les données le composant sont précisées en annexe technique.

- Flux InVS

Une seule fois par jour, avant 5h du matin, un fichier regroupant l'ensemble des RPU produits sur les 7 derniers jours est généré. Les modes de transmissions et contenus sont rigoureusement identiques au flux Urgences.

Flux en provenance des SAMU connectés

Une fois par jour, à 3h du matin, les données de la veille issues des Systèmes d'Information SAMU respectifs des 4 SAMU lorrains sont transmises à l'ORULOR.

Les modes de transmission sont identiques aux flux Urgences et InVS.

Les données identifiées par le groupe des médecins urgentistes au regard des besoins d'indicateurs dans l'observatoire régional des urgences concernant les SAMU sont décrites en annexe technique.



DESCRIPTION DES FLUX SORTANTS DE L'ORULOR

Flux à destination de la plate-forme de veille sanitaire ARDAH

S'appuyant à la fois sur les flux Urgences et SAMU, l'ORULOR est exploitée pour alimenter automatiquement et quotidiennement l'Application de Recueil des Données d'Activité Hospitalière (ARDAH) sur le volet « Saisie des indicateurs relatifs à l'activité des structures d'urgences ».

Les indicateurs sont alimentés de la manière suivante sur les données de la veille :

- une fois à 6h puis à 11h du matin via transmission de fichiers xml compréhensibles par l'application ARDAH pour les indicateurs Urgences (2 transmissions afin de permettre aux structures d'urgences de transmettre les RPU « retardataires » de la veille),
- une seule fois par jour à 6h du matin via transmission de fichiers xml compréhensibles par l'application ARDAH pour les indicateurs SAMU.

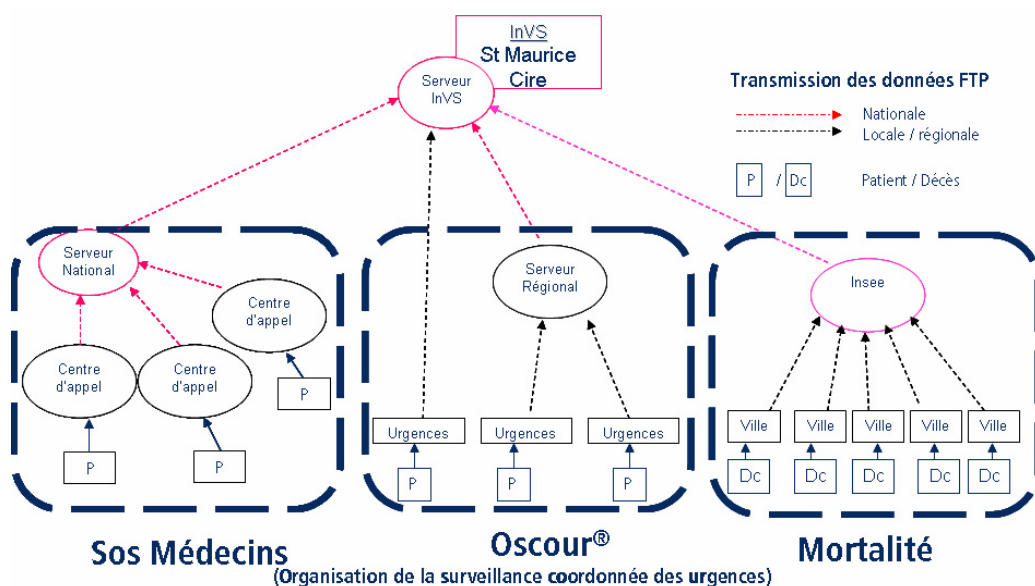
Ces données sont alimentées en pré-saisie et peuvent être corrigées manuellement après 11h par les responsables de saisie.

Flux à destination de l'application de surveillance syndromique SurSaUd® (réseau Oscour®)

Outre une utilité dans le rattrapage des données par mise à jour de la base ORULOR, ces fichiers à 7 jours sont intégrés, après envois sécurisés, dans l'application SurSaUD® du réseau OSCOUR® de l'InVS.

Nb : SurSaUD® est à la fois le nom du dispositif de surveillance et le nom de l'application informatique permettant le recueil des données.

Surveillance syndromique en Lorraine



Remarque :

À ce jour, tous les envois concernant les structures d'Urgence alimentant le Serveur InVS transitent par le Serveur Régional, c'est-à-dire ORULOR, et sont transmis quotidiennement avant 5h du matin.

Traitement et qualité des données

DONNÉES TRAITÉES ET NON TRAITÉES

A ce jour, toutes les données ne sont pas analysées au travers de l'outil décisionnel mis en place.

Les champs non exploités concernent à ce jour :

- sur le volet Urgences :
 - le motif de recours ;
 - la liste des actes ;
 - la liste des diagnostics associés ;
 - le nombre de retours.
- sur le volet SAMU :
 - Durée moyenne des sorties SMUR primaires.
 - Durée moyenne des sorties SMUR secondaires.

Des réflexions sont en cours sur les possibilités d'exploitations pertinentes de ces données.

TAUX D'EXHAUSTIVITÉ ET QUALITÉ DES DONNÉES

Taux d'exhaustivité

Prenant en considération les 456 721 RPU résultant d'un passage aux urgences en 2011, le taux d'exhaustivité des données saisies est rapporté dans le tableau ci-dessous pour l'ensemble des SAU connectés.

Taux d'exhaustivité des données saisies (en %)

Code CCMU	97,4	Mode d'entrée	91,1
Code GEMSA	99,3	Mode de sortie	99,8
Code postal Commune	99,9	Mode de transport	56,9
Date d'entrée	100,0	Motif de recours	26,2
Date de naissance	100,0	Nom Commune	99,9
Date de sortie	100,0	Nombre de retours	13,3
Destination	76,6	Orientation	83,1
Diagnostic principal CIM10	97,2	Prise en charge durant le transport	92,9
Liste des Actes CCAM	41,5	Provenance	61,2
Liste des diagnostics associés CIM10	7,1	Sexe	100,0

A noter qu'il s'agit d'une moyenne des champs non renseignés par RPU, rapportée au nombre de RPU total reçu en 2011.

La plupart des logiciels SAU rendent la saisie obligatoire des principaux champs, mais plusieurs défauts de paramétrage des logiciels n'ont pas toujours permis de remonter les champs saisis, notamment pour le mode de transport par exemple.

Il reste des efforts à fournir pour affiner le paramétrage des logiciels SAU dans la remontée de ces informations et de nouvelles campagnes de sensibilisation des acteurs saisissant des données afin d'accroître encore le taux d'exhaustivité des données sur les champs à ce jour analysés et dont le nombre de non renseignés est encore important :

- Destination.
- Orientation.
- Mode de transport.
- Provenance.

Qualité des données

La qualité des données est garantie par plusieurs processus de supervision :

- Des contrôles de cohérence dès réception des RPU sur l'exhaustivité des champs obligatoires (exemple : un RPU non clôturé par une date de sortie renseignée est systématiquement rejeté et le responsable technique du site producteur en est automatiquement notifié) ;
- Des contrôles de cohérence post-réception sur certains champs :
 - Taux d'erreur sur la saisie de la provenance par rapport au mode d'entrée.
 - Taux d'erreur sur la saisie de la destination par rapport au mode de sortie.
 - Taux d'erreur sur la saisie de l'orientation par rapport au mode de sortie.
- La supervision du taux d'exhaustivité des données saisies par SAU connectés.
- La supervision du nombre de RPU non intégrés par SAU connectés.

En outre, une supervision des flux a été mise en place afin de pouvoir détecter en temps réel toute rupture des envois en provenance des SAU et SAMU connectés concernant :

- La transmission des RPU toutes les 15min.
- La transmission quotidienne des données SAMU.



Une supervision des flux sortants a également été déployée concernant :

- La transmission quotidienne des indicateurs urgences et SAMU à l'ARDAH.
- Le dépôt quotidien du fichier à 7 jours auprès de l'InVS.

Lors d'erreurs, des notifications sont automatiquement transmises aux responsables techniques des SIU des structures connectées.

Le contact privilégié pour ce type de problème reste le GCS Télésanté Lorraine.

Des contacts réguliers avec les référents techniques et métiers permettent de consolider la qualité des données transmises à l'Observatoire.

En vue de garantir l'exhaustivité et l'exactitude de l'ensemble de ces données, une charte Qualité a été élaborée fin 2011 et est en cours de validation.

Charte qualité

Cette Charte Qualité 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 œuvre 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 d'urgence 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.

Il est prévu que cette Charte soit diffusée auprès des directions d'établissements avec copie aux Directeurs des Systèmes d'Information, Responsables du Service des Urgences et Responsables des SAMU.

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 œuvre 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 <i>d</i> et <i>e</i> 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 <i>d</i> et <i>e</i> de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale
DOMICILE	Le malade vient de son domicile ou de son substitut, tel une structure d'hébergement médico-sociale ou de la voie publique
DECES (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
RAD	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 SDIS 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

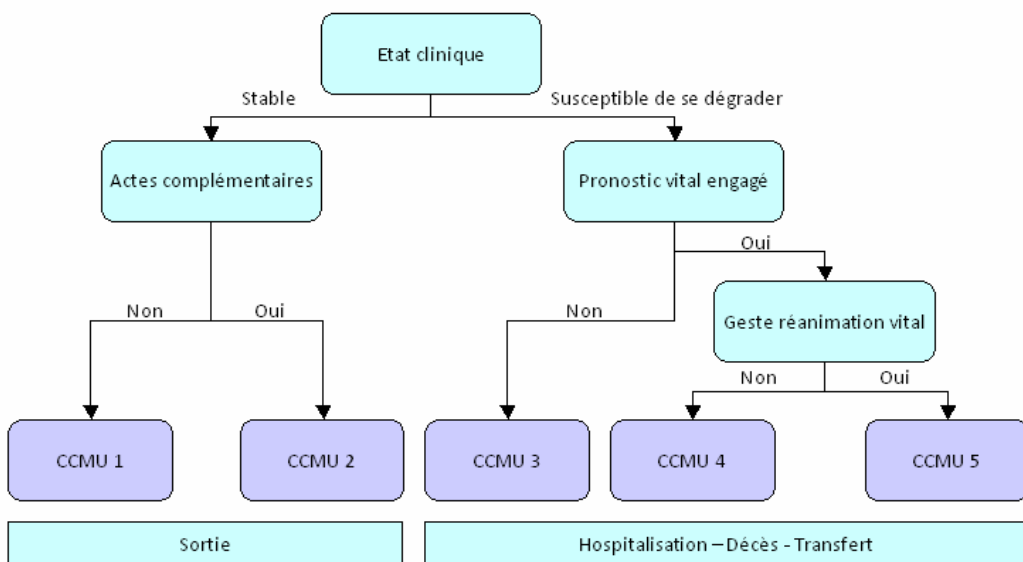
Orientation

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'urgence
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'urgence
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 manœuvre de réanimation immédiate
CCMU 5	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation
CCMU D	Patient décédé à l'entrée aux urgences sans avoir pu bénéficier d'initiation ou de poursuite de manœuvres de réanimation aux urgences
CCMU P	Idem CCMU 1 avec problème dominant psychiatrique ou psychologique isolé ou associé à une pathologie somatique jugée stable





Prise en charge – GEMSA

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

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

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

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
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 ^{ème} révision de la Classification statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes
CODIS	Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours
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
EAI	L'EAI (Enterprise Application Integration) est une architecture permettant à des applications hétérogènes de gérer leurs échanges. Dans le cas présent, il permet de mettre en œuvre des flux en provenance des SIU et SI des SAMU des structures connectées vers ORULOR.
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
OSCOUR®	Réseau de l'InVS (Organisation de la Surveillance COordonnée des URgences)
PDSA	Permanence Des Soins Ambulatoire



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
SI	Système d'Information
SIH	Système d'Information Hospitalier
SIU	Système d'Information des Urgences
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
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
TIIH	Transfert Infirmier Inter-Hospitalier
VSAB / VSAV	Véhicule du SDIS 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'urgences, personnels des urgences, responsables et équipes informatiques, responsables d'établissements, qui ont œuvrés à la mise en œuvre de l'Observatoire Régional des Urgences et à l'amélioration de la qualité des données issues des systèmes d'information des urgences ;

- toute l'équipe du GCS Télésanté Lorraine pour son implication de chaque instant dans les projets régionaux et en l'occurrence la mise en œuvre, l'exploitation et l'assurance qualité 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 ;

- toutes les personnes, structures, organismes et sociétés qui ont apporté leur impulsion, leur soutien, leur contribution à l'élaboration de l'Observatoire Régional des Urgences.

ORULOR

Observatoire Régional
des Urgences de Lorraine

conception, réalisation : Copy Lauréades 03 83 51 01 31 - septembre 2012

contacts



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



lorraineurgences@chu-nancy.fr