

ACTIVITÉ DES STRUCTURES D'URGENCES 2017



PANORAMA DE LA RÉGION
NOUVELLE-AQUITAINE



SOMMAIRE

P.07	AVANT PROPOS
P.11	INTRODUCTION
P.25	ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCES
P.113	ACTIVITÉ DES SAMU / SMUR
P.117	ÉTUDES ANNEXES
P.133	QUALITÉ DES DONNÉES RPU
P.147	AUDITS DES SERVICES D'URGENCES
P.153	RÉSEAUX TERRITORIAUX DES URGENCES
P.169	VEILLE ET ALERTE DISPOSITIF HÔPITAL EN TENSION
P.177	RÉPERTOIRE OPÉRATIONNEL DES RESSOURCES
P.195	COLLABORATION AVEC LA CIRE NOUVELLE-AQUITAINE
P.200	ANNEXES
P.223	GLOSSAIRE

A close-up photograph of a hand holding a blue pen, writing on a document. The image is partially obscured by a large, semi-transparent yellow diagonal overlay that covers the right side and bottom. The text 'AVANT PROPOS' is centered in white on the yellow background.

AVANT PROPOS

P.07

LE MOT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ARS

P.08

LE MOT DE L'ADMINISTRATEUR DE L'ORU NA

P.09

**LE MOT DU COORDONNATEUR MÉDICAL
DE L'ORU NA**

AVANT PROPOS

LE MOT DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ARS NOUVELLE-AQUITAINE

Les établissements de santé sièges de structure de médecine d'Urgence, à travers les missions confiées par l'ARS à l'ORU Nouvelle-Aquitaine (ORU NA), optimisent leurs organisations afin de mettre en œuvre une convergence dans la collecte des données. Ils participent ainsi à l'amélioration des parcours de soins dans notre région en prenant en compte les spécificités des territoires.

D'année en année, nous pouvons voir, à travers ce panorama, le fruit du travail des établissements et structures de médecine d'Urgence, et la mise en place, à travers les outils déployés par l'ORU NA, de dispositifs à même d'améliorer la qualité des soins.

C'est avec une grande satisfaction que je constate la transmission, par l'ensemble des structures de médecine d'Urgence, des données d'activité de façon exhaustive. Cela va permettre d'instaurer une organisation et un véritable suivi des filières de soins.

Nous nous situons au début de la collecte des données du SAMU, dans un paysage national qui se transforme avec la mise en place du Système d'Information SI SAMU. L'objectif est toutefois d'être rapidement en capacité de collecter ces données afin de mieux appréhender les besoins de la population.

De même, afin de prendre en compte les restructurations hospitalières publiques et privées, l'évolution de la permanence des soins ambulatoires, il est nécessaire de disposer d'indicateurs permettant de suivre l'impact de ces mutations sur les besoins de santé des populations.

Par ailleurs, les établissements de santé poursuivent leur mutation au regard de l'évolution des plateaux techniques et du développement de l'ambulatoire, et leur réorganisation nécessite une gestion efficiente de leur disponibilité en lits d'aval des urgences.

Enfin, le ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources) est un outil stratégique permettant, au-delà de l'usage interne, une diffusion de l'information aux différents partenaires que sont les SAMU, les établissements de proximité et l'ARS. L'ORU NA, à travers ses réseaux territoriaux, est un acteur central de son déploiement.

Les enjeux de demain sont importants et les actions à mettre en œuvre restent nombreuses. Ce panorama reflète l'activité réalisée par tous les acteurs de terrain participant à l'activité des structures de médecine d'urgence et permet d'aborder les perspectives d'avenir dans ce domaine.

Le Directeur Général de l'ARS Nouvelle-Aquitaine
Michel LAFORCADE

LE MOT DE L'ADMINISTRATEUR DE L'ORU NA

Le Panorama que vous avez entre les mains est, désormais chaque année, l'occasion de présenter une partie du travail de l'ORU NA et l'un des moyens de restituer les dernières évolutions des activités d'urgence sur l'ensemble de la région et par territoire.

Nous espérons qu'il vous agréera et vous sera utile.

Comme le site internet, les bulletins quotidiens et récapitulatifs hebdomadaires communiqués aux établissements etc, il constitue un élément important du travail accompli mais ne saurait obérer le principal, à savoir les échanges constants et multiples entretenus avec les établissements et tous les secteurs de l'urgence notamment dans le cadre des réseaux territoriaux.

En ce sens, l'ORU NA se veut un outil, point d'appui pour passer du « savoir pour agir » au « connaître est agir » afin d'anticiper et de préparer au mieux l'avenir au service de la population.

Pour se faire, l'implication de tous est primordiale et nous remercions chacun des acteurs de son investissement.

Bonne lecture.

L'Administrateur de l'ORU NA
Serge ROULET

LE MOT DU COORDONNATEUR MÉDICAL DE L'ORU NA

L'activité de nos structures d'urgences ne cesse d'augmenter ; deux populations sont particulièrement impactées, les enfants en bas âge et les personnes âgées. Cette évolution est le fruit d'une modification profonde de notre société touchant aussi bien la cellule familiale et son environnement que le monde de la santé, qu'il soit pré hospitalier ou hospitalier.

Face à ces transformations, les urgences se sont retrouvées au cœur d'un processus permettant aux patients et aux professionnels de trouver une réponse à des besoins qui ne trouvaient plus d'offre.

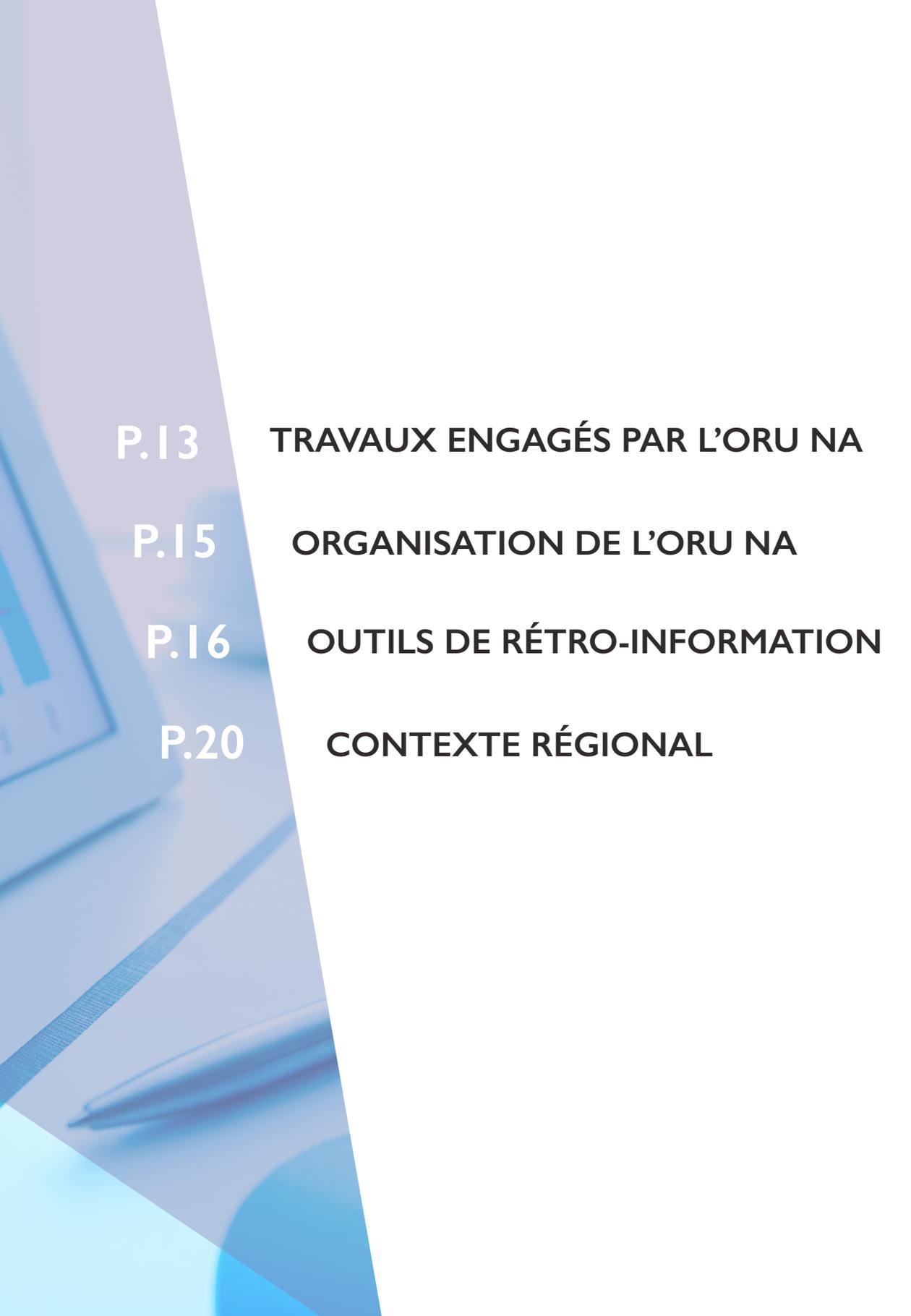
Ainsi, de nouveaux enjeux ont vu le jour obligeant les services d'urgences et les professionnels y travaillant à devoir adapter leur structure pour accueillir plus de patients, qui présentent des pathologies toujours plus complexes dans un environnement social de plus en plus précaire.

L'ORU NA par ses missions s'attache à accompagner les professionnels participant à l'activité des urgences. Par les moyens mis en place, son action se porte aussi bien sur le côté opérationnel que sur la veille de nos structures et leur évaluation. Le panorama 2017 est là pour vous apporter un regard sur nos travaux qui n'ont vu le jour que grâce aux acteurs de terrain travaillant au quotidien dans nos structures d'urgences, et aux responsables administratifs et médicaux de ces établissements.

Le Coordonnateur Médical de l'ORU NA
Dr Laurent MAILLARD

INTRODUCTION





P.13 TRAVAUX ENGAGÉS PAR L'ORU NA

P.15 ORGANISATION DE L'ORU NA

P.16 OUTILS DE RÉTRO-INFORMATION

P.20 CONTEXTE RÉGIONAL

L'année 2017 : cap vers la qualité des données

Pour les tutelles et pour les établissements de santé eux même, les données objectives et exhaustives sur l'activité de la médecine d'urgence permettent une meilleure connaissance des pathologies à l'origine des admissions ainsi que les caractéristiques des patients pris en charge. Données principales pour l'analyse de l'activité des urgences, les Résumés de Passages aux Urgences (RPU) font l'objet de toute l'attention de l'ORU.

Depuis sa création fin 2012, notre Observatoire, devenu depuis l'ORU Nouvelle Aquitaine (ORU NA) s'est engagé auprès des établissements de santé détenant une structure d'urgence à œuvrer pour la remontée de l'exhaustivité des RPU, ainsi que pour la transmission de données de qualité.

A la fusion des trois ex régions de la Nouvelle-Aquitaine, et par conséquent des activités ORU, il a été décidé de collecter ces RPU, parfois sous des formats différents, sur un même collecteur et sur base du format national. Cette première étape indispensable à l'analyse des données est en cours de finalisation. En parallèle un travail sur la qualité des RPU est mené : chaque établissement peut vérifier ses propres données acheminées sur le collecteur régional **en consultant les tableaux de bord, bilans mensuels, bulletins de rétro information (quotidiens, mensuels, annuels, spécifiques grands évènements) mis en œuvre par l'ORU**. Par ailleurs, la Cellule d'Information et d'Evaluation (CIE) de l'ORU et les Coordonnateurs animateurs des Réseaux Territoriaux de l'ORU accompagnent les établissements dans l'identification des problématiques sur la qualité des données (exhaustivité et conformité) et leur résolution.

Pour l'édition de ce panorama d'activité 2017, l'ORU NA a adressé à chaque établissement **une fiche de validation des RPU 2017** afin d'évaluer la concordance et la qualité des informations et des données envoyées sur le collecteur régional ORU NA. Le processus de correction et de validation des données a été revu et optimisé cette année. Les modifications éventuelles ont été possibles par un nouvel envoi des données vers le concentrateur ORU NA après la correction des problématiques détectées par les établissements au sein de leur logiciel des urgences. Le résultat est déjà louable, 83 % des établissements ont validé les données, 11 % d'entre eux ont engagé une démarche de correction des données et renvoi des données, 6% des établissements n'ont pas participé à la démarche.

La démarche « qualité » se poursuit ; les établissements avec un service d'urgence vont devoir **s'engager sur une charte qualité des RPU éditée par l'ORU NA**, sur la base du travail de la Fédération des ORU (FEDORU). Cette charte, validée par un groupe de travail constitué d'établissements pilotes qui la mettront en œuvre au premier semestre 2018, sera déployée dans la région au deuxième semestre 2018.

Comme prévu dans le contrat pluriannuel d'Objectifs et de Moyens établi avec l'Agence Régionale de Santé (ARS), et par le recueil de données RPU fiables, l'ORU NA a pu évaluer les filières de prise en charge spécifiques des patients (AVC, syndromes coronariens aigus, traumatisés crâniens, brûlés), au niveau territorial et régional. Des analyses de ces filières sont présentées dans ce panorama.

Prévu par l'arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données RPU, qui précise dans l'article 5.III « ...qu'en cas de situation sanitaire exceptionnelle ou dans le cas de la volonté de mettre en place un suivi des tensions dans l'organisation des soins, l'ARS demande à la structure d'urgence de transmettre les informations contenues dans les RPU de manière infra-quotidienne, selon la fréquence nécessaire », l'ARS a souhaité **une implication forte des établissements de la Nouvelle-Aquitaine sur la remontée des RPU « temps réels » (= RPU étendus)**. Chargé de l'accompagnement des établissements dans la mise en place de ces RPU étendus, l'ORU a œuvré auprès de tous les établissements. À la fin 2017, 18 établissements de la Nouvelle-Aquitaine remontent ces RPU étendus et 25 au premier trimestre 2018.

A la demande de l'ARS, et afin d'évaluer le dispositif de PDSA, le suivi et l'analyse de **l'activité des SAMU et des SMUR constituent également des missions prioritaires pour l'ORU**. Les travaux ont démarré, avec la mise en place d'un cahier des charges régional définissant les données pertinentes, leurs définitions et les glossaires attendus, ainsi que la mise en place d'un collecteur régional (premier semestre 2018).

Cette phase a nécessité l'évaluation des outils de l'ensemble des SAMU pour une approche technique et financière du projet (collecteur et gestion des flux).
A terme, le collecteur régional sera interfacé avec le SI SAMU national.

Pour les données SMUR et données SMUR transports hélicoptés, la méthodologie a été la même que pour les données SAMU, avec réalisation d'un cahier des charges régional. Un outil de saisie de données SMUR est proposé en test sur un territoire, le retour d'expérience sera pour 2018.

Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) est désormais positionné comme le référentiel régional unique de description de l'offre de santé sur l'ensemble des champs d'activité (sanitaire, médico-social, ville). Le ROR sanitaire, déployé par l'ORU NA, est constitué de plusieurs modules. Le module « lits disponibles » est en général bien utilisé par les établissements, ces derniers appliquant la procédure régionale de saisie de la disponibilité en lits. Le module « Hôpital en Tension », est diversement utilisé, l'ORU NA va poursuivre son accompagnement, directement auprès des établissements ou lors des réunions des réseaux territoriaux des urgences. L'ORU Nouvelle Aquitaine poursuit par ailleurs **la mise en place et l'animation de ces réseaux territoriaux des urgences sur l'ensemble de la région** ; les territoires de la Gironde et du Lot et Garonne sont de nouveaux opérationnels, avec l'arrivée de leurs Coordonnateurs Médicaux Territoriaux, les territoires de Charente et Limousin sont en phase d'élaboration de leur convention constitutive.

ORGANISATION DE L'ORU NA

LE GCS ORU NA EST ORGANISÉ DE LA FAÇON SUIVANTE :

- 1 siège socle et 2 antennes découpées en 2 secteurs :
 - Siège : basé à Bordeaux avec fonctions support
Administration, gestion, social
Cellule Informatique et Évaluation (CIE) : gestion des flux, collecte et analyse de données
 - Antenne Sud Ouest : basée à Bordeaux
 - Antenne Nord Est : basée à Limoges
- 1 coordonnateur médical territorial (CMT) et 1 Coordonnateur Animateur de Réseaux Territoriaux (CART) sur chacun des 12 territoires de santé (RTU)
- 2 chargés de missions ROR (1 sur antenne Sud, 1 sur antenne Nord)

ORGANIGRAMME DE L'ORU NA



DIRECTION ADMINISTRATION

Serge ROULET
Dr Laurent MAILLARD
Patricia SIGURET
Véronique GARDONI

Administrateur
Coordonnateur médical
Coordonnatrice administrative
Secrétaire comptable

CIE CELLULE INFORMATIQUE ÉVALUATION

Caroline LIGIER Statisticienne
Mickaël OLIVIER Datamanager
Antoine TIGNON Informaticien
Charline LEROI Chargée de mission statistiques

ROR RÉPERTOIRE OPÉRATIONNEL DES RESSOURCES

Chargée de mission ROR (CMR)
Pilar GARCIA MUNOZ 17, 33, 40, 47, 64A, 64B
Céline RICHIR 16, 24, 79, 86, 19-23-87

RTU RÉSEAUX TERRITORIAUX DES URGENCES

Coordonnateur Animateur de Réseau Territorial (CART)
Gilles FAUGERAS 16, 24, 86, 19-23-87
Magali GUERIN 17, 79
Arnaud HONTARREDE 40, 64A, 64B
Patricia SIGURET 33, 47

Coordonnateur Médical Territorial (CMT)

Dr Pierre CHANSEAU 64B
Dr Virginie DELONGLÉE 47
Dr Jean FABRE 40
Dr Farnam FARANPOUR 79
Dr Michel GAUTRON 24
Dr Gilles MOALIC 16
Dr Tarak MOKNI 64A
Dr Candice PENET 17
Dr Pierre-Bernard PETITCOLIN 19-23-87
Dr Guillaume VALDENNAIRE 33

Territoires de santé	Service d'urgence	Nb RPU	Exploitable		Exploitable		Exploitable		Exploitable	
			Démographie	Prise en charge	Prise en charge	Démographie	Prise en charge	Démographie	Prise en charge	
Charente	CH ANTOINE LÉON	4 344	99,2%	96,2%	0,0%	96,2%	96,2%	96,2%	0,0%	0,0%
	CHIC COGNAC	1 244	99,1%	99,7%	0,0%	99,7%	99,7%	99,7%	0,0%	0,0%
	CHIC SAINT-JEAN	767	100,0%	0,0%	0,0%	97,0%	73,4%	0,0%	0,0%	0,0%
	CHIC SAINT-GERVAISE	1 021	99,9%	99,9%	0,0%	99,9%	99,9%	99,9%	0,0%	0,0%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 847	99,9%	99,9%	0,0%	99,9%	99,9%	99,9%	0,0%	0,0%
	CHIC SAINT-PAUL	1 008	99,0%	73,1%	63,0%	63,0%	63,0%	63,0%	0,0%	0,0%
	CHIC SAINT-PIERRE - SAINTES	3 193	99,9%	99,9%	0,0%	99,9%	99,9%	99,9%	0,0%	0,0%
	CHIC SAINT-ROCH	1 197	99,9%	99,9%	0,0%	99,9%	99,9%	99,9%	0,0%	0,0%
	CHIC SAINT-GEORGES	1 007	99,0%	96,0%	99,0%	99,0%	99,0%	99,0%	99,0%	99,0%
	CHIC SAINT-EST	800	99,9%	99,9%	0,0%	99,9%	99,9%	99,9%	0,0%	0,0%
Deux-Sèvres	CHIC SAINT-GEORGES	3 092	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-EST	800	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 211	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	4 779	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	3 994	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	3 193	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
Gironde	CHIC SAINT-PIERRE	4 779	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	3 994	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	3 193	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
Landes	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
Lot-et-Garonne	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
Nouvelle-Aquitaine	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
Mayenne	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
Deux-Sèvres	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
Vienne	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
Limousin	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%
	CHIC SAINT-PIERRE	2 093	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%	99,9%

Bilan mensuel

Synthèse de l'exploitabilité des items RPU du mois précédent et évolution sur les 12 derniers mois de l'ensemble des services d'urgences de la région

Envoyé aux alentours du 8 du mois afin que les données RPU du mois précédent soient complètes

Exploitable Démographie (CP, âge et sexe), Entrée (Date entrée, mode entrée, transport entrée et provenance), Prise en charge (CCMU, motif de recours et diagnostic principal), Devenir (Date sortie, mode sortie)

Nombre de passages aux urgences sur les 12 derniers mois par service d'urgences et territoire, part du service d'urgences sur le territoire et évolution M/M-1 et M/M-2 (en %)

TABLEAUX DE BORD

Actualisés une fois par mois vers le 8 du mois pour que les données du mois précédent soient complètes, les tableaux de bord sont accessibles sur le site internet de l'ORU : <https://www.oruna.fr/tableaux-de-bord/urgences>

Sur chaque tableau de bord, vous avez la possibilité de filtrer sur le service d'urgence et la période calendaire de votre choix :

Vous pouvez également partager ou télécharger le tableau de bord (en pdf ou png) à votre convenance :

Partager Télécharger

Dans les tableaux de bord, vous pouvez accéder aux données suivantes :

- Radar de l'exhaustivité par item
- Descriptif des passages aux urgences
- Prise en charge hospitalière
- Démographie des patients
- Actes
- Devenir du patient
- Entrée des patients
- Données urgences

Si vous avez des difficultés pour consulter ou exporter un des tableaux de bord de l'ORU NA, vous pouvez contacter la Cellule Informatique et Évaluation :



Caroline LIGIER
Statisticienne
caroline.ligier@oruna.fr
05.35.54.65.61

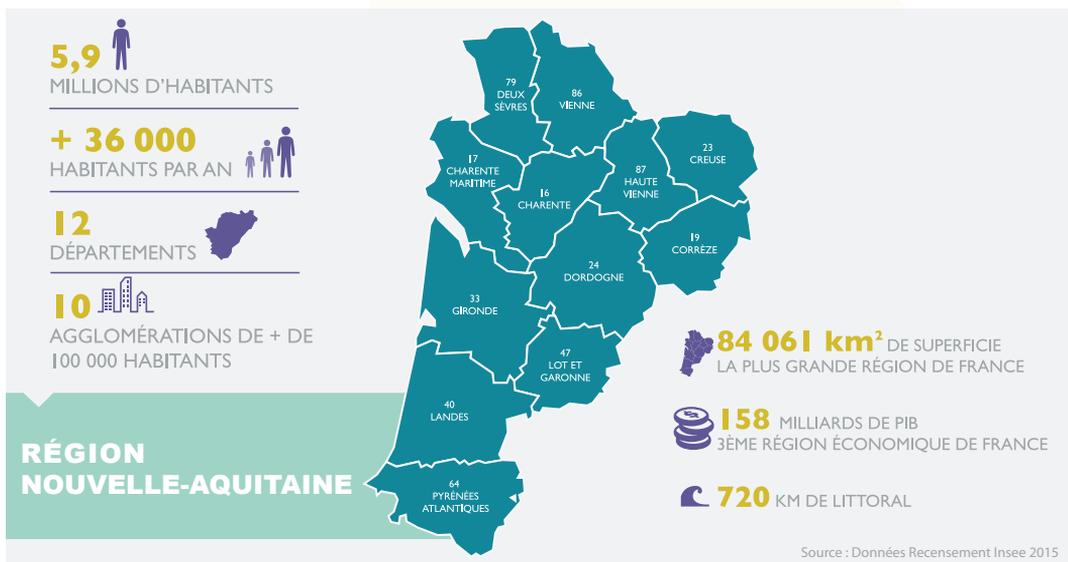
Charline LEROI
Chargée de missions en Statistiques
charline.leroi@oruna.fr
05.35.54.65.61

Mickaël OLIVIER
Datamanager
mickael.olivier@oruna.fr
09.72.53.50.45

Antoine TIGNON
Informaticien
antoine.tignon@oruna.fr
05.56.90.71.42

CONTEXTE RÉGIONAL

CHIFFRES CLÉS - RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE



OFFRE DE SOIN

123
4 En quelques chiffres

STRUCTURES D'URGENCES

- 13** SAMU
- 42** sièges SMUR (hors antennes)
- 48,1** SMUR (sièges et antennes)
- 62** services d'urgences juridiques
- 70** services d'urgences géographiques autorisés

POPULATION

- 5 911 482** habitants
- 11%** de 75 ans et +
- 84 061** km²
- 70,3** habitants au km²

BASSINS DE POPULATION

- 0,22** SAMU pour 100 000 habitants versus **0,1** au niveau national
- 0,83** sièges SMUR pour 100 000 habitants versus **0,7** au niveau national
- 1,17** services d'urgences géographiques autorisés pour 100 000 habitants versus **1,1** au niveau national

DESCRIPTION DE L'OFFRE DE SOIN DE LA RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE

	RÉGION				TERRITOIRES DE SANTÉ								
		16	17N	17SE	24	33	40*	47	64A	64B	79	86	19, 23 et 87
STRUCTURES D'URGENCES													
Nb SAMU	13	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	3
Nb sièges SMUR (hors antennes SMUR)	42	5	2	4	3	7*	2	3	1	3	4	4	4
Nb SMUR (sièges et antennes)	49,2	5	2	4,1	3	8	4,6**	4	1	3	4	4	6,5
Nb services d'urgences juridiques	57	5	2	4	4	11	3	4	5	4	3	3	9
Nb services d'urgences géographiques autorisés	69	5	2	6	4	16	3	4	5	4	5	5	10
POPULATION													
Nb habitants	5 911 482	353 613	345 142	294 796	415 417	1 548 478	403 234	333 417	290 291	379 741	374 435	434 887	738 031
Part des 75 ans et +	11%	12%	11%	14%	14%	9%	11%	13%	12%	11%	11%	11%	13%
Superficie (km2)	84 061	5 956	2 050	4 974	9 060	10 000	9 243	5 361	2 294	5 403	5 999	6 990	16 942
Densité de populations (Nb hab. au km2)	70,3	59,4	168,4	59,3	45,9	154,8	43,6	62,2	126,6	70,3	62,4	62,2	43,6
BASSINS DE POPULATION													
Nb SAMU pour 100 000 hab.	0,22	0,28	0,29		0,24	0,06	0,25	0,30	0,34	0,26	0,27	0,23	0,41
Nb sièges SMUR pour 100 000 hab.	0,83	1,41	0,58	1,39	0,72	0,52	1,14	1,20	0,34	0,79	1,07	0,92	0,88
Nb services d'urgences géographiques autorisés pour 100 000 hab.	1,17	1,41	0,58	2,04	0,96	1,03	0,74	1,20	1,72	1,05	1,34	1,15	1,35

*Auquel s'ajoute la garde territoriale de médicalisation de Dragon 33 lors de son détachement estival à LACANAU

**Décimale liée aux amplitudes de travail des SMUR saisonniers



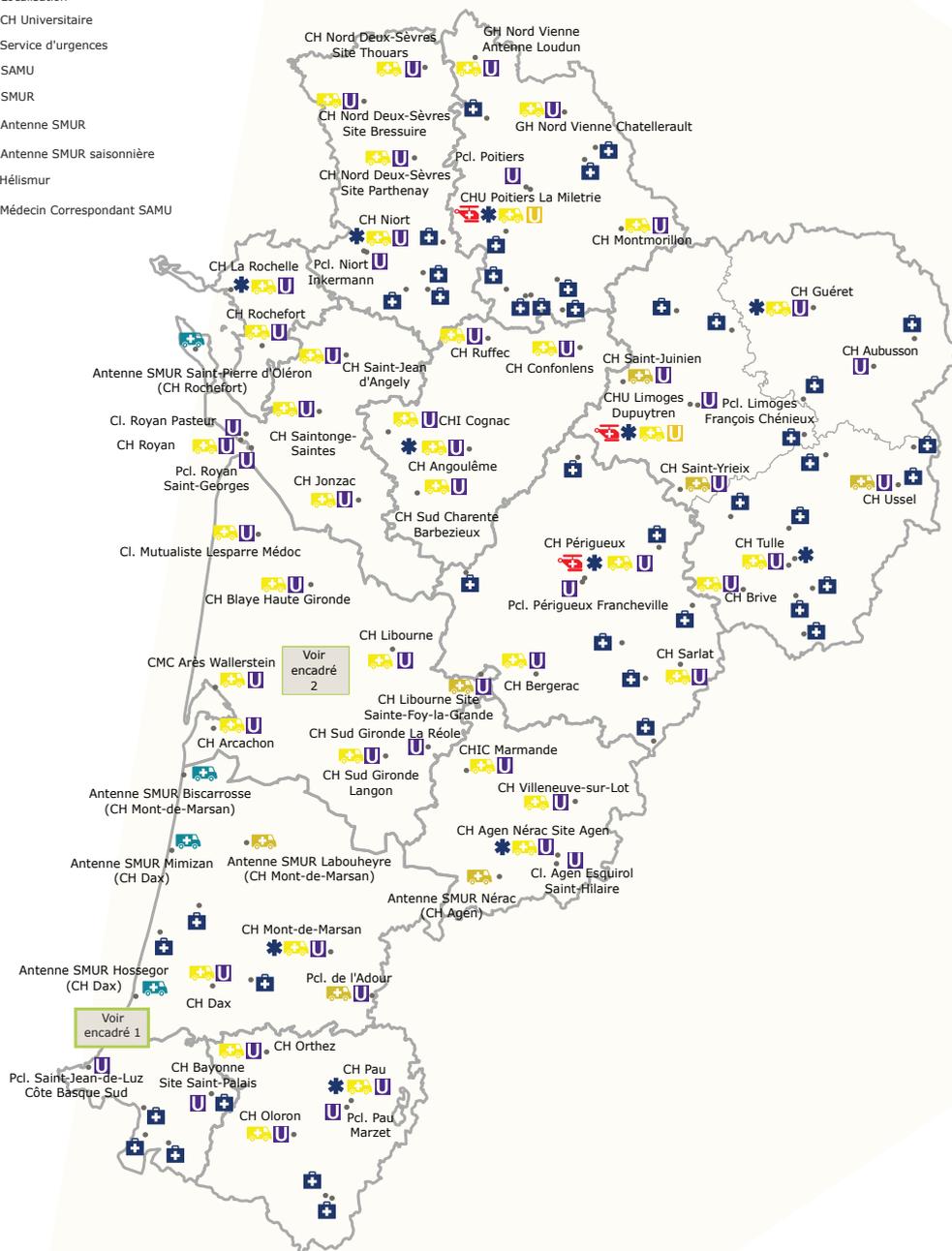
*Auquel s'ajoute la garde territoriale de médicalisation de Dragon 33 lors de son détachement estival à LACANAU

**Décimale liée aux amplitudes de travail des SMUR saisonniers

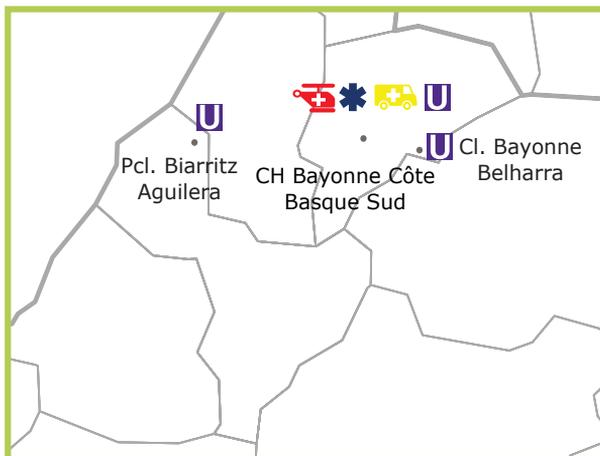
RÉPARTITION DES STRUCTURES D'URGENCES DE LA RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE

Légende

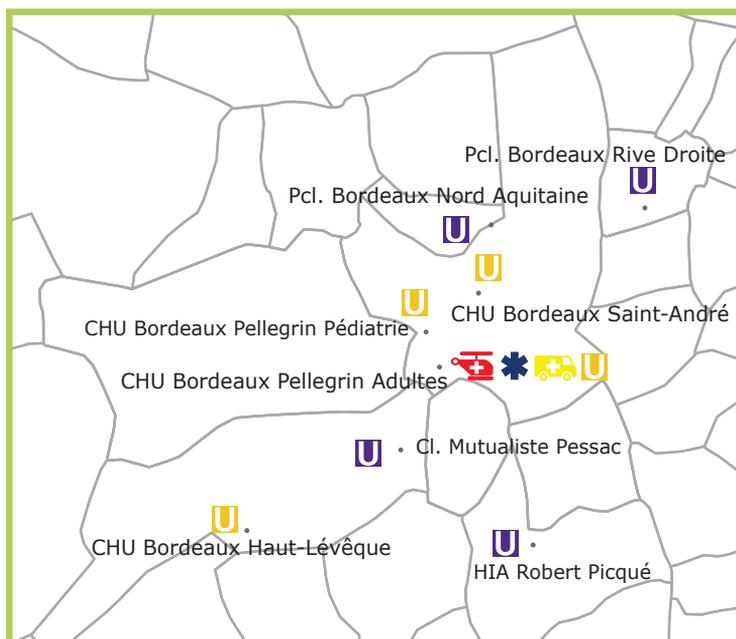
- Localisation
- U CH Universitaire
- Service d'urgences
- SAMU
- SMUR
- Antenne SMUR
- Antenne SMUR saisonnière
- Hélicimur
- Médecin Correspondant SAMU



Encadré 1 : zoom sur Bayonne

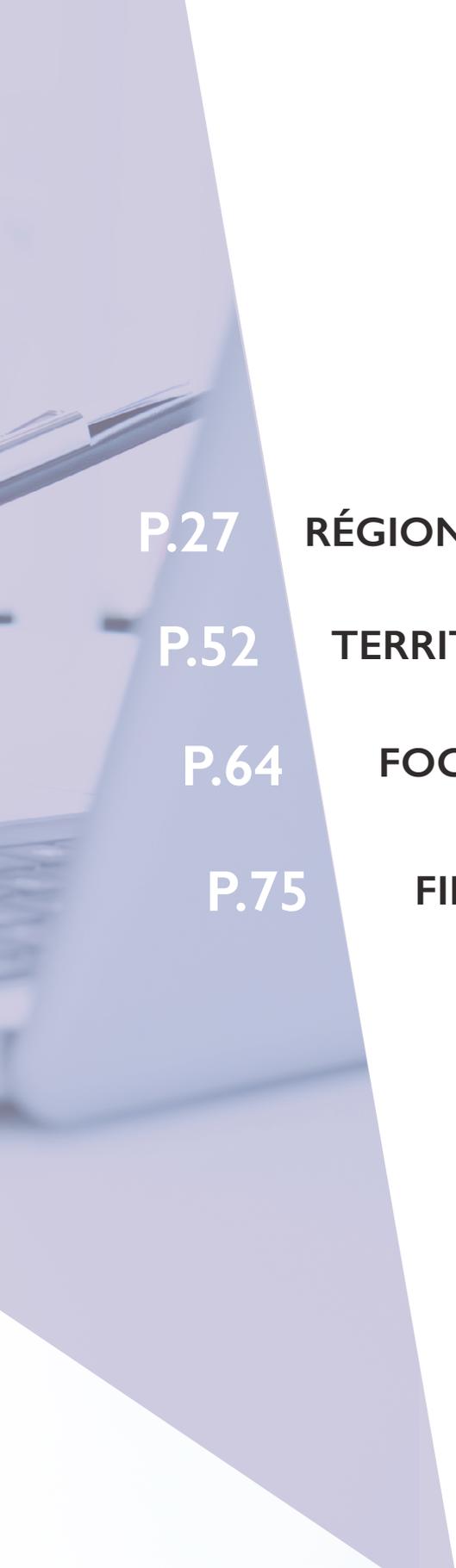


Encadré 2 : zoom sur Bordeaux





ACTIVITÉ DES
SERVICES
D'URGENTES



P.27 **RÉGION**

P.52 **TERRITOIRES DE SANTÉ**

P.64 **FOCUS**

P.75 **FILIÈRES**

ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCES

RÉGION

CHIFFRES CLÉS

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés	1 684 098
Moyenne quotidienne	4 614
Évolution (2016/2017)	+ 2,0%
Taux de passage	28%
Nombre de RPU transmis	1 675 304
Exhaustivité du recueil	99%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	26%
Mutation interne	24%
Transfert	1%
Retour à domicile	74%
Décès	1%

PATIENT

Sex-ratio	1,08
Age moyen	42,5
Moins de 1 an	2%
Moins de 18 ans	24%
75 ans et plus	17%
Patients hors région	7%

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	26%
Nuit profonde [00h-08h[	11%
Horaire de PDS	46%
Week-end	29%
Mode de transport	
Moyen personnel	72%
SMUR (hélicopté compris)	2%
VSAV	12%
Ambulances	14%
CCMU	
CCMU 1	15%
CCMU 4 et 5	2%

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	04h03
Médiane	02h52
Passages de moins de 4h	66%
Lors d'une hospitalisation	66%
Lors d'un retour au domicile	74%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médoco-chirurgical	58%
Traumatologique	34%
Psychiatrique	3%
Toxicologique	2%
Autre recours	3%
DP exploitables	86%

PASSAGES AUX URGENCES

123
4  En quelques chiffres

1 684 098 passages aux urgences validés en 2017

En moyenne 4 614 passages aux urgences par jour

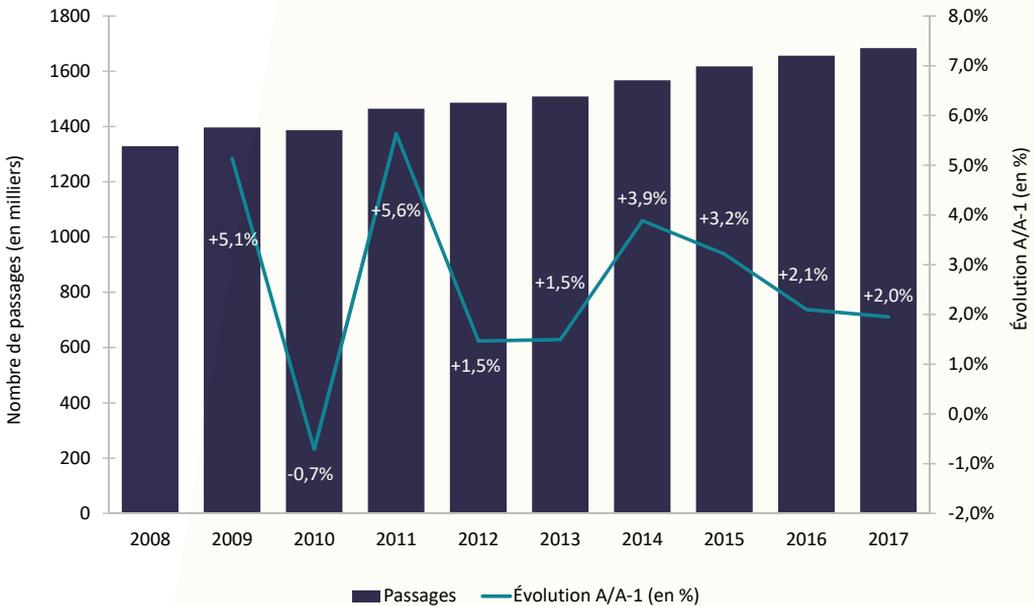
+2,0% d'évolution entre 2016 et 2017

Sur les 9 dernières années, +2,7% d'évolution annuelle moyenne

+27,1% d'évolution entre 2008 et 2017

> +27 291 passages en 2017 par rapport à 2016

NOMBRE ET ÉVOLUTION DES PASSAGES AUX URGENCES DANS LA RÉGION DEPUIS 2008



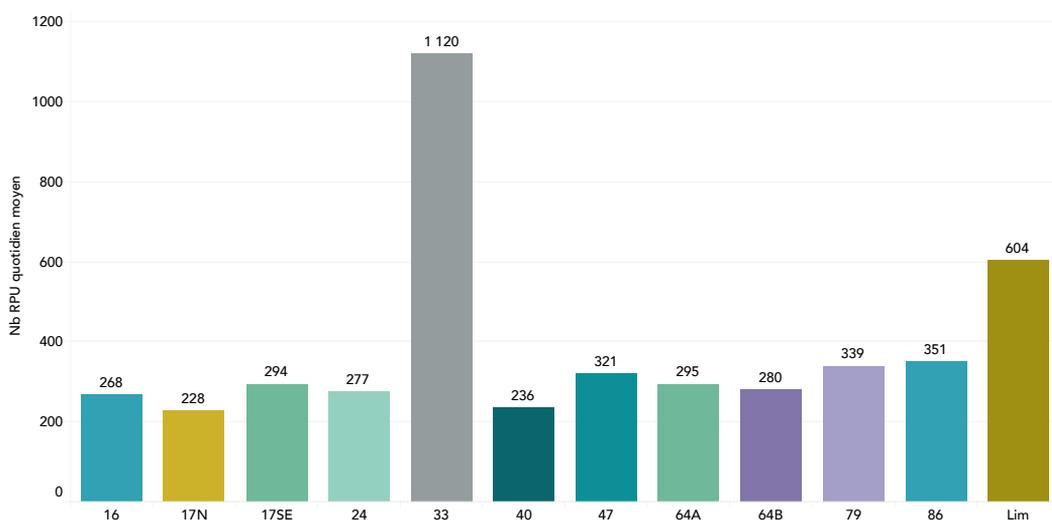
> Plus de 1 680 000 passages aux urgences dans la région avec 99,5% d'exhaustivité des RPU

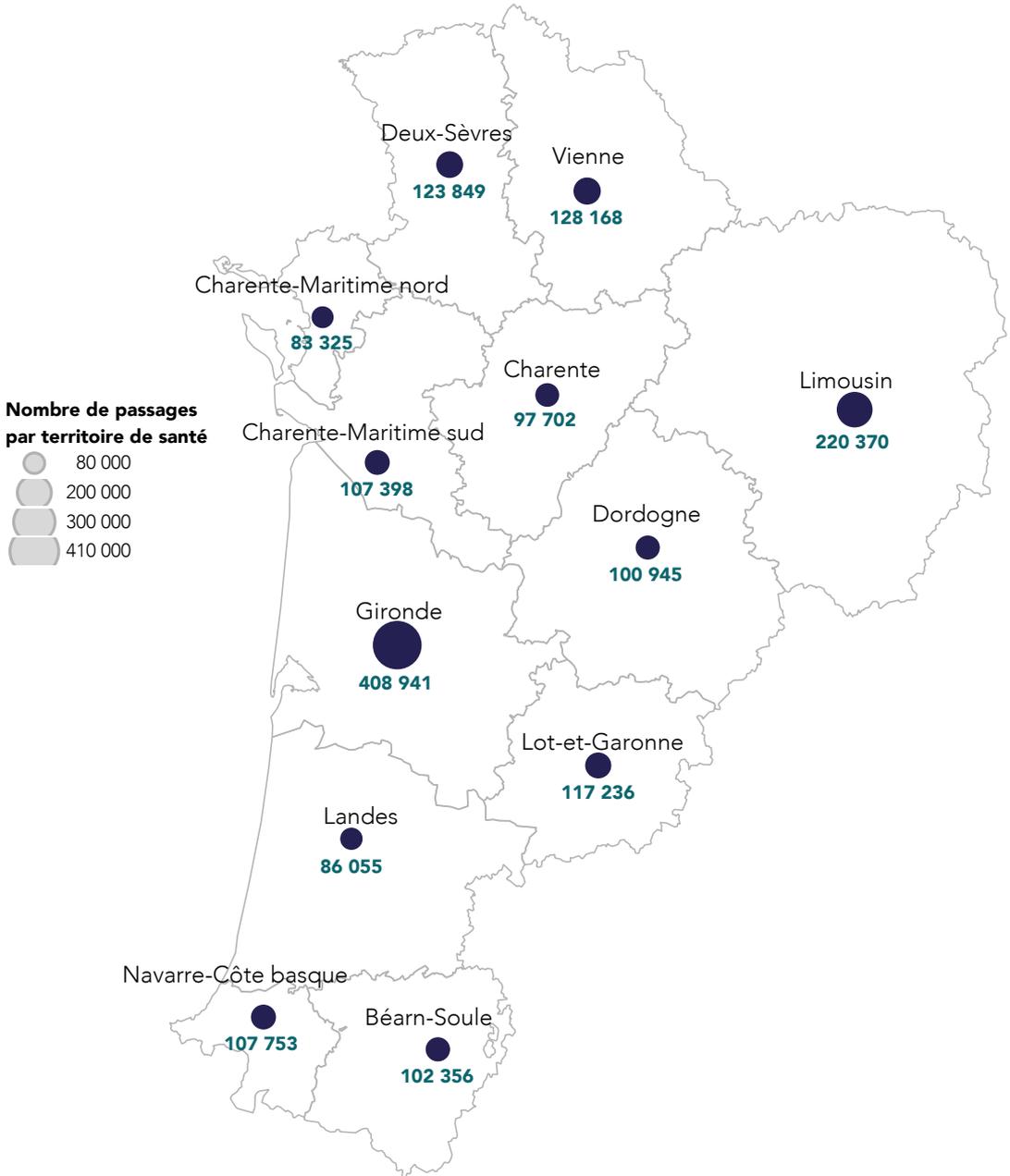
NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES EN 2017 ET ÉVOLUTION

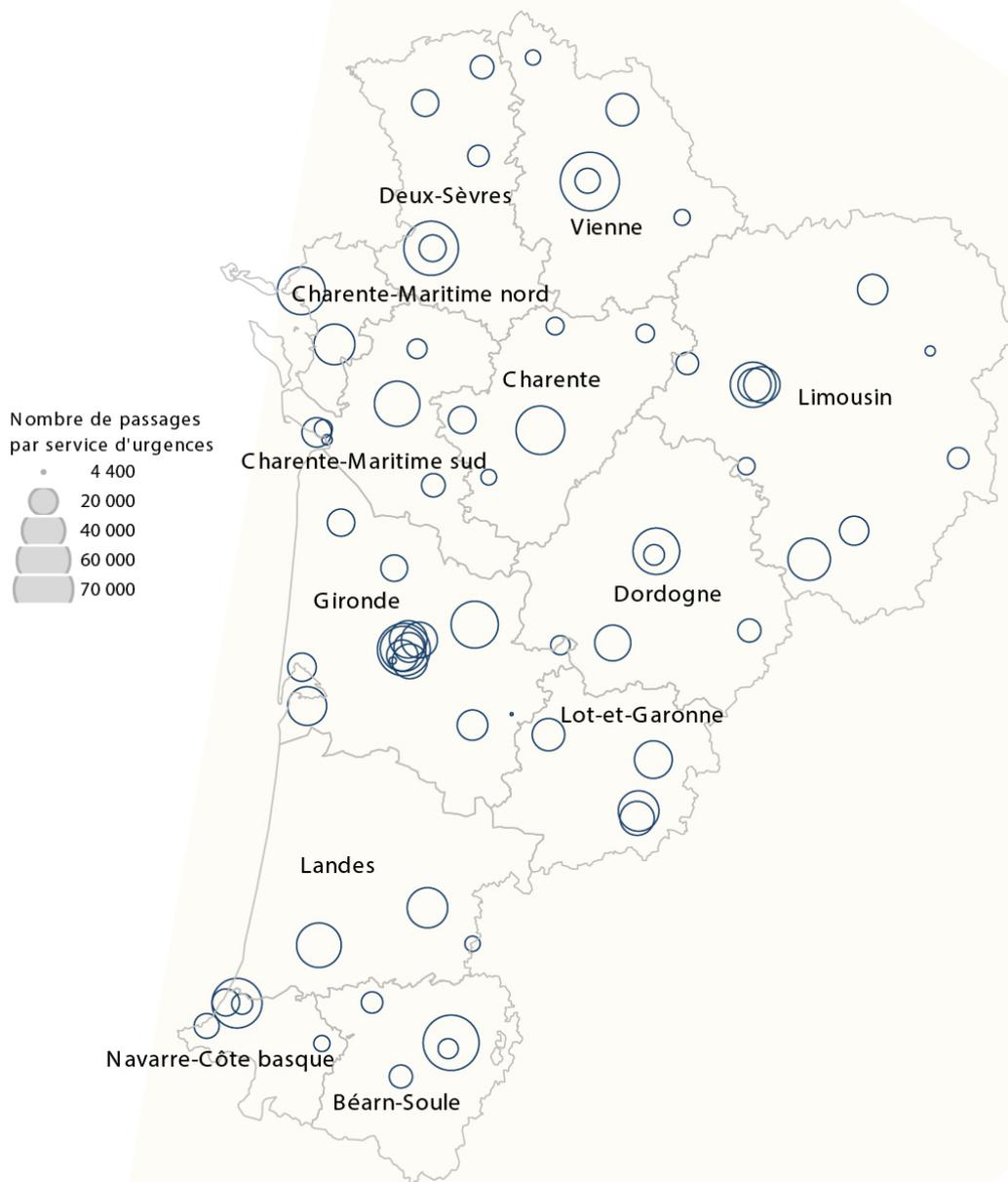
Périmètre	Nombre de passages validés 2017	Nombre de RPU transmis 2017	Moyenne quotidienne 2017	Évolution 2016/2017
Nouvelle-Aquitaine	1 684 098	1 675 304	4 614	+ 2,0%
Charente (16)	97 702	97 702	268	+ 4,7%
Charente Maritime - Nord (17N)	83 325	83 325	228	+ 2,9%
Charente - Maritime Sud Est (17SE)	107 398	107 398	294	+ 1,6%
Dordogne (24)	100 945	100 945	277	+ 1,2%
Gironde (33)	408 941	408 941	1 120	+ 2,4%
Landes (40)	86 055	77 261	236	- 5,8%
Lot-et-Garonne (47)	117 236	117 236	321	+ 2,1%
Navarre Côte-Basque (64A)	107 753	107 753	295	+ 5,4%
Béarn-Soule (64B)	102 356	102 356	280	- 0,1%
Deux-Sèvres (79)	123 849	123 849	339	+ 0,5%
Vienne (86)	128 168	128 168	351	+ 3,7%
Limousin (19, 23, 87)	220 370	220 370	604	+ 2,6%

> Activité journalière hétérogène selon le territoire de santé

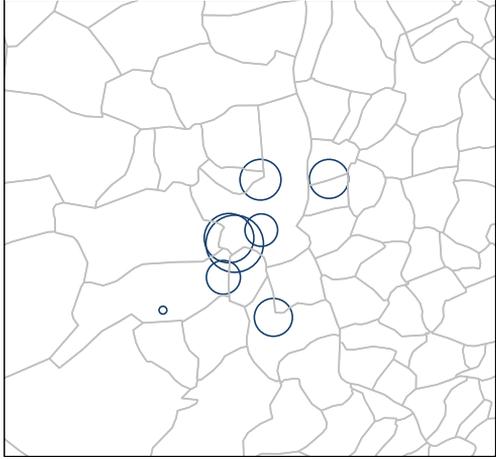
NOMBRE MOYEN JOURNALIER DE PASSAGES AUX URGENCES SELON LE TERRITOIRE DE SANTÉ



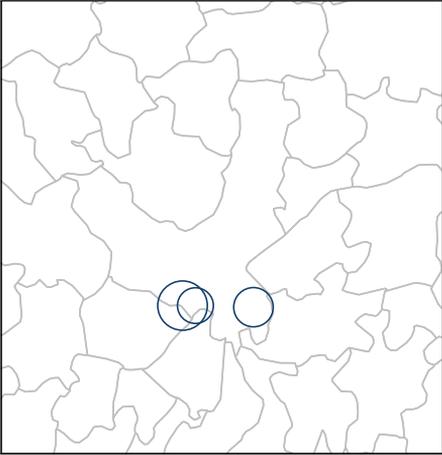




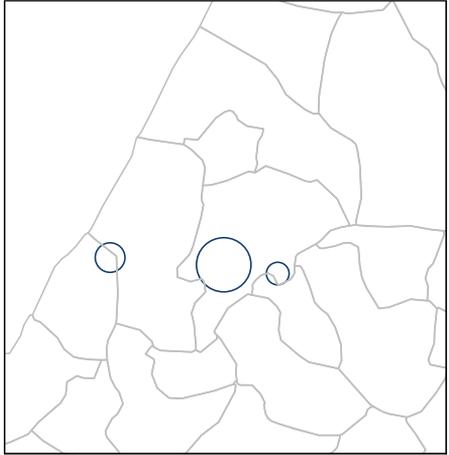
Zoom sur Bordeaux



Zoom sur Limoges



Zoom sur Bayonne



PROFIL DES PASSAGES

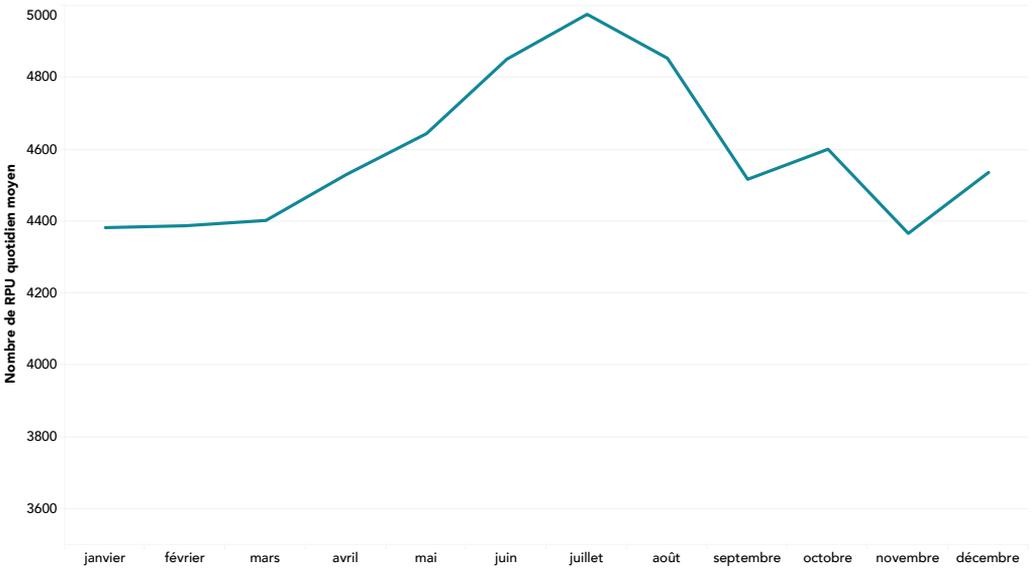
123 En quelques chiffres 4 Q

154 281 passages en juillet (4 977 passages / jour)
 vs **122 874** passages en février (4 388 passages / jour) soit **13%** de variation saisonnière
29% d'activité le weekend
26% d'activité nocturne [20h - 08h[avec 11% d'activité en nuit profonde [00h - 08h[
46% d'activité PDS

Fréquentation mensuelle

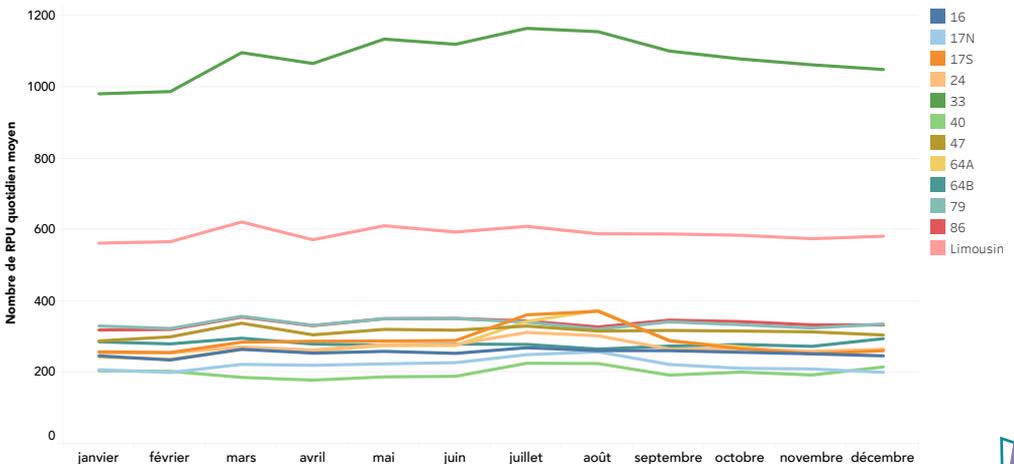
> Impact de l'activité estivale sur les services d'urgences

MOYENNE QUOTIDIENNE DU NOMBRE DE PASSAGES PAR MOIS EN NOUVELLE-AQUITAINE



> En particulier dans les territoires du littoral

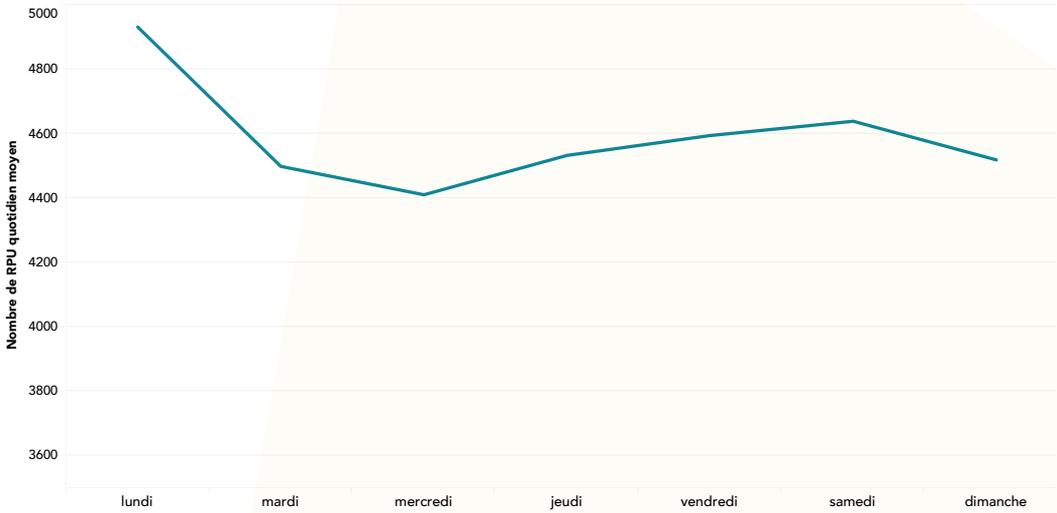
MOYENNE QUOTIDIENNE DU NOMBRE DE PASSAGES PAR MOIS ET TERRITOIRE DE SANTÉ



Fréquentation journalière

> Pic d'activité les lundis

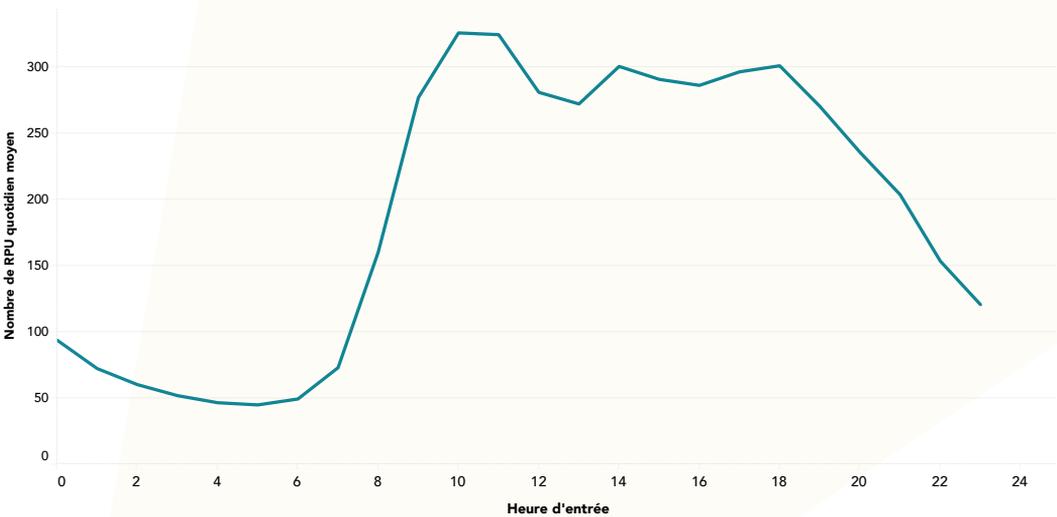
RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES SELON LE JOUR DE LA SEMAINE



Fréquentation par heure

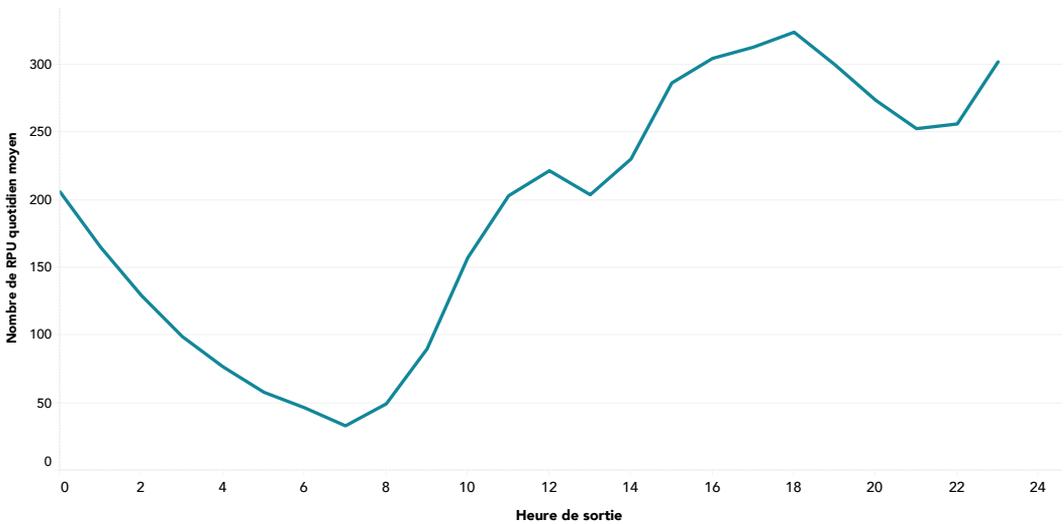
> Pic d'entrée aux urgences entre 10h et 11h du matin

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES SELON L'HEURE D'ENTRÉE



> Pic de sorties entre 18h et 19h

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES SELON L'HEURE DE SORTIE



> Forte présence aux urgences entre 10h et 18h encore plus marquée à partir de 15h

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES SELON L'HEURE ET LE JOUR DE LA SEMAINE D'ENTRÉE ET DE SORTIE

	ENTRÉES							SORTIES						
	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
0	1,9%	1,9%	1,9%	2,0%	1,9%	2,2%	2,6%	4,1%	4,8%	4,7%	4,6%	4,7%	4,8%	4,5%
1	1,4%	1,4%	1,5%	1,4%	1,5%	1,7%	2,1%	3,3%	3,8%	3,7%	3,6%	3,7%	3,8%	3,9%
2	1,2%	1,2%	1,1%	1,2%	1,2%	1,5%	1,8%	2,5%	3,0%	2,9%	2,7%	2,8%	3,1%	3,2%
3	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,3%	1,6%	1,9%	2,3%	2,1%	2,0%	2,1%	2,5%	2,5%
4	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	1,2%	1,5%	1,4%	1,7%	1,6%	1,6%	1,6%	2,0%	2,0%
5	0,8%	0,9%	0,9%	0,8%	0,9%	1,1%	1,4%	1,1%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,5%	1,7%
6	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,2%	1,4%	0,8%	1,0%	0,9%	0,9%	1,0%	1,2%	1,4%
7	1,7%	1,5%	1,6%	1,6%	1,5%	1,6%	1,7%	0,6%	0,6%	0,6%	0,7%	0,7%	0,9%	1,1%
8	3,9%	3,7%	3,6%	3,7%	3,6%	3,0%	2,9%	1,0%	1,1%	1,0%	1,0%	1,1%	1,1%	1,3%
9	6,8%	6,3%	6,1%	6,2%	6,0%	5,6%	5,1%	1,9%	2,0%	1,9%	2,0%	1,9%	1,9%	2,0%
10	7,7%	7,2%	6,9%	7,0%	6,8%	7,1%	6,9%	3,7%	3,4%	3,4%	3,4%	3,4%	3,3%	3,4%
11	7,5%	7,0%	6,8%	7,0%	6,8%	7,3%	7,1%	4,8%	4,4%	4,4%	4,4%	4,4%	4,3%	4,5%
12	6,3%	6,0%	6,0%	6,1%	6,0%	6,4%	6,0%	5,2%	4,8%	4,7%	4,7%	4,6%	4,9%	5,1%
13	6,0%	5,8%	6,0%	6,0%	5,9%	6,1%	5,7%	4,8%	4,3%	4,3%	4,2%	4,3%	4,6%	4,8%
14	6,6%	6,5%	6,6%	6,6%	6,6%	6,7%	6,1%	5,3%	4,9%	4,9%	4,9%	5,0%	5,2%	5,1%
15	6,3%	6,3%	6,6%	6,4%	6,5%	6,4%	5,9%	6,5%	6,3%	6,4%	6,4%	6,3%	6,2%	6,1%
16	6,2%	6,3%	6,4%	6,3%	6,4%	6,2%	5,9%	6,9%	6,3%	6,8%	6,8%	6,7%	6,5%	6,3%
17	6,4%	6,6%	6,4%	6,6%	6,6%	6,3%	6,3%	7,2%	6,9%	7,0%	7,0%	6,9%	6,7%	6,3%
18	6,6%	6,9%	6,6%	6,8%	6,7%	5,9%	6,4%	7,3%	7,1%	7,2%	7,3%	7,2%	6,9%	6,7%
19	5,7%	6,1%	6,1%	6,1%	6,0%	5,5%	5,7%	6,7%	6,6%	6,6%	6,7%	6,5%	6,5%	6,3%
20	4,9%	5,3%	5,3%	5,2%	5,2%	4,8%	5,1%	6,1%	6,0%	6,0%	6,2%	6,1%	5,9%	5,9%
21	4,2%	4,5%	4,6%	4,4%	4,6%	4,4%	4,4%	5,6%	5,7%	5,7%	5,7%	5,7%	5,5%	5,5%
22	3,0%	3,3%	3,4%	3,3%	3,5%	3,6%	3,4%	5,7%	5,8%	5,9%	6,0%	5,9%	5,4%	5,4%
23	2,3%	2,5%	2,6%	2,5%	2,7%	3,1%	2,7%	5,7%	5,5%	5,8%	5,8%	5,9%	5,2%	5,2%

PROFIL DES PATIENTS

123 4 En quelques chiffres

1 684 098 passages aux urgences validés en 2017

1,08 sex-ratio

42,5 ans +/- 27,9 ans âge moyen +/- écart type

2% [0 - 1 an[20% [0 - 15 ans[24% [0 - 18 ans[

26% 65 ans et + 17% 75 ans et + 9% 85 ans et +

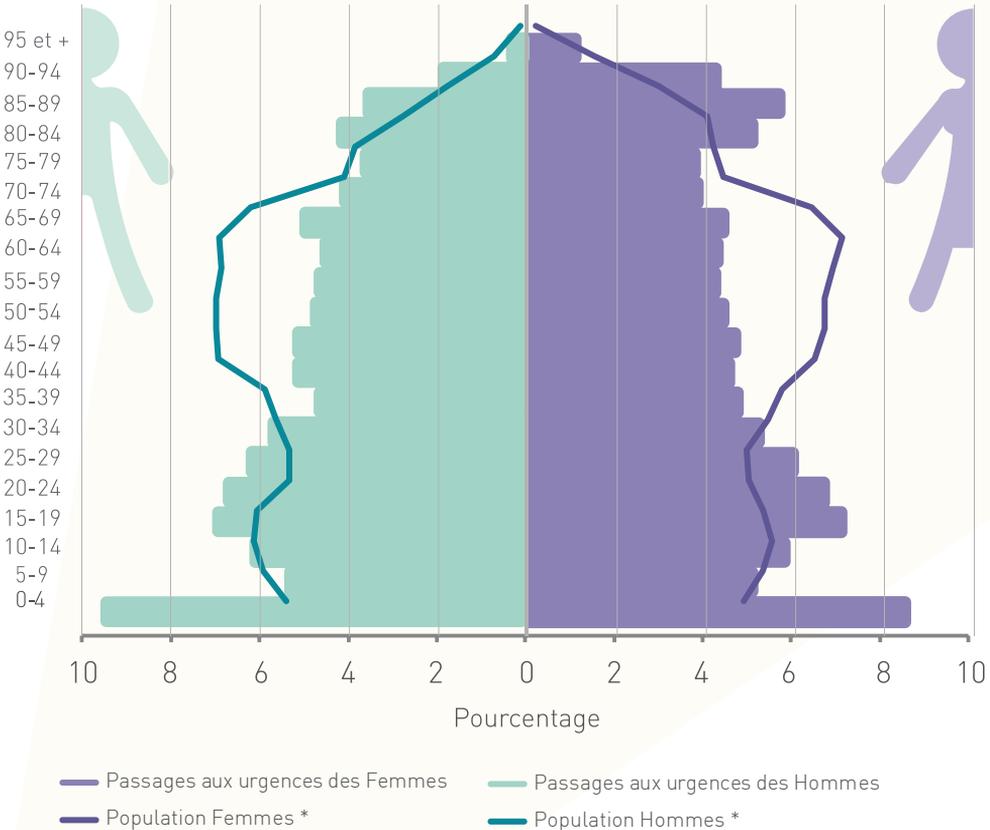
26 % taux de recours régional

7% ne résident pas dans la région Nouvelle-Aquitaine

> Les moins de 5 ans et les plus de 80 ans sur-représentés aux urgences par rapport à la population générale

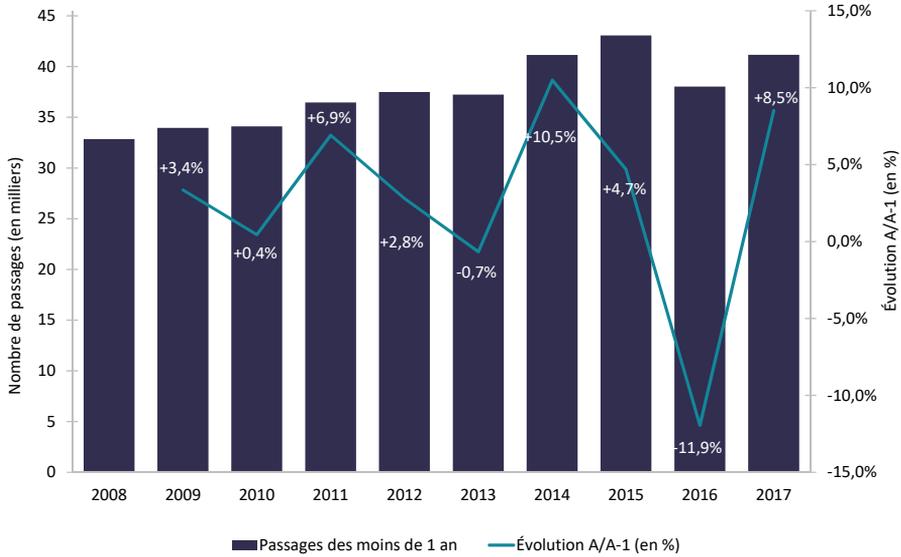
RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES ET DE LA POPULATION SELON L'ÂGE ET LE SEXE

Classe d'âge



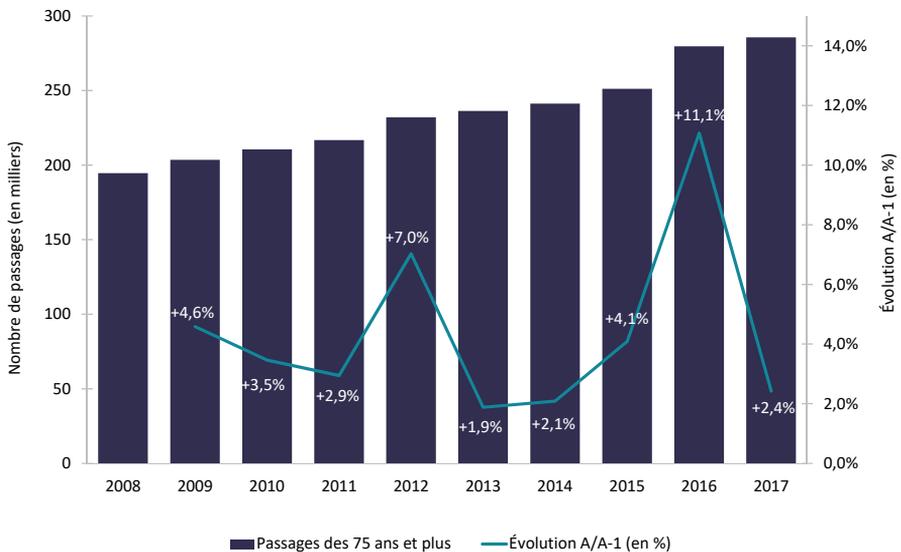
> Forte hausse (+8,5%) du nombre de passages des moins de 1 an

NOMBRE ET ÉVOLUTION DES PASSAGES AUX URGENCES DES MOINS DE 1 AN DEPUIS 2008



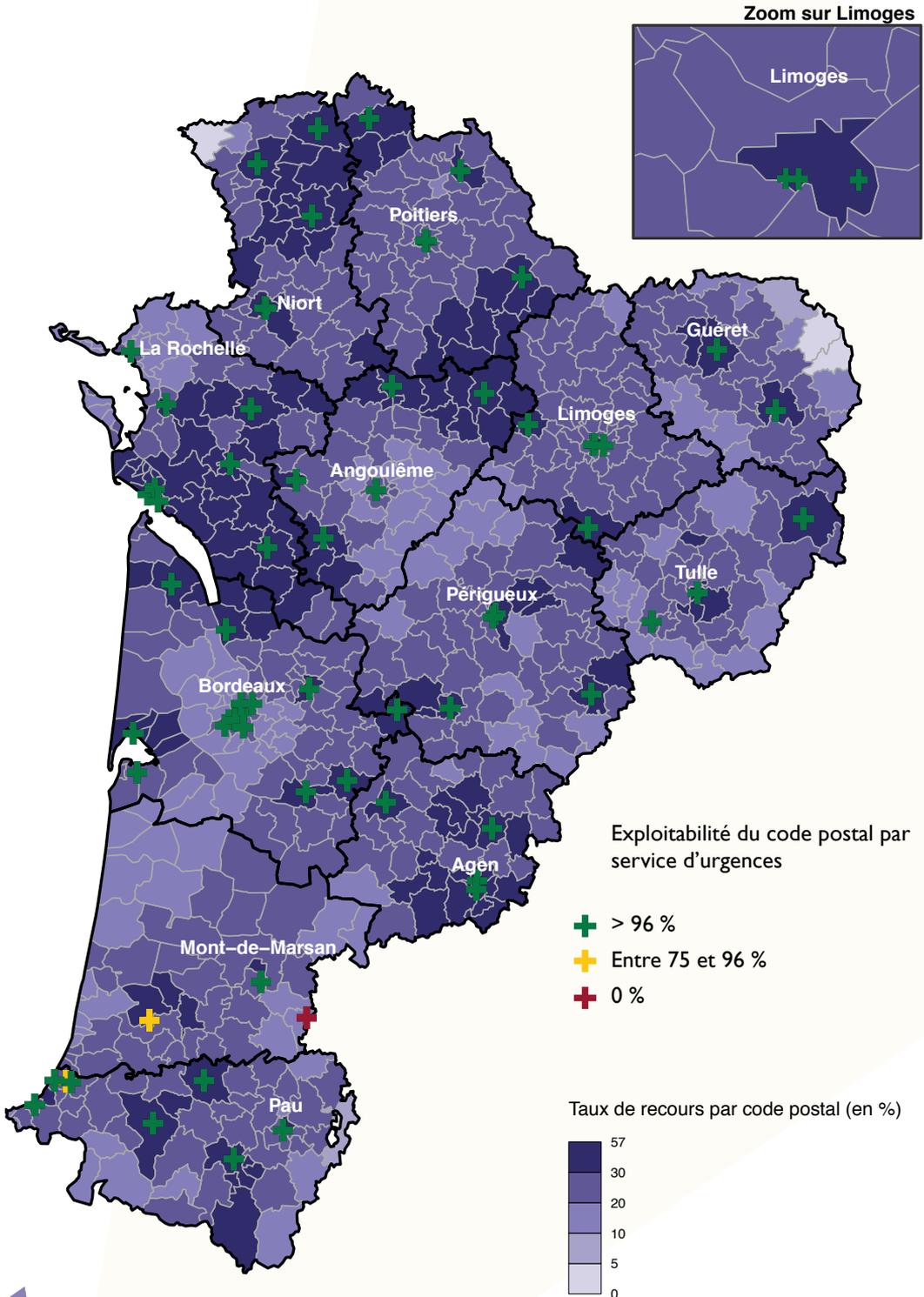
> Ralentissement de l'augmentation du nombre de passages des 75 ans et plus

NOMBRE ET ÉVOLUTION DES PASSAGES AUX URGENCES DES 75 ANS ET + DEPUIS 2008

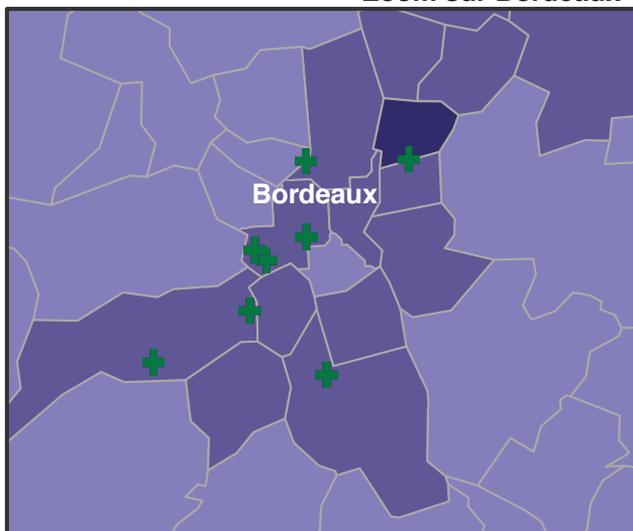


> Hétérogénéité du taux de recours aux urgences selon les communes

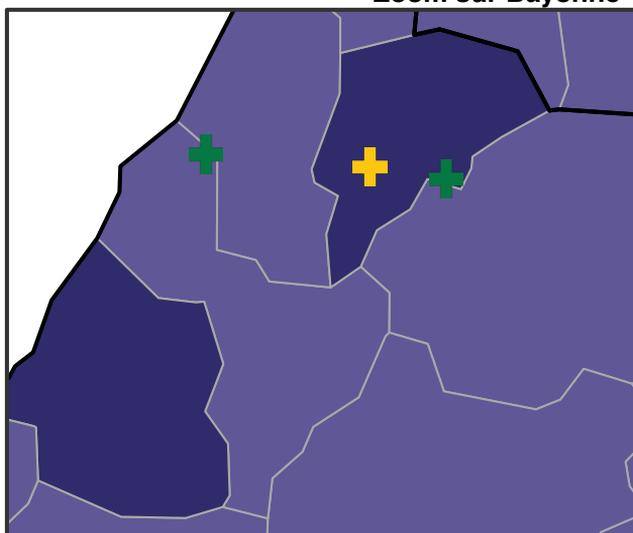
TAUX DE RECOURS AUX URGENCES ET EXPLOITABILITÉ DES CODES POSTAUX DANS LA RÉGION



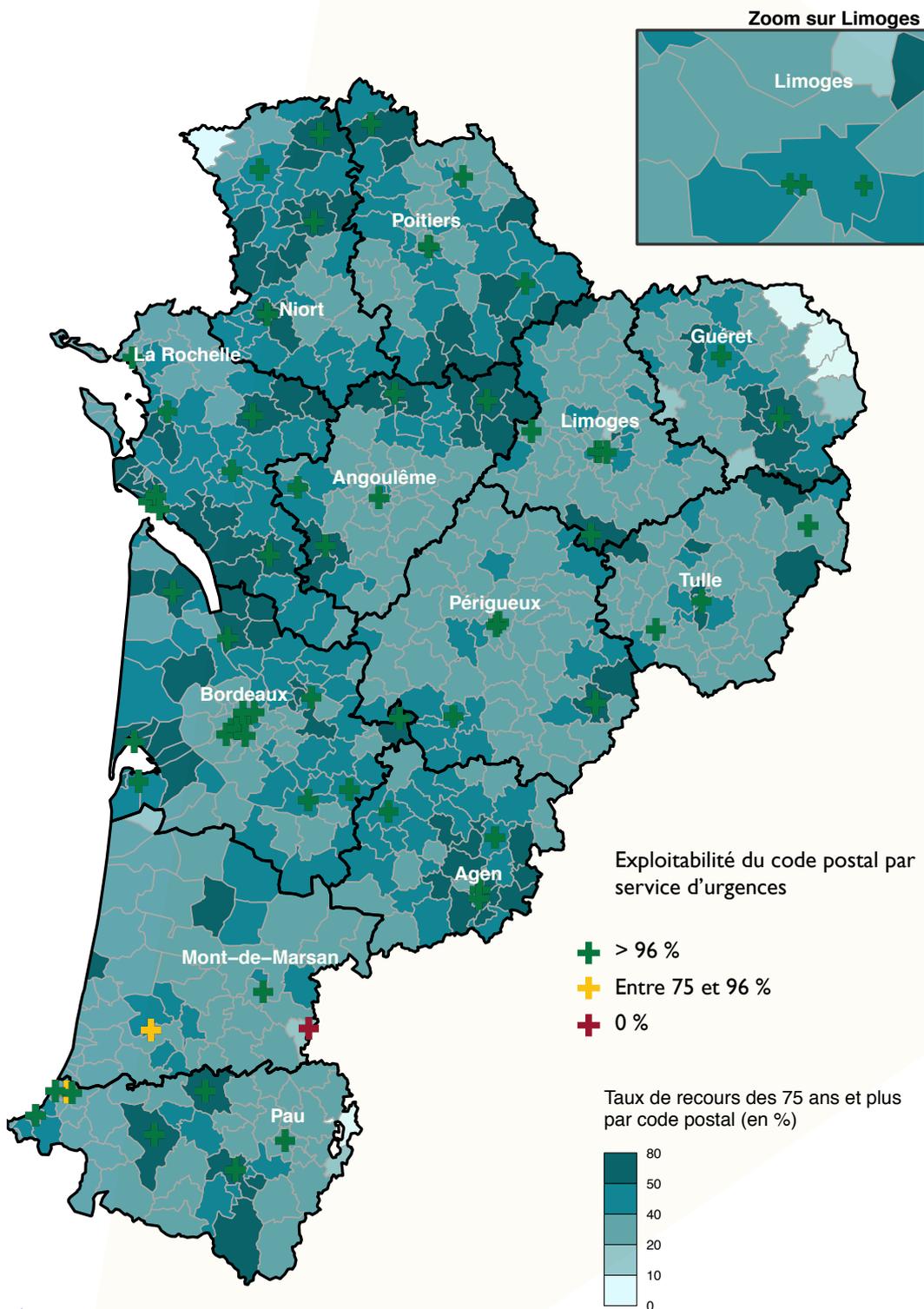
Zoom sur Bordeaux



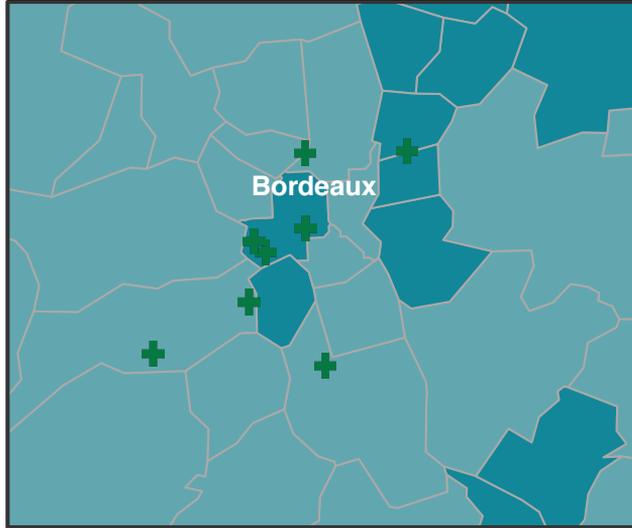
Zoom sur Bayonne



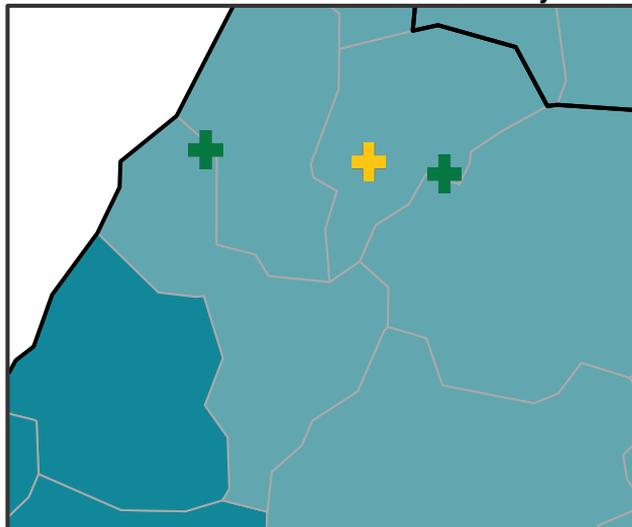
TAUX DE RECOURS DES PATIENTS AGÉS DE 75 ANS ET PLUS ET EXPLOITABILITÉ DES CODES POSTAUX DANS LA RÉGION

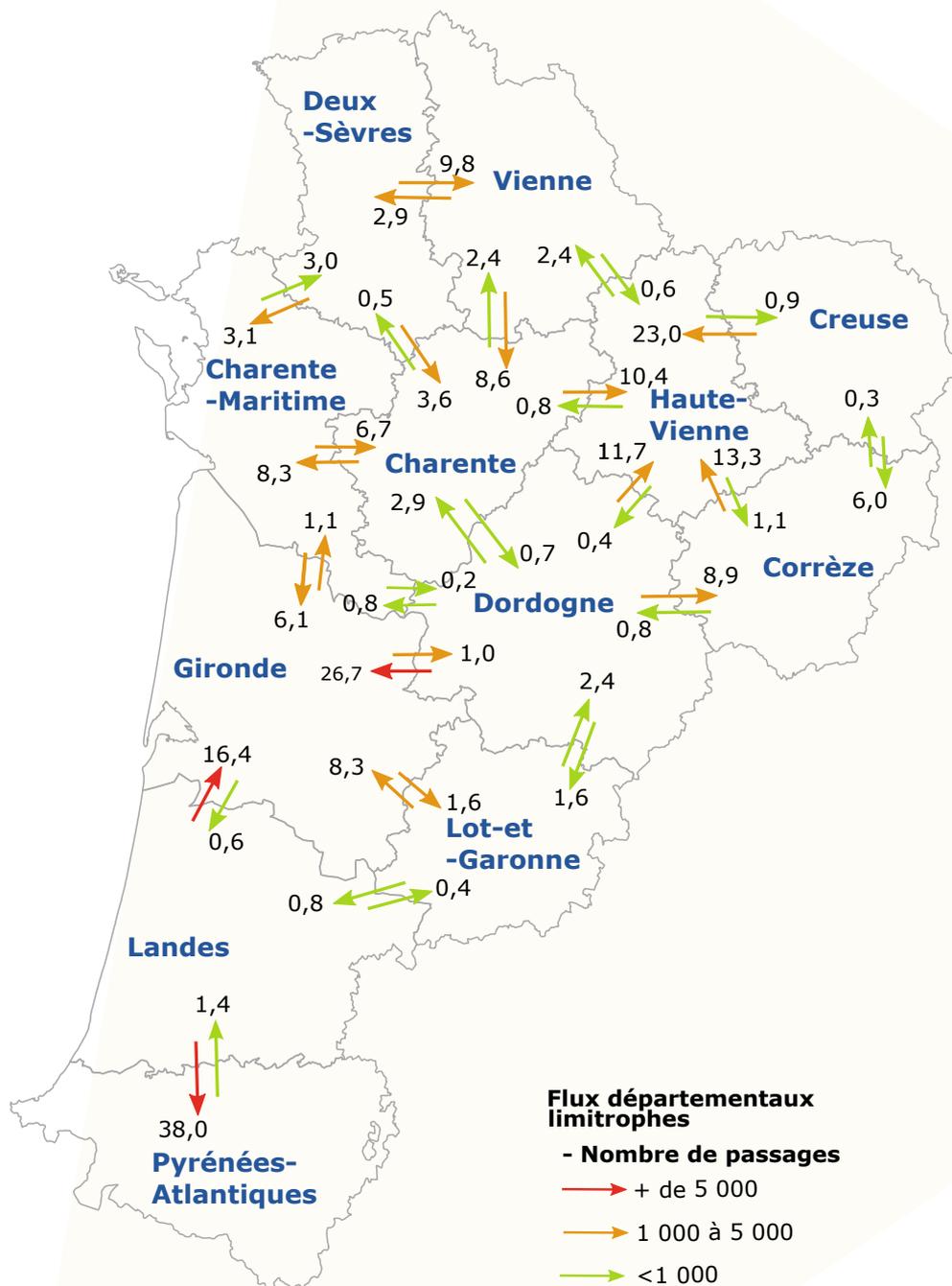


Zoom sur Bordeaux



Zoom sur Bayonne





Sur 1000 habitants du département de la Dordogne, 26,7 ont eu recours à un service d'urgences de la Gironde

PRISE EN CHARGE

123 4 En quelques chiffres

- 15%** CCMU 1
- 2%** CCMU 4-5

- 58%** d'urgences médico-chirurgicales
dont **149 036** douleurs abdominales et pathologies digestives

- 26%** taux d'hospitalisation
1 145 hospitalisations par jour
- 74%** taux de retour à domicile
3 296 retours à domicile par jour

- 04h03** durée moyenne de passage
- 05h54** durée moyenne de passages des patients hospitalisés
- 03h23** durée moyenne de passage des patients sortants
- 02h52** durée médiane de passage
- 04h30** durée médiane de passages des patients hospitalisés
- 02h28** durée médiane de passage des patients sortants

> Les douleurs abdominales représentent le premier motif de recours et diagnostic principal aux urgences en 2017

TOP 15 DES MOTIFS DE RECOURS

Motif CIM10	Libellé motif	Nb	%
R104	Douleurs abdominales, autres et non précisées	64 906	9,4%
T139	Lésion traumatique non précisée du membre inférieur, niveau non précisé	61 620	8,9%
T119	Lésion traumatique non précisée du membre supérieur, niveau non précisé	55 786	8,1%
T009	Lésions traumatiques superficielles multiples, sans précision	43 661	6,3%
R074	Douleur thoracique, sans précision	28 244	4,1%
R060	Dyspnée	27 533	4,0%
R55	Syncope et collapsus (sauf choc)	15 879	2,3%
A509	Syphilis congénitale, sans précision	14 833	2,2%
R53+0	Altération [baisse] de l'état général	13 992	2,0%
R51	Céphalée	13 396	1,9%
K089	Affection des dents et du parodonte, sans précision	13 300	1,9%
S009	Lésion traumatique superficielle de la tête, partie non précisée	12 217	1,8%
L039	Phlegmon, sans précision	12 122	1,8%
M549	Dorsalgie, sans précision	11 642	1,7%
R103	Douleur localisée à d'autres parties inférieures de l'abdomen	11 143	1,6%

TOP 15 DES DIAGNOSTICS PRINCIPAUX

Code CIM10	Libellé CIM10	Nb	%
R104	Douleurs abdominales, autres et non précisées	41 206	2,9%
S934	Entorse et foulure de la cheville	34 542	2,4%
R074	Douleur thoracique, sans précision	24 494	1,7%
R53+1	Malaise	21 656	1,5%
S610	Plaie ouverte de(s) doigt(s) (sans lésion de l'ongle)	18 207	1,3%
J00	Rhinopharyngite (aiguë) [rhume banal]	15 459	1,1%
R509	Fièvre, sans précision	15 380	1,1%
N23	Colique néphrétique, sans précision	14 552	1,0%
R060	Dyspnée	13 250	0,9%
K590	Constipation	13 172	0,9%
R073	Autres douleurs thoraciques	12 773	0,9%
S018	Plaie ouverte d'autres parties de la tête	11 309	0,8%
S0600	Commotion cérébrale, sans plaie intracrânienne	11 200	0,8%
T139	Lésion traumatique non précisée du membre inférieur, niveau non précisé	10 973	0,8%
R51	Céphalée	10 884	0,8%

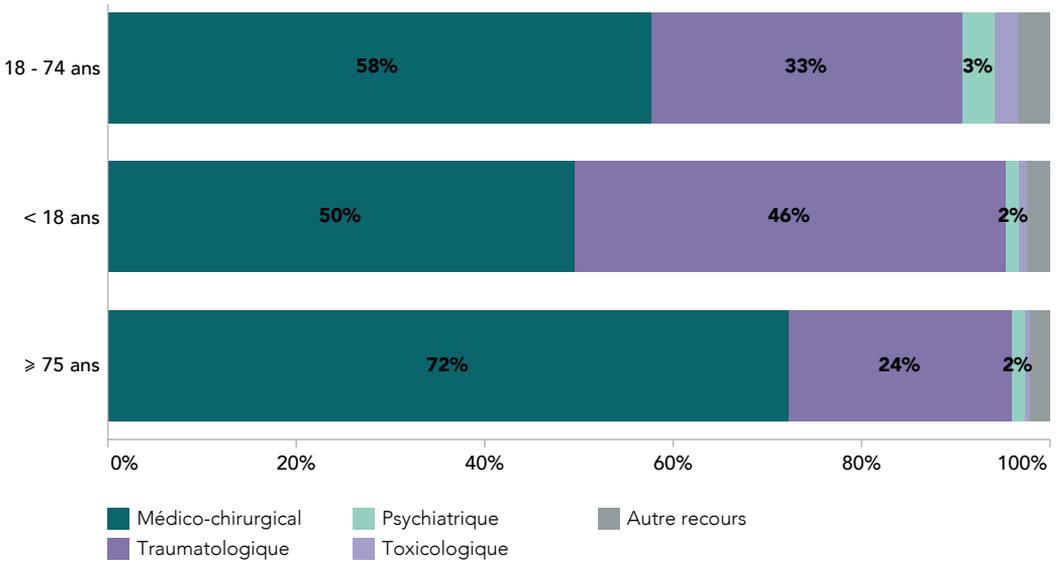
RÉPARTITION DES CHAPITRES CIM10 PAR TYPE D'URGENCE

Type Urgences	Chapitre CIM10	Nb	%
Médico-chirurgical	Douleurs abdominales, pathologies digestives	149 036	10,5%
	ORL, ophtalmo, stomato et carrefour aéro-digestif	100 456	7,1%
	Douleurs de membre, rhumatologie, orthopédie, SNP	98 569	7,0%
	Douleurs pelviennes, pathologies uro-génitales	81 220	5,7%
	Douleurs thoraciques, pathologies cardio-vasculaires	80 146	5,7%
	Dyspnées, pathologies des voies aériennes inférieures	69 763	4,9%
	Céphalées, pathologies neurologiques hors SNP	63 340	4,5%
	Signes généraux et autres pathologies	55 794	3,9%
	Dermato-allergologie et atteintes cutanéomuqueuses	52 839	3,7%
	Malaises, lipothymies, syncopes, étourdissements et vertiges	44 665	3,1%
	Fièvre et infectiologie générale	31 131	2,2%
	Traumatologique	Traumatisme du membre supérieur	172 749	12,2%
Traumatisme du membre inférieur		155 226	10,9%
Traumatisme de la tête et du cou		99 843	7,0%
Traumatisme thoraco-abdomino-pelvien		34 772	2,5%
Traumatisme autre et sans précision		25 619	1,8%
Psychiatrique	Troubles du psychisme, pathologies psychiatriques	36 551	2,6%
Toxicologique	Intoxication alcoolique	12 857	0,9%
	Intoxication médicamenteuse	8 295	0,6%
	Intoxication par d'autres substances	2 733	0,2%
	Intoxication au monoxyde de carbone	414	0,0%
Autre recours	Demande de certificats, de dépistage, de conseils	18 620	1,3%
	Iatrogénie et complication post chirurgicale SAI	7 473	0,5%
	Soins de contrôle, surveillances et entretien	6 980	0,5%
	Recours lié à l'organisation de la continuité des soins	2 715	0,2%
	autre et sans précision	2 310	0,2%
	Difficultés psychosociales, socio-économiques	2 013	0,1%
Réorientations, fugues, refus de soins	1 945	0,1%	

CARACTÉRISTIQUES DES PASSAGES SELON LE TYPE D'URGENCE

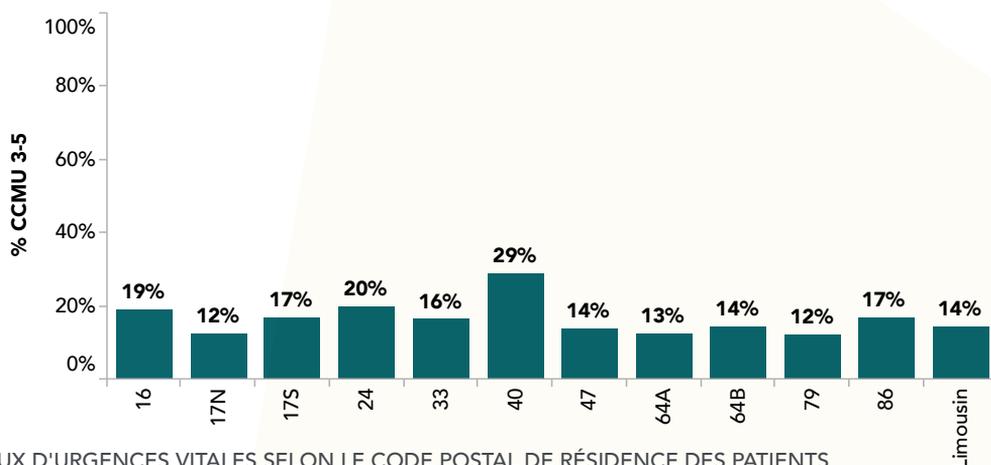
	% du total	% moins de 18 ans	% 75 ans et +	% hommes	% hospitalisation	% CCMU 1	% CCMU 4-5	Durée moyenne
Médico-chirurgical	58%	21%	22%	49%	34%	16%	4%	04h47
Traumatologique	34%	33%	12%	55%	12%	13%	2%	03h07
Psychiatrique	3%	15%	10%	47%	36%	18%	3%	04h21
Toxicologique	2%	11%	5%	57%	62%	10%	5%	05h04
Autre recours	3%	21%	12%	58%	14%	30%	2%	02h53

RÉPARTITION DES TYPES D'URGENCES SELON L'ÂGE

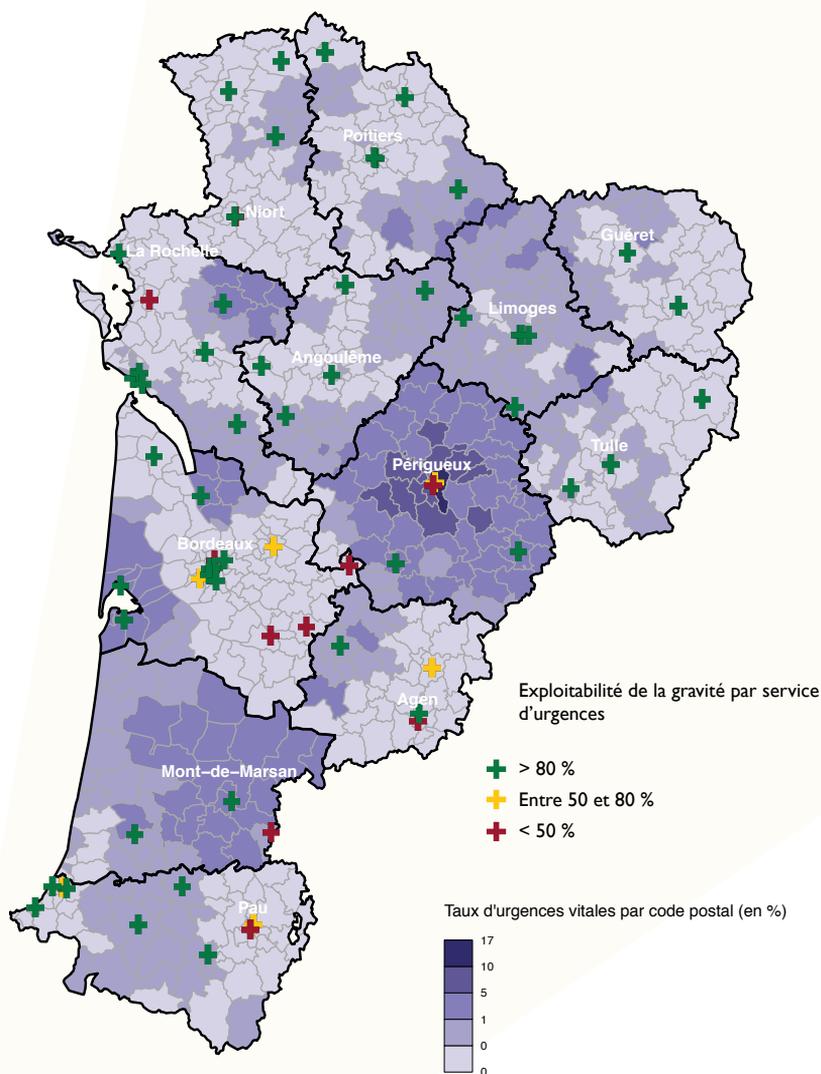


> 16% d'urgences vitales et fonctionnelles dans la région avec forte variation selon le territoire de santé (12% en Charente-Maritime Nord vs 29% dans les Landes)

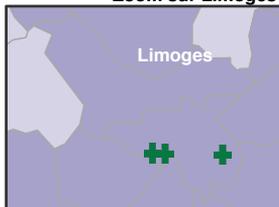
TAUX D'URGENCES VITALES ET FONCTIONNELLES PAR TERRITOIRE DE SANTÉ



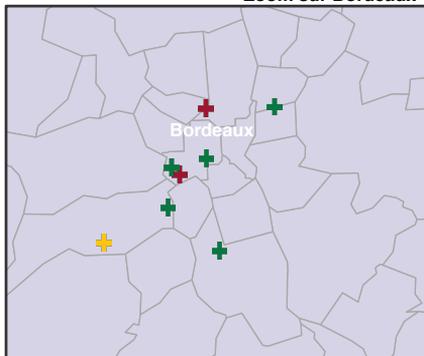
TAUX D'URGENCES VITALES SELON LE CODE POSTAL DE RÉSIDENCE DES PATIENTS



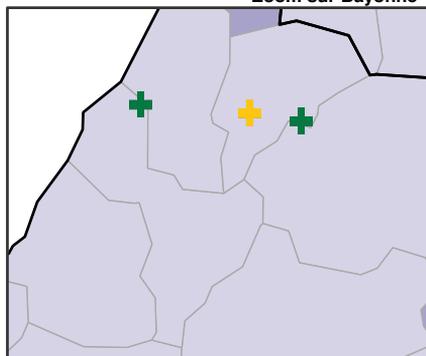
Zoom sur Limoges



Zoom sur Bordeaux

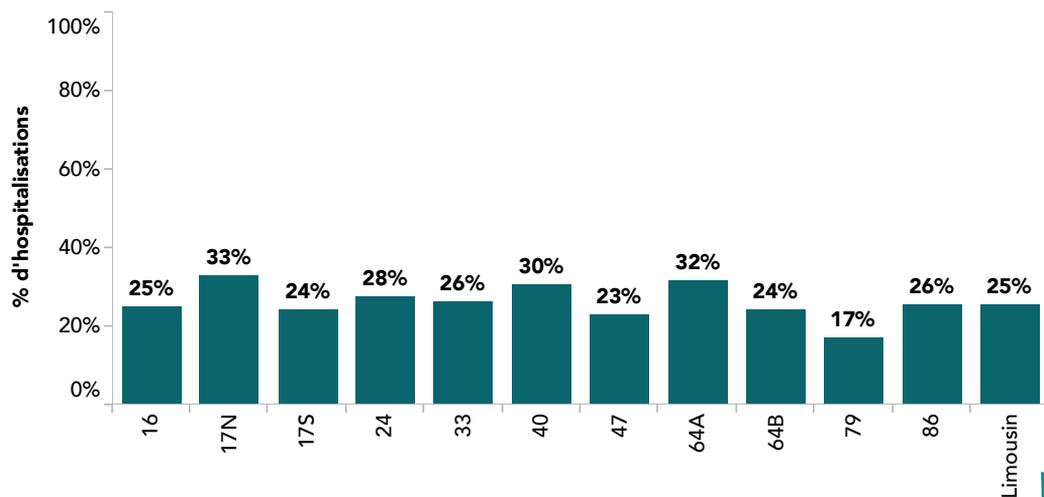


Zoom sur Bayonne

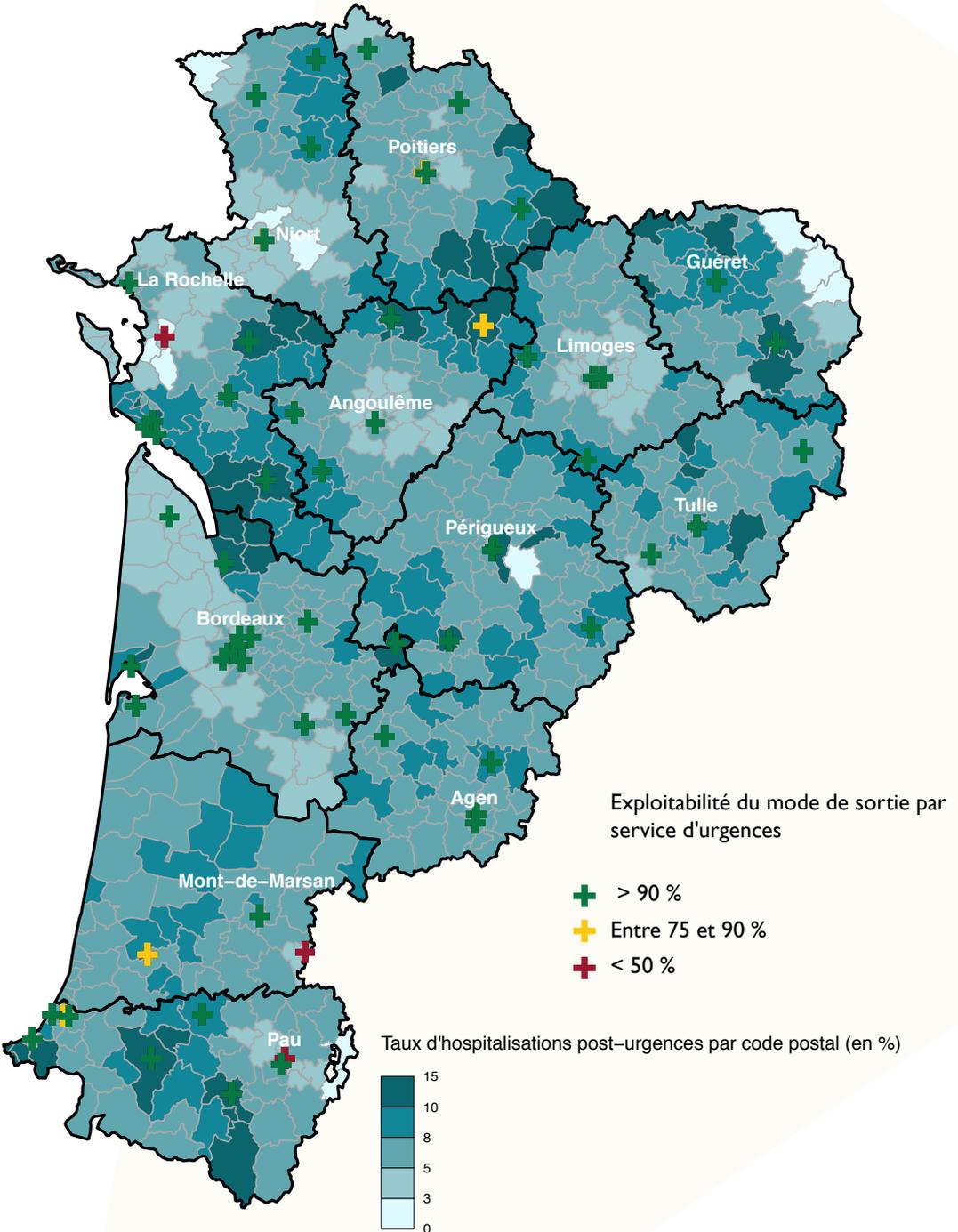


> 26% d'hospitalisations post-urgences dans la région avec forte variation selon le territoire de santé (17% dans les Deux-Sèvres vs 33% en Charente-Maritime Nord)

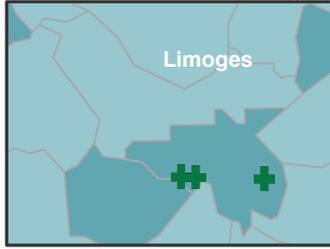
TAUX D'HOSPITALISATIONS POST-URGENTES PAR TERRITOIRE DE SANTÉ



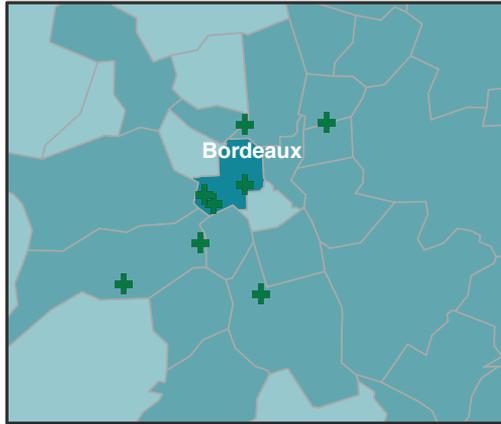
TAUX D'HOSPITALISATIONS POST-URGENCES SELON LE CODE POSTAL DE RÉSIDENCE DES PATIENTS



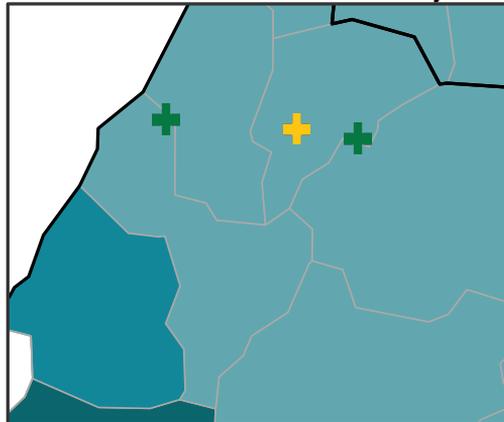
Zoom sur Limoges



Zoom sur Bordeaux



Zoom sur Bayonne



TERRITOIRES DE SANTÉ

CHARENTE (16)

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés	97 702
Moyenne quotidienne	268
Évolution (2016/2017)	+ 4,7%
Taux de passage	28%
Nombre de RPU transmis	97 702
Exhaustivité du recueil	100%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	25%
Mutation interne	24%
Transfert	1%
Retour à domicile	75%
Décès	7(0%)

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	02h46
Médiane	02h05
Passages de moins de 4h	79%
<i>Lors d'une hospitalisation</i>	60%
<i>Lors d'un retour au domicile</i>	86%

PATIENT

Sex-ratio	1,09
Age moyen	46,4
Moins de 1 an	<1%
Moins de 18 ans	18%
75 ans et plus	19%
Patients hors territoire	15%

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	24%
Nuit profonde [00h-08h[	9%
Horaire de PDS	43%
Week-end	28%
Mode de transport	
Moyen personnel	71%
SMUR (hélicoptère compris)	2%
VSAV	8%
Ambulances	18%
CCMU	
CCMU 1	9%
CCMU 4 et 5	2%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médico-chirurgical	49%
Traumatologique	42%
Psychiatrique	3%
Toxicologique	2%
Autre recours	5%
DP exploitables	98%

CHARENTE MARITIME NORD (17N)

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés	83 325
Moyenne quotidienne	228
Évolution (2016/2017)	+ 2,9%
Taux de passage	24%
Nombre de RPU transmis	83 325
Exhaustivité du recueil	100%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	33%
Mutation interne	33%
Transfert	0%
Retour à domicile	67%
Décès	24(0‰)

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	03h43
Médiane	02h59
Passages de moins de 4h	63%
<i>Lors d'une hospitalisation</i>	34%
<i>Lors d'un retour au domicile</i>	77%

PATIENT

Sex-ratio	1,10
Age moyen	45,1
Moins de 1 an	1%
Moins de 18 ans	20%
75 ans et plus	19%
Patients hors territoire	ND

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	28%
Nuit profonde [00h-08h[	12%
Horaire de PDS	47%
Week-end	29%
Mode de transport	
Moyen personnel	61%
SMUR (hélicopté compris)	2%
VSAV	17%
Ambulances	20%
CCMU	
CCMU 1	10%
CCMU 4 et 5	2%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médoco-chirurgical	52%
Traumatologique	38%
Psychiatrique	4%
Toxicologique	3%
Autre recours	3%
DP exploitables	64%

ND : Non disponible

CHARENTE MARITIME SUD-EST (17SE)

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés	107 398
Moyenne quotidienne	294
Évolution (2016/2017)	+ 1,6%
Taux de passage	36%
Nombre de RPU transmis	107 398
Exhaustivité du recueil	100%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	24%
Mutation interne	22%
Transfert	2%
Retour à domicile	76%
Décès	60(1‰)

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	03h43
Médiane	02h54
Passages de moins de 4h	64%
<i>Lors d'une hospitalisation</i>	43%
<i>Lors d'un retour au domicile</i>	72%

PATIENT

Sex-ratio	0,96
Age moyen	45,0
Moins de 1 an	2%
Moins de 18 ans	23%
75 ans et plus	19%
Patients hors territoire	ND

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	23%
Nuit profonde [00h-08h[	10%
Horaire de PDS	43%
Week-end	28%
Mode de transport	
Moyen personnel	73%
SMUR (hélicopté compris)	1%
VSAV	11%
Ambulances	14%
CCMU	
CCMU 1	10%
CCMU 4 et 5	2%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médico-chirurgical	57%
Traumatologique	34%
Psychiatrique	3%
Toxicologique	1%
Autre recours	5%
DP exploitables	95%

ND : Non disponible

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés	100 945
Moyenne quotidienne	277
Évolution (2016/2017)	+ 1,2%
Taux de passage	24%
Nombre de RPU transmis	100 945
Exhaustivité du recueil	100%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	28%
Mutation interne	27%
Transfert	1%
Retour à domicile	72%
Décès	11(0%)

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	03h39
Médiane	02h52
Passages de moins de 4h	67%
<i>Lors d'une hospitalisation</i>	45%
<i>Lors d'un retour au domicile</i>	74%

PATIENT

Sex-ratio	0,96
Age moyen	43,8
Moins de 1 an	3%
Moins de 18 ans	22%
75 ans et plus	18%
Patients hors territoire	10%

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	26%
Nuit profonde [00h-08h[	11%
Horaire de PDS	44%
Week-end	28%
Mode de transport	
Moyen personnel	70%
SMUR (hélicopté compris)	1%
VSAV	12%
Ambulances	17%
CCMU	
CCMU 1	21%
CCMU 4 et 5	5%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

México-chirurgical	59%
Traumatologique	33%
Psychiatrique	3%
Toxicologique	2%
Autre recours	3%
DP exploitables	74%

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés	408 941
Moyenne quotidienne	1 120
Évolution (2016/2017)	+ 2,4%
Taux de passage	26%
Nombre de RPU transmis	408 941
Exhaustivité du recueil	100%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	26%
Mutation interne	25%
Transfert	1%
Retour à domicile	74%
Décès	485(1‰)

PATIENT

Sex-ratio	1,09
Age moyen	41,0
Moins de 1 an	3%
Moins de 18 ans	24%
75 ans et plus	15%
Patients hors territoire	12%

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	29%
Nuit profonde [00h-08h[	12%
Horaire de PDS	48%
Week-end	29%
Mode de transport	
Moyen personnel	69%
SMUR (hélicopté compris)	3%
VSAV	16%
Ambulances	12%
CCMU	
CCMU 1	18%
CCMU 4 et 5	2%

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	04h40
Médiane	03h06
Passages de moins de 4h	63%
Lors d'une hospitalisation	47%
Lors d'un retour au domicile	68%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médoco-chirurgical	62%
Traumatologique	32%
Psychiatrique	2%
Toxicologique	2%
Autre recours	2%
DP exploitables	89%

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés*	86 055
Moyenne quotidienne	236
Évolution (2016/2017)	- 5,8%
Taux de passage	21%
Nombre de RPU transmis	77 261
Exhaustivité du recueil	90%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	30%
Mutation interne	30%
Transfert	0%
Retour à domicile	70%
Décès	

PATIENT

Sex-ratio	1,11
Age moyen	43,3
Moins de 1 an	3%
Moins de 18 ans	25%
75 ans et plus	18%
Patients hors territoire	14%

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	29%
Nuit profonde [00h-08h[	13%
Horaire de PDS	49%
Week-end	31%
Mode de transport	
Moyen personnel	68%
SMUR (hélicopté compris)	1%
VSAV	15%
Ambulances	14%
CCMU	
CCMU 1	14%
CCMU 4 et 5	4%

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	03h37
Médiane	02h57
Passages de moins de 4h	66%
Lors d'une hospitalisation	45%
Lors d'un retour au domicile	75%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médoco-chirurgical	61%
Traumatologique	32%
Psychiatrique	3%
Toxicologique	2%
Autre recours	3%
DP exploitables	99%

*PCL de l'Adour : pas de RPU remontés, nombre de passages = nombre de passages déclarés sur le serveur de veille régional

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés	117 236
Moyenne quotidienne	321
Évolution (2016/2017)	+ 2,1%
Taux de passage	35%
Nombre de RPU transmis	117 236
Exhaustivité du recueil	100%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	23%
Mutation interne	20%
Transfert	3%
Retour à domicile	77%
Décès	117(1%)

PATIENT

Sex-ratio	1,05
Age moyen	43,5
Moins de 1 an	2%
Moins de 18 ans	23%
75 ans et plus	18%
Patients hors territoire	11%

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	26%
Nuit profonde [00h-08h[	11%
Horaire de PDS	45%
Week-end	28%
Mode de transport	
Moyen personnel	75%
SMUR (hélicopté compris)	1%
VSAV	12%
Ambulances	11%
CCMU	
CCMU 1	16%
CCMU 4 et 5	2%

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	04h28
Médiane	03h05
Passages de moins de 4h	63%
Lors d'une hospitalisation	41%
Lors d'un retour au domicile	71%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médico-chirurgical	63%
Traumatologique	28%
Psychiatrique	4%
Toxicologique	2%
Autre recours	3%
DP exploitables	58%

NAVARRRE-CÔTE BASQUE (64A)

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés	107 753
Moyenne quotidienne	295
Évolution (2016/2017)	+ 5,4%
Taux de passage	37%
Nombre de RPU transmis	107 753
Exhaustivité du recueil	100%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	32%
Mutation interne	31%
Transfert	1%
Retour à domicile	68%
Décès	13(0%)

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	03h56
Médiane	02h45
Passages de moins de 4h	67%
<i>Lors d'une hospitalisation</i>	46%
<i>Lors d'un retour au domicile</i>	78%

PATIENT

Sex-ratio	1,17
Age moyen	41,3
Moins de 1 an	3%
Moins de 18 ans	26%
75 ans et plus	16%
Patients hors territoire	ND

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	25%
Nuit profonde [00h-08h[	10%
Horaire de PDS	46%
Week-end	30%
Mode de transport	
Moyen personnel	76%
SMUR (hélicopté compris)	1%
VSAV	9%
Ambulances	13%
CCMU	
CCMU 1	19%
CCMU 4 et 5	2%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

México-chirurgical	55%
Traumatologique	38%
Psychiatrique	3%
Toxicologique	1%
Autre recours	3%
DP exploitables	94%

ND : Non disponible

BEARN-SOULE (64B)

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés	102 356
Moyenne quotidienne	280
Évolution (2016/2017)	- 0,1%
Taux de passage	27%
Nombre de RPU transmis	102 356
Exhaustivité du recueil	100%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	24%
Mutation interne	23%
Transfert	1%
Retour à domicile	76%
Décès	6(0%)

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	04h48
Médiane	03h01
Passages de moins de 4h	62%
<i>Lors d'une hospitalisation</i>	33%
<i>Lors d'un retour au domicile</i>	72%

PATIENT

Sex-ratio	1,12
Age moyen	39,6
Moins de 1 an	3%
Moins de 18 ans	30%
75 ans et plus	16%
Patients hors territoire	ND

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	27%
Nuit profonde [00h-08h[	10%
Horaire de PDS	48%
Week-end	31%
Mode de transport	
Moyen personnel	77%
SMUR (hélicopté compris)	1%
VSAV	8%
Ambulances	12%
CCMU	
CCMU 1	34%
CCMU 4 et 5	2%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médico-chirurgical	59%
Traumatologique	36%
Psychiatrique	1%
Toxicologique	1%
Autre recours	3%
DP exploitables	91%

ND : Non disponible

DEUX-SÈVRES (79)

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés	123 849
Moyenne quotidienne	339
Évolution (2016/2017)	+ 0,5%
Taux de passage	33%
Nombre de RPU transmis	123 849
Exhaustivité du recueil	100%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	17%
Mutation interne	16%
Transfert	1%
Retour à domicile	83%
Décès	31(0%)

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	03h29
Médiane	02h43
Passages de moins de 4h	69%
<i>Lors d'une hospitalisation</i>	45%
<i>Lors d'un retour au domicile</i>	77%

PATIENT

Sex-ratio	1,11
Age moyen	41,5
Moins de 1 an	2%
Moins de 18 ans	27%
75 ans et plus	16%
Patients hors territoire	8%

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	24%
Nuit profonde [00h-08h[	9%
Horaire de PDS	42%
Week-end	27%
Mode de transport	
Moyen personnel	81%
SMUR (hélicoptéré compris)	1%
VSAV	4%
Ambulances	12%
CCMU	
CCMU 1	11%
CCMU 4 et 5	1%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médico-chirurgical	55%
Traumatologique	38%
Psychiatrique	3%
Toxicologique	1%
Autre recours	2%
DP exploitables	79%

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés	128 168
Moyenne quotidienne	351
Évolution (2016/2017)	+ 3,7%
Taux de passage	29%
Nombre de RPU transmis	128 168
Exhaustivité du recueil	100%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	26%
Mutation interne	24%
Transfert	1%
Retour à domicile	74%
Décès	58(0‰)

PATIENT

Sex-ratio	1,10
Age moyen	40,9
Moins de 1 an	3%
Moins de 18 ans	27%
75 ans et plus	16%
Patients hors territoire	13%

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	26%
Nuit profonde [00h-08h[	10%
Horaire de PDS	44%
Week-end	28%
Mode de transport	
Moyen personnel	69%
SMUR (hélicopté compris)	2%
VSAV	9%
Ambulances	20%
CCMU	
CCMU 1	9%
CCMU 4 et 5	2%

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	04h31
Médiane	03h19
Passages de moins de 4h	58%
<i>Lors d'une hospitalisation</i>	28%
<i>Lors d'un retour au domicile</i>	69%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

México-chirurgical	60%
Traumatologique	33%
Psychiatrique	3%
Toxicologique	2%
Autre recours	2%
DP exploitables	79%

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés	220 370
Moyenne quotidienne	604
Évolution (2016/2017)	+ 2,6%
Taux de passage	30%
Nombre de RPU transmis	220 370
Exhaustivité du recueil	100%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	25%
Mutation interne	23%
Transfert	2%
Retour à domicile	75%
Décès	284(1‰)

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	03h36
Médiane	02h33
Passages de moins de 4h	71%
<i>Lors d'une hospitalisation</i>	47%
<i>Lors d'un retour au domicile</i>	79%

PATIENT

Sex-ratio	1,06
Age moyen	43,5
Moins de 1 an	2%
Moins de 18 ans	24%
75 ans et plus	18%
Patients hors territoire	13%

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	24%
Nuit profonde [00h-08h[	10%
Horaire de PDS	43%
Week-end	28%
Mode de transport	
Moyen personnel	71%
SMUR (hélicoptéré compris)	1%
VSAV	10%
Ambulances	17%
CCMU	
CCMU 1	14%
CCMU 4 et 5	2%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

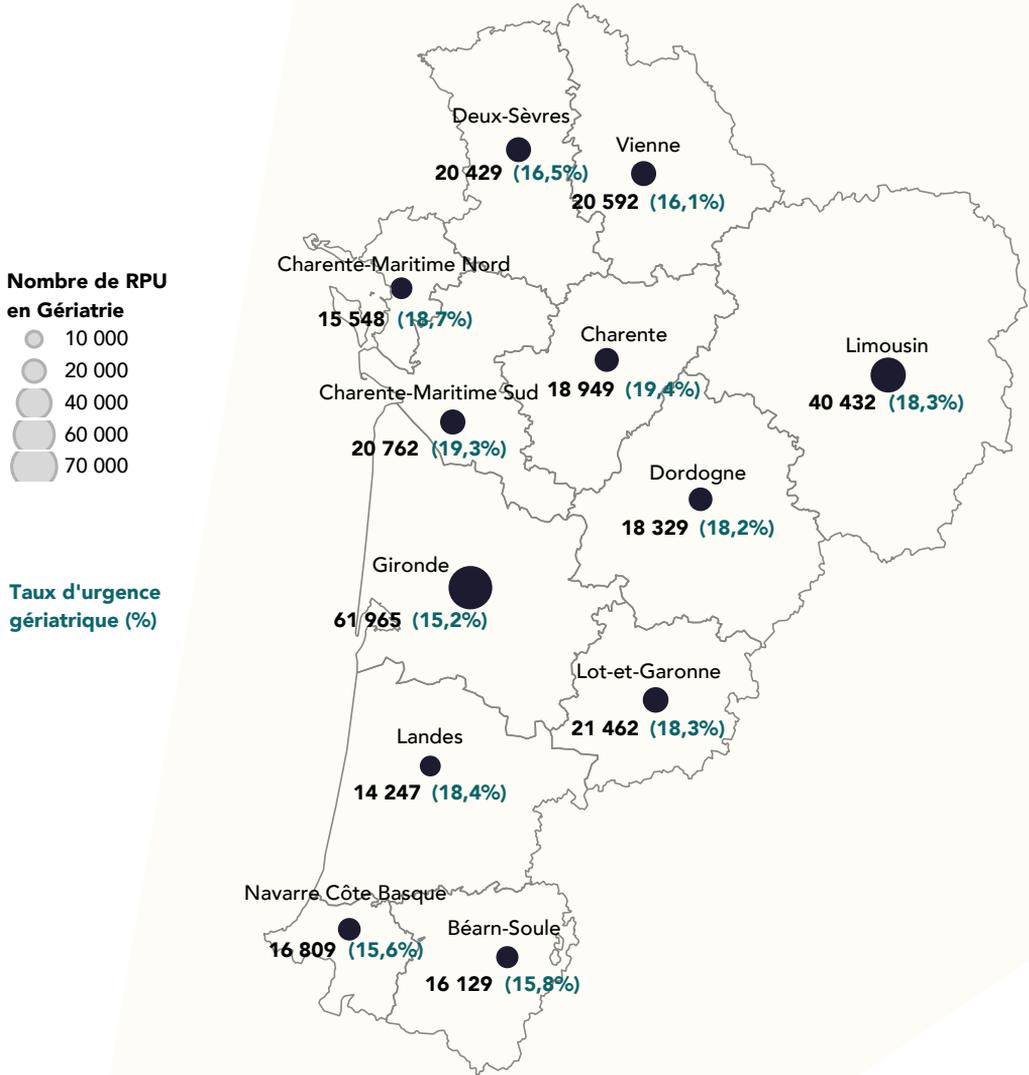
Médico-chirurgical	58%
Traumatologique	34%
Psychiatrique	3%
Toxicologique	2%
Autre recours	3%
DP exploitables	97%



GÉRIATRIE

En 2017, on compte 285 653 passages en Gériatrie (75 ans et +), soit un taux d'urgence gériatrique de 17%

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES GÉRIATRIQUES SELON LE TERRITOIRE





RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages	285 653
Taux d'urgence	17%
Évolution 2016/2017	+ 2,4%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	57%
Mutation interne	55%
Transfert	3%
Retour à domicile	42%
Décès	716(3‰)

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	06h05
Médiane	04h43
Passages de moins de 4h	41%
<i>Lors d'une hospitalisation</i>	34%
<i>Lors d'un retour au domicile</i>	51%

PATIENT

Sex-ratio H/F	0,72
Age moyen (années)	85,3
[75 - 80 ans[	22%
[80 - 85 ans[	27%
[85 - 90 ans[	28%
[90 - 95 ans[	17%
[95 - 120 ans[	6%

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	22%
Nuit profonde [00h-08h[	10%
Horaires de PDS	39%
Week-end	26%
Mode de transport	
Moyen personnel	33%
SMUR (hélicopté compris)	2%
VSAV	19%
Ambulances	45%
CCMU	
CCMU 1	5%
CCMU 4 et 5	5%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médico-chirurgical	72%
Traumatologique	24%
Psychiatrique	2%
Toxicologique	0%
Autre recours	2%
DP exploitables	86%

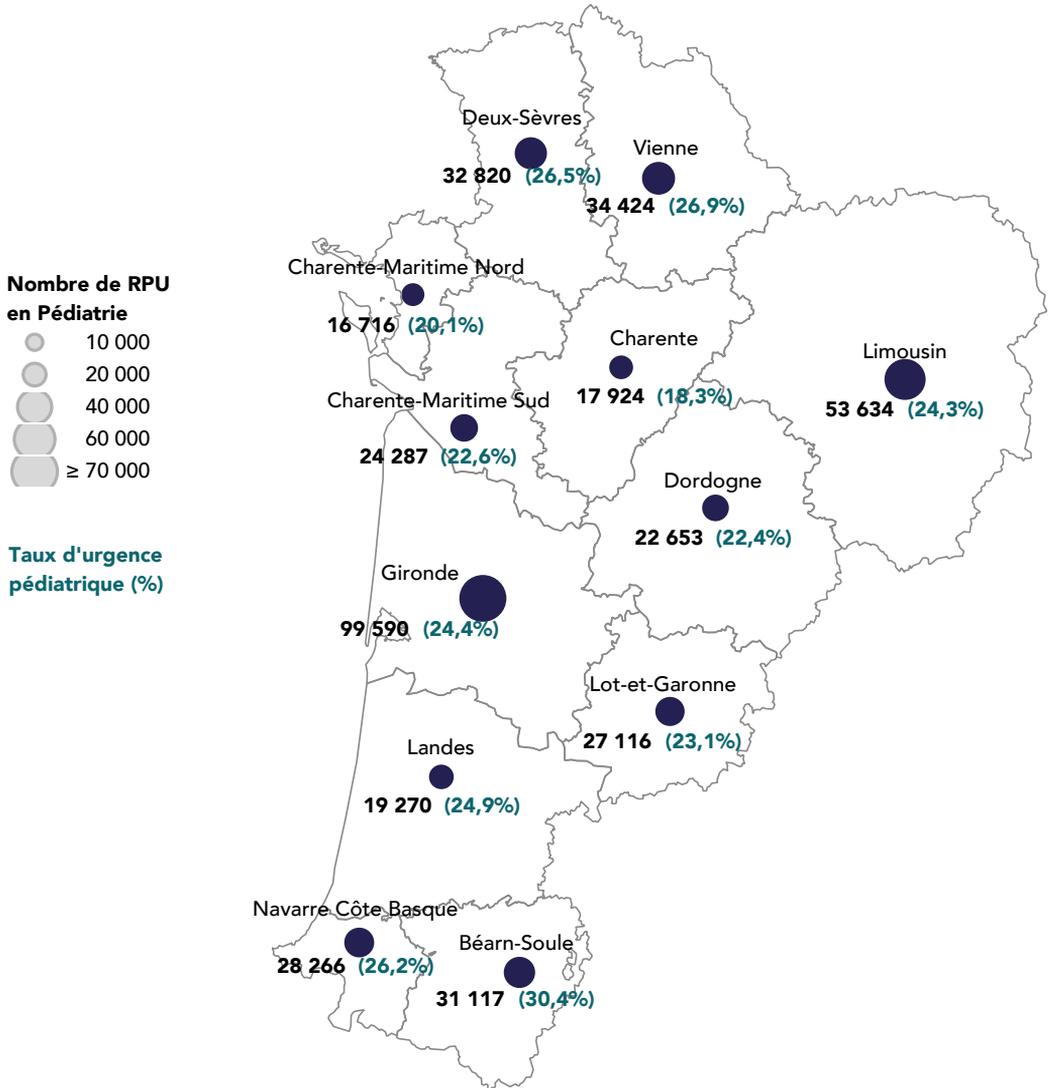
TOP 5 DES CATÉGORIES DIAGNOSTIQUES MÉDICO-CHIRURGICALES ET TRAUMATOLOGIQUES

Type Urgences	Chapitre CIM	Nb	%
Médico-chirurgical	Douleurs thoraciques, pathologies cardio-vasculaires	31 392	13%
	Dyspnées, pathologies des voies aériennes inférieures	25 634	10%
	Douleurs abdominales, pathologies digestives	23 577	10%
	Signes généraux et autres pathologies	23 199	9%
	Céphalées, pathologies neurologiques hors SNP	18 978	8%
Traumatologique	Traumatisme du membre inférieur	18 557	8%
	Traumatisme du membre supérieur	14 836	6%
	Traumatisme de la tête et du cou	14 694	6%
	Traumatisme thoraco-abdomino-pelvien	6 513	3%
	Traumatisme autre et sans précision	3 533	1%

TOP 5 DES DP MÉDICO-CHIRURGICAUX ET TRAUMATOLOGIQUES

Type Urgences	Code CIM10	Libellé CIM10	Nb	%
Médico-chirurgical	R060	Dyspnée	6 726	3%
	R53+1	Malaise	5 518	2%
	R53+0	Altération [baisse] de l'état général	5 459	2%
	I509	Insuffisance cardiaque, sans précision	5 042	2%
	R074	Douleur thoracique, sans précision	4 715	2%
Traumatologique	S7200	Fracture fermée du col du fémur	4 382	2%
	S0600	Commotion cérébrale, sans plaie intracrânienne	3 029	1%
	S700	Contusion de la hanche	1 871	1%
	S5250	Fracture fermée de l'extrémité inférieure du radius	1 531	1%
	T139	Lésion traumatique non précisée du membre infé..	1 519	1%

En 2017, on compte 407 817 passages en Pédiatrie (<18 ans), soit un taux d'urgence pédiatrique de 24%.

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES PÉDIATRIQUES SELON LE TERRITOIRE




RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages	407 817
Taux d'urgence	24%
Évolution 2016/2017	+ 2,8%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	12%
Mutation interne	11%
Transfert	1%
Retour à domicile	88%
Décès	18(0‰)

PATIENT

Sex-ratio H/F	1,19
Age moyen (années)	8,3
[0 - 1 an[	10%
[1 - 5 ans[	27%
[5 - 10 ans[	21%
[10 - 15 ans[	25%
[15 - 18 ans[	17%

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	27%
Nuit profonde [00h-08h[	8%
Horaires de PDS	48%
Week-end	30%
Mode de transport	
Moyen personnel	91%
SMUR (hélicoptère compris)	1%
VSAV	5%
Ambulances	2%
CCMU	
CCMU 1	27%
CCMU 4 et 5	0%

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	02h44
Médiane	02h03
Passages de moins de 4h	83%
Lors d'une hospitalisation	67%
Lors d'un retour au domicile	85%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

México-chirurgical	50%
Traumatologique	46%
Psychiatrique	2%
Toxicologique	1%
Autre recours	2%
DP exploitables	86%

TOP 5 DES CATÉGORIES DIAGNOSTIQUES MÉDICO-CHIRURGICALES ET TRAUMATOLOGIQUES

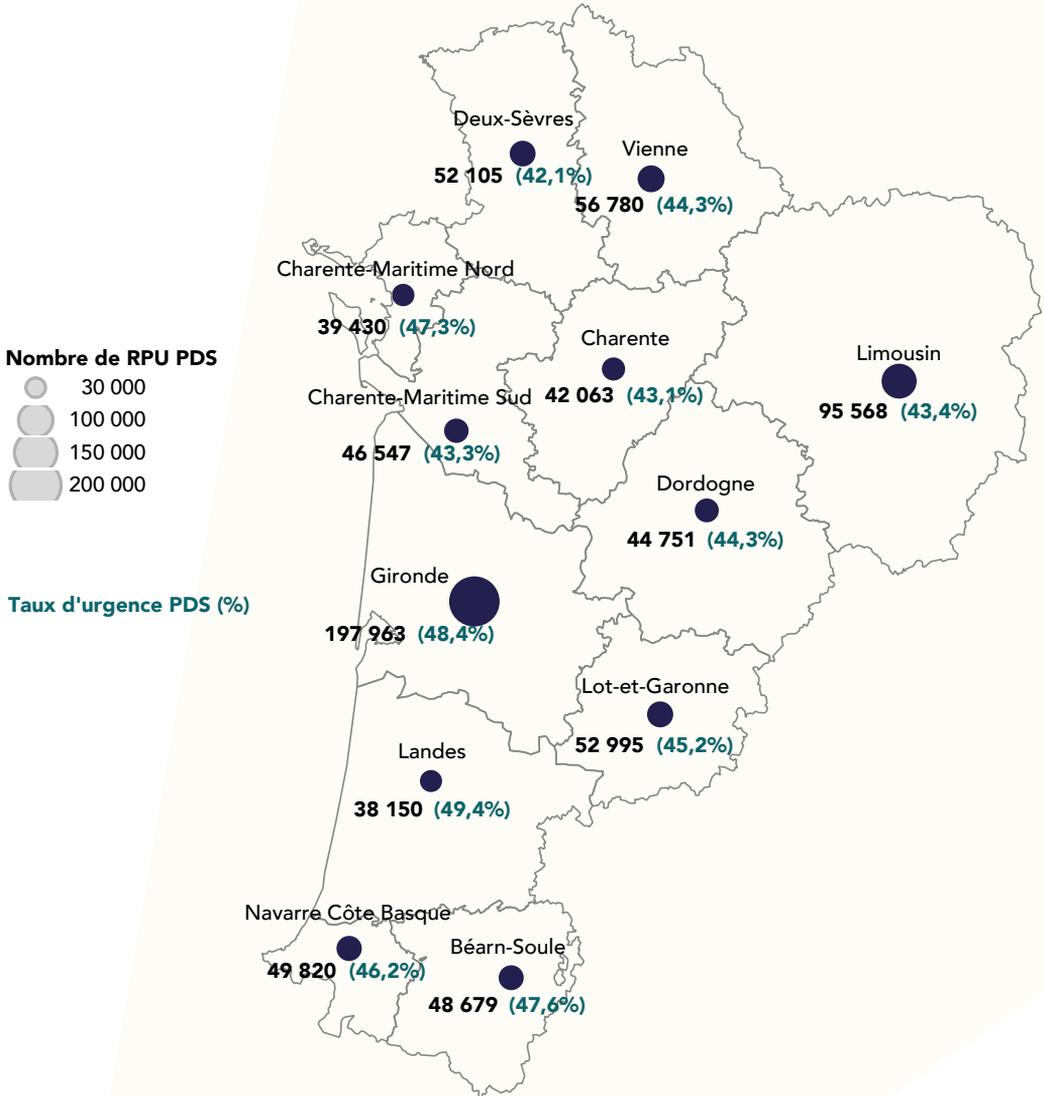
Type Urgences	Chapitre CIM	Nb	%
Médico-chirurgical	Douleurs abdominales, pathologies digestives	43 315	12%
	ORL, ophtalmo, stomato et carrefour aéro-digestif	39 290	11%
	Dyspnées, pathologies des voies aériennes inférieures	16 944	5%
	Fièvre et infectiologie générale	16 558	5%
	Dermato-allergologie et atteintes cutanéomuqueuses	15 129	4%
Traumatologique	Traumatisme du membre supérieur	58 463	17%
	Traumatisme du membre inférieur	49 117	14%
	Traumatisme de la tête et du cou	39 934	11%
	Traumatisme thoraco-abdomino-pelvien	6 249	2%
	Traumatisme autre et sans précision	5 535	2%

TOP 5 DES DP MÉDICO-CHIRURGICAUX ET TRAUMATOLOGIQUES

Type Urgences	Code CIM10	Libellé CIM10	Nb	%
Médico-chirurgical	R104	Douleurs abdominales, autres et non précisées	11 643	3%
	R509	Fièvre, sans précision	10 875	3%
	J00	Rhinopharyngite (aiguë) [rhume banal]	9 868	3%
	J459	Asthme, sans précision	6 488	2%
	K590	Constipation	5 150	1%
Traumatologique	S934	Entorse et foulure de la cheville	13 487	4%
	S018	Plaie ouverte d'autres parties de la tête	6 208	2%
	S0600	Commotion cérébrale, sans plaie intracrânienne	4 525	1%
	S636	Entorse et foulure de doigt(s)	4 314	1%
	S602	Contusion d'autres parties du poignet et de la ma..	4 190	1%

En 2017, on compte 764 851 passages en permanence des soins (PDS), soit un taux d'urgence PDS de 46%.

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES PÉDIATRIQUES SELON LE TERRITOIRE





RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages	764 851
Taux d'urgence	46%
Évolution 2016/2017	+ 1,9%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	26%
Mutation interne	24%
Transfert	1%
Retour à domicile	74%
Décès	512(1‰)

PATIENT

Sex-ratio H/F	1,11
Age moyen (années)	40,1
<18 ans	26%
[18 - 75 ans[	60%
≥75 ans	15%

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	58%
Nuit profonde [00h-08h[	24%
Week-end	56%
Mode de transport	
Moyen personnel	70%
SMUR (hélicoptère compris)	2%
VSAV	13%
Ambulances	14%
CCMU	
CCMU 1	17%
CCMU 4 et 5	2%

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	03h55
Médiane	02h40
Passages de moins de 4h	69%
Lors d'une hospitalisation	50%
Lors d'un retour au domicile	76%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médico-chirurgical	59%
Traumatologique	33%
Psychiatrique	3%
Toxicologique	2%
Autre recours	3%
DP exploitables	86%

TOP 5 DES CATÉGORIES DIAGNOSTIQUES MÉDICO-CHIRURGICALES ET TRAUMATOLOGIQUES

Type Urgences	Chapitre CIM	Nb	%
Médico-chirurgical	Douleurs abdominales, pathologies digestives	72 528	11%
	ORL, ophtalmo, stomato et carrefour aéro-digestif	55 312	9%
	Douleurs pelviennes, pathologies uro-génitales	40 823	6%
	Douleurs de membre, rhumatologie, orthopédie, SNP	39 536	6%
	Douleurs thoraciques, pathologies cardio-vasculaires	34 885	5%
Traumatologique	Traumatisme du membre supérieur	69 689	11%
	Traumatisme du membre inférieur	64 036	10%
	Traumatisme de la tête et du cou	50 204	8%
	Traumatisme thoraco-abdomino-pelvien	14 748	2%
	Traumatisme autre et sans précision	12 147	2%

TOP 5 DES DP MÉDICO-CHIRURGICAUX ET TRAUMATOLOGIQUES

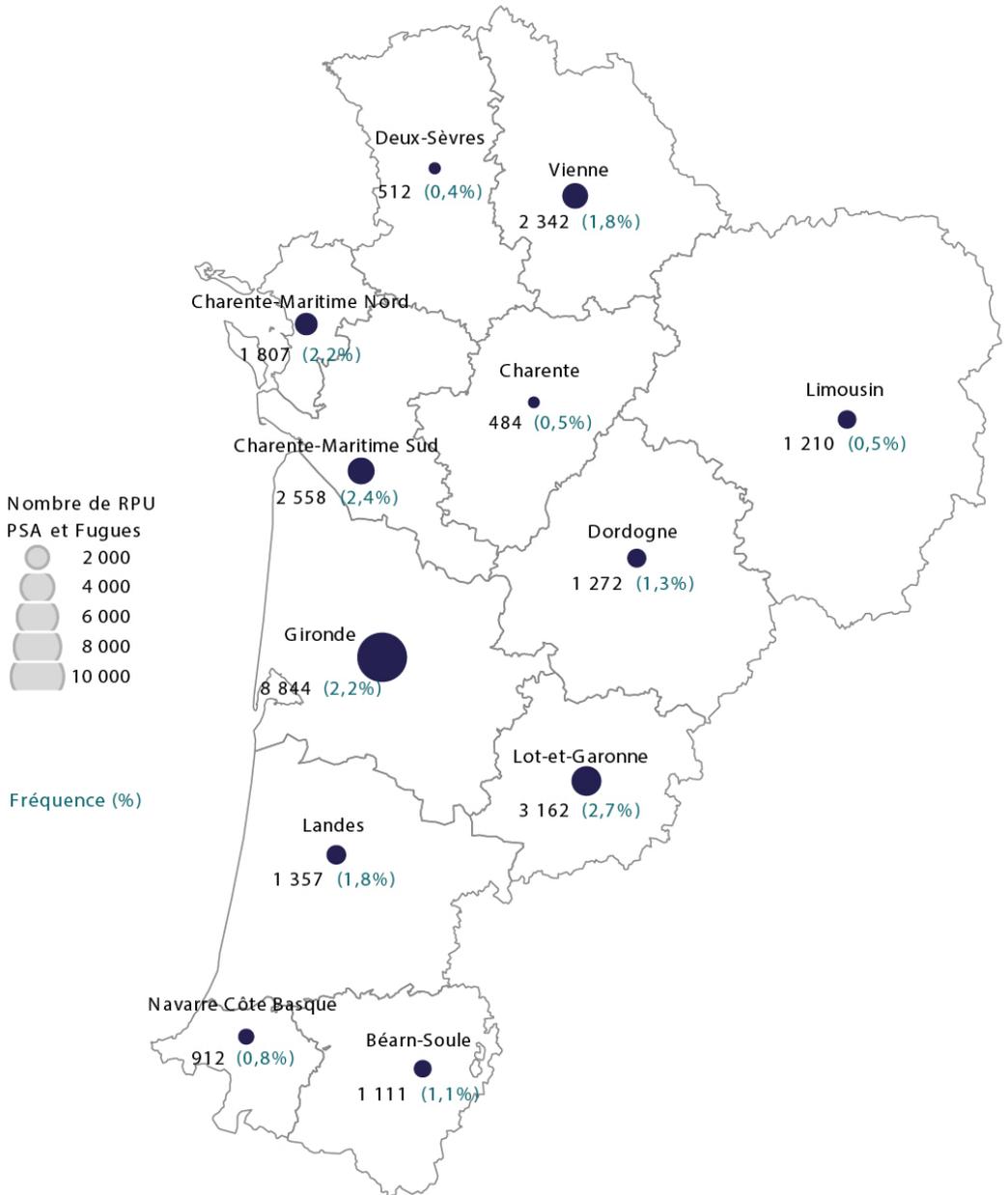
Type Urgences	Code CIM10	Libellé CIM10	Nb	%
Médico-chirurgical	R104	Douleurs abdominales, autres et non précisées	19 866	3%
	R074	Douleur thoracique, sans précision	11 152	2%
	R509	Fièvre, sans précision	8 669	1%
	R53+1	Malaise	8 620	1%
	J00	Rhinopharyngite (aiguë) [rhume banal]	8 563	1%
Traumatologique	S934	Entorse et foulure de la cheville	13 747	2%
	S610	Plaie ouverte de(s) doigt(s) (sans lésion de l'ongle)	7 658	1%
	S018	Plaie ouverte d'autres parties de la tête	5 793	1%
	S0600	Commotion cérébrale, sans plaie intracrânienne	5 686	1%
	T139	Lésion traumatique non précisée du membre infé..	4 105	1%



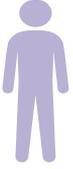
PSA / FUGUES

En 2017, on compte 23 512 partis sans attendre (PSA) et 2 059 fugues, soit 2% du total des passages et une évolution de +26,5% entre 2016 et 2017.
Le nombre moyen de PSA et Fugues par jour était de 70.

FRÉQUENCE (%) DES PSA ET FUGUES SELON LE TERRITOIRE



Profil des patients



Sex-ratio H/F
Age moyen (années)

1,12
35,2

18-74 ans
< 18 ans
≥ 75 ans

72%
22%
6%

Arrivée des patients



Nuit [20h-08h[
Nuit profonde [00h-08h[
Horaires de PDS
Week-end

30%
9%
51%
30%

Moyen personnel
SMUR (hélicoptéré compris)
VSAV
Ambulances

84%
1%
11%
4%

Durée de passage



Moyenne
Médiane
Passages de moins de 4h

03h17
02h52
74%

FILIÈRES

INTRODUCTION

Mise en place et évaluation de la phase aigüe des filières de soins.

Pour permettre de se fixer des règles aussi bien dans la formalisation des filières de soins que dans son évaluation, la Fédération des ORU (FEDORU) a édité en novembre 2017 des recommandations sur la mise en place des filières de soins.



Filière (cf *Recommandations FEDORU*) = D'après l'ANAES, une filière est une description de trajectoires : elle peut être définie a posteriori ou a priori. A posteriori, elle résulte d'une observation des trajectoires des patients dans le système de soins. A priori, elle émane soit d'une logique de travail en réseau, soit d'une logique conventionnelle, réglementaire ou tarifaire.

Les éléments de caractérisation d'une filière sont :

- les « lieux de passage » ;
- la quantité d'aide et de soins apportée à chaque niveau ;
- le temps de passage à chaque niveau, les coûts associés.

Les travaux ont porté sur la méthodologie nécessaire à la mise en place de bases communes à toute filière et proposent un cahier des charges organisationnel qui tient compte d'un certain nombre de fondamentaux que sont l'état des lieux à partir des données des établissements de santé, les acteurs participant à la prise en charge des patients au sein de la filière, les plateaux techniques existants et les recommandations de bonnes pratiques.

Les recommandations préconisent :

- La mise en place d'un comité de filières avec les différents professionnels acteurs de la prise en charge de ces patients
- Une gradation de l'offre de soins en fonction des plateaux techniques et professionnels y exerçant et de la permanence des soins proposés
- Une formalisation de ces filières
- Une information auprès des professionnels avec mise en place d'outils permettant d'accéder à la formation en temps réel sur l'opérationnalité des filières à travers le ROR
- Une évaluation des filières

L'ORU NA est l'un des partenaires privilégiés pour apporter les informations aux coordonnateurs des filières afin que ces derniers puissent bénéficier des éléments quantitatifs et également qualitatifs sur l'efficience du dispositif et le rendu fait au patient.



L'ARS Nouvelle Aquitaine a mis en place dans le cadre du Plan régional de santé (PRS) un projet spécifique pour la prise en charge des AVC.

L'évolution thérapeutique et des recommandations de prise en charge nécessitent une véritable réflexion régionale afin de tendre vers l'égalité de l'accès aux soins pour chacun d'entre nous.

Cette réflexion se porte aussi bien sur les outils techniques de prise en charge de l'AVC et leur maillage sur la région nouvelle Aquitaine ; IRM, Scanner, outils de télé-médecine, implantation de table neurovasculaire permettant la thrombectomie que sur la coordination nécessaire pour permettre aux patients d'accéder à la meilleure technique dans des délais optimums, et enfin sur la formation et l'information des professionnels et de la population.

Dans le cadre de ce projet, l'ORU NA intervient à plusieurs niveaux :

- Tout d'abord sur l'évaluation quantitative des patients suspectés d'AVC et pris en charge aux urgences ; ce travail se fait à travers les RPU. Le RPU permet d'avoir une approche sur la provenance des patients, leur orientation, les modalités de transport, les temps de prise en charge et l'orientation à la sortie de nos services d'urgences.
- L'ORU NA intervient également au travers des Réseaux Territoriaux des Urgences, sur la coordination de la filière qui apporte les éléments bruts de l'évaluation de la filière, en mettant à disposition des acteurs de terrain un outil, le Répertoire Opérationnel des Ressources, qui permet de suivre l'offre de soins et de collecter les événements indésirables. L'objectif à terme de ces Réseaux Territoriaux des Urgences est de mettre en oeuvre un véritable suivi de la filière en adaptant au fil du temps et des techniques, les procédures nécessaires pour la prise en charge des patients.
- Enfin, demain avec la mise en place d'un RPU enrichi les urgentistes pourront avoir un véritable recueil de données adaptées pour l'analyse des filières, permettant une évaluation de nos prises en charge et une vision du suivi des recommandations régionales.

A ce jour un certain nombre de tableaux de bord (actuellement à disposition des CMT et CART) ont été mis en place concernant l'AVC afin de permettre aux Réseaux Territoriaux de travailler sur les données RPU existantes en relation avec cette prise en charge.

DESCRIPTION DE LA FILIÈRE AVC À PARTIR DES DONNÉES RPU

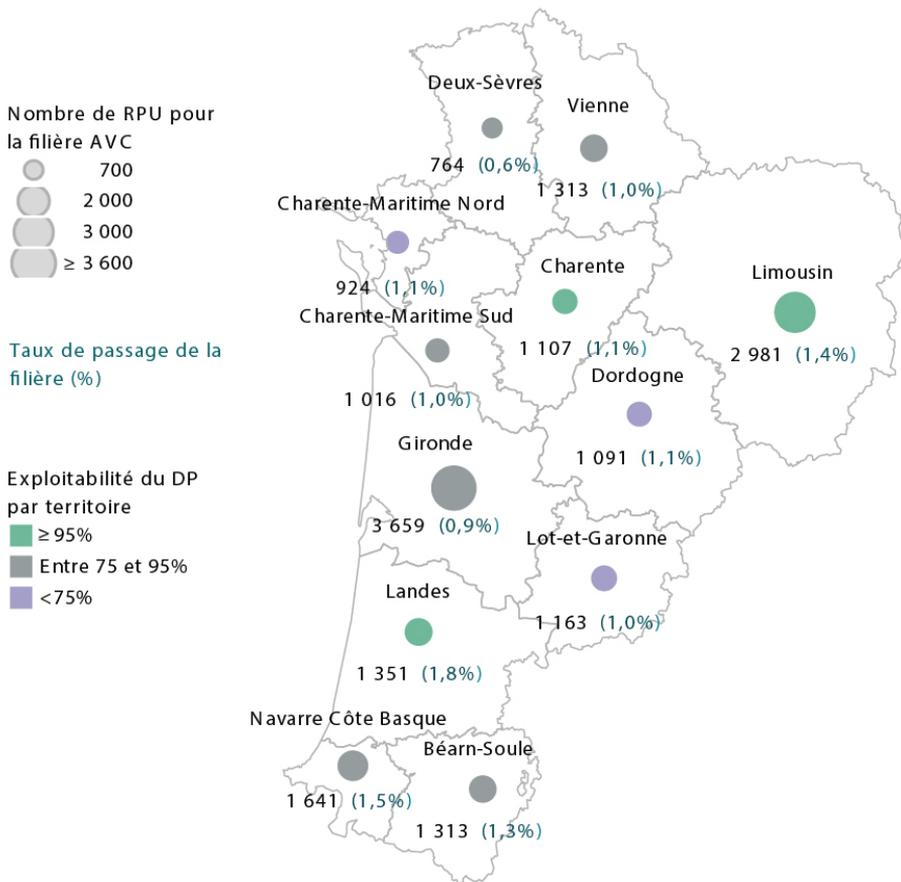
Contexte : Dans le cadre du CPOM, l'ORU NA a été sollicité afin de décrire la prise en charge de la filière Accident Vasculaire Cérébral (AVC) dans les services d'urgences de la région. Pour ce faire, depuis mai 2017, le nombre de passages aux urgences pour cette filière est mis en avant sur les bulletins quotidiens adressés aux établissements de la région.

Méthode : Tous les passages aux urgences en 2017 dont le diagnostic principal présentait un code CIM10 caractéristique de cette filière (cf annexe) ont été sélectionnés pour cette étude.

Résultats : En 2017, 1 675 304 Résumés de passage aux urgences (RPU) ont été envoyés à l'ORU NA. L'exhaustivité des données était de 99%. Près 86% des diagnostics principaux étaient exploitables.

En 2017, on compte 18 323 passages pour cette filière, soit un taux de passage de 1,3% et un taux de recours de 0,3%.

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE AVC SELON LE TERRITOIRE



Taux de passage = Nb passages filière / Nb passages total avec diagnostic exploitable hors PSA, REO et Fugues



RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages pour la filière	18 323
Taux de passage pour la filière	1,3%
Taux de recours pour la filière	0,3%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	87%
Mutation interne	83%
Transfert	5%
Retour à domicile	13%
Décès	35 (2%)

PATIENT

Sex-ratio H/F	0,99
Age moyen (années)	73,2
< 18 ans	0%
18 - 74 ans	47%
≥ 75 ans	52%

ARRIVÉE

Journée [08h-20h[	79%
Soirée [20h-00h[	14%
Nuit profonde [00h-08h[	7%
Mode de transport	
Moyen personnel	33%
SMUR (hélicoptère compris)	4%
VSAV	28%
Ambulances	35%
CCMU	
CCMU 1	2%
CCMU 4 et 5	13%

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	05h25
Médiane	04h22
Passages de moins de 4h	45%
Lors d'une hospitalisation	46%
Lors d'un retour au domicile	36%

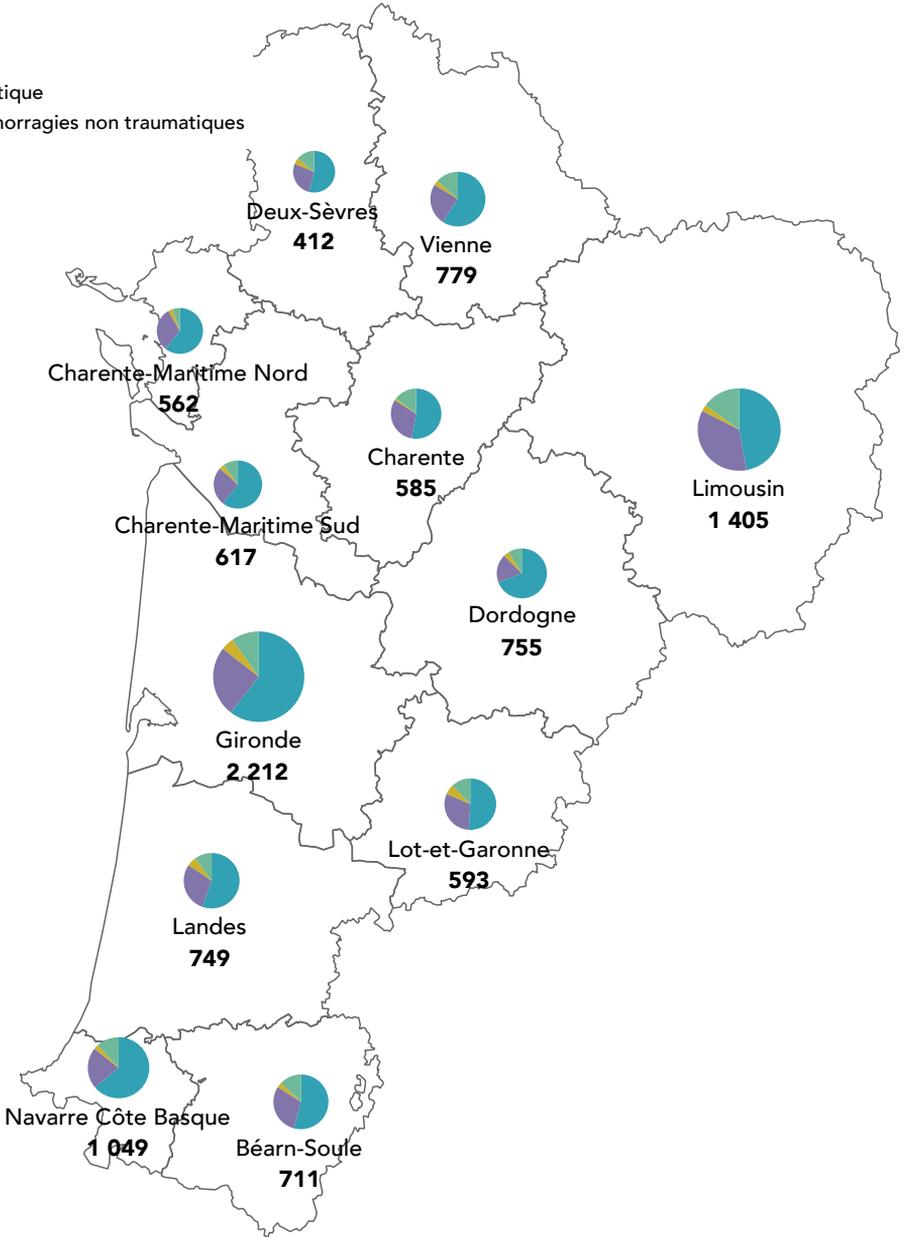
DIAGNOSTIC PRINCIPAL

AVC	57%
AIT	28%
Symptomatique	4%
Autres hémorragies non traumatiques	12%

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE AVC SELON LE TERRITOIRE ET LE TYPE D'AVC

Type AVC

- AVC
- AIT
- Symptomatique
- Autres hémorragies non traumatiques



Taux de passage = Nb passages filière / Nb passages total avec diagnostic exploitable hors PSA, REO et Fugues



RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages	10 429	5 098	656	2 140
Taux de passage	0,74%	0,36%	0,05%	0,15%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	92%	76%	81%	95%
Mutation interne	87%	74%	77%	84%
Transfert	5%	2%	4%	11%
Retour à domicile	8%	24%	19%	4%

PATIENT

Sex-ratio H/F	1,03	0,91	0,79	1,02
Age moyen (années)	74,4	71,8	70,6	71,8
< 18 ans	0%	0%	2%	1%
18 - 74 ans	44%	54%	46%	48%
≥ 75 ans	56%	46%	52%	51%

ARRIVÉE

Journée [08h-20h[	79%	80%	81%	74%
Soirée [20h-00h[	13%	15%	14%	15%
Nuit profonde [00h-08h[	7%	5%	5%	11%
Mode de transport				
Moyen personnel	30%	46%	31%	21%
SMUR	3%	1%	3%	12%
VSAV	30%	21%	27%	35%
Ambulances	37%	32%	38%	33%

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	05h04	05h57	05h29	05h47
Médiane	04h07	04h49	04h36	04h14
Passages de moins de 4h	48%	38%	41%	47%
Lors d'une hospitalisation	49%	39%	44%	48%
Lors d'un retour à domicile	40%	34%	32%	43%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

AVC	57%
AIT	28%
Symptomatique	4%
Autres hémorragies non traumatiques	12%

TOP 15 DES DIAGNOSTICS PRINCIPAUX DE LA FILIÈRE AVC

Code CIM10	Libellé CIM10	Type AVC	Nb	%
I64	Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus	AVC	4 633	44,4%
I639	Infarctus cérébral, sans précision	AVC	4 194	40,2%
G459	Accident ischémique cérébral transitoire, sans précision	AIT	3 761	73,8%
G454	Amnésie globale transitoire	AIT	980	19,2%
I619	Hémorragie intracérébrale, sans précision	Autres hémorragies non traumatiques	654	30,6%
I635	Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales, de mécanisme non précisé	AVC	603	5,8%
I629	Hémorragie intracrânienne (non traumatique), sans précision	Autres hémorragies non traumatiques	359	16,8%
I633	Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales	AVC	354	3,4%
I608	Autres hémorragies sous-arachnoïdiennes	Autres hémorragies non traumatiques	340	15,9%
R4702	Aphasie, autre et sans précision	Symptomatique	221	33,7%
I630	Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères précérébrales	AVC	189	1,8%
G458	Autres accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés	AIT	179	3,5%
G819	Hémiplégie, sans précision	Symptomatique	174	26,5%
I634	Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales	AVC	156	1,5%
I612	Hémorragie intracérébrale hémisphérique, non précisée	Autres hémorragies non traumatiques	154	7,2%

POLYTRAUMATISMES

L'exemple de la prise en charge du polytraumatisé en ex-Poitou-Charentes

Contexte

Jusqu'en 2014, il n'existait pas de filière de soins en traumatologie grave dans le Poitou-Charentes. Cependant, chacun s'accordait à dire que le transfert rapide vers une structure adaptée est l'élément déterminant pour améliorer le pronostic.

L'objectif a donc été de construire un projet régional pour structurer la filière de prise en charge du traumatisé sévère.

Après concertation des différents responsables de structures d'Urgences de l'ex-région Poitou-Charentes, l'ouverture d'un TRAUMA CENTER fin 2013 a permis l'organisation de la prise en charge des polytraumatisés sur le territoire.

Gradation

Il s'agit d'orienter dès le pré-hospitalier les patients traumatisés graves vers l'hôpital disposant du plateau technique le plus adapté à la gravité du patient, et non l'hôpital le plus proche, selon un protocole de triage défini de façon collégiale.

A été établi :

- Une stratification de la gravité des victimes en Grades A, B, C selon les critères de Vittel
- Un état des lieux des ressources disponibles dans chaque établissement du territoire permettant de classer les établissements en différents niveaux selon leurs ressources

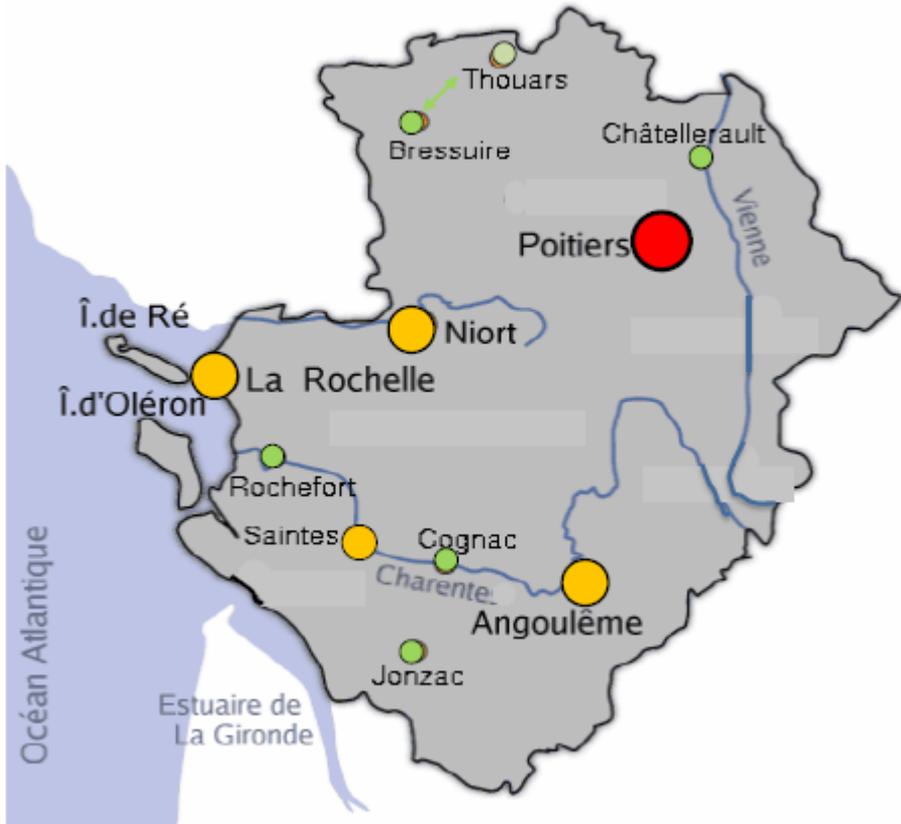
Afin de trier les patients, le protocole s'appuie sur les critères de Vittel. La présence d'un seul critère suffit à caractériser la gravité du traumatisme.

CRITERES DE VITTEL

ANNEXES(1) : critères de gravité pour le triage des patients traumatisés (VITTEL) :

Cinq étapes d'évaluation	Critères de gravité
Variables physiologiques	Score de Glasgow < 13 Pression artérielle systolique < 90 mmHg Saturation en O ₂ < 90 %
Éléments de cinétique	Éjection d'un véhicule Autre passager décédé dans le même véhicule Chute > 6 m Victime projetée ou écrasée Appréciation globale (déformation du véhicule, vitesse estimée, absence de casque, absence de ceinture de sécurité) Blast
Lésions anatomiques	Trauma pénétrant de la tête, du cou, du thorax, de l'abdomen, du bassin, du bras ou de la cuisse Volet thoracique Brûlure sévère, inhalation de fumées associée Fracas du bassin Suspicion d'atteinte médullaire Amputation au niveau du poignet, de la cheville, ou au-dessus Ischémie aiguë de membre
Réanimation préhospitalière	Ventilation assistée Remplissage > 1 000 ml de colloïdes Catécholamines Pantalon antichoc gonflé
Terrain (à évaluer)	Âge > 65 ans Insuffisance cardiaque ou coronarienne Insuffisance respiratoire Grossesse (deuxième et troisième trimestres) Trouble de la crase sanguine

La présence d'un seul critère suffit à caractériser la gravité du traumatisme, sauf pour le terrain où il s'agit d'une évaluation cas par cas. Par ailleurs, des critères de gravité extrême étaient définis car associés à une mortalité très élevée : pression artérielle systolique < 65 mmHg (mortalité : 65 %), score de Glasgow = 3 (mortalité : 62 %), et saturation en O₂ < 80 % ou imbreable (mortalité 76 %).



NIVEAU I : service d'urgence, anesthésie réanimation spécialisée, toutes spécialités chirurgicales, radio interventionnelle, moyens de transfusion massive H24
- Accueil des traumatisés graves de tout grade A, B, C

NIVEAU II : service d'urgence, anesthésie réanimation, chirurgie générale, imagerie en coupe (scanner), moyens de transfusion massive H24
- Accueil des traumatisés graves grade A, B en dehors des traumatisés graves de bassin ou à haut risque d'HED lorsque le niveau I est à plus de 30 min de transport.
Accueil grade C.

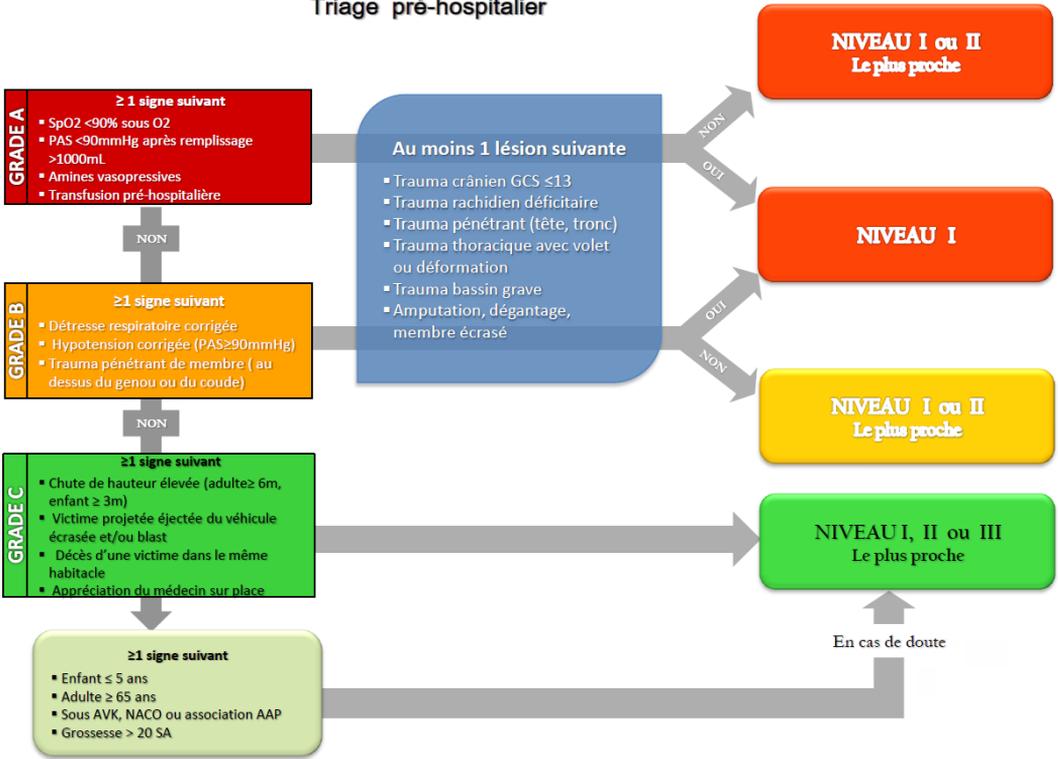
- 1. NIVEAU II NEURO** : Niveau II + Evacuation d'un HED en urgence
- 2. NIVEAU II EMBOLISATION** : Niveau II + radiologie interventionnelle (embolisation)

NIVEAU III : Service d'urgence. Réalisation d'un bilan lésionnel complet (scanner corps entier injecté) H24.
- Accueil des traumatisés graves grade C : expertise pluridisciplinaire (chirurgien, anesthésiste, radiologue)

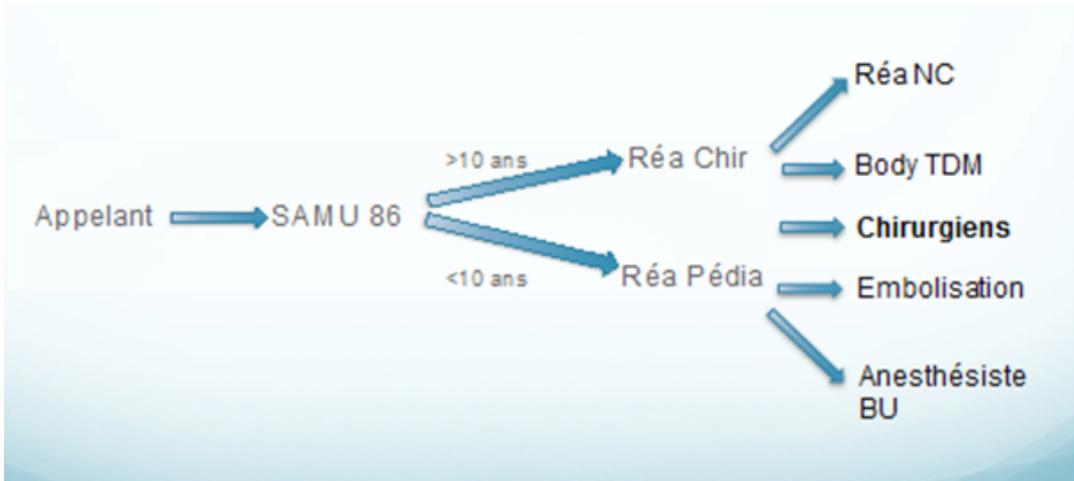
DESCRIPTION DES DIFFÉRENTS ÉTABLISSEMENTS DE L'EX POITOU-CHARENTES

		<u>Réa/USC</u>	<u>Chirurgie</u>	<u>BodyTDM</u>	<u>Embolisation</u>	<u>Transfusion</u>
86	Poitiers	55 Réa/ 16 USC	NC/CT/V/O/ U	Oui	Oui	EFS
	Châtelleraut	8 USC	V/O/U	Oui	0	Stock
	Montmorillon	4 USC	0	Oui	0	Stock
	Loudun	4 USC	0	Oui	0	Stock
16	Angoulême	12 Réa/ 6 USC	V/O/U	Oui	Oui	EFS
	Cognac	6 USC	Clin V/O	Oui	0	stock
	Barbezieux	4 USC	0	Oui	0	stock
	Confolens	0	0	Oui	0	stock
	Ruffec	0	0	Oui	0	stock
17	La Rochelle	16 Réa/ 4 USC	V/O/U/Vasc/ Tho	Oui	0	EFS
	Saintes	14 Réa/ 8 USC	V/O/U	Oui	0	EFS
	Rochefort	8 USC	V/O	Oui	0	Stock
	Jonzac	4 USC	V/O	Oui	0	Stock
	St Jean d'Y	4 USC	V	Oui	0	Stock
	Royan	6 USC	Clin	Oui	0	Stock
79	Niort	8 Réa / 4 USC	V/O/U/Vasc/ Tho	Oui	0	EFS + stock labo la nuit
	Bressuire	4 USC	Ortho Viscérale	Oui	0	Stock
	Thouars	8 USC	Viscérale	Oui	0	Stock
	Parthenay	0	0	0	0	Stock

Triage pré-hospitalier



PROCÉDURE DE TRANSFERT DES POLYTRAUMATISÉS



L'appelant passe un bilan détaillé sur l'état clinique du patient afin de permettre une organisation de la prise en charge adaptée.

Le SAMU 86 organise le transfert avec le SAMU local et transmet des informations au réanimateur avant l'arrivée du patient.

Le réanimateur accepte le patient relevant de sa compétence, donne des consignes au médecin appelant, prévient les différents intervenants autour de la prise en charge, accueille le patient à la SAUV avec le médecin urgentiste.

Homogénéité des pratiques

La filière prise en charge du polytraumatisé dans la région ex-Poitou-Charentes est bien formalisée et s'appuie sur des procédures validées et partagées au niveau des régulations Centre 15.

Des réunions annuelles sont formalisées afin d'échanger sur la filière et de mettre à jour les données essentielles à la prise en charge des patients.

Evaluation

Un registre est tenu afin de suivre les admissions sur le Trauma Center.

Evolution de la filière en 2017

- Elaboration d'un protocole de prise en charge du traumatisé crânien grave adulte
- Elaboration d'un protocole régional d'imagerie du patient traumatisé grave
- Elaboration d'un bilan standardisé d'un traumatisé grave



TRAUMATISMES CRÂNIENS

Les plateaux de neurochirurgie sont rares en région Nouvelle-Aquitaine ; l'organisation et la coordination de cette filière sont apparues comme un enjeu essentiel dans la prise en charge de nos patients aux urgences.

Deux problématiques ont été identifiées par l'ensemble des acteurs de terrain :

- La 1ère concerne l'avis neurochirurgical à distance

Les services d'urgences en Nouvelle-Aquitaine disposent de plateaux techniques permettant d'avoir une imagerie en coupe sur l'ensemble de nos structures. Il est par ailleurs essentiel pour l'urgentiste afin d'orienter au mieux son patient de pouvoir s'appuyer sur des avis spécialisés pour adapter la prise en charge. L'absence de PACS régional amène souvent l'urgentiste à utiliser des moyens de transmission d'images plus ou moins adaptés. Face à cette problématique l'ARS Nouvelle Aquitaine a proposé d'élaborer un support technique dans le cadre du projet KRYPTON. Ce support permettra aux médecins de pouvoir partager de l'imagerie ainsi qu'un certain nombre d'informations concernant le patient. Le neurochirurgien à distance pourra apporter une réponse et la tracer de façon sécurisée. Des travaux sont en cours, le souhait de chacun étant qu'ils puissent aboutir sur l'année 2018.

- Le 2ème enjeu dans la prise en charge est l'orientation du patient

Soit le patient est récusé par les chirurgiens, l'acte ne pouvant être proposé du fait de la balance « bénéfique – risque » négative. Le patient doit être orienté au sein du territoire dans un environnement adapté le plus rapidement possible. Soit le patient doit être orienté vers un plateau de neurochirurgie. Se pose alors la question : Quel plateau de neurochirurgie ? L'état des lieux réalisé par les urgentistes identifie deux niveaux de neurochirurgie :

- Le premier acceptant tout type de patients quelle que soit la pathologie chirurgicale, quel que soit l'âge.
- Le second concerne les services de neurochirurgie prenant en charge la majorité des patients sauf les tout-petits voire la pédiatrie et tout ou parties des hémorragies méningées.

La définition et la validation de ces niveaux permettra demain le recours au bon neurochirurgien et à la bonne orientation. Un travail sur la sectorisation régionale des plateaux techniques est en cours d'élaboration afin d'organiser une véritable filière avec des référents identifiés.

Comme dans toutes filières l'ORU NA travaille sur deux niveaux :

- Le premier concerne l'évaluation à partir des données RPU et demain probablement les données provenant de la plateforme de télétransmission
- Le second porte sur le suivi de la filière au sein des Réseaux Territoriaux et plus largement au sein de la région pour ce qui est de la coordination régionale

DESCRIPTION DE LA FILIÈRE TC À PARTIR DES DONNÉES RPU

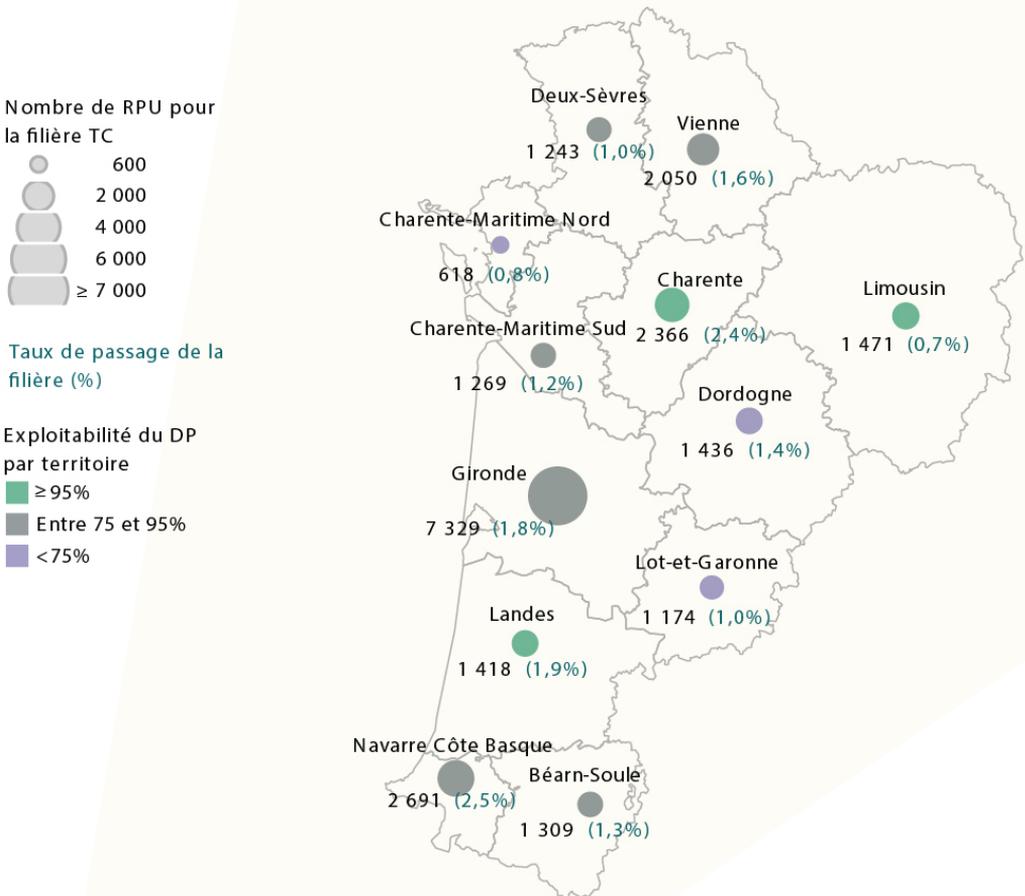
Contexte : Dans le cadre du CPOM, l'ORU NA a été sollicité afin de décrire la prise en charge de la filière Traumatisme Crânien (TC) dans les services d'urgences de la région. Pour ce faire, depuis mai 2017, le nombre de passages aux urgences pour cette filière est mis en avant sur les bulletins quotidiens adressés aux établissements de la région.

Méthode : Tous les passages aux urgences en 2017 dont le diagnostic principal présentait un code CIM10 caractéristique de cette filière (cf annexe) ont été sélectionnés pour cette étude.

Résultats : En 2017, 1 675 304 Résumés de passage aux urgences (RPU) ont été envoyés à l'ORU NA. L'exhaustivité des données était de 99%. Près 86% des diagnostics principaux étaient exploitables.

En 2017, on compte 24 374 passages pour cette filière, soit un taux de passage de 1,7% et un taux de recours de 0,4%.

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE TC SELON LE TERRITOIRE



Taux de passage = Nb passages filière / Nb passages total avec diagnostic exploitable hors PSA, REO et Fugue



RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages pour la filière	24 374
Taux de passage pour la filière	1,7%
Taux de recours pour la filière	0,4%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	37%
Mutation interne	36%
Transfert	1%
Retour à domicile	63%
Décès	9 (0%)

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	04h28
Médiane	03h02
Passages de moins de 4h	62%
<i>Lors d'une hospitalisation</i>	51%
<i>Lors d'un retour au domicile</i>	69%

PATIENT

Sex-ratio H/F	1,30
Age moyen (années)	41,2
< 18 ans	38%
18 - 74 ans	35%
≥ 75 ans	27%

ARRIVÉE

Journée [08h-20h[	70%
Soirée [20h-00h[	19%
Nuit profonde [00h-08h[	11%
Mode de transport	
Moyen personnel	50%
SMUR (hélicoptère compris)	4%
VSAV	29%
Ambulances	17%
CCMU	
CCMU 1	21%
CCMU 4 et 5	3%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Commotion	74%
Lésion traumatique	18%
Hémorragie	4%
Fracture	2%
Autres	2%

TOP 15 DES DIAGNOSTICS PRINCIPAUX DE LA FILIÈRE TC

Code CIM10	Libellé CIM10	Nb	%
S0600	Commotion cérébrale, sans plaie intracrânienne	11 200	46,0%
S060	Commotion cérébrale	5 030	20,6%
S0690	Lésion traumatique intracrânienne, sans précision, sans plaie intracrânienne	2 595	10,6%
S0601	Commotion cérébrale, avec plaie intracrânienne	1 745	7,2%
S069	Lésion traumatique intracrânienne, sans précision	693	2,8%
S0650	Hémorragie sous-durale traumatique, sans plaie intracrânienne	382	1,6%
S0691	Lésion traumatique intracrânienne, sans précision, avec plaie intracrânienne	356	1,5%
S065	Hémorragie sous-durale traumatique	339	1,4%
S068	Autres lésions traumatiques intracrâniennes	300	1,2%
S0630	Lésion traumatique cérébrale en foyer, sans plaie intracrânienne	220	0,9%
S0620	Lésion traumatique cérébrale diffuse, sans plaie intracrânienne	212	0,9%
S0631	Lésion traumatique cérébrale en foyer, avec plaie intracrânienne	140	0,6%
S0280	Fractures fermées d'autres os du crâne et de la face	95	0,4%
S0680	Autres lésions traumatiques intracrâniennes, sans plaie intracrânienne	94	0,4%
S0660	Hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique, sans plaie intracrânienne	86	0,4%

La brûlure est une destruction du revêtement cutané, voire des tissus sous-jacents, consécutive à l'action d'agents thermiques, électriques, chimiques, ou de radiations. Elles représentent une urgence dont la gestion nécessite parfois le recours à une équipe multidisciplinaire.

L'évaluation initiale des lésions est primordiale car elle permet d'orienter le malade vers la structure la plus adaptée. La stratégie thérapeutique dont la mise en œuvre peut-être urgente dépend de l'étendue, de la profondeur et de la localisation de la brûlure.

Une majorité d'entre elles, les brûlures dites simples, nécessitent une prise en charge aux urgences sans recours à un avis spécialisé. Il s'agit des brûlures peu étendues, superficielles, non circonférentielles sans atteinte de la face, du cou, du périnée ou des mains et chez un patient exempt de comorbidités. La prise en charge est simple et seule une évolution péjorative (retard de cicatrisation, surinfection) pourra conduire à une nouvelle évaluation et éventuellement une prise en charge spécialisée.

On qualifie de "grave" une brûlure quand celle-ci comporte des lésions de deuxième degré sur 20% de la surface corporelle ou de troisième degré sur 15% (10% chez l'enfant). Les brûlures avec atteintes respiratoires, celles consécutives à une électrisation à haut voltage et enfin le contact avec de l'acide fluorhydrique sont également considérées comme grave d'emblée. Elles nécessitent toute une prise en charge réanimatoire et agressive en centre de référence.

Les brûlures compliquées sont enfin représentées par les localisations à risque esthétique, fonctionnel ou infectieux (face, périnée, mains), les lésions circonférentielles profondes, les brûlures chimiques, les brûlures excédant 10% de la surface corporelle (5% chez l'enfant) et les patients porteurs de comorbidités. Leur prise en charge initiale peut être réalisée dans tous les services d'urgences mais un avis spécialisé ou une évaluation en centre de référence sera nécessaire.

En Nouvelle-Aquitaine, il n'existe actuellement qu'un seul "Centre aigu de traitement des Brûlés" sis au CHU de Bordeaux sur le site du groupe hospitalier Pellegrin.

Les données RPU de 2017 remontent à 6 615 passages sur les urgences de la nouvelle région, minorés par deux éléments, d'une part la non exhaustivité des données RPU remontant à l'ORU et d'autre part les arrivées directes au centre de référence du CHU qui ne génèrent pas de RPU.

Nous proposons un algorithme de prise en charge réalisé conjointement par l'ORU et le centre de référence du CHU de Bordeaux

PRISE EN CHARGE DU BRÛLÉ

Brûlures « simples »

- Brûlures superficielles < 20%
- Brûlures profondes < 10%
- Pas d'atteinte respiratoire
- Pas d'atteinte face, périnée, mains
- Pas de tares
- Absence de traumatisme associé
- Absence de lésion circonférentielle

Soins locaux de la brûlure et antalgie
S'assurer de la couverture vaccinale
Suivre l'évolution de la brûlure

Brûlures « graves »

- 2° degré > 20%
- 3° degré > 10% Adulte
5% Enfant, Senior
- Atteinte respiratoire
- Lésions électriques haut voltage
- Brûlures acide fluorhydriques

Refroidir la brûlure
Dévêtir le patient et le réchauffer
Abord vasculaire (VVP>VVC, zone saine si possible)

Remplissage vasculaire :
Ringer Lactate (référence www.sfetb.org)
(2ml/kg/%brûlure en 8h puis idem en 16h)

Sécurisation voies aériennes (IOT si FR>35, signes de lutte, brûlures graves de la tête et du cou)
Antalgie pallier 3 (+/- Kétamine dose analgésique)
Lutte contre l'hypothermie
Sondage urinaire à demeure : (objectif D=0.5 à 1.5ml/Kg/H)

Hospitalisation en réanimation ou soins intensifs en centre de référence brûlés

Brûlures compliquées

- Atteinte face, périnée ou mains
- Traumatisme associé (niveau 3)
- Tares associées
- Lésions circonférentielles profondes
- Brûlures chimiques
- Brûlures > 10% (5% enfant)

Soins locaux de la brûlure (Mise à plat des Phlyctènes) et antalgie

Gestion des décompensations de comorbidités

Consultation/hospitalisation brûlés à organiser

Retour à Domicile si gestion douleur et Environnement médico-social suffisant

S'assurer de la couverture vaccinale
Suivre l'évolution de la brûlure

**Penser aux intoxications au CO et cyanure
Mise à plat des phlyctènes**

Avis spécialisé tardif

- Absence de cicatrisation à J 14
- Douleur, fièvre, mauvais aspect local

CHU Bordeaux Centre FX Michelet
Service des Brûlés
Tél Médecin de Garde : 06.37.76.17.50.
Tél : 05.56.79.54.62. – Fax : 05.56.79.49.23.

Transmission de photos :
grands.brules@chu-Bordeaux.fr

Toulouse Service des Brûlés adultes
CHU Rangueil – BOH13
Tél : 05.61.32.27.43

Toulouse Service des Brûlés enfants
CHU Purpan
Tél : 05.34.55.84.72

www.brulure.org / www.sfetb.org

DESCRIPTION DE LA FILIÈRE BRÛLÉ À PARTIR DES DONNÉES RPU

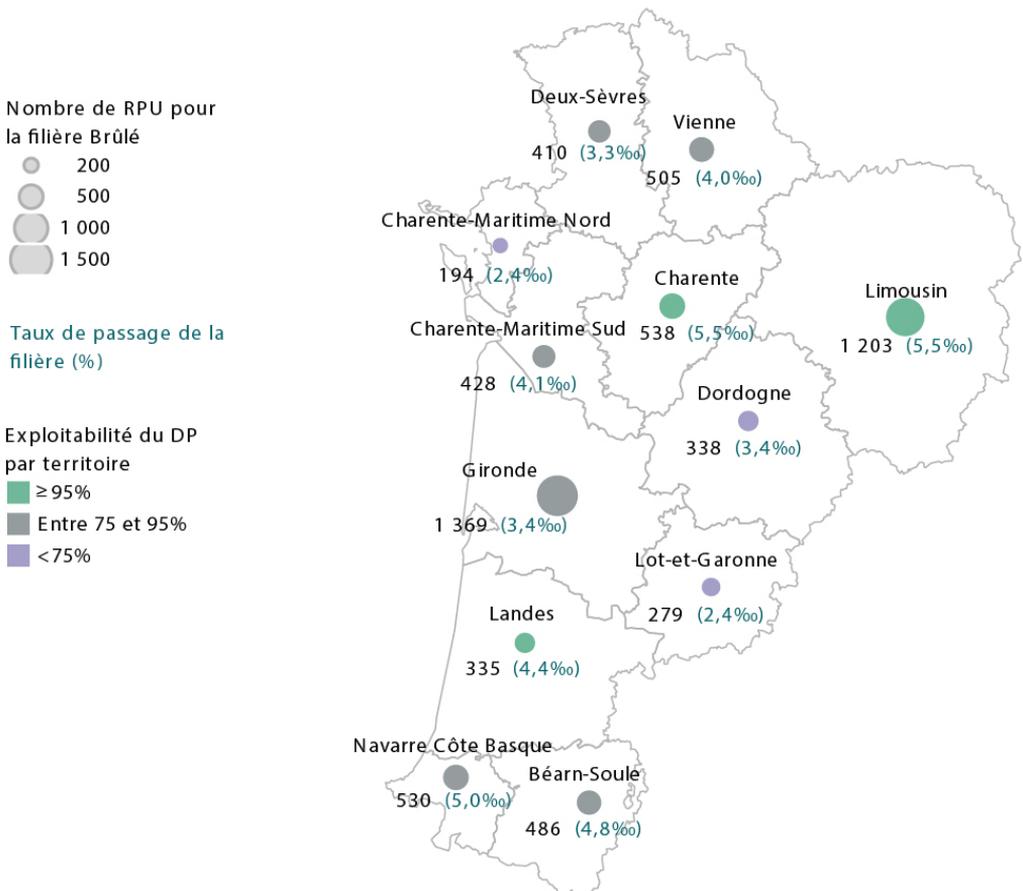
Contexte : Dans le cadre du CPOM, l'ORU NA a été sollicité afin de décrire la prise en charge de la filière Brûlé dans les services d'urgences de la région. Pour ce faire, depuis mai 2017, le nombre de passages aux urgences pour cette filière est mis en avant sur les bulletins quotidiens adressés aux établissements de la région.

Méthode : Tous les passages aux urgences en 2017 dont le diagnostic principal présentait un code CIM10 caractéristique de cette filière (cf annexe) ont été sélectionnés pour cette étude.

Résultats : En 2017, 1 675 304 Résumés de passage aux urgences (RPU) ont été envoyés à l'ORU NA. L'exhaustivité des données était de 99%. Près 86% des diagnostics principaux étaient exploitables.

En 2017, on compte 6 615 passages pour cette filière, soit un taux de passage de 4,7‰ et un taux de recours de 1,0‰.

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE BRÛLÉ SELON LE TERRITOIRE



Taux de passage = Nb passages filière / Nb passages total avec diagnostic exploitable hors PSA, REO et Fugues



RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages pour la filière	6 615
Taux de passage pour la filière	4,7‰
Taux de recours pour la filière	1,0‰

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	8%
Mutation interne	7%
Transfert	1%
Retour à domicile	92%

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	02h26
Médiane	01h40
Passages de moins de 4h	89%
<i>Lors d'une hospitalisation</i>	70%
<i>Lors d'un retour au domicile</i>	90%

PATIENT

Sex-ratio H/F	1,24
Age moyen (années)	30,5
< 18 ans	32%
18 - 74 ans	65%
≥ 75 ans	4%

ARRIVÉE

Journée [08h-20h]	72%
Soirée [20h-00h]	21%
Nuit profonde [00h-08h]	7%
Mode de transport	
Moyen personnel	85%
SMUR (hélicoptère compris)	2%
VSAV	10%
Ambulances	3%
CCMU	
CCMU 1	20%
CCMU 4 et 5	1%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Brûlure de degré non précisé	46%
Brûlure du second degré	39%
Brûlure du premier degré	14%
Brûlure du troisième degré	2%

TOP 15 DES DIAGNOSTICS PRINCIPAUX DE LA FILIÈRE BRÛLÉ

Code CIM10	Libellé CIM10	Nb	%
T232	Brûlure du second degré du poignet et de la main	1 027	15,5%
T300	Brûlure, (partie du corps non précisée, degré non précisé)	845	12,8%
T310	Brûlures couvrant moins de 10% de la surface du corps	459	6,9%
T242	Brûlure du second degré de la hanche et du membre inférieur, sauf cheville et pied	385	5,8%
T222	Brûlure du second degré de l'épaule et du membre supérieur, sauf poignet et main	336	5,1%
T231	Brûlure du premier degré du poignet et de la main	309	4,7%
T754	Effets du courant électrique	282	4,3%
T230	Brûlure du poignet et de la main, degré non précisé	279	4,2%
T252	Brûlure du second degré de la cheville et du pied	272	4,1%
T212	Brûlure du second degré du tronc	212	3,2%
T202	Brûlure du second degré de la tête et du cou	195	2,9%
T264	Brûlure de l'oeil et de ses annexes, partie non précisée	174	2,6%
T201	Brûlure du premier degré de la tête et du cou	159	2,4%
T200	Brûlure de la tête et du cou, degré non précisé	131	2,0%
T301	Brûlure du premier degré, (partie du corps non précisée)	108	1,6%

Le SCA ST +, l'exemple du territoire Limousin : vers une évaluation structurée d'une filière de prise en charge

Les structures et unités principales entrant dans l'offre de soins de cette filière au 01/2018 sont les suivantes : 10 SU / 7 SMUR / 3 SAMU, 8 services de cardiologie et 2 services de cardiologie interventionnelle.

La description détaillée est indiquée dans le tableau ci après :

TABLEAU 1. DESCRIPTION DE L'OFFRE DE SOINS POUR LA FILIÈRE SCA DANS LE LIMOUSIN EN 2018.

	CHU Limoges	CH Brive	CH Guéret	PCL Chénieux	CH Saint Yrieix	CH Saint Junien	CH Tulle	CH Ussel	CH Aubusson
Type de structure / service									
SU	X	X	X	X	X	X	X	X	X
SAMU/SMUR	X	X	X	-	X	X	X	X	-
service de cardiologie	X	X	X	X	X	X	X	X	-
USIC	X	X	X	X	-	-	X	-	-
Réanimation	X (+ réa péd)	X	X	-	-	-	-	-	-
Cardiologie interventionnelle	X	X	-	-	-	-	-	-	-
Chirurgie Cardiaque	X	-	-	-	-	-	-	-	-
Plateau technique / équipement									
Scanner	X	X	X	X	X	X	X	X	-
IRM	X	X	X	X	X	X	X	-	-
Coroscan	X	X	-	-	-	-	X	-	-
ECMO	X	-	-	-	-	-	-	-	-
Contrepulsion	X	-	-	-	-	-	-	-	-
Ressource / disponibilité des compétences									
Médecin avec compétence en cardiologie	X	X	X	X	X	X	X	X	-
Médecin spécialiste en cardiologie	X	X	X	X	X	X	X	X	-
Médecin spécialiste en cardiologie interventionnelle	X	X	-	-	-	-	-	-	-
Cardiologie dont rythmologie interventionnelle	X	-	-	-	-	-	-	-	-

Source : PMP urgence et PRS 2012/2016

Le recours à des structures extra territoriales est possible avec le CHU Clermont Ferrand (90 km d'Ussel) et l'Hôpital Privé Saint François (Montluçon) ayant une attractivité sur le nord de la Creuse. Des structures proposant un accueil non programmé (sans SU ni service de cardiologie) peuvent être le lieu de prise en charge en premier recours de patients se présentant spontanément et qui seront secondairement réorientés dans la filière adéquate.

L'homogénéité des pratiques est réalisée dans le respect du protocole de prise en charge territorial en vigueur (cf schéma ci dessous)

PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE - TERRITOIRE LIMOUSIN
MIS À JOUR EN DÉCEMBRE 2017



SCA AVEC SUS-DECALAGE DU SEGMENT ST

Délai (PEC) < 12H

Délai (PEC) > 12H

Evaluation du délais (pas le régulateur
ECG qualifiant - arrivée porte de cardiologie interventionnelle

Délai ≤ 90 mn

Délai ≥ 90mn

Patch EMLA radial D et G,
Eviter de mettre la VVP
en regard des poignets

PRIVILEGIER LA THROMBOLYSE SI :

Début de la douleur < 2h
Et transfert > 60 mn
Et patient ≤ 65 ans
Et territoire IDM étendu

**ANGIOPLASTIE
PRIMAIRE**

**THROMBOLYSE
(hors CI)**

ASPIRINE 250 mg IV

- 1 **1er choix** : Ticagrelor (BRILIQUE®)
2 cp de 90 mg = 180 mg (CI : ATCD AVC hémorragique, dialysé, anticoagulants oraux, forme orodispersible si disponible)
- 2 **2ème choix** : Clopidogrel (PLAVIX®) (si CI et/ou allergie): 600 mg
- 3 HNF : Bolus 70 UI/Kg, puis SE : 12 UI/Kg/h pas d'entretien si anticoagulation au long cours

- 1 ASPIRINE 250 mg IV
- 2 Clopidogrel (PLAVIX®) : 300 mg si > 75 ans : 1 cp à 75 mg
- 3 Enoxaparine (LOVENOX®) :
si <75 ans : 30 mg IVD, puis 1mg/kg/12h S/C
si >75 ans : 0,75mg/kg/12h S/C sans bolus
si CI HBPB : HNF
- 4 Ténecteplase (METALYSE®) 10 000 U /10 ml :
Bolus IV adapté au poids (indiqué sur la seringue) si >75 ans : 1/2 dose
- 5 ECG de contrôle à 60 mn et transmission à l'angioplasticien(Limoges)

**ADMISSION DIRECTE EN
SALLE DE CATHETERISME**

**TRANSFERT DIRECT DANS UN
CENTRE AVEC CARDIOLOGIE
INTERVENTIONNELLE 24H/24**

**ADMISSION
USIC**

Numéros d'appel en cardiologie interventionnelle

CHU LIMOGES
Tél. 49 417 ou 13 417
USIC Tél 05 55 05 63 25

CH BRIVE
Tél. 05 55 92 60 18

Les critères d'évaluation du fonctionnement de la filière peuvent être réalisés en utilisant des données provenant de différentes sources : le RPU (tous les passages urgences du territoire sont collectés et le ciblage est possible par une liste de codes CIM 10 en DP, le thésaurus commun adapté restant à affiner avec les recommandations nationales sur le sujet), les données de régulation (pour chacun des 3 SAMU du territoire avec le ciblage possible par l'item « douleur thoracique » mais pas spécifiquement les « ST+ »), les données des services de cardiologie interventionnelle (extraction possible par centre), les données du registre SCALIM (qui permet le recensement de tous les ST+, confirmés ou non à l'issue de la PEC, de moins de 24 heures).

Des réflexions sur les améliorations possibles dans le processus et le déroulement de la prise en charge sont engagés notamment sur 2 aspects : le recours aux transports hélicoptérés et la transmission actuelle des ECG en pré-hospitalier (aujourd'hui réalisée par des moyens non sécurisés en l'absence d'outil déporté adapté).

Voici des exemples de résultats apportés par le registre SCALIM :

FIGURE 1. ÉVOLUTION DU NOMBRE DE SCA ST+ PAR DÉPARTEMENT ENTRE 2011 ET 2017 DANS LE LIMOUSIN.

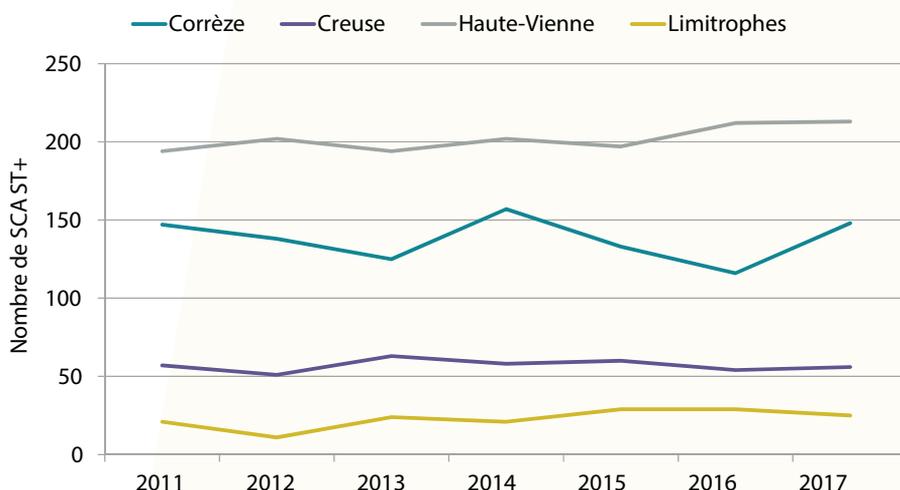
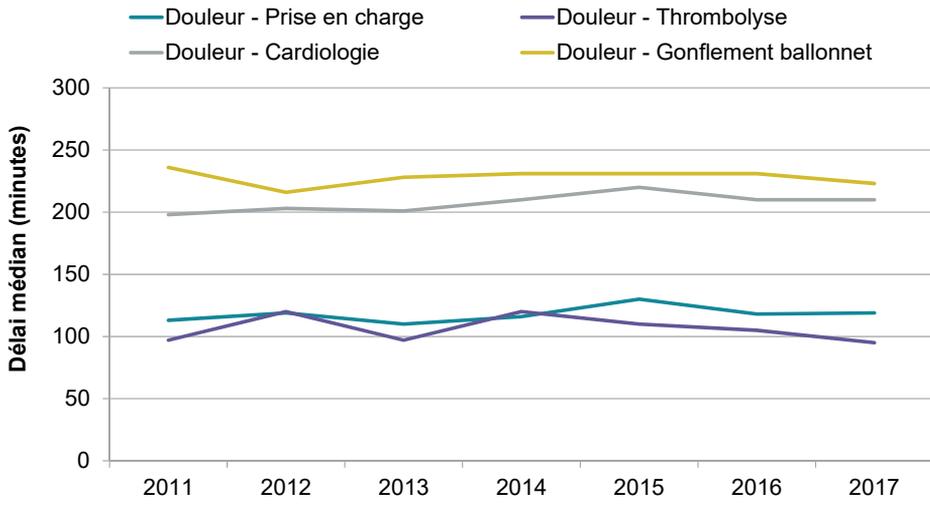


FIGURE 2. RÉPARTITION DES SCA ST+ EN FONCTION DU TYPE DE PRISE EN CHARGE INITIALE, ENTRE 2011 ET 2017, DANS LE LIMOUSIN. V



FIGURE 3. ÉVOLUTION DES DÉLAIS MÉDIANS DE PRISE EN CHARGE ENTRE 2011 ET 2017 DANS LE LIMOUSIN.



DESCRIPTION DE LA FILIÈRE SCA À PARTIR DES DONNÉES RPU

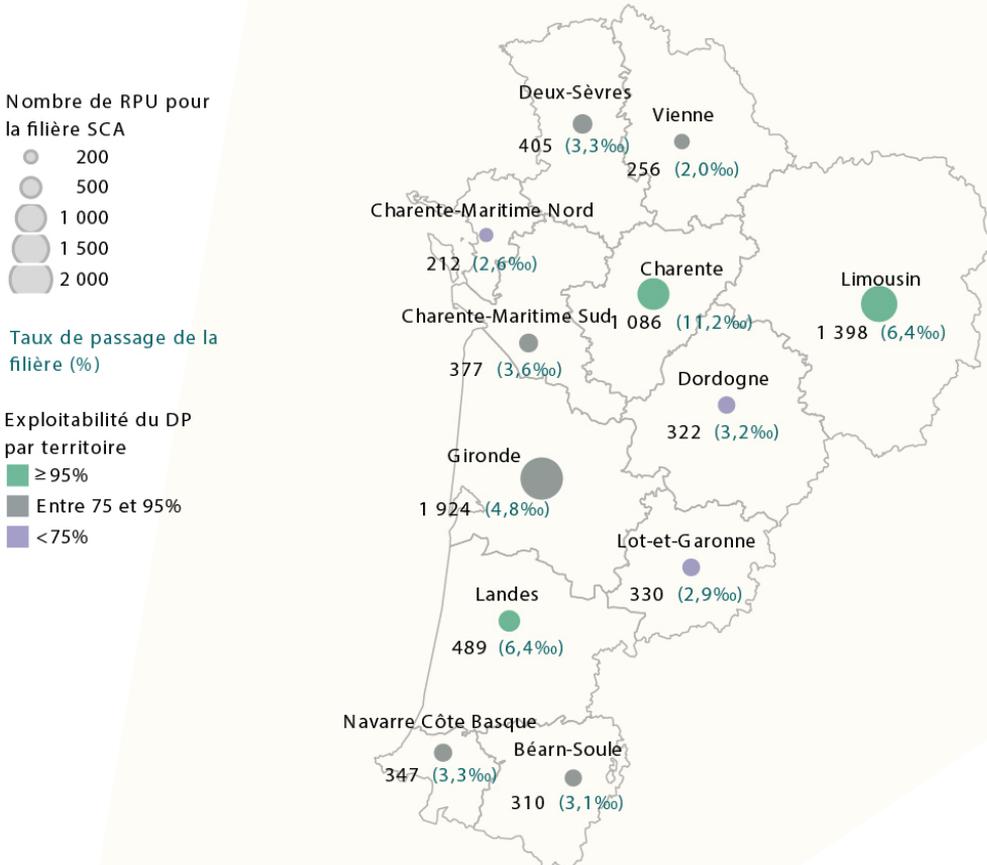
Contexte : Dans le cadre du CPOM, l'ORU NA a été sollicité afin de décrire la prise en charge de la filière Syndrome Coronarien Aigu (SCA) dans les services d'urgences de la région. Pour ce faire, depuis mai 2017, le nombre de passages aux urgences pour cette filière est mis en avant sur les bulletins quotidiens adressés aux établissements de la région.

Méthode : Tous les passages aux urgences en 2017 dont le diagnostic principal présentait un code CIM10 caractéristique de cette filière (cf annexe) ont été sélectionnés pour cette étude.

Résultats : En 2017, 1 675 304 Résumés de passage aux urgences (RPU) ont été envoyés à l'ORU NA. L'exhaustivité des données était de 99%. Près 86% des diagnostics principaux étaient exploitables.

En 2017, on compte 7 456 passages pour cette filière, soit un taux de passage de 5,3‰ et un taux de recours de 1,2‰.

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE SCA SELON LE TERRITOIRE



Taux de passage = Nb passages filière / Nb passages total avec diagnostic exploitable hors PSA, REO et Fugues



RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages pour la filière	7 456
Taux de passage pour la filière	5,3%
Taux de recours pour la filière	1,2%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	89%
Mutation interne	77%
Transfert	13%
Retour à domicile	10%
Décès	11 (2%)

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	04h29
Médiane	03h35
Passages de moins de 4h	54%
<i>Lors d'une hospitalisation</i>	58%
<i>Lors d'un retour au domicile</i>	27%

PATIENT

Sex-ratio H/F	1,79
Age moyen (années)	69,7
< 18 ans	0%
18 - 74 ans	60%
≥ 75 ans	40%

ARRIVÉE

Journée [08h-20h[	70%
Soirée [20h-00h[	13%
Nuit profonde [00h-08h[	17%
Mode de transport	
Moyen personnel	43%
SMUR (hélicoptère compris)	13%
VSAV	16%
Ambulances	27%
CCMU	
CCMU 1	1%
CCMU 4 et 5	30%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Infarctus du myocarde	53%
Angine de poitrine	43%
Autres	5%

TOP 15 DES DIAGNOSTICS PRINCIPAUX DE LA FILIÈRE SCA

Code CIM10	Libellé CIM10	Nb	%
I200	Angine de poitrine instable	1 524	20,4%
I209	Angine de poitrine, sans précision	1 210	16,2%
I219	Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, prise en charge non précisée	681	9,1%
I2140	Infarctus sous-endocardique (aigu du myocarde), prise en charge initiale	497	6,7%
I21400	Infarctus sous-endocardique (aigu du myocarde), prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins	423	5,7%
I2100	Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale	324	4,3%
I2190	Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, prise en charge initiale	304	4,1%
I2110	Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi inférieure), prise en charge initiale	271	3,6%
I200+0	Angine de poitrine [angor] instable avec élévation des marqueurs biochimiques [enzymes] myocardiques	253	3,4%
I21100	Infarctus (transmural aigu) du myocarde de la paroi inférieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins	218	2,9%
I21000	Infarctus (transmural aigu) du myocarde (de la paroi antérieure), prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins	201	2,7%
I208	Autres formes d'angine de poitrine	189	2,5%
I2198	Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, autres prises en charge	189	2,5%
I21900	Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins	132	1,8%
I255	Myocardiopathie ischémique	124	1,7%

La prise en charge des traumatismes de la main aux urgences peut s'avérer complexe et nécessiter un recours vers des spécialistes de la main.

Une grande part des prises en charge sont réalisées par les urgentistes au sein des urgences et souvent par l'orthopédiste référent de l'établissement.

Aux vues des évolutions techniques et de l'apparition de pôles de références dans la prise en charge des traumatismes de la main, il est apparu nécessaire au niveau régional de mettre en place une véritable réflexion sur les modalités de prises en charge des urgences en matière de chirurgie de la main.

L'ARS Nouvelle-Aquitaine porte un projet avec des urgentistes et des chirurgiens de la main afin d'organiser un véritable parcours de soin à partir de nos structures d'urgences (SAMU et Urgences) sur la Nouvelle Aquitaine. Un cahier des charges concernant les centres de références est actuellement en cours de rédaction et devrait permettre aux urgentistes d'avoir une réponse à leur besoin H24.

Une gradation des établissements de santé a donc été envisagée avec trois niveaux de réponses :

- Le niveau 1 concerne les établissements qui ont une structure d'urgence mais pas de chirurgien orthopédiste,
- Le niveau 2 est territorial : service d'urgence avec chirurgien orthopédiste. Les urgentistes peuvent suivre dans ce cadre-là une formation spécifique à la prise en charge des urgences de la main.
- Le niveau 3 concerne les centres de référence. Ils accueillent les patients qui présentent une suspicion de pathologie chirurgicale en provenance d'un établissement qui n'a pas l'infrastructure permettant une exploration diagnostique adaptée à la situation clinique et ceux adressés par le SAMU.

Un travail préalable a été produit afin d'identifier un certain nombre de pathologies qui pourraient être éligible à la filière.

Pour une orientation directe vers un centre de référence, il est proposé que puissent être adressés tous les patients présentant :

- une amputation digitale exposant le squelette,
- une dévascularisation,
- des phlegmons des gaines des fléchisseurs avec signe généraux de gravité,
- des fractures ouvertes avec troubles sensitifs,
- des luxations du poignet avec troubles sensitifs
- nécessitant une exploration pour des traumatismes avec injection sous pression.

Les centres de références ont également proposé que leur soient adressés, pour avis secondaire, un certain nombre d'urgences différables, dans un délai de 24h :

- les traumatismes sévères fermés,
- les plaies avec ou sans déficit exposant l'hypoderme quel que soit leur siège,
- les plaies par verre, les panaris,
- les phlegmons sans signe généraux de gravité,
- les morsures animales ou humaines.

Ils proposent que leur soient adressés dans les 2 à 3 jours si besoin :

- les arrachements osseux des insertions ligamentaires quel que soit le siège,
- les traumatismes fermés avec déformation en boutonnière ou en col de cygne ou en maillet
- les traumatismes ouverts de l'appareil unguéal
- les luxations réduites

Pour ce qui est des brûlures, il est rappelé que l'orientation doit être faite vers le service des grands brûlés le plus proche.

Le cahier des charges n'est pas finalisé à ce jour, il permet cependant de voir les grandes orientations proposées au niveau de la région Nouvelle-Aquitaine. Un certain nombre d'urgentistes se sont formés à la prise en charge des pathologies de la main ; ils doivent être intégrés dans la réflexion régionale de la prise en charge de ces pathologies.

Pour permettre le suivi de cette filière, l'ORU NA a défini le thésaurus des diagnostics CIM-10 répondant aux prises en charge proposées. À partir de ce thésaurus une extraction des RPU est faite pour chaque établissement permettant ainsi une approche quantitative des patients répondant de cette filière de soins.

L'ORU NA, à travers ces données, propose la mise en place au niveau de chaque Réseau Territorial des Urgences un suivi de la filière. Les procédures territoriales et supra territoriales pourront ainsi être adaptées en fonction des évolutions des qualifications des différents professionnels intervenant dans la prise en charge des pathologies de la main et lors de l'évolution des référentiels médicaux sur le sujet.

A cet effet des tableaux de bord ont été mis en production pour que les Coordonnateurs Médicaux et Animateurs des Réseaux Territoriaux puissent avoir accès à l'ensemble des données correspondant à cette thématique.

DESCRIPTION DE LA FILIÈRE MAIN À PARTIR DES DONNÉES RPU

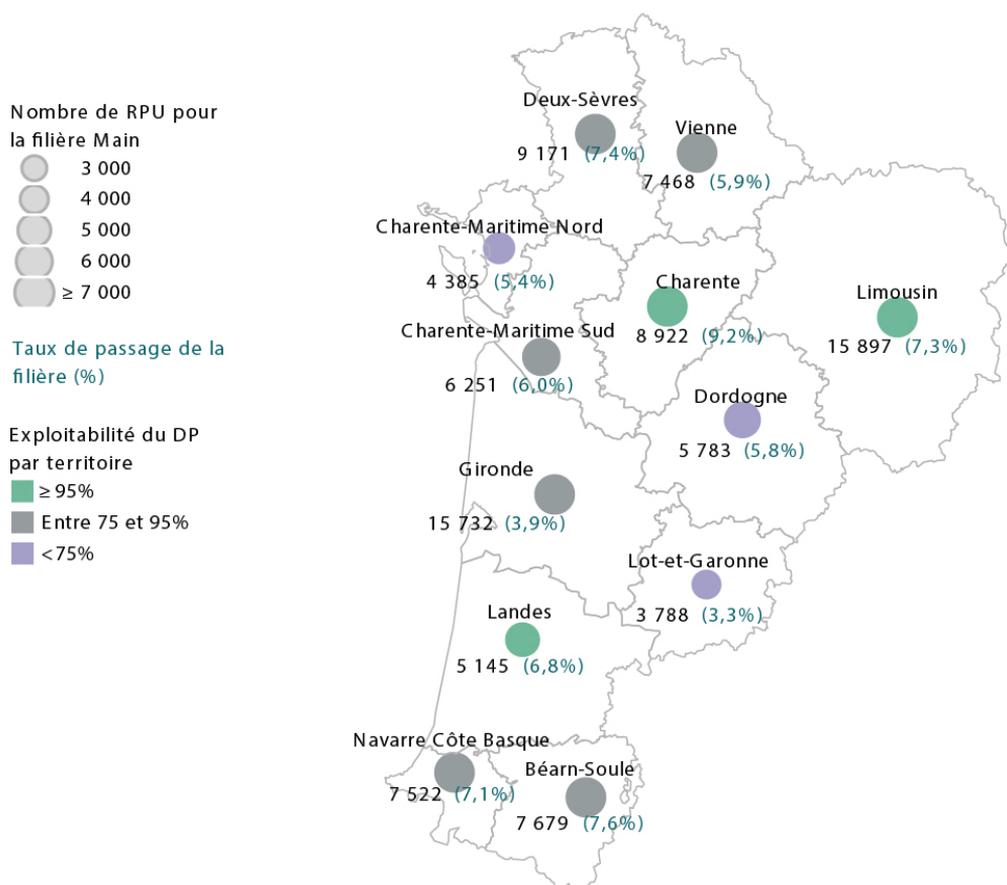
Contexte : Dans le cadre du Projet Régionale de Santé (PRS) de l'Agence régionale de Santé (ARS), l'ORU NA a été sollicité afin de décrire la prise en charge de la filière Main dans les services d'urgences de la région en 2017.

Méthode : Tous les passages aux urgences en 2017 dont le diagnostic principal présentait un code CIM10 caractéristique de cette filière (cf annexe) ont été sélectionnés pour cette étude.

Résultats : En 2017, 1 675 304 Résumés de passage aux urgences (RPU) ont été envoyés à l'ORU NA. L'exhaustivité des données était de 99%. Près 86% des diagnostics principaux étaient exploitables.

En 2017, on compte 97 743 passages pour cette filière, soit un taux de passage de 2,5% et un taux de recours de 1,5%.

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE MAIN SELON LE TERRITOIRE



Taux de passage = Nb passages filière / Nb passages total avec diagnostic exploitable hors PSA, REO et Fugues



RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages pour la filière	97 743
Taux de passage pour la filière	6,9%
Taux de recours pour la filière	1,5%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	6%
Mutation interne	5%
Transfert	1%
Retour à domicile	94%
Décès	2 (0%)

PATIENT

Sex-ratio H/F	1,58
Age moyen (années)	32,9
< 18 ans	32%
18 - 74 ans	63%
≥ 75 ans	5%

ARRIVÉE

Journée [08h-20h[	82%
Soirée [20h-00h[	13%
Nuit profonde [00h-08h[	5%
Mode de transport	
Moyen personnel	93%
SMUR (hélicoptère compris)	0%
VSAV	4%
Ambulances	2%
CCMU	
CCMU 1	12%
CCMU 4 et 5	<1%

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	02h31
Médiane	01h59
Passages de moins de 4h	87%
Lors d'une hospitalisation	73%
Lors d'un retour au domicile	88%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Plaie ouverte	36%
Contusion	20%
Fracture	17%
Entorses et foulures	16%
Lésion traumatique	7%
Luxation	1%

TOP 15 DES DIAGNOSTICS PRINCIPAUX DE LA FILIÈRE MAIN

Code CIM10	Libellé CIM10	Nb	%
S610	Plaie ouverte de(s) doigt(s) (sans lésion de l'ongle)	18 206	18,6%
S602	Contusion d'autres parties du poignet et de la main	10 173	10,4%
S636	Entorse et foulure de doigt(s)	7 889	8,1%
S600	Contusion de(s) doigt(s) sans lésion de l'ongle	7 729	7,9%
S635	Entorse et foulure du poignet	7 278	7,4%
S618	Plaie ouverte d'autres parties du poignet et de la main	6 656	6,8%
S619	Plaie ouverte du poignet et de la main, partie non précisée	5 398	5,5%
S609	Lésion traumatique superficielle du poignet et de la main, sans précision	4 412	4,5%
S6260	Fracture fermée d'un autre doigt	4 196	4,3%
S6280	Fracture fermée de parties autres et non précisées du poignet et de la main	3 067	3,1%
S611	Plaie ouverte de(s) doigt(s) avec lésion de l'ongle	3 014	3,1%
S6230	Fracture fermée d'un autre os du métacarpe	2 883	2,9%
L030	Phlegmon des doigts et des orteils	1 879	1,9%
S601	Contusion de(s) doigt(s) avec lésion de l'ongle	1 408	1,4%
S617	Plaies ouvertes multiples du poignet et de la main	1 258	1,3%



PSYCHIATRIE

DESCRIPTION DE LA FILIÈRE À PARTIR DES DONNÉES RPU

Contexte : Dans le cadre du Projet Régionale de Santé (PRS) de l'Agence régionale de Santé (ARS), l'ORU NA a été sollicité afin de décrire la prise en charge de la filière Psychiatrie (PSY) dans les services d'urgences de la région en 2017.

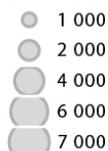
Méthode : Tous les passages aux urgences en 2017 dont le diagnostic principal présentait un code CIM10 caractéristique de cette filière (cf annexe) ont été sélectionnés pour cette étude.

Résultats : En 2017, 1 675 304 Résumés de passage aux urgences (RPU) ont été envoyés à l'ORU NA. L'exhaustivité des données était de 99%. Près 86% des diagnostics principaux étaient exploitables.

En 2017, on compte 35 581 passages pour cette filière, soit un taux de passage de 2,5% et un taux de recours de 0,6%.

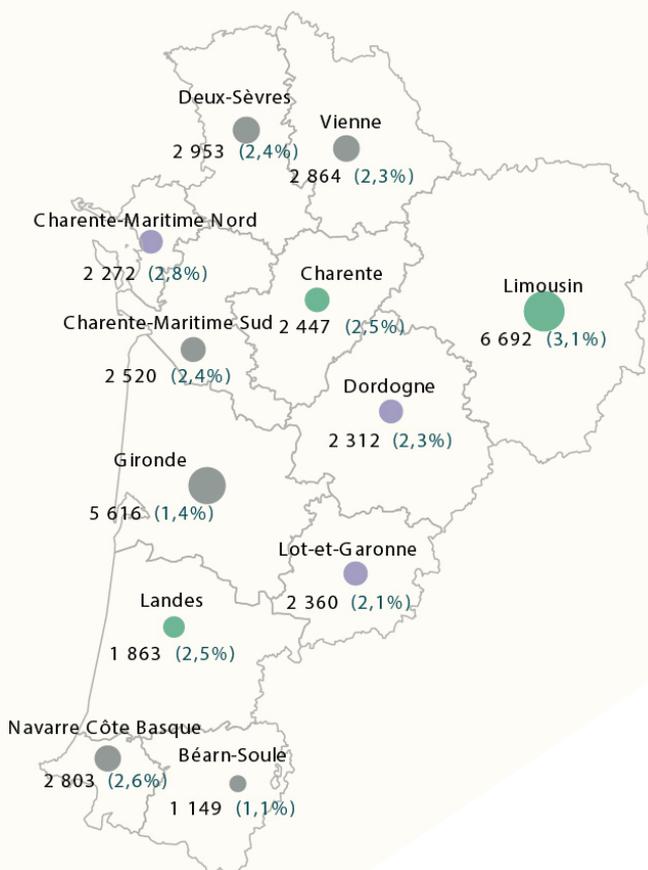
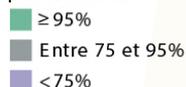
RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE PSY SELON LE TERRITOIRE

Nombre de RPU pour la filière PSY



Taux de passage de la filière (%)

Exploitabilité du DP par territoire



Taux de passage = Nb passages filière / Nb passages total avec diagnostic exploitable hors PSA, REO et Fugues



RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages pour la filière	35 851
Taux de passage pour la filière	2,5%
Taux de recours pour la filière	0,6%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	34%
Mutation interne	27%
Transfert	7%
Retour à domicile	66%
Décès	2 (0‰)

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	04h05
Médiane	03h00
Passages de moins de 4h	65%
<i>Lors d'une hospitalisation</i>	59%
<i>Lors d'un retour au domicile</i>	69%

PATIENT

Sex-ratio H/F	0,78
Age moyen (années)	42,1
< 18 ans	16%
18 - 74 ans	73%
≥ 75 ans	11%

ARRIVÉE

Journée [08h-20h]	70%
Soirée [20h-00h]	18%
Nuit profonde [00h-08h]	12%
Mode de transport	
Moyen personnel	58%
SMUR (hélicopté compris)	2%
VSAV	19%
Ambulances	20%
CCMU	
CCMU 1	19%
CCMU 4 et 5	1%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Anxiété généralisée	14%
Épisode dépressif, sans précision	13%
Trouble anxieux, sans précision	10%

TOP 15 DES DIAGNOSTICS PRINCIPAUX DE LA FILIÈRE PSY

Code CIM10	Libellé CIM10	Nb	%
F411	Anxiété généralisée	5 020	14,0%
F329	Épisode dépressif, sans précision	4 798	13,4%
F419	Trouble anxieux, sans précision	3 758	10,5%
F410	Trouble panique [anxiété épisodique paroxystique]	2 375	6,6%
R451	Agitation	1 785	5,0%
R290	Tétanie	902	2,5%
R458	Autres symptômes et signes relatifs à l'humeur	797	2,2%
R462	Comportement étrange et inexplicable	770	2,1%
F321	Épisode dépressif moyen	663	1,8%
F459	Trouble somatoforme, sans précision	653	1,8%
F072	Syndrome post-commotionnel	638	1,8%
F322	Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques	577	1,6%
F454	Syndrome douloureux somatoforme persistant	572	1,6%
F919	Trouble des conduites, sans précision	511	1,4%
F69	Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans précision	489	1,4%

La raréfaction des plateaux techniques permettant la prise en charge des traumatismes de la face a amené l'ARS Nouvelle-Aquitaine en partenariat avec l'ORU NA à proposer des outils afin de pouvoir assurer une prise en charge de qualité, quelles que soient les structures d'urgences.

Après avoir rencontré les référents médicaux du maxillo-facial de la région Nouvelle-Aquitaine il a été décidé de mettre en place à travers le projet KRYPTON une plateforme de transfert d'images et de dossiers médicaux afin qu'un avis maxillo-facial puisse être proposé à distance.

L'organisation de cette filière au niveau régional n'est qu'à ses prémices, les outils devraient être mis en place courant 2018.

Une évaluation des plateaux techniques de maxillo-facial sera réalisée lors du 1er semestre 2018 pour chaque établissement de santé avec service d'urgence. A la suite de cet état des lieux et en fonction du niveau et des horaires d'ouvertures de ces plateaux techniques, une gradation des établissements sera proposée.

Une cartographie des centres de référence destinée à chaque structure d'urgence pourra ainsi être mise en place. Il s'agit d'une volonté forte des urgentistes et de l'ARS NA d'organiser cette filière de prise en charge dans des délais courts.

Les urgences absolues sont rares en maxillo-faciale, en revanche l'avis est souvent nécessaire en urgence pour permettre de donner au patient une information claire et adaptée à sa prise en charge initiale et débiter les soins. L'organisation de la filière permettra d'adapter les délais de prise en charge spécialisée au degré d'urgence du patient. Ainsi sur le plan clinique il pourra être proposé une prise en charge spécialisée dans l'urgence mais également une prise en charge en ambulatoire ou à distance dans le cadre de consultations.

L'évaluation de cette filière se fera avec l'ensemble des partenaires de la chaîne de prise en charge.

Pour avoir un aperçu du besoin, un thésaurus spécifique avec les diagnostics CIM-10 répondant à cette filière est en cours de validation avec les spécialistes. L'objectif de ce thésaurus et de pouvoir à travers le RPU récupérer des données permettant aux promoteurs de la filière d'adapter celle-ci au plus près du besoin.

Les données seront mises à disposition des établissements sièges d'urgences et des réseaux territoriaux des urgences de chaque territoire.



ACTIVITÉ DES SAMU / SMUR

P.114

CAHIER DES CHARGES SAMU

P.115

GRANDS INDICATEURS SMUR

ACTIVITÉ DES SAMU / SMUR

CAHIER DES CHARGES SAMU (PDSA)

Les modifications de notre système de santé ont un impact fort sur nos SAMU.

L'ARS Nouvelle-Aquitaine dans son Contrat d'Objectif et de Moyen avec l'ORU NA a demandé à ce que ce dernier collecte l'ensemble des données SAMU.

Actuellement, trois éditeurs de logiciels SAMU sont présents sur la région Nouvelle-Aquitaine. Les logiciels de ces éditeurs ne fonctionnent pas tous avec les mêmes versions. Un seul collecteur régional existe, il concerne les trois SAMU du Limousin.

Demain, le SI SAMU va être déployé sur l'ensemble des SAMU de notre Région. 6 SAMU sur les 13 de Nouvelle-Aquitaine sont pilotes, ces 6 SAMU font partie des 11 SAMU intégrés à la phase pilote au niveau national.

Pour permettre une collecte des données des SAMU, la solution validée par le Comité Restreint de l'ORU NA a été de proposer dans un premier temps que chaque SAMU se mette en relation avec son éditeur pour transmettre ses données d'activité selon un format validé par l'ORU au niveau régional. Dans le même temps l'ORU NA se met en relation avec l'ASIP pour participer au cahier des charges du futur collecteur de données SAMU interfacé SI SAMU.

L'objectif en 2018 sera :

- De formaliser un nombre limité de variables d'activité des SAMU, variables identifiées dont les définitions sont partagées par les responsables des SAMU.
- De collecter ces données sous un format standardisé afin d'avoir une vision globale et partagée de l'activité de nos SAMU.

A ce jour, les travaux portent uniquement sur les appels, les DRM et les décisions médicales prises au sein des SAMU.

Au fur et à mesure que le projet SI SAMU se développera, la collecte des données s'enrichira et permettra d'améliorer l'évaluation de l'activité des SAMU, de l'Aide Médicale d'Urgence et de la régulation de la permanence des soins.

L'ORU NA en partenariat avec les différents acteurs de la régulation prépare des tableaux spécifiques SAMU afin qu'une rétro-information soit accessible par l'ensemble des partenaires.

L'enjeu à terme pour l'évaluation de notre activité est de pouvoir faire un chaînage des données SAMU – SMUR - Urgences – Hospitalisation, afin d'évaluer les parcours de soins des patients et l'opérationnalité de nos filières.

GRANDS INDICATEURS SMUR

A ce jour au niveau national, il n'a pas été proposé d'outil consensuel permettant un suivi de l'activité des SMUR en temps réel. Des projets expérimentaux sont en cours dans notre région et dans d'autres régions de France.

L'ARS Nouvelle-Aquitaine a missionné l'ORU NA pour collecter les données d'activité des SMUR terrestres et également héliportés. Pour ce faire, l'ORU NA a mis en place un groupe de travail avec les responsables des SAMU et des SMUR visant à identifier l'ensemble des données à collecter au sein de notre région afin d'avoir une vision quantitative de l'activité de nos SMUR. Ces travaux ont fait l'objet d'une synthèse validée par l'ensemble des responsables présents.

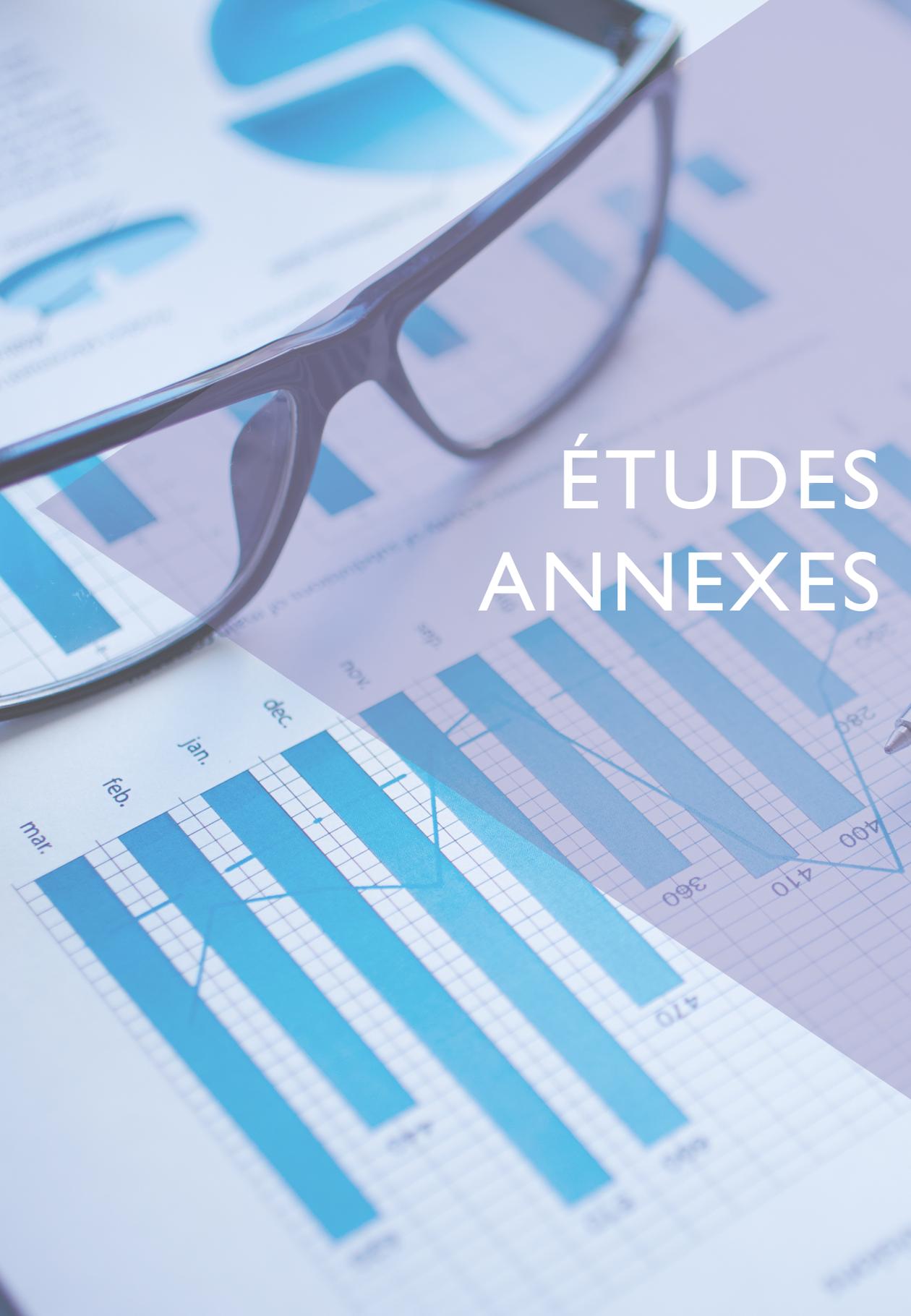
En 2017, plusieurs expérimentations sont mises en place dans la Vienne et le Lot et Garonne. Les premiers mettent en place un véritable dossier de prise en charge SMUR permettant d'interagir avec la régulation, les seconds un outil de collecte de données permettant une vision territoriale de l'activité. Dans le premier cas nous sommes dans l'opérationnel, dans le second dans l'évaluation brute. Les deux démarches sont différentes et complémentaires. Le Comité Restreint de l'ORU NA précise que l'ORU NA doit être promoteur des expérimentations et rappelle que la mission qui lui a été confiée par l'ARS concerne les données d'activité. Il propose le déploiement d'un outil unique permettant une centralisation des données d'activité SMUR de notre région.

L'utilisation d'un outil simple remontant uniquement les données de base doit être privilégiée afin que dans un premier temps l'ORU n'ait pas à envisager de développement pour mettre en place un collecteur de données régional interfacé avec chaque outil hospitalier. L'absence de cahier des charges national fait en effet craindre des évolutions qu'il n'est pas possible à ce jour d'anticiper.

Le déploiement de cet outil devra être proposé territoire par territoire, il devra permettre une vision territoriale de l'activité et faire l'objet d'une rétro information adaptée aux différents responsables de SU.

Pour les données Héli-SMUR, la coordination a été proposée au Centre Hospitalier de BAYONNE pour l'ensemble de la région Nouvelle-Aquitaine. L'année 2018 devra permettre à l'ORU NA, grâce à une interface avec le logiciel Héli-SMUR, déployé par ce Centre Hospitalier de collecter les données des transports SMUR héliportés et d'avoir ainsi une vision globale de l'activité SMUR sur la région Nouvelle Aquitaine.

Les travaux proposés concernent aussi bien les SMUR primaires que les SMUR secondaires. L'objectif principal est d'avoir une vision partagée de l'activité des SMUR de la région et dans les objectifs secondaires figurent la mesure de l'impact des interventions SMUR sur les SU avec équipe mutualisée SMUR /Urgences, l'analyse des parcours patients, l'évaluation des filières de soins.

A pair of dark-rimmed glasses is positioned diagonally across the top left of the image. The background is a document featuring a bar chart with blue bars and a line graph with a blue line. The text 'ÉTUDES ANNEXES' is overlaid in white on the right side of the image.

ÉTUDES ANNEXES



P.118

**PRÉVISIONS DU NOMBRE DE PASSAGES
AUX URGENCES EN 2018 - ÉTUDE ORU NA**

P.121

EPIABDO - ÉTUDE SFMU

P.125

**GRANDS RASSEMBLEMENTS -
COLLABORATION SPF/FEDORU**

P.129

**INTOXICATION AU CANNABIS CHEZ
L'ENFANT - ÉTUDE FEDORU**

P.130

**TRANSPORT D'ENTRÉE AUX URGENCES
- ÉTUDE FEDORU**

ÉTUDES ANNEXES

A partir des données RPU, plusieurs travaux ont été effectués par l'ORU NA en partenariat avec différents organismes nationaux. Des exemples sont présentés par la suite.

PRÉVISIONS DU NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES EN 2018 - ÉTUDE ORU NA

Contexte : La gestion du flux croissant de patients admis aux services d'urgences représente un défi actuel majeur pour l'ensemble de l'administration hospitalière. Ces dernières années ont été marquées par des services d'urgences de plus en plus surchargés et appellent à une meilleure organisation afin de faire face à ces difficultés.

Déjà menée en 2017, l'objectif de cette étude en 2018 était donc double. Le premier objectif était de mesurer l'adéquation des prévisions réalisées en 2017 avec les données réelles des RPU de cette même année afin de valider le modèle de prévision. L'objectif second était de réitérer ce même modèle pour estimer les nombres moyens journaliers de passages aux urgences et d'hospitalisations port-urgences chaque mois en Nouvelle-Aquitaine en 2018.

Méthode : À l'aide d'un modèle de lissage exponentiel, les valeurs futures par projection ont été calculées à partir de l'historique des données de RPU. La tendance et la saisonnalité ont été prises en compte dans le modèle. Les moyennes journalières pour chaque mois de décembre 2017 à décembre 2018 ont été prédites. Un historique d'au minimum trois années était nécessaire. Les périodes contenant des données manquantes et/ou aberrantes ont été exclues afin d'obtenir une bonne qualité de prévision. Seules les prévisions significatives ont été présentées. En addition, les données réelles des nombres de passages aux urgences et des hospitalisations post-urgences de la région en 2017 ont été comparées aux estimations prédites précédemment par le modèle.

A la suite de cette prévision, les résultats ont été envoyés à chaque établissement aux responsables administratifs et médicaux afin qu'ils puissent adapter les besoins en lits de leur structure en période de tension.

Résultats : Le détail des résultats n'est pas présenté dans ce rapport. Voici cependant un exemple des résultats pour un établissement anonymisé.

FIGURE 1. COMPARAISON DE LA MOYENNE JOURNALIÈRE RÉELLE DU NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES AUX ESTIMATIONS DES PRÉVISIONS 2017

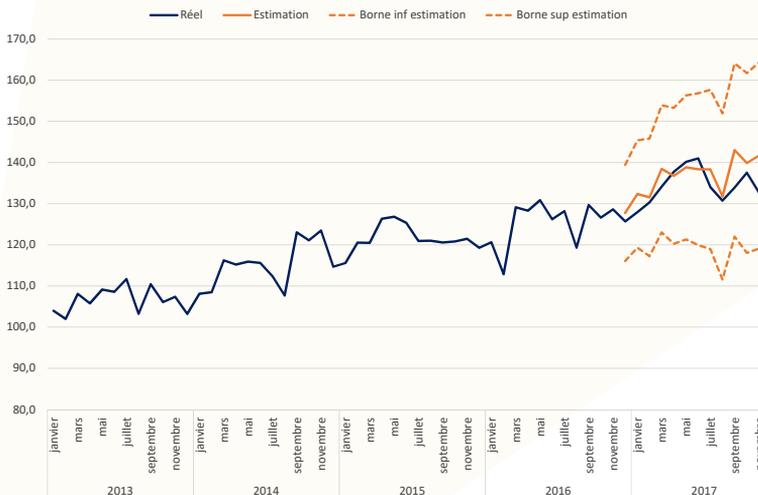


FIGURE 2. COMPARAISON DE LA MOYENNE JOURNALIÈRE RÉELLE DU NOMBRE D'HOSPITALISATIONS AUX ESTIMATIONS DES PRÉVISIONS 2017

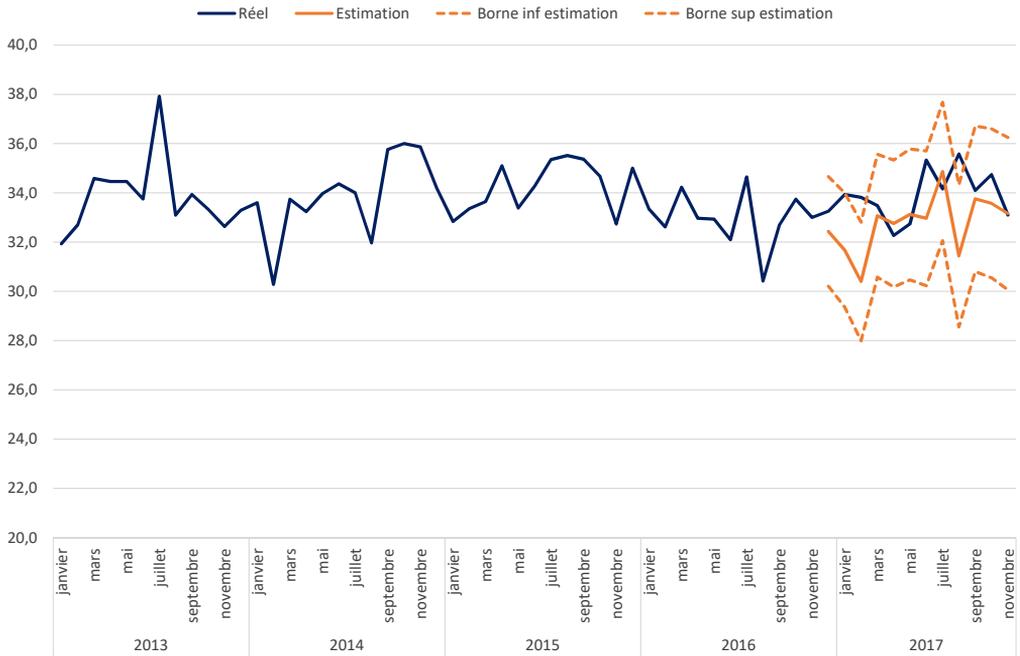


FIGURE 3. PRÉVISION DE LA MOYENNE JOURNALIÈRE DU NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES EN 2018

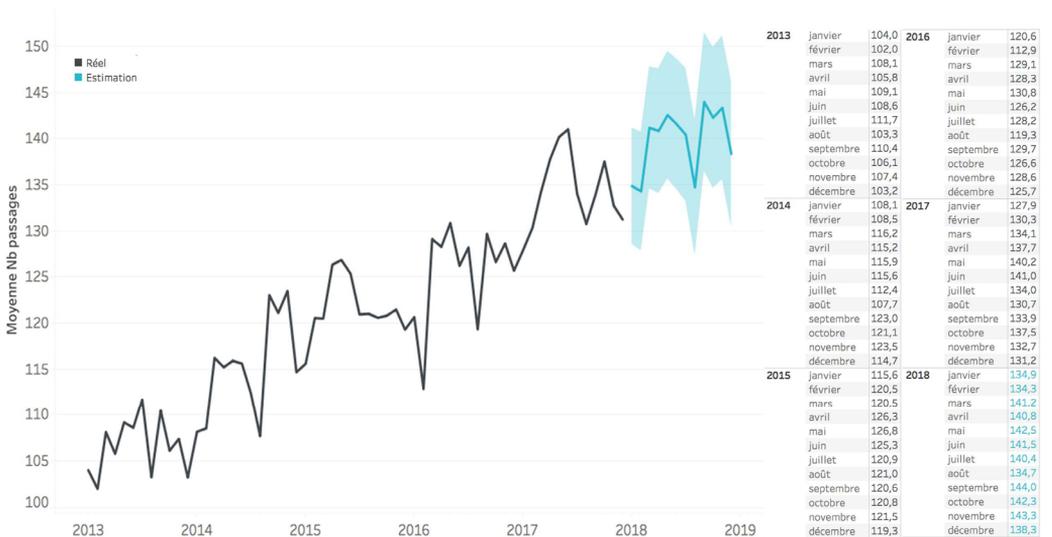
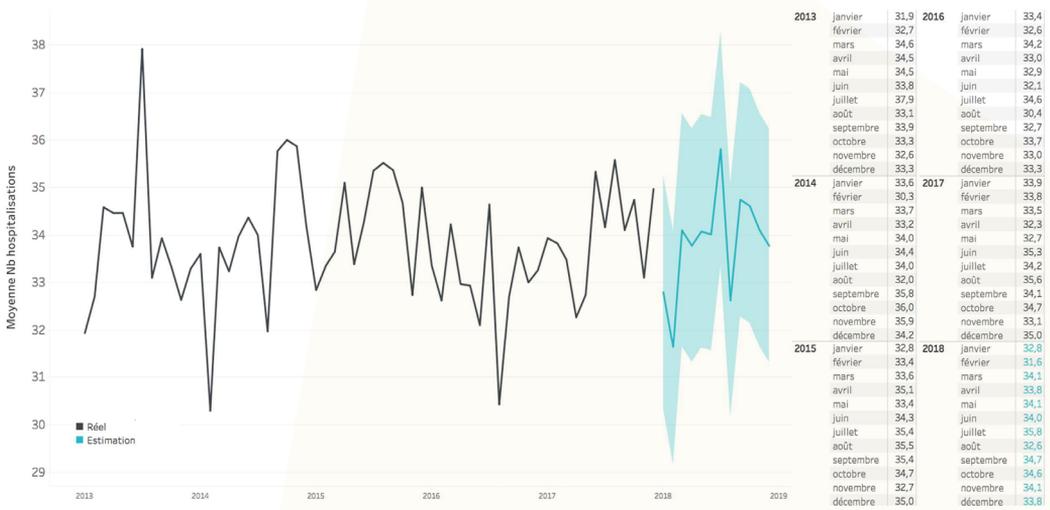


FIGURE 4. PRÉVISION DE LA MOYENNE JOURNALIÈRE DU NOMBRE D'HOSPITALISATIONS EN 2018



Discussion : La comparaison des valeurs observées aux valeurs prédites pour l’année 2017 a permis de tester la validité et la performance du modèle de prédiction. Pour la plupart des établissements, le réel a suivi l’attendu ce qui suggère que le modèle proposé offre une performance de prévision acceptable et représente un outil efficace. Pour certains établissements cependant, les valeurs réelles n’étaient pas concordantes avec les valeurs attendues. Cette différence peut s’expliquer par le fait que le modèle ne prend pas en compte certains paramètres tels que les épisodes de tension ou les épidémies saisonnières (grippes, gastro-entérite, etc...).

Le modèle de prévision pour l’année 2018 a permis d’obtenir des estimations pour la majorité des établissements de la région. Cependant, de même qu’en 2017, la prévision n’a pas été possible pour certains établissements et ceci pour diverses raisons : lorsque la série de données présentait trop de valeurs manquantes, trop de données non exploitables sur le mode de sortie (hospitalisation), trop de valeurs proches ou égales à zéro, trop de variations, un historique trop court (< 3 ans) ou encore plusieurs tendances.

Il s’agit ici d’une prédiction qui peut-être soumise à interprétation, mais celle-ci offre une bonne projection des besoins minimums en lit pour chaque établissement et permet ainsi de mettre en place une organisation optimale.

Conclusion : On observe une forte hétérogénéité de l’activité sur la région, avec des tendances et des profils de saisonnalité sensiblement différents d’un établissement à l’autre. La qualité des RPU transmis joue un rôle majeur dans la qualité de la prévision : plus les données étaient de qualité, plus la prévision a été significative et concordante avec les résultats réels.

Cette analyse offre donc une bonne prévision du nombre de passages aux urgences et du nombre d’hospitalisations post-urgences et permet aux établissements de faciliter la planification de leur besoins humains et matériels pour l’année à venir.

EPIABDO - ÉTUDE SFMU

Evaluation de la prise en charge des douleurs abdominales ou lombaires en médecine d'urgence - Etude EpiAbdo

Contexte : Les douleurs abdominales et lombaires de l'enfant et de l'adulte représentent un motif fréquent d'appel et de consultation dans les services d'urgences, avec notamment 5% à 10% des admissions. Près de 40% des patients sont hospitalisés et près de 50% sortent de l'hôpital sans aucun diagnostic étiologique. Néanmoins, dans 5% des cas, il pourrait s'agir de pathologies potentiellement graves voire mettant en jeu le pronostic vital. Les douleurs abdominales représentent donc un enjeu majeur pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique du patient aux urgences.

Objectifs : Décrire la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients présentant des douleurs abdominales ou lombaires dans le système de soins pré-hospitalier et hospitalier français.

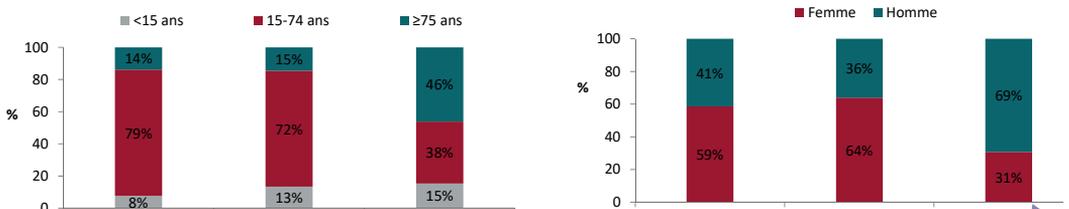
Méthode : Étude prospective, transversale observationnelle nationale multicentrique un jour donné auprès des structures d'Urgences, SAMU et SMUR affiliés au réseau Initiative de Recherches en Urgences (IRU) de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). Ont été inclus tous les patients pédiatriques et adultes présentant une douleur abdominale ou lombaire et appelant le SAMU et/ou pris en charge par une équipe médicale du SMUR et/ou admis dans un service d'urgence en France métropolitaine le jour de l'étude (19 septembre au 20 septembre 2017).

Résultats : Au total 1 505 patients ont été inclus dans l'étude au sein de 128 structures d'urgences (90 services d'urgences, 26 SAMU, 12 SMUR).

RÉPARTITION DES PATIENTS PAR STRUCTURE



CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES PATIENTS



DESCRIPTION DE LA PRISE EN CHARGE AUX URGENCES (N=993)

	Urgences	
	N	%
Mode d'arrivée		
Adressé	348	35%
<i>Médecin libéral</i>	206	59%
SAMU C15	106	30%
IDE	7	2%
Autre CH/clinique	29	8%
Non adressé	644	65%
Transport d'arrivée		
Moyens personnels	742	75%
Ambulance privée	172	17%
VSAV	75	8%
SMUR	4	0%
Heure d'entrée		
Journée [08h-20h[	684	69%
Soirée [20h-00h[	159	16%
Nuit profonde [00h-08h[	150	15%
Début de la douleur (heures)		
[0-6[	109	11%
[6-12[	106	11%
[12-24[	145	15%
≥24	497	50%
Manquant	136	14%
Tri IOA		
1	11	1%
2	157	16%
3	473	48%
4	261	26%
5	52	5%
Manquant	39	4%

Parmi les 993 patients pris en charge aux urgences le jour de l'étude, 35% (n=348) ont été adressés, dont 59% (n=206) par un médecin libéral et 30% (n=106) par un SAMU. De plus, 75% (n=742) des patients sont arrivés aux urgences par leur propre moyen, pendant la journée (69%, n=684) et la moitié présentaient une douleur depuis plus de 24h. A l'arrivée aux urgences, les patients de niveau 1 ou 2 au tri IOA représentaient 17% (n=168) des patients. La durée médiane de passage aux urgences était de 4h15.

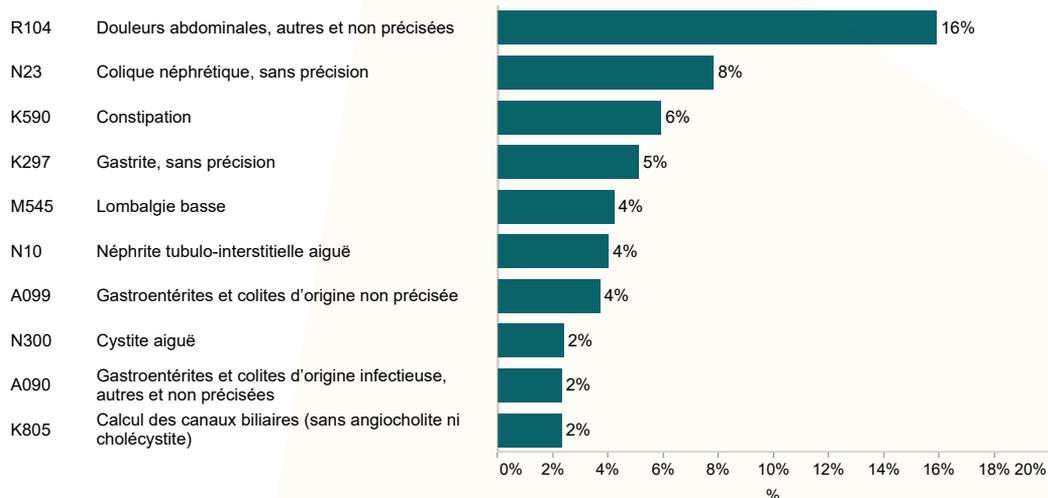
20% des patients n'ont pas reçu d'antalgique. Lorsque prescrit, l'antalgique était administré en moyenne 1h24 après l'admission.

	Urgences	
	N	%
Examen biologique	828	83%
Numération formule sanguine	781	79%
Lactates	84	8%
Taux β -HCG	198	20%
Hépatique/lipase	548	55%
Protéine C réactive	707	71%
Procalcitonine	27	3%
Bandelette urinaire / Examen cytobactériologique des urines	534	54%
Ionogramme sanguin	705	71%
Troponine	90	9%
Hémoculture	65	7%
Examen d'imagerie	416	42%
Abdomen sans préparation	45	5%
Echo radiologie	142	14%
Echo FAST	31	3%
Tomodensitométrie sans injection	62	6%
Tomodensitométrie avec injection	184	19%
Uro scanner	19	2%
IRM	1	0%

Concernant la réalisation d'examens complémentaires, 83% (n=828) des patients ont bénéficié d'un examen biologique et 42% (n=416) d'un examen d'imagerie ; 40% ont bénéficié de ces deux examens. Les principaux examens biologiques effectués étaient la numération formule sanguine (79%), la protéine C réactive (71%) et le ionogramme sanguin (71%). Plus de la moitié des patients se sont vus prescrire un bilan hépatique (55%) ; la troponine a été prescrite chez 9% des patients. Une bandelette urinaire était réalisée pour 54% des patients. Les principaux examens d'imageries réalisés pour une douleur abdominale étaient la tomodensitométrie (25%) et l'échographie par un radiologue (14%). Une échographie par un urgentiste a été réalisée dans 3% des cas. L'ASP reste prescrit chez 5% des patients.

En addition, près de 30% des patients ont eu recours à l'avis d'un spécialiste et plus particulièrement d'un chirurgien digestif (13%) .

TOP 10 DES DIAGNOSTICS PRINCIPAUX AUX URGENCES



Le premier diagnostic le plus fréquemment évoqué était celui des douleurs abdominales non précisées pour 16% des patients et le second celui des coliques néphrétiques pour 8% des patients.

Au final, après une durée médiane de passage aux urgences de 4h15, 68% des patients sont rentrés à leur domicile et 31% des patients ont été hospitalisés. Sur 15 décès déclarés (1,5%), 4 sont survenus aux urgences et 11 pendant l'hospitalisation. Après 30 jours, 91% des patients hospitalisés avaient rejoint leur domicile et 4% étaient encore hospitalisés.

Conclusion : Les premiers résultats d'EpiAbdo permettent de décrire la prise en charge et le profil des patients ayant recours aux urgences pour une douleur abdomino-pelvienne ou lombaire : le patient est le plus souvent non adressé et arrive par ses propres moyens ; il consulte préférentiellement en journée pour une douleur évoluant depuis au moins 24h et nécessite un avis médical dans les 90 minutes. Il s'associe une forte consommation en ressources médico infirmières et techniques. Pour autant, près d'1/3 des patients n'a aucun diagnostic précis.

Étiquetage des passages aux urgences lors de grands rassemblements de population en 2017

Introduction : A la suite des attentats perpétrés dans notre pays depuis 2015, une attention particulière s'est portée sur l'importance des grands rassemblements (GR) de personnes et les risques associés. En effet, tout rassemblement de population peut être à l'origine d'une augmentation des risques sanitaires et avoir un impact non négligeable sur l'activité des services de soins.

L'Euro 2016 a marqué le premier point de départ de la mise en place d'un système pérenne de suivi de l'activité des urgences et d'identification des patients lors de GR. Pour évaluer l'éventuel impact d'un tel rassemblement, une procédure d'étiquetage des passages aux urgences a été testée en 2016 en collaboration avec la CIRE Santé Publique France afin de repérer les passages en lien avec la manifestation. Depuis 2017, dans la continuité de cette première expérience, la méthode a été appliquée sur l'ensemble des grands rassemblements ayant lieu dans la région.

Méthode : Le codage Y339 ou Y33.9 a été choisi pour repérer les passages en lien avec un GR aux seins des services d'urgences et ce codage a été validé au niveau national (FEDORU). Les événements à considérer comme des GR ont été choisis en concertation avec les Réseaux Territoriaux des Urgences ainsi que la Cellule de veille et d'alerte et de gestion sanitaire (CVAGS).

En amont des événements l'ORU NA procède à une communication pour informer et sensibiliser les acteurs de l'urgence de la nécessité de procéder à cet étiquetage. Dans cette prise de contact, il est notamment rappelé le codage des étrangers et la nomenclature des codes CIM10 relatifs à la consommation d'alcool. Pour chaque rassemblement, ce repérage, donne lieu à la production d'un bulletin de rétro-information envoyé aux établissements concernés.

L'ensemble des passages avec un code Y339 ou Y33.9 en diagnostic principal, diagnostic associé ou motif de recours ont été sélectionnés pour les analyses. Les caractéristiques des passages étiquetés GR ont été décrites et comparées à celles des passages non étiquetés sur l'année 2017.

Résultats : En 2017, la procédure a été appliquée sur un total de 15 GR et 445 passages ont été étiquetés. Plus de 70% des passages ont été étiquetés dans les Landes dans les établissements de Mont-de-Marsan (51%) et de Dax (20%) au cours des mois de juillet et août (84%).

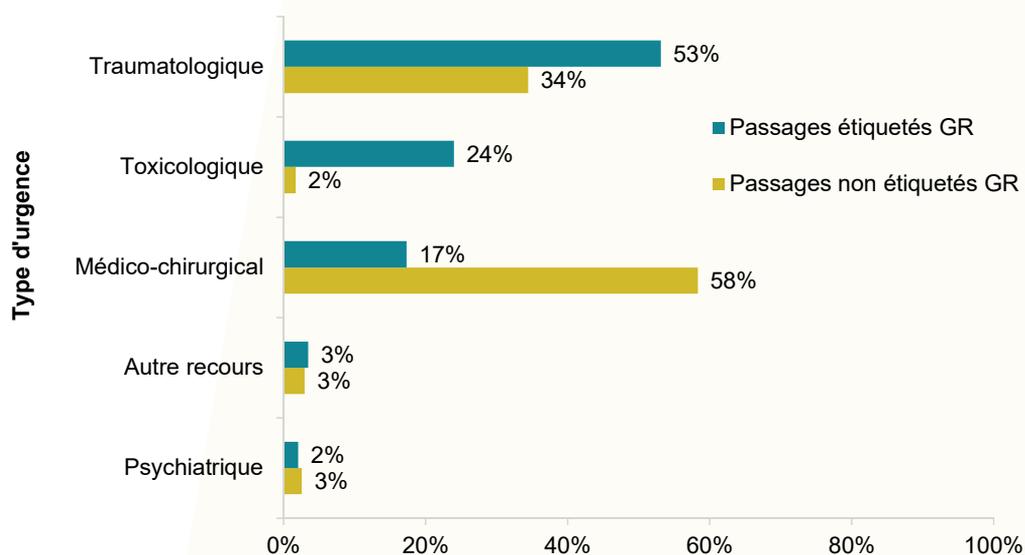
Les patients étiquetés GR étaient plus fréquemment des hommes que le reste de la population des urgences (69% vs 52%), plus jeune en moyenne (29 ans vs 43 ans) et résidaient plus fréquemment en dehors de la Nouvelle-Aquitaine (23% vs 7%).

Parmi les patients avec un DP renseigné, la proportion en traumatologie était plus importante pour les passages étiquetés GR que pour les autres passages (53% vs 34%), de même que la proportion en toxicologie (24% vs 2%) (Figure 1). De plus, 21% des passages

étiquetés GR étaient liés à la consommation d'alcool contre seulement 1% dans le reste de la population des urgences.

L'arrivée des patients GR se faisait plus fréquemment le weekend (62% vs 29%), la nuit (65% vs 26%), et en particulier en nuit profonde (55% vs 11%). La proportion d'arrivées en ambulance, VSAV ou SMUR était plus importante pour les patients des GR que pour le reste des patients admis aux urgences (51% vs 28%). Concernant le mode de sortie, 21% des passages GR ont été suivis d'une hospitalisation contre 26% des passages non étiquetés. La durée moyenne des passages étiquetés était de 03h25 (vs 04h03) et 68% des passages ont duré moins de 4h (vs 66%).

FIGURE 1. COMPARAISON DE LA RÉPARTITION SELON LE TYPE D'URGENCE ENTRE LES PASSAGES ÉTIQUETÉS LORS D'UN GRAND RASSEMBLEMENT ET LES PASSAGES NON ÉTIQUETÉS EN NOUVELLE-AQUITAINE EN 2017.



Discussion : Les caractéristiques des passages étiquetés GR concordent avec les événements étudiés : une population d'hommes jeunes et avec une consommation d'alcool importante. En effet, les événements à l'origine de grands rassemblements sont principalement des événements festifs qui ont lieu le weekend et qui entraînent une augmentation de la consommation d'alcool.

Le codage circonstanciel mis en place a permis de repérer et quantifier les passages aux urgences liés à un GR. Cependant, les résultats montrent que seuls certains SU ont utilisé le codage au cours de l'année 2017 : soit aucun patient en lien avec le GR n'a été admis, soit les codeurs n'étaient pas informés, soit l'outil ne le permettait pas. Ces observations soulignent les points à approfondir et les efforts à entreprendre afin de parfaire la méthodologie et augmenter l'exhaustivité du codage.

De même, la comparaison des caractéristiques des patients avec les passages non GR est à nuancer. En effet, la sensibilisation des établissements en amont des GR entraîne une meilleure exploitabilité de l'ensemble des items au cours de l'évènement ce qui biaise en partie la différence de proportion retrouvée et notamment concernant la consommation d'alcool pour laquelle le codage est rappelé.

Conclusion : Cette méthode a permis de mettre en lumière la spécificité des populations admises aux urgences lors de grands rassemblements et pose la question de la prise en charge et de l'organisation des services de soins en amont de ces évènements. Certains évènements récurrents pourraient ainsi être anticipés au regard des résultats de l'année précédente.

RETEX : LA FÊTE DE LA MADELEINE À MONT DE MARSAN

En 2017, les Fêtes de la Madeleine qui ont eu lieu du 19/07/2017 au 23/07/2017 ont regroupé près de 600 000 personnes sur 5 jours. Sur cette même période, le CH de Mont de Marsan a compté 154 passages étiquetés Y339 : deux tiers concernaient des hommes (73% d'hommes et 27% de femmes) et 17% résidaient hors de la Nouvelle-Aquitaine. Parmi les 154 passages étiquetés la typologie des diagnostics se répartissait ainsi : 51% étaient rapporté à un traumatisme et 44% à la consommation d'alcool.



Interview des protagonistes de terrain lors des Fêtes de la Madeleine 2017 :

- **Pouvez-vous nous décrire l'organisation des secours lors des fêtes de la Madeleine ?**

« Les fêtes de Mont de Marsan disposent d'un Poste de Secours Principal (PSP) tous les jours de semaine en H24 et d'un poste médical avancé (PMA) additionnel le vendredi et samedi de 22h à 6h du matin. Par ailleurs, la régulation bénéficie d'un renfort tandis que les urgences fonctionnent à iso-ressource »

- **En 2017 l'identification des patients provenant de la feria fût particulièrement importante au sein des urgences du CH de Mont de Marsan. Qu'avez-vous fait pour favoriser cette identification ?**

« Afin de nous conformer à la demande de l'ORU NA, nous avons mis en place une organisation selon laquelle les patients relevant de l'évènement devaient être identifiés dès leur arrivée par l'infirmière d'accueil et d'orientation lors de leur bilan IOA, puis cette information est reprise systématiquement dans le codage des diagnostics. Par ailleurs nous avons procédé à un affichage au niveau des postes médicaux. Aussi, le cas échéant le contrôle de complétude par les secrétariats médicaux a permis de rattraper les éventuels oublis »

- **Qu'est que cela vous a apporté et qu'est que cela vous apportera pour l'organisation future ?**

« Nous avons mis à profit ce travail avec l'utilisation des données dans certains projets de thèse et de mémoire, mais aussi à visé prospective afin d'objectiver la nécessité de renfort »

- **Quelles seraient selon vous les améliorations envisageables pour ce dispositif ?**

« Permettre l'identification « dissociée » des prises en charges effectuées sur le PMA afin d'avoir une vision globale des requérants et des besoins futurs »

Interview du Dr. Sophie Fourcade responsable des Urgences de Mont de Marsan

INTOXICATION AU CANNABIS CHEZ L'ENFANT - ÉTUDE FEDORU

Augmentation spécifique des admissions pour intoxication accidentelle au cannabis chez l'enfant dans les services d'urgences en France entre 2012 et 2016

Auteurs : Dr Noel Guilhem, Fruscione S, Laure Pourcel, Elisabeth Lagille, Caroline Ligier, Ghislain Leduc, Doriane Thiebaud, Gilles Faugeras, Gilles Viudes.

Contexte : Une augmentation des intoxications accidentelles au cannabis chez l'enfant (IACE) a été rapportée aux USA en rapport avec la légalisation du cannabis. En France, l'ANSM ainsi qu'une étude observationnelle ont rapporté une augmentation du nombre d'hospitalisation pour IACE.

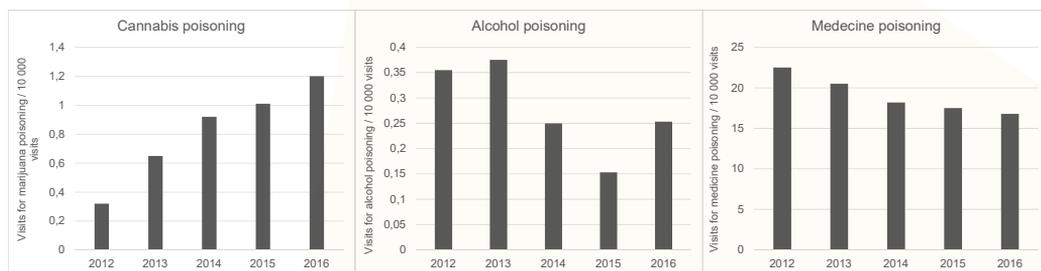
Objectif : L'objectif de l'étude était d'évaluer l'évolution du nombre d'admissions aux urgences pour intoxication au cannabis (IC) chez les enfants de moins de 8 ans (intoxications considérées comme accidentelles) et de la comparer à celle des intoxications alcoolique (IA) et médicamenteuse (IM) dans cette même tranche d'âge.

Méthode : L'étude a été menée à partir des RPU collectés par la Fédération des Observatoire Régionaux des Urgences (FEDORU) entre 2012 et 2016 chez les enfants de moins de 8 ans. Les services d'urgences (SU) ayant transmis des données de façon constante sur la période avec moins de 15% de valeurs manquantes pour le diagnostic principal étaient inclus. Les passages pour IC, IA et IM étaient définis à partir des codes CIM10 du diagnostic principal. Pour ces trois types d'intoxication, les proportions de passages pour 10 000 passages étaient comparées entre les périodes 2012-2013 et 2015-2016 par des tests du Chi².
Résultats : Entre 2012 et 2016, 1 905 189 RPU concernant des enfants de moins de 8 ans et avec un diagnostic principal valide ont été transmis par 109 SU généraux et 9 SU pédiatriques.

Les IC représentaient 0,83 / 10 000 passage (159 enfants). L'âge moyen des IC était de $17,7 \pm 10,8$ mois, 22,0% (35) avaient moins d'un an, 60,3% (96) entre 1 et 2 ans, 15,9% (24) entre 2 et 5 ans et 3 enfants avaient entre 5 et 8 ans. Parmi les IC, le taux d'hospitalisation en service était de 77,2% (122/158) et le taux d'admission et réanimation était de 5,1% (5). Entre 2012-2013 et 2014-2015, la proportion de passages pour IC a augmenté de 115% (0,51 à 1,10 / 10 000 passages ; OR = 2,18 [1,50 – 3,20], $p < 0,001$). A l'inverse, les proportions d'IM et d'IA ont diminué sur les mêmes périodes (Figure 1).

Conclusion : Dans les SU français, le nombre d'intoxications accidentelles au cannabis augmente chez les enfants de moins de 8 ans depuis 2012. Les RPU collectés par la FEDORU constituent un outil pertinent de surveillance de cette évolution.

FIGURE 1. PROPORTION D'ADMISSION AUX URGENCES POUR INTOXICATION LIÉE AU CANNABIS, À L'ALCOOL ET À UN MÉDICAMENT CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 8 ANS ENTRE 2012 ET 2016.



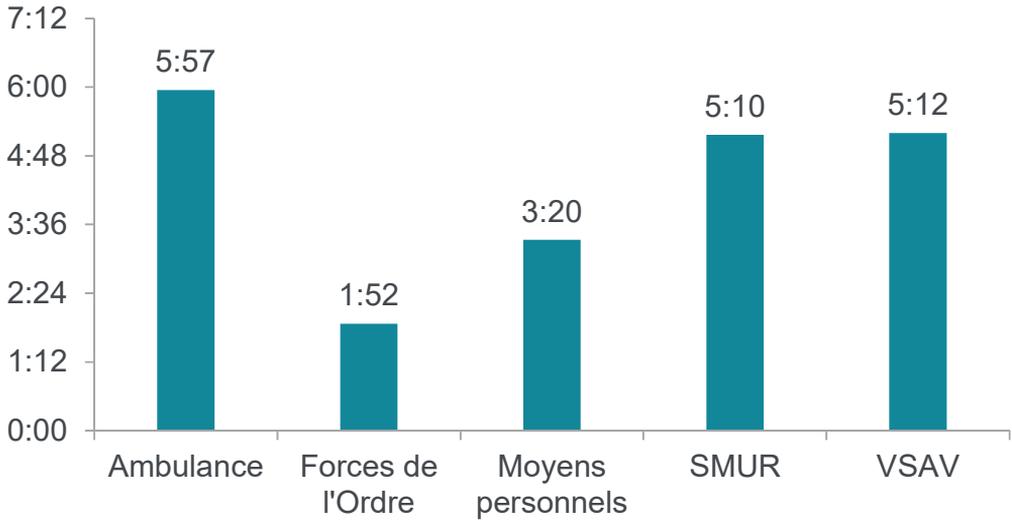
TRANSPORT D'ENTRÉE AUX URGENCES - ÉTUDE FEDORU

Cette étude est une analyse descriptive rétrospective multicentrique qui a pour objectif de décrire le profil des patients selon le transport utilisé pour arriver aux urgences. C'est une mise à jour 2016 de précédents résultats publiés en 2015.

Au total, **2 121 000** passages répartis dans **83** services d'urgences ont été inclus dans cette étude. La répartition en fonction des principaux type de transport était la suivante : 73% de moyens personnels, 13% d'ambulances et 12% de VSAV. L'âge moyen des patients transportés était de 66,8 ans pour les ambulances, 33,9 ans pour les moyens personnels et 52,1 pour les VSAV. La part des femmes était plus importante lors d'un transport en ambulances et celle des hommes lors d'un transport avec la police. Quelque soit le moyen de transport, plus du tiers des patients transportés avaient 75 ans ou plus. Le pourcentage de recours aux moyens personnels était moins important durant la nuit profonde : 63% entre 0h et 8h, versus 75% entre 8h et 20h et 73% entre 20h et 00h. Il y avait également plus de patients CCMU 1 qui arrivaient par leurs propres moyens.

Les durées moyennes de passage aux urgences étaient plus importantes pour les patients arrivés en ambulances (5h57) ou VSAV (5h12) que pour les patients arrivés en moyens personnels (3h20). Plus des $\frac{3}{4}$ des patients arrivés en moyens personnels restaient moins de 4 heures aux urgences, versus plus de 50% pour les VSAV et 43% pour les ambulances (Figure 1).

FIGURE 1. DURÉE MOYENNE DE PASSAGE SELON LE TRANSPORT D'ARRIVÉE.



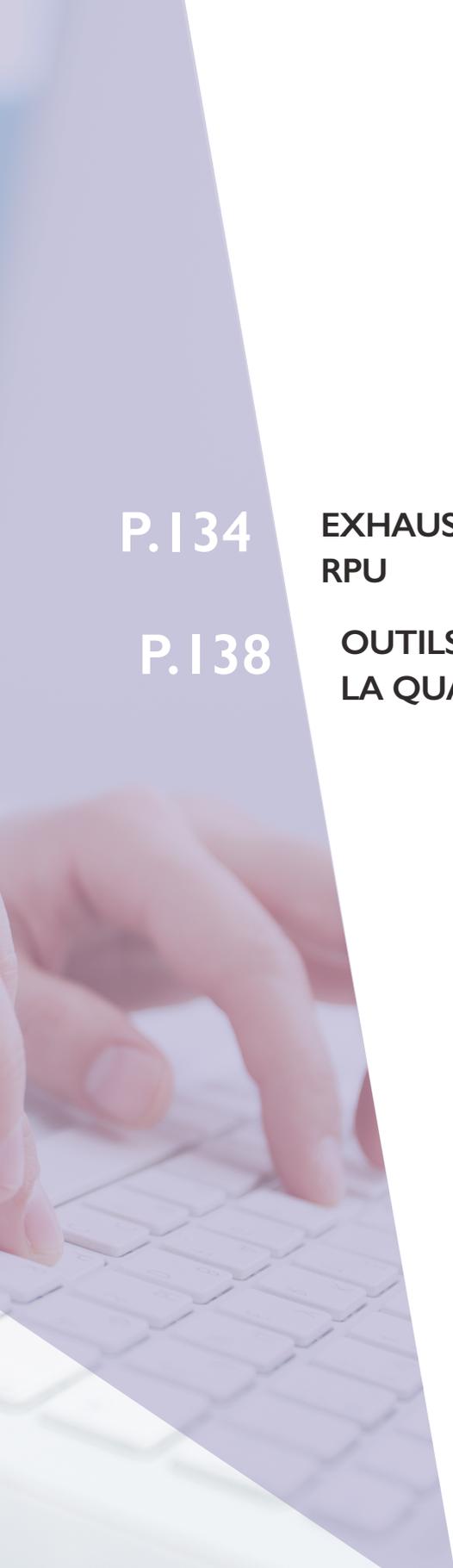
Le pourcentage de pathologies médico-chirurgicales était de 73% pour les patients arrivés en ambulance, 58% pour les moyens personnels et 49% pour les VSAV. Plus de 35% des patients arrivés en moyens personnels et en VSAV avaient un diagnostic principal en traumatologie.

La répartition du mode de sortie variait selon le mode d'arrivée : 86% des patients arrivés par leurs moyens propres retournaient à domicile après leur passage aux urgences, 55% des patients amenés en ambulance et 40% des patients amenés en VSAV étaient ensuite hospitalisés (dans l'établissement d'accueil ou non).

En conclusion, le mode de transport ne permet pas à lui seul de prédire le profil médical du patient admis aux urgences. D'autres facteurs tels que le lieu de la prise en charge et les organisations locales influencent les modes d'arrivée. Les résultats sont le reflet d'une adaptation des moyens et de leurs réponses aux terrains. Des résultats plus étendus seraient rendus possibles par le chaînage des données préhospitalières et hospitalières.



QUALITÉ
DES DONNÉES
RPU



P.134

**EXHAUSTIVITÉ ET EXPLOITABILITÉ DES
RPU**

P.138

**OUTILS POUR SUIVRE ET AMÉLIORER
LA QUALITÉ DES DONNÉES**

QUALITÉ DES DONNÉES

Depuis sa création et même dans les constitutions antérieures, l'ORU NA a placé comme point central la thématique de la qualité des RPU. Toute la pertinence du dispositif régional, au delà de la simple collecte de RPU, repose sur la fiabilité des informations ainsi centralisées.

Les causes de non qualité sont potentiellement nombreuses. Pour les plus impactantes et courantes, on peut les regrouper de la façon suivante :

Axe Humain :

- Connaissance du sujet
- Formation de l'utilisateur
- Charge de travail
- Maîtrise de l'informatique

Axe Organisationnel :

- Poste de travail : accès à un poste, accès au logiciel, performance du matériel
- Organisation du travail : saisie à la source, saisie centralisée

Axe Technique :

- Logiciel métier (paramétrage, ergonomie et stabilité de l'application)
- Interfaces : modification d'information, cryptage des données, contrôle qualité, disponibilités, fréquence d'envoi

Le RPU a vocation à être utilisé sur de multiples aspects (suivi, veille, évaluation, prospection...), par de nombreux acteurs (les établissements de soins, l'ARS, SPF, ATIH, FEDORU...), sur des problématiques relevant aussi bien de l'organisation des soins, des filières de prises en charge, que du pilotage de structures et d'évaluation de fonctionnement..

EXHAUSTIVITÉ ET EXPLOITABILITÉ DES RPU

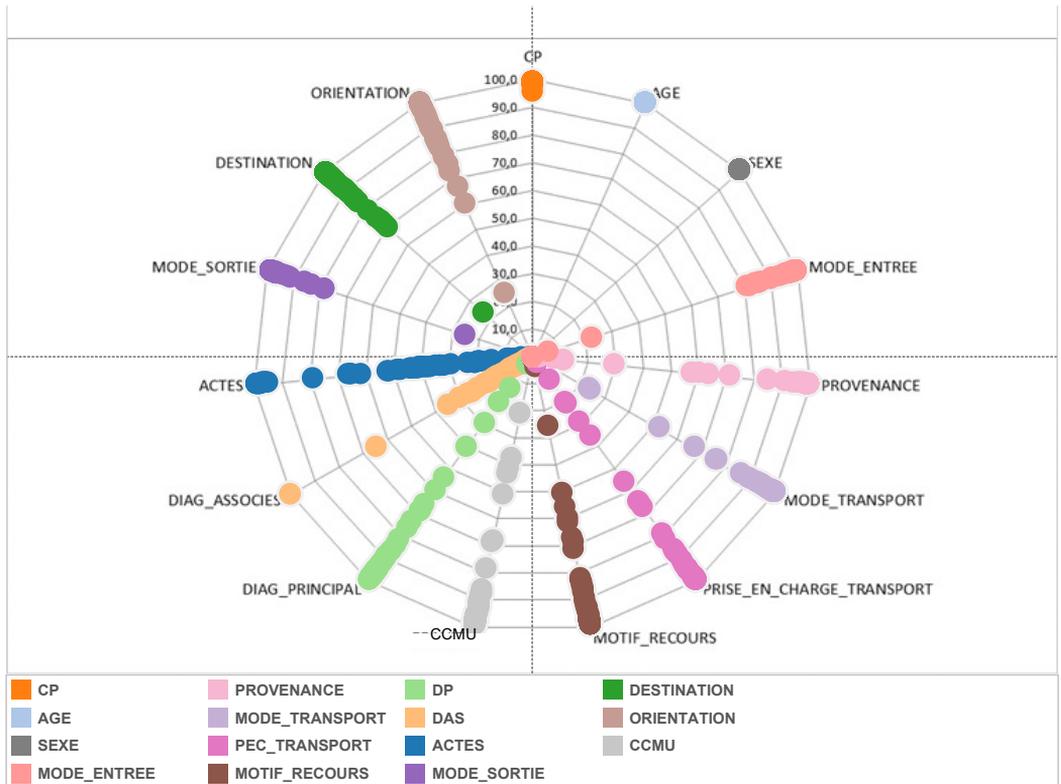
EXHAUSTIVITÉ DES RPU

Par définition, l'exhaustivité correspond au nombre de RPU collectés par l'ORU rapporté au nombre total de passages aux urgences connu. Cette information représente un indicateur de la qualité de la remontée des RPU.

En Nouvelle-Aquitaine, l'exhaustivité de la remontée RPU était de 99% pour l'année 2017. Ce différentiel de moins de 1% dans l'exhaustivité correspond uniquement à la Polyclinique de l'Adour (40) qui ne remonte pas de données RPU à ce jour et représente un total de 8 795 passages déclarés sur le serveur de veille régional (données urgences). Pour le reste des établissements de la région, aucun différentiel dans le nombre de passage n'a été déclaré et l'exhaustivité de la remontée des RPU était donc de 100%.

L'exhaustivité des items du RPU permet de faire un état des lieux de la saisie et de regarder item par item si les champs demandés sont renseignés ou vides.

FIGURE 1. RADAR D'EXHAUSTIVITÉ DES ITEMS DU RPU EN NOUVELLE-AQUITAINE EN 2017



Source : Site de l'ORU www.oruna.fr dans les Tableaux de bord en ligne des Urgences

Les variables démographiques telles que l'âge, le sexe et le code postal sont très bien renseignées pour l'ensemble des établissements de la région. A l'inverse, les actes et diagnostics associés représentent des items encore très peu remplis par les établissements.

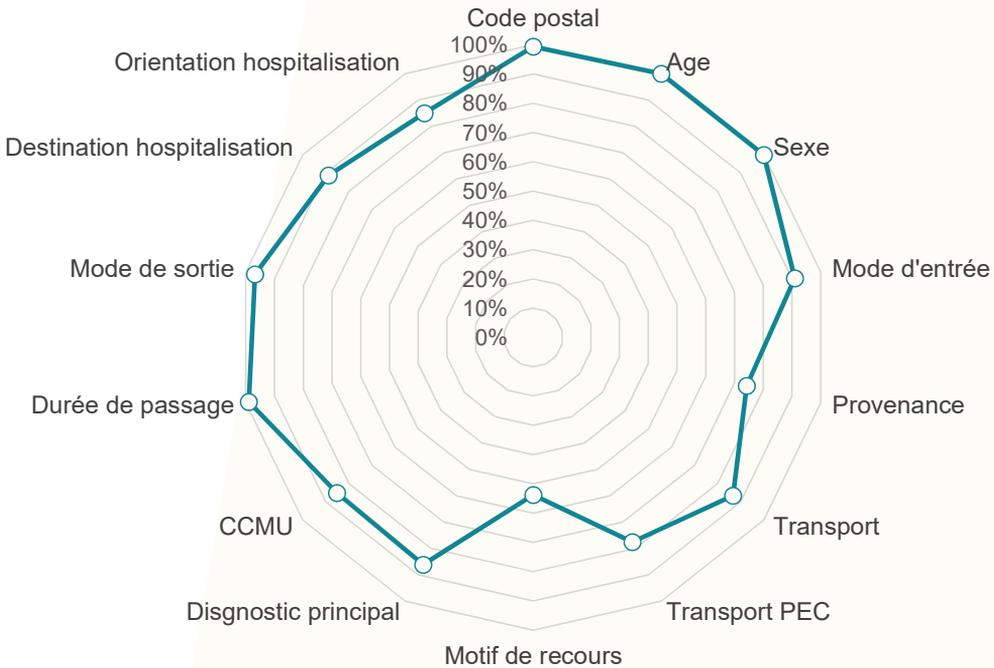
EXPLOITABILITÉ DES ITEMS DU RPU EN NOUVELLE-AQUITAINE

S'ajoute à la notion d'exhaustivité celle de l'exploitabilité des RPU. L'exploitabilité intègre une composante supplémentaire majeure : la conformité des données remontées. Les RPU sont composés de divers items, qui doivent répondre à des formats nationaux précis. L'exploitabilité permet de faire un état des lieux de la bonne conformité de la saisie et de regarder si les différents champs du RPU répondent aux standards de remplissage demandés.

La définition FEDORU du taux d'exploitabilité est la suivante :

« Taux d'exploitabilité : pour un critère donné pour lequel une réponse est systématiquement attendue, c'est la part des RPU pour lesquels un élément est renseigné au bon format (exhaustivité + conformité) »

FIGURE 2. RADAR D'EXPLOITABILITÉ DES ITEMS DU RPU EN NOUVELLE-AQUITAINE EN 2017



Le graphique ci-dessus résume l'exploitabilité de chaque item du RPU pour l'ensemble de la Nouvelle-Aquitaine. La majorité des champs du RPU ont une exploitabilité supérieur à 80%. Le motif de recours représente l'item avec la plus faible exploitabilité autour des 50%.

EXPLOITABILITÉ DES ITEMS DU RPU PAR TERRITOIRE

EXPLOITABILITÉ DES ITEMS DU RPU PAR TERRITOIRE EN 2017

	TOTAL RÉGION	16	17N	17S	24	33	40	47	64A	64B	79	86	Limousin
Code postal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Age	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Sexe	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Mode d'entrée	91%	90%	66%	100%	98%	99%	100%	100%	100%	100%	51%	77%	93%
Provenance	74%	88%	57%	87%	41%	86%	100%	93%	83%	85%	51%	75%	46%
Transport	87%	99%	60%	97%	69%	79%	100%	98%	100%	99%	93%	76%	88%
Transport PEC	78%	89%	54%	97%	45%	70%	100%	98%	95%	97%	97%	84%	50%
Motif de recours	54%	0%	10%	64%	80%	80%	100%	63%	96%	96%	0%	25%	14%
Diagnostic principal	86%	98%	64%	95%	74%	89%	99%	58%	94%	91%	79%	79%	97%
CCMU	85%	100%	65%	96%	78%	72%	100%	71%	99%	86%	80%	99%	98%
Durée de passage	99%	100%	99%	100%	99%	97%	100%	100%	100%	99%	99%	99%	100%
Mode de sortie	97%	98%	68%	100%	99%	100%	100%	98%	100%	99%	92%	96%	99%
Destination pour les patients hospitalisés	89%	90%	96%	90%	93%	93%	100%	99%	88%	99%	83%	88%	65%
Orientation pour les patients hospitalisés	85%	89%	98%	94%	91%	90%	95%	69%	87%	56%	81%	91%	75%

Une forte hétérogénéité de l'exploitabilité est observée en fonction des items entre les différents territoires de la région et témoigne de disparités importantes entre les établissements.

De même que pour l'exhaustivité, les caractéristiques démographiques du patient présentent une exploitabilité optimale proche des 100% sur tous les territoires. Le motif de recours est plus disparate entre les territoires : inférieur à 25% pour près de la moitié il dépasse les 90% pour 3 territoires.

Certains établissements du Limousin ne sont pas encore passés au format national, ce qui peut expliquer la faible exploitabilité de certains items pour ce territoire.

OUTILS POUR SUIVRE ET AMÉLIORER LA QUALITÉ DES DONNÉES

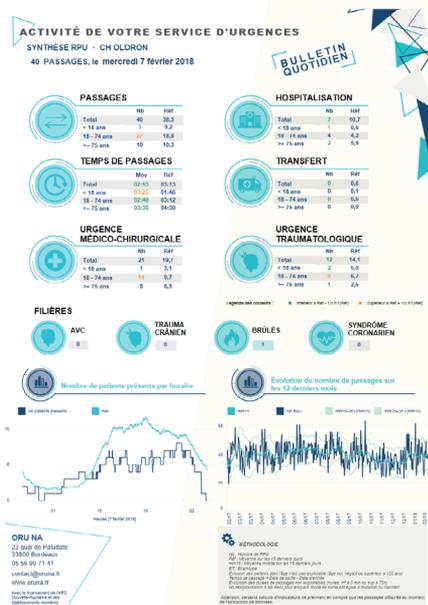
L'ORU NA a comme objectif l'amélioration de la qualité des données et propose des outils et méthodes pour conduire les travaux y afférant. Il espère ainsi fournir l'accompagnement nécessaire auprès des différents interlocuteurs référents sur cette thématique pour faciliter la mise en œuvre d'une démarche profonde, structurée et continue.

Les avancées d'année en année sont palpables mais restent à compléter, parfaire et ancrer dans les processus existants.

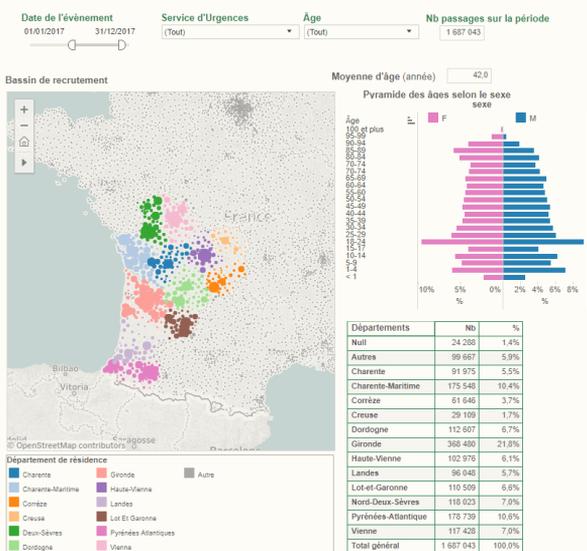
L'ORU NA (CIE, CART, CMT, CMROR...) est un partenaire, qui, au travers des différents rôles présents, se propose de fournir compétences et accompagnement pour améliorer le service rendu notamment aux établissements de soins.

Les principaux outils en fonctionnement, sur lesquels l'ORU cumule un retour d'expérience croissant, sont décrits ci-après.

LES BULLETINS ET TABLEAUX DE BORD EN LIGNE



RPU : Démographie des Patients



Réalisés et édités par la CIE et disponibles sur le site internet de l'ORU NA, ils constituent un outil de suivi périodique des données collectées. Il est ainsi possible de suivre, à une fréquence déterminée ou pour un périmètre géographique choisi, des indicateurs concrets de l'activité et la qualité qui y est associée. Cette rétro information est en évolution constante, dynamisée par les réflexions d'un groupe de travail spécifique, qui fait notamment évoluer la forme des bulletins, pour qu'ils répondent à des besoins de plus en plus nombreux dont celui de la qualité.

- **Les objectifs :**

- outil de suivi au fil de l'eau
- tableaux de bord accessibles et modifiables à la demande de l'utilisateur
- appropriation des données de son établissement et de son territoire ou de toute la région si on le souhaite

LA FICHE DE VALIDATION



Étape annuelle, elle constitue un outil pour valider la conformité des données de l'année échue. Simplifiée au maximum, elle se fait par l'intermédiaire d'une fiche recto-verso, mais d'une importance capitale, elle est le dernier rempart pour actualiser des données erronées avant publication par l'ORU NA. L'enjeu est que les points de fragilité observés sur les données une année N ne soient plus problématiques et ne ressortent pas à l'année N+1. Cela permet d'épurer au fur et à mesure les causes de non qualité, et cela avec des délais de plus en plus courts. Les meilleurs résultats sont souvent pour ceux qui suivent au cours de l'année les dérives potentielles et les traitent sans laisser une accumulation de données faussées à corriger à l'échéance.

- **Les objectifs :**

- permet un point complet des données transmises
- conduit à des corrections pour une harmonisation des données avec le serveur régional

LES AUDITS

Analyse profonde des liens entre fonctionnement, codage de l'activité et transmission des données, l'audit permet entre autre une revue détaillée et quasi exhaustive des dysfonctionnements ou des écarts entre le réel et l'attendu. Des solutions correctrices sont proposées et leurs impacts peuvent être évalués à terme. La majorité des services d'urgences ont réalisé au moins une fois cette démarche, qui se fait sur simple sollicitation à l'ORU, et qui est réalisée par l'ORU NA dans les meilleurs délais par une délégation d'au moins 3 personnes sur 2 jours sur site dans le service d'urgence.

- **Les objectifs :**

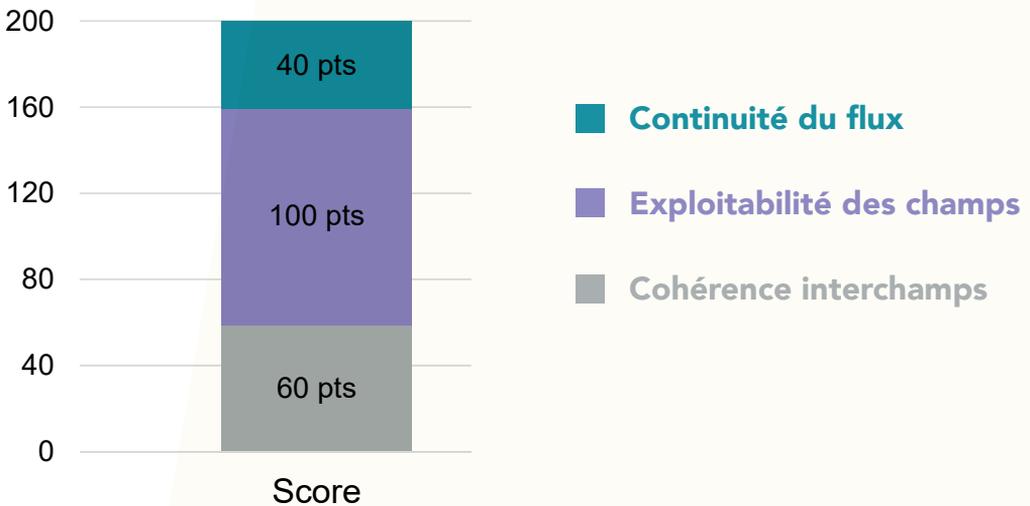
- panorama complet de la qualité des processus et des données qui en découlent
- l'origine des réflexions sont au niveau du fonctionnement du service

LE SCORE QUALITÉ

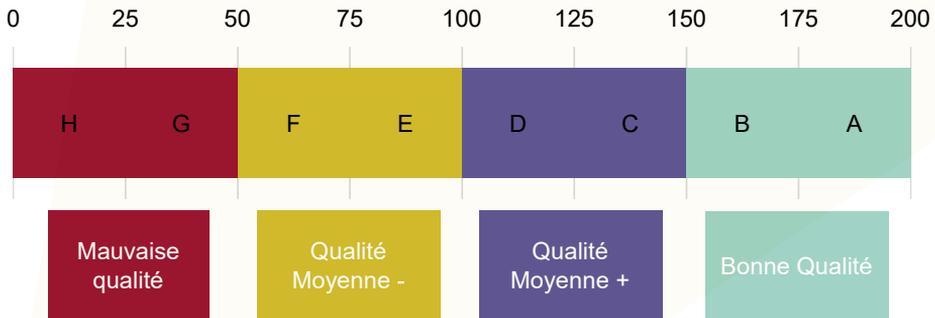
Introduction : Le score qualité représente un outil pour une démarche qualité globale autour du flux RPU. Il permet d'évaluer rapidement et partiellement la qualité des données de RPU, sur un territoire donné, au travers d'une valeur synthétique et composite. Bien que non suffisant pour juger intégralement la qualité des données, il est un point d'entrée dans la démarche qualité auprès des acteurs de terrain et un repère simple de suivi.

Il a été testé sur 8 régions (soit environ 360 établissements) à partir des données RPU de 2016. Calculé une fois par an, il ne prend pas en compte les services d'urgences n'ayant pas transmis les RPU toute l'année.

Méthode : Le score se base sur une note de 200 points construite à partir de 3 composantes :



Une fois le score calculé selon chacune des composantes, on regroupe en 8 classes les établissements de la façon suivante :



Le détail de la construction du score par composante est disponible dans la précédente version du PANORAMA 2016 de l'ORUNA en ligne sur le site internet www.oruna.fr et vous pouvez également trouver plus d'informations sur le site internet de la FEDORU www.fedoru.fr

Résultats : En Nouvelle-Aquitaine en 2017, le score de qualité s'étendait de 83 à 187 pts. La moyenne du score était de 147/200 pts avec :

- 38/40 pts pour la composante continuité du flux
- 62/100 pts pour la composante exploitabilité des champs
- 47/60 pts pour la composante cohérence interchamps

Plus de 94% des établissements avaient un score supérieur ou égal à 100 pts.

FIGURE 1. RÉPARTITION DU SCORE QUALITÉ PAR ÉTABLISSEMENT EN 2017

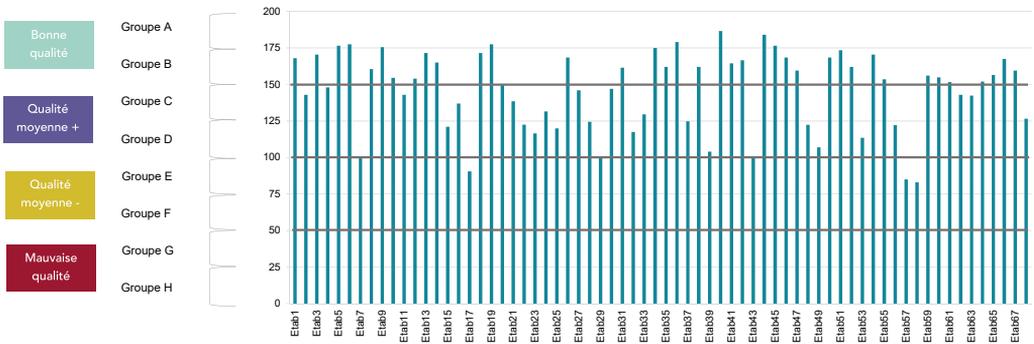
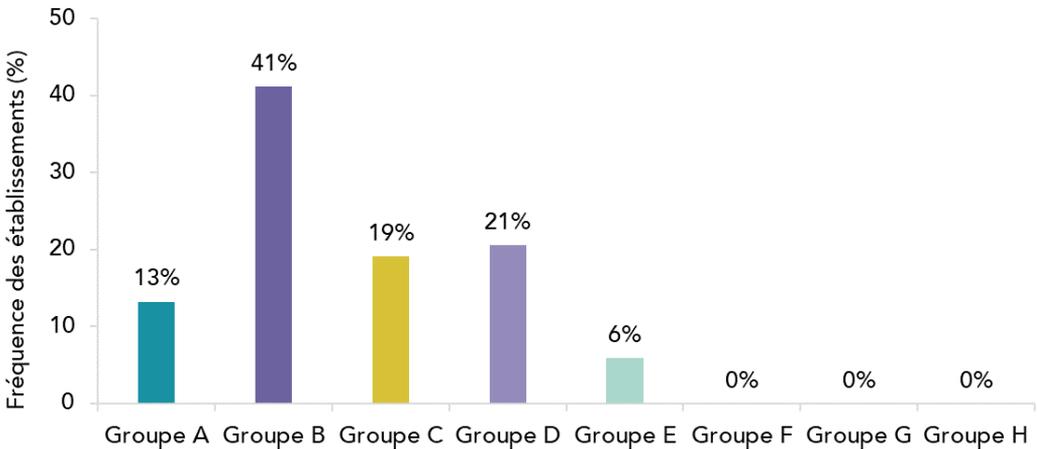


FIGURE 2. RÉPARTITION DU SCORE QUALITÉ PAR GROUPE EN 2017



Discussion :

L'équipe de l'ORU NA, principalement par l'intermédiaire de Mme Caroline Ligier, a grandement participé à sa conception initiale. 2018 doit être une année pour tester son usage. Il n'a pas vocation à expliquer à lui seul l'ensemble des déterminants de la qualité mais il permet de discerner les aspects déjà satisfaisants de ceux restant à travailler et ainsi de mettre en oeuvre des actions correctrices au sein des établissements et d'en mesurer l'évolution. Les axes de développements tiendront à son mode de calcul (indice sur la complétude à court terme, gestion des doublons, ...) et à son utilisation (à échéance raccourcie, en complément de la fiche de validation,...). Il faut noter que cette démarche n'a pas d'équivalence à ce jour et que c'est une innovation qui apportera une contribution à partir du moment où chacun l'intègre au processus interne de sa structure.

Les limites à l'usage d'un tel score sont à prendre en compte, il est un instrument complémentaire de mesure de la qualité sur une période. Il aide au ciblage des actions à réaliser, en fonction des faiblesses observées sur les composantes, et permet de mesurer une progression lorsque des actions correctrices sont mises en oeuvre. En ce sens, il représente un point d'accroche pédagogique en plus d'une mesure objective.

• Les objectifs :

- outil pédagogique
- point d'entrée à une démarche plus conséquente

LA CHARTE QUALITÉ

CHARTRE QUALITE RPU

(Résumé de passage aux urgences)

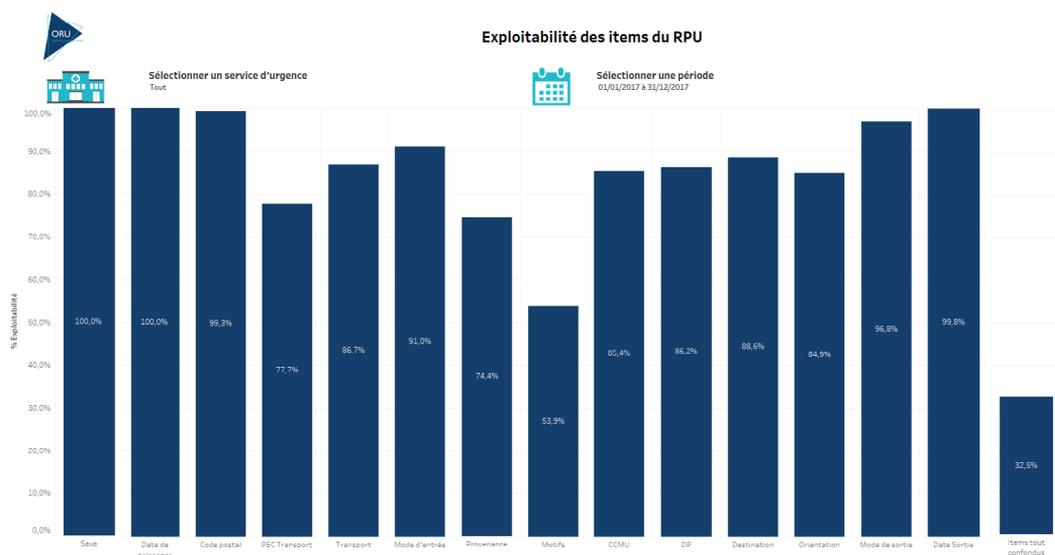


Elle décrit les engagements à tenir pour disposer de RPU de la meilleure qualité possible, la plus proche de la réalité de l'activité des urgences. Une première version, basée sur les recommandations nationales, a été élaborée par un groupe de travail spécifique et adaptée aux spécificités de la région. Son test et déploiement est en cours sur le premier semestre 2018, dans un premier temps ciblé autour de quelques établissements volontaires. Les principales constituantes de cette charte sont : l'identification des référents et acteurs de qualité, les règles de création d'un RPU, la saisie des données, les transmissions au collecteur régional, la vérification des données au fil de l'eau et à échéance, la pertinence des données.

• Les objectifs :

- document pour converger collectivement autour d'une démarche construite
- engagement partagé / co responsabilité

LE TABLEAU DE BORD QUALITÉ



L'ORU NA s'est attelé à la mise en place d'un nouvel outil afin d'accompagner la charte qualité. Sous forme d'un tableau de bord conçu pour regarder l'exploitabilité des items du RPU, cet outil permet d'avoir une image précise de la qualité de l'ensemble des données remontées dans les RPU.

De cette façon, pour chaque item du RPU, l'établissement peut facilement et rapidement accéder aux passages considérés comme "non exploitables" et identifier les problématiques de codage ou de remplissage.

• **Les objectifs :**

- donne une bonne image de la qualité pour chaque établissement
- permet d'identifier rapidement des problématiques de remplissage ou de codage des passages au niveau de l'établissement à des fins de corrections au sein du logiciels des urgences
- permet d'accompagner la charte qualité de façon opérationnelle et de faire un suivi de la qualité dans le temps
- permet un accompagnement de l'établissement par le CART

CONCLUSION

En synthèse, tous ces outils constituent des éléments :

- de mesure de la qualité,
- des clefs pour son amélioration,
- des opportunités de s'engager collectivement,
- des livrables structurant une démarche,
- des éléments facilitateurs,
- des outils pédagogiques

L'ORU NA se tient à disposition de l'ensemble des professionnels de santé investis sur ces sujets.



AUDITS
DES SERVICES
D'URGENCES

AUDIT DES SERVICES D'URGENCES

LA DÉMARCHE

La démarche qualité portant sur les RPU de l'ORU NA est engagée selon plusieurs modalités.

Elle est en effet réalisée par la rétro information à travers des bulletins et des tableaux de bord à laquelle les référents des structures d'Urgences ont accès et également par une analyse de terrain lors d'audits effectués par l'ORU NA où interviennent les différents professionnels acteurs ou partenaires quotidiens des Urgences.

Cette démarche d'audit qui a vu le jour en 2013 a permis à plus de la moitié des services d'urgences de Nouvelle-Aquitaine d'en bénéficier.

Les audits sont réalisés par une équipe pluridisciplinaire de l'ORU NA, ils portent sur la traçabilité de la prise en charge du patient des urgences à travers les outils en place dans l'établissement.

L'analyse se fait avec les équipes de l'établissement, dans ses locaux afin d'objectiver aux mieux les raisons des écarts par rapport aux objectifs de qualité.

LE FORMAT

Le modèle est standard ; un premier contact est réalisé par les équipes de l'ORU auprès de l'établissement audité afin de pouvoir collecter les données d'activité et de facturation des urgences de l'établissement. Dans le même temps l'ORU recherche toutes les données accessibles officiellement pour cette même structure, données SAE, EPMSI, RPU, ROR ... Une première synthèse est réalisée.

L'équipe se déplace alors sur site. Le matin du premier jour, après une visite rapide des locaux, l'équipe d'auditeurs se répartie en deux groupes, le premier pour l'analyse du DPI des urgences dans son environnement permettant d'appréhender les contraintes liées aux locaux, aux effectifs, aux matériels et le second avec les services administratifs pour appréhender la prise en compte des identités, de la facturation et de la gestion des données des urgences. L'après-midi est consacrée à la rencontre des partenaires des urgences : le laboratoire, l'imagerie, le département d'information médicale, la pharmacie et le service informatique. Ces rencontres permettent de comprendre les interfaces entre les différents services et le niveau de partenariat entre les acteurs. En soirée, l'équipe ORU NA complète les informations auprès des équipes de nuit.

Le second jour est dédié à une première restitution qui a essentiellement pour finalité l'échange entre professionnels afin de vérifier l'analyse brute de l'équipe d'audit.

Elle se fait en présence des équipes des urgences, des partenaires et de la direction. Ce

lieu d'échange permet également de présenter aux équipes l'ensemble des outils mis en place par l'ORU NA pour les établissements.

Enfin, dans le mois qui suit l'audit, un document complet de l'audit est remis aux différents responsables des urgences et de la direction de l'établissement. Ce rapport s'accompagne d'un certain nombre de propositions à mettre en place pour améliorer la qualité des données saisies par l'ensemble des acteurs de la structure.

L'audit permet de donner une image instantanée du service, c'est un document que doivent s'approprier les acteurs de terrain. L'ORU NA reste à disposition des établissements pour faire de l'accompagnement si le besoin était objectivé.

LES POINTS DE FRAGILITÉ

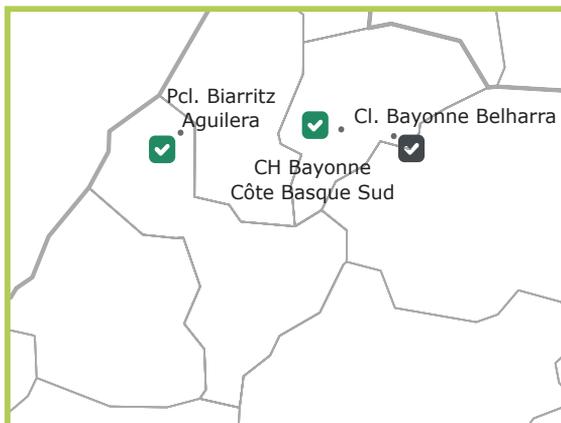
Lors des audits un certain nombre de points de fragilité sont fréquemment retrouvés :

- Le problème de l'accueil et de sa confidentialité
- Les zones d'évaluations avec des outils rarement paramétrés pour alerter en fonction de l'évaluation. Ces zones sont souvent ouvertes, ne respectant ni confidentialité, ni intimité
- L'acculturation à l'identitovigilance encore trop faible dans les services, surtout au niveau des équipes soignantes
- La traçabilité des professionnels avec le manque de complétude de données et l'absence de trace de la réévaluation des patients
- L'absence de traçabilité par les spécialistes intervenant dans le service des urgences
- Les conflits entre les logiciels de facturation et les logiciels des urgences pour permettre une complétude du dossier
- Le paramétrage de la prescription qui est souvent lourd rendant impossible toute traçabilité en temps réel pour les patients de SAUV
- La gestion des sorties des patients qui peut en fonction des outils utilisés aux urgences être très contraignante, limitant la qualité de l'horodatage des prises en charges, les sorties informatiques étant réalisées à posteriori
- ...

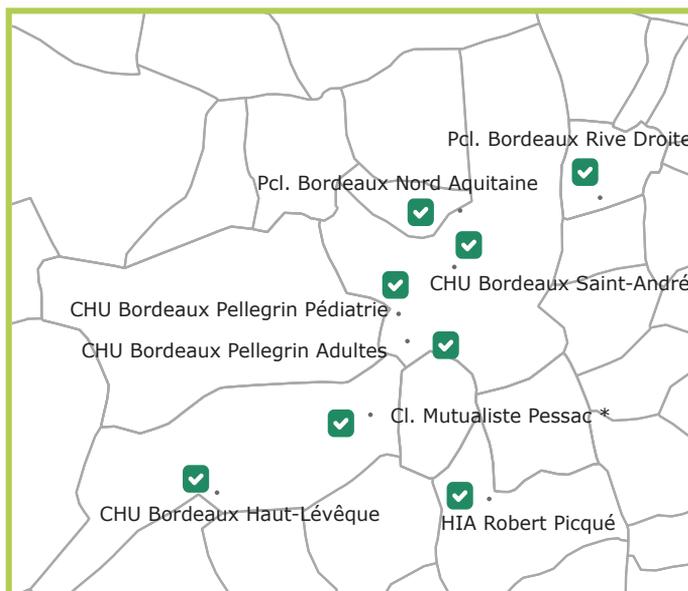
INTÉRÊT DE L'AUDIT

Ces audits favorisent la participation de l'ensemble des interlocuteurs des Urgences à une réflexion globale ; direction, équipe médicale, paramédicale, service informatique, qualité, et administratif. Ils permettent une autre communication entre les partenaires des urgences, imagerie, laboratoire, pharmacie, DIM. et apportent un aspect pratique, dans le quotidien des établissements et des urgences, à l'ensemble des outils mis en place par l'ORU NA.

Encadré 1 : zoom sur Bayonne



Encadré 2 : zoom sur Bordeaux





RÉSEAUX TERRITORIAUX DES URGENCES

P.155

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DE LA CHARENTE (RTU 16)

P.156

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DE LA CHARENTE MARITIME
(RTU 17)

P.157

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DE LA DORDOGNE (RTU 24)

P.158

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DE LA GIRONDE (RTU 33)

P.159

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DES LANDES (RTU 40)

P.160

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DU LOT ET GARONNE
(RTU 47)

P.161

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DE NAVARRE CÔTE-
BASQUE (RTU 64A)

P.162

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DU BÉARN-SOULE
(RTU 64B)

P.164

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DES DEUX-SÈVRES
(RTU 79)

P.165

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DE LA VIENNE
(RTU 86)

P.166

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DU LIMOUSIN
(RTU 19-23-87)



RÉSEAUX TERRITORIAUX DES URGENCES

INTRODUCTION

En 2017, l'ORU NA a poursuivi les missions confiées par ses membres et par l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Ainsi, elle a participé activement à la coordination et la mise en place des réseaux territoriaux des urgences en :

- Rédigeant et actualisant des procédures territoriales de prise en charge des patients dans des filières spécifiques
- Suivant la mise en place des Réseaux Territoriaux des Urgences (RTU)
- Assurant le lien entre les réseaux territoriaux des urgences (animation régionale)
- Déployant le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) sanitaire sur les volets MCO, SSR et PSY, et en favorisant l'acculturation à l'usage de l'outil sur l'ensemble de ses fonctionnalités (lits disponibles, déclaration HET ...)
- Réalisant une analyse des événements indésirables et en établissant une procédure de suivi des dysfonctionnements

Sur les 11 RTU que compte la région Nouvelle-Aquitaine, 6 sont déjà créés : Béarn et Soule, Dordogne, Gironde, Landes, Lot-et-Garonne et Navarre-Côte Basque, 2 sont en phase de finalisation de leurs conventions constitutives (Charente, Limousin). L'ORU NA va donc veiller à la mise en place des réseaux de Charente Maritime, Deux-Sèvres et Vienne.

Au sein des RTU de la Nouvelle-Aquitaine, les axes de travail suivants sont privilégiés :

- Améliorer la qualité des données provenant des structures d'urgences
- Améliorer l'exhaustivité et la qualité des données du ROR
- Mettre en place et suivre les filières territoriales

Pour déployer cette stratégie, l'ORU Nouvelle Aquitaine s'appuie sur :

- Des Coordonnateurs Médicaux Territoriaux (CMT)
- Des Coordonnateurs Animateurs de Réseaux Territoriaux (CART)

Les CMT et les CART travaillent en lien étroit avec l'équipe technique de l'ORU NA. Cette équipe nommée Cellule Informatique et Évaluation (CIE) supplée les correspondants locaux en les accompagnant sur les missions (non exhaustive) de :

- Collecte et l'analyse des données issues de l'activité des structures d'urgences de la région
- Accompagnement et soutien des établissements dans la production et l'échange d'information

HISTORIQUE DU RTU

- Convention constitutive : en cours de formalisation
- 2 Réunions en 2017 (19/05 ; 21/09) : mise en place du réseau et premiers travaux, principalement sur les usages du RPU et restrictions dues à leur qualité, la validité des thésaurus diagnostics traceurs des filières de prises en charge.

FILIÈRES TERRITORIALES DE PRISES EN CHARGE

- Protocoles formalisés : AVC, SCA, polytraumatisé, transfert d'un patient gériatrique, recours héliSMUR, fracture du col fémoral
- Evaluation des filières : actions de fiabilisation du RPU et du codage diagnostic.

ROR

Etat des lieux

- Tous les établissements MCO, SSR et PSY saisissent les lits (dont 1 automatisé)

Hôpital en tension :

- Nombre d'établissements remontant les RPU étendus en 2017 : 0
- Indicateurs HET :

	0	1 à 5	5 à 10	10 et +
Alerte	X			
Tension		X		
Nature globale de l'alerte / tension		Carence de lits d'aval		

MÉDECINS CORRESPONDANTS SAMU (MCS)

- Nombre de MCS formés et équipés : 0

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DE LA CHARENTE (RTU 16)



Contacts

Coordonnateur Médical
Territorial
Dr Gilles MOALIC
moalic.gilles@gmail.com

Coordonnateur Animateur
de Réseau Territorial
Gilles FAUGERAS

Coordonnatrice Répertoire
Opérationnel des ressources
Céline RICHIR
05 44 00 00 42
celine.richir@oruna.fr

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DE LA CHARENTE MARITIME (RTU 17)



Contacts

Coordonnateur Médical
Territorial

Dr Candice PENET

05 49 78 30 15

candice.penet@oruna.fr

Coordonnateur Animateur
de Réseau Territorial

Magali GUERIN

05 49 78 30 20

magali.guerin@oruna.fr

Coordonnatrice Répertoire
Opérationnel des
ressources

Pilar GARCIA MUNOZ

05 35 54 48 24

pilar.garcia.munoz@oruna.fr

HISTORIQUE DU RTU

- Convention constitutive : non formalisé
- Réunion en 2017 : aucune

ROR

Etat des lieux

- Tous les établissements MCO, SSR et PSY saisissent les lits

Hôpital en tension :

- Nombre d'établissements remontant les RPU étendus en 2017 : 0
- Indicateurs HET :

	0	1 à 5	5 à 10	10 et +
Alerte				
Tension		2		
Nature globale de l'alerte / tension		Aucun motif		

MÉDECINS CORRESPONDANTS SAMU (MCS)

- Nombre de MCS formés et équipés : 0

HISTORIQUE DU RTU

- Convention constitutive : signée le 08/12/2014
- 4 réunions en 2017 (27/03 ; 23/06 ; 25/09 ; 27/11) : point systématique sur les indicateurs de qualité RPU et les difficultés de codage, et sur la formalisation des plans HET / formation des différents acteurs au ROR.

FILIÈRES TERRITORIALES DE PRISES EN CHARGE

- Protocoles formalisés : AVC, SCA, traumatisme crânien, grands brûlés
- Actions en cours sur les filières de prises en charge : rédaction en cours des protocoles de la filière orthopédique, chirurgie viscérale, pédiatrie, gériatrie, psychiatrie
- Évaluation des filières : recherche de l'identification des prises en charge hors protocoles, utilisation des indicateurs filières de l'ORU et REANIM pour le SCA

ROR

Etat des lieux

- Etat des lieux : Tous les établissements MCO, SSR et PSY saisissent les lits (dont 1 automatisé)

Hôpital en tension :

- Nombre d'établissements remontant les RPU étendus en 2017 : 1
- Indicateurs HET :

	0	1 à 5	5 à 10	10 et +
Alerte		X		
Tension		X		
Nature globale de l'alerte / tension		carence de lits d'aval en médecine et SSR		

MÉDECINS CORRESPONDANTS SAMU (MCS)

- Nombre de MCS formés et équipés : 8

Dr GUILLOT Sandra
Dr EYZAGUIRRE Eva
Dr BOUTOT EYLIER Stéphanie
Dr CHEPEAU Benoit
MARESCASSIER Joel
Dr Dr MIGNIOT Jean-Philippe
Dr MONNOT Pascal
Dr NGUYEN HUU CHIEU Roger

AUTRES TRAVAUX MIS EN PLACE DANS LE RTU

vers une meilleure prise en compte des spécificités de l'activité pédiatrique

Panorama urgences 2017 - ORU Nouvelle Aquitaine

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DE LA DORDOGNE (RTU 24)



Contacts

Coordonnateur Médical
Territorial

Dr Michel GAUTRON

05 45 24 40 40

michel.gautron@ch-perigueux.fr

Coordonnateur animateur
de Réseau Territorial

Gilles FAUGERAS

Coordonnatrice Répertoire
Opérationnel des
ressources

Céline RICHIR

05 44 00 00 42

celine.richir@oruna.fr

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DE GIRONDE (RTU 33)



Contacts

Coordonnateur Médical

Territorial

Dr Guillaume VALDENAIRE

05 56 79 48 24

guillaume.valdenaire@oruna.fr

Coordonnateur Animateur de

Réseau Territorial

Patricia SIGURET

05 35 54 65 60

patricia.siguret@oruna.fr

Coordonnatrice Répertoire
Opérationnel des ressources

Pilar GARCIA MUNOZ

05 35 54 48 24

pilar.garcia.munoz@oruna.fr

HISTORIQUE DU RTU

- Convention constitutive : approuvée par l'ARS le 24 juillet 2014
- Réunions 2017 :
 - Réunion du 13 décembre 2017 – ODJ : Présentation du CMT – Épisodes de tensions – SSE en Gironde, stratégie territoriale, retex plan blanc – Qualité des RPU – ROR et lits disponibles – Filière Neuro en Gironde – SAMU et orientation des patients – Problématique des transports ambulanciers en Bordeaux Métropole, problématique des transports SDIS

FILIÈRES TERRITORIALES DE PRISES EN CHARGE

- Protocoles formalisés : Cardiologie – Brûlés - Réanimation – Polytraumatisés – Urgences Main – Pédiatrie – Aide à la prescription en cas de symptômes respiratoires aigus en fin de vie
- Actions en cours sur les filières de prises en charge : Formalisation d'une filière AVC régional. A suivre : prise en charge de la traumatologie aux urgences puis filière hémorragie digestive
- Evaluation des filières : Discussion actuelle sur les indicateurs de prise en charge des différentes filières disponibles à terme sur le ROR

ROR

Etat des lieux

- Etat des lieux : saisie de la disponibilité en lits

Hôpital en tension :

- Nombre d'établissements remontant les RPU étendus en 2017 : 5
- Indicateurs HET :

	0	1 à 5	5 à 10	10 et +
Alerte				88
Tension				85
Nature globale de l'alerte / tension	Tensions : Indisponibilité de lits d'aval Alertes : Flux d'entrants empêchant des délais de prise en charge cohérents / Retard laboratoire ou imagerie / Absence d'avis spécialisé sur une filière			

MÉDECINS CORRESPONDANTS SAMU (MCS)

- Nombre de MCS formés et équipés : 0

AUTRES TRAVAUX MIS EN PLACE DANS LE RTU

- Filière de prise en charge régionale des AVC traduit au niveau territorial.
- Visite des différents établissements (Suivi, évaluation et proposition d'améliorations de la qualité des RPU) et de leur structure d'urgence.
- Proposition de participation aux exercices SSE du CHU et évaluation de la qualité des plans des différents établissements.
- Suivi des différentes mises en tension des établissements avec formalisation des différentes actions mises en œuvre.

Panorama urgences 2017 - ORU Nouvelle Aquitaine

HISTORIQUE DU RTU

- Convention constitutive : signée le 08/10/2014 en cours d'actualisation
- Réunions 2017 : Relance du réseau, 7 Décembre 2018

FILIÈRES TERRITORIALES DE PRISES EN CHARGE

• Protocoles formalisés : Filière AVC avec 2 pôles de thrombolyse (CH Dax et CH Mont-de-Marsan).> actualisation et formalisation au regard de l'évolution de l'offre de soins.

Filière SCA ST+ s'articule autour des centres d'angioplasties de Mont-de-Marsan et de Bayonne.> actualisation et formalisation au regard de l'évolution de l'offre de soins.

Filière psychiatrique avec pour centre de référence le site de St Anne de l'Hôpital Layné de Mont de Marsan.

Le CH de Dax dispose d'un accueil dédié pour les urgences gynécologiques – obstétriques, (le CH de Mont de Marsan possède en outre une maternité de niveau IIb). Les 2 établissements disposent de procédure d'évaluation par l'IOA

Le CH de Dax dispose un accueil pédiatrique dédié.

• Actions en cours sur les filières de prises en charge : Evaluation des filières :

Comme cité ci-dessus évaluation et adaptation de la filière AVC et SCA ST+.

Mise en œuvre du travail sur la filière Radioembolisation

• Mise œuvre d'un CAP (Centre d'Accueil Psychiatrique) au SU de Mont de Marsan. En 2017 ce projet est en cours de généralisation. Comme au CH de Dax au sein des urgences cet accueil permet une évaluation somatique –préalable- des patients relevant de la filière psychiatrique.

ROR

Etat des lieux (31/12/2017)

- Annuaire : 100 % MCO, 100 % SSR, 100 % USLD, PSY en cours
- Saisie de la disponibilité en lits : quotidienne pour 100 % des établissements
- Plan blanc des établissements avec SU : 66 % des établissements

Hôpital en tension :

- Nombre d'établissements remontant les RPU étendus en 2017 :
- 2 établissements remontaient des RPU étendus en 2017 soit 66%
- Indicateurs HET Territorial :

	0	1 à 5	5 à 10	10 et +	Temps moyen
Alerte				11	1 jours et 7h (clôtures automatiques pour 1/4 des ets)
Tension		4			
Nature globale de l'alerte / tension	La nature des alertes et des tensions a sensiblement la même genèse ; à savoir un engorgement des lits l'aval avec un afflux important des requérants aux urgences provoquant un engorgement de ces même services. L'analyse des déclarations -autant en alerte qu'en tension- laisse apparaître que les déclarations se situent sur les 3 premiers jours de la semaine.				

MÉDECINS CORRESPONDANTS SAMU (MCS)

- Nombre de MCS formés et équipés : 3
- Nom des MCS :
Dr FERCHICHI
Dr DECO
Dr OUARSSASS

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DES LANDES (RTU 40)



Contacts

Coordonnateur Médical
Territorial

Dr Jean FABRE

05 58 35 67 20

jean.fabre@oruna.fr

ou fabrej@ch-dax.fr

Coordonnateur animateur
de Réseau Territorial

Arnaud Hontarrede

05 58 91 39 72

arnaud.hontarrede@oruna.fr

Coordonnatrice Répertoire
Opérationnel des
ressources

Pilar GARCIA MUNOZ

05 35 54 48 24

pilar.garcia.munoz@oruna.fr

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DU LOT ET GARONNE (RTU 47)



Contacts

Coordonnateur Médical
Territorial

Dr Benjamin BLONSTEIN
(début 2017)

Dr Virginie DELONGLEE
(fin 2017)

05 53 69 78 92

virginie.delonglee@oruna.fr

Coordonnateur Animateur
de Réseau Territorial

Patricia SIGURET

05 35 54 65 60

patricia.siguret@oruna.fr

Coordonnatrice Répertoire
Opérationnel des
ressources

Pilar GARCIA MUNOZ

05 35 54 48 24

pilar.garcia.munoz@oruna.fr

HISTORIQUE DU RTU

- Convention constitutive : signée le 26 juin 2013
- Réunions 2017 :
 - Réunion du 28 Août 2017 – ODJ : ROR et SSE -Etat des lieux de la mise en place du logiciel TU – Présentation des procédures HET – Les urgences en cancérologie (CROMG) – Les transports secondaires vers le CHU Bordeaux et thrombectomie (AVC, Chir bariatrique) – Présentation du Parangonnage des urgences
 - Réunion du 21 Décembre 2017– ODJ : SSE et organisation départementale – Système d’information des urgences, TU – Déclaration des alertes et des tensions : évaluation de la valeur ajoutée de ces dispositifs – Présentation de la charte qualité RPU – Présentation des recommandations nationales sur la mise en place des filières de soins – Présentation de la PDSes 47 : gardes et astreintes rémunérées – Outil d’activité des SMUR – Médecin correspondant du SAMU – Projet SDIS

FILIÈRES TERRITORIALES DE PRISES EN CHARGE

- Protocoles formalisés : Psychiatrie (Agen) – Urologie Filière neurovasculaire aigüe- Polytraumatisés
- Actions en cours sur les filières de prises en charge
- Evaluation des filières

ROR

Etat des lieux

- saisie de la disponibilité en lits : quotidienne pour 100% des établissements

Hôpital en tension :

- Nombre d’établissements remontant les RPU étendus en 2017 : 3
- Indicateurs HET :

	1 à 5	5 à 10	10 et +
Alerte			48
Tension			35
Nature globale de l’alerte / tension			

En 2017 : Présentation en réunion RTU de l’intérêt du dispositif HET et des procédures HET réalisées par l’ORU NA. A compter de 2018 les retex des tensions seront abordés lors des différentes réunions RTU47.

MÉDECINS CORRESPONDANTS SAMU (MCS)

- Nombre de MCS formés et équipés : 0 (4 médecins identifiés, non encore formés)

AUTRES TRAVAUX MIS EN PLACE DANS LE RTU

- voir ODJ des réunions du RTU ci dessus

Panorama urgences 2017 - ORU Nouvelle Aquitaine

HISTORIQUE DU RTU

- Convention constitutive : signée le 08/10/2014 en cours d'actualisation
- Réunions 2017 : 3/3/2017 et 6/12/2017

FILIÈRES TERRITORIALES DE PRISES EN CHARGE

- Protocoles formalisés :

Organisation de la prise en charge d'un accident vasculaire cérébral (AVC) en cours d'actualisation .

Organisation de la prise en charge d'un patient relevant de la réanimation sur le territoire des urgences Navarre-Côte Basque.

Organisation de la prise en charge et stratégie de reperfusion du syndrome coronarien avec sus décalage ST+ dans le territoire des urgences Navarre-Côte Basque (« SCA ST+ »).

Organisation de la prise en charge des traumatisés crâniens légers dans le territoire des urgences Navarre-Côte Basque (« Traumatisme crânien léger »).

Admission de patients par médecine libérale de ville (« Admission par Médecin libéral »)

Conditions d'admission d'un patient dans un service d'urgence par le SAMU 64A (« admission par SAMU »).

Modalités d'admission d'un patient d'un service d'urgence vers le Centre Hospitalier de la côte basque CHCB (« Admission urgences »).

- Actions en cours sur les filières de prises en charge :

Filière d'embolisation en radiologie interventionnelles (en cours de formalisation).

ROR

Etat des lieux

- Annuaire : 100 % MCO, 100 % SSR, 100 % USLD, PSY en cours
- Saisie de la disponibilité en lits : quotidienne pour 100 % des établissements
- Plan blanc des établissements avec SU : 60 % des établissements

Hôpital en tension :

- Nombre d'établissements remontant les RPU étendus en 2017 : Aucun établissements remontaient des RPU étendus.
- Indicateurs HET :

	0	1 à 5	5 à 10	10 et +
Alerte				19
Tension		5		
Nature globale de l'alerte / tension	Carence de lits d'aval La nature des alertes et des tensions a sensiblement la même genèse ; à savoir un engorgement des lits l'aval avec un afflux important des requérants aux urgences provoquant un engorgement de ces même services. L'analyse des déclarations d'alertes laisse paraître une homogénéité sur les jours de semaine avec néanmoins quelques déclarations d'alertes le samedi. Les tensions sont elles essentiellement concentrées sur le mardi et le vendredi.			

MÉDECINS CORRESPONDANTS

SAMU (MCS)

- Nombre de MCS formés et équipés : 8 (dont 6 équipés)
- Nom des MCS :
Dr LABAT, Dr MELLIN, Dr OSPITAL, Dr SOUMEILHAN, Dr CHESNAY, Dr LHOSMOT, Dr DUPLACEAU, Dr LALLEMAND

AUTRES TRAVAUX MIS EN PLACE

- Travail sur l'organisation de l'accueil des services urgences durant les astreintes de spécialité au regard de la PDSES.
- Projet de convention transfrontalière en médecine d'urgence.

Panorama urgences 2017 - ORU Nouvelle Aquitaine

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES NAVARRÉ-CÔTE- BASQUE (RTU 64A)



Contacts

Coordonnateur Médical
Territorial
Dr Tarak MOKNI
05 59 44 36 18
tarak.mokni@oruna.fr
ou tmokni@ch-cotebasque.fr

Coordonnateur animateur
de Réseau Territorial
Arnaud Hontarrede
05 58 91 39 72
arnaud.hontarrede@oruna.fr

Coordonnatrice Répertoire
Opérationnel des
ressources
Pilar GARCIA MUNOZ
05 35 54 48 24
pilar.garcia.munoz@oruna.fr

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DE BÉARN ET SOULE (RTU 64B)



Contacts

Coordonnateur Médical
Territorial

Dr Pierre CHANSEAU

05 59 92 48 48

pierre.chanseau@ch-pau.fr

Coordonnateur Animateur
de Réseau Territorial

Arnaud Hontarrede

05 58 91 39 72

arnaud.hontarrede@oruna.fr

Coordonnatrice Répertoire
Opérationnel des
ressources

Pilar GARCIA MUNOZ

05 35 54 48 24

pilar.garcia.munoz@oruna.fr

HISTORIQUE DU RTU

- Convention constitutive : Réactualisée le 11 mai 2015
- Réunions 2017 : 17-05-2017;13-09-2017; 15-12-2017

FILIÈRES TERRITORIALES DE PRISES EN CHARGE

N°	Intitulé	Date de diffusion en RTU
1	Procédure territoriale de prise en charge SCA ST- Pré-Hospitalier	2015
2	Procédure territoriale de prise en charge SCA ST + Pré-Hospitalier	2015
3	Procédure territoriale de thrombolyse SCA ST+ Pré-hospitalier	2015
4	Orientation des urgences obstétricales	2015
5	Orientation des urgences thrombolyse intraveineuse des AVC (protocole qui prévaut jusqu'à la mise en place de la téléthrombolyse)	2015
6	Procédure territoriale de prise en charge d'un cas suspect « EBOLA »	2015
7	Accueil et prise en charge d'un patient nécessitant une prise en charge respiratoire spécifique initiale de ventilation non invasive en phase aiguë.	2016
8	OAP cardiogénique hypertensif	2016
9	Choc cardiogénique	2016
10	Accident électrisation	2016
11	Prise en charge pré-hospitalière et à l'admission des brûlés graves	2016
12	Utilisation du dispositif de perfusion intra intra-osseuse EZ-IO en pré-hospitalier	2016
13	Prise en charge médicale des méningites bactériennes communautaires aux urgences adultes	13-déc-17
14	Anaphylaxie aiguë	13-déc-17
15	Gestion de la tension artérielle à la phase aiguë des hémorragies intracérébrales spontanées	13-déc-17
16	Gestion en urgences des AVC éligibles à un traitement endovasculaire en territoire Béarn et Soule : filière alerte thrombolyse	13-déc-17
17	Gestion en urgence des AVC éligibles à un traitement endovasculaire : filière alerte thrombolyse – NIHSS	13-déc-17
18	Gestion en urgence des AVC éligibles à un traitement endovasculaire en territoire Béarn et Soule : filière alerte thrombolyse –Contre-indications à la fibrinolyse	13-déc-17
19	Coma non traumatique	13-déc-17
20	Prise en charge d'une hyperkaliémie	13-déc-17
21	Prise en charge d'une hypokaliémie	13-déc-17
22	Réanimation cardio pulmonaire médicalisée	13-déc-17

23	Prise en charge pré-hospitalier de la menace d'accouchement prématuré (MAP)	13-déc-17
24	Prise en charge pré hospitalier de la menace d'accouchement prématuré (MAP) : score de MALINAS	13-déc-17
25	Prise en charge pré hospitalier de la menace d'accouchement prématuré (MAP) : fiche médicament : TRACTOCILE	13-déc-17
26	Prise en charge pré hospitalier de la menace d'accouchement prématuré (MAP) fiche médicament SYNTOCINON	13-déc-17
27	Prise en charge pré hospitalier de l'hémorragie du Post-Partum	13-déc-17
28	Prise en charge pré hospitalier des hypertensions artérielles prééclampsie et éclampsie chez la femme enceinte	13-déc-17
29	Accompagnement d'un patient ventilé-intubé"	13-déc-17
30	Procédure "Pose d'une voie veineuse centrale"	13-déc-17
31	Procédure "Pose d'un cathéter artériel"	13-déc-17
32	Protocole médical "Utilisation des curares au sein du pôle Urgences"	13-déc-17

ROR

Etat des lieux

- Etat des lieux : saisie de la disponibilité en lits quotidienne pour 100% des établissements
- Plan blanc des établissements avec SU : 75 % des établissements

Hôpital en tension :

- Nombre d'établissements remontant les RPU étendus en 2017 : 0
- Indicateurs HET :

	0	1 à 5	5 à 10	10 et +	Temps moyen
Alerte		1			2 jours
Tension		1			
Nature globale de l'alerte / tension	carence de lits d'aval au regard du flux entrant, confirmant l'alerte en tension en passant par la phase alerte				

MÉDECINS CORRESPONDANTS SAMU (MCS)

- Nombre de MCS formés et équipés : 2
- Nom des MCS :
Dr Laurent DECEVRE,
Dr Guillaume CAMDEBORDE
- 2 MCS sont en cours de formation, l'un à ARUDY et le second à la PIERRE-St-MARTIN

AUTRES TRAVAUX MIS EN PLACE DANS LE RTU

- L'approfondissement des connaissances sur la réglementation et les procédures de mise en œuvre des soins psychiatriques sans consentement.
- Lutte contre les violences faites aux femmes à élaboration d'un protocole courant 2018
- Filière hémorragie digestive
- La prise en charge pré-hospitalière des traumatisés sévères sur le territoire Béarn et Soule

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DES DEUX-SÈVRES (RTU 79)



Contacts

Coordonnateur Médical
Territorial

Dr Farnam FARANPOUR
05 49 78 30 15
farnam.faranpour@ch-niort.fr

Coordonnateur Animateur
de Réseau Territorial

Magali GUERIN
05 49 78 30 20

magali.guerin@oruna.fr

Coordonnatrice
Répertoire Opérationnel
des ressources

Céline RICHIR

05 44 00 00 42

celine.richir@oruna.fr

HISTORIQUE DU RTU

- Convention constitutive : en cours de formalisation (24/04/2018)

ROR

Etat des lieux

- saisie de la disponibilité en lits

Hôpital en tension :

- Nombre d'établissements remontant les RPU étendus en 2017 : 3
- Indicateurs HET :

	0	1 à 5	5 à 10	10 et +
Alerte		1		
Tension		2		
Nature globale de l'alerte / tension	Saturation des urgences et manque de lits d'aval			
Temps moyen		48h		

MÉDECINS CORRESPONDANTS SAMU (MCS)

- Nombre de MCS formés et équipés : 7

- Nom des MCS

Dr Christophe FREREBEAU – 79170 BRIOUX sur BOUTONNE

Dr Rémy BELKEBIR – 79120 LEZAY

Dr Olivier BERTAUD – 79120 LEZAY

Dr Martine TOUZARD – 79110 CHEF BOUTONNE

Dr Aurélie DESILES – 79800 La MOTHE SAINT HERAY

Dr Marie ROCHEPEAU – 79800 La MOTHE SAINT HERAY

Dr Gwénaëlle FARCY – 79800 La MOTHE SAINT HERAY

HISTORIQUE DU RTU

- Convention constitutive : réseau non formalisé

ROR

Etat des lieux

- La plupart des établissements saisissent les lits (dont 1 automatisé), manque 1 MCO, 1 SSR et 1 PSY

Hôpital en tension :

- Nombre d'établissements remontant les RPU étendus en 2017.
- Indicateurs HET

	0	1 à 5	5 à 10	10 et +
Alerte	X			
Tension		X		
Nature globale de l'alerte / tension		carence de lits d'aval : hébergement effectué		

MÉDECINS CORRESPONDANTS SAMU (MCS)

- Nombre de MCS formés et équipés : 11 dont 5 formés et équipés

Nom des MCS :

Dr Cyril BONIN
Dr Arnaud FAURIE
Dr Xavier HERAULT
Dr Christophe LE SAOUT
Dr Christian LOUDIN
Dr Julien PROVOST
Dr Jean Christophe RIGAUX
Dr Emmanuel ROBIN
Dr Jacques SIGLI
Dr Jérôme SOUSTRE
Dr Jean Philippe TARTARIN

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DE LA VIENNE (RTU 86)



Contacts

Coordonnateur Animateur
de Réseau Territorial
Gilles FAUGERAS

Coordonnatrice Répertoire
Opérationnel des
ressources
Céline RICHIR
05 44 00 00 42
celine.richir@oruna.fr

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DU LIMOUSIN (19-23-87)



Contacts

Coordonnateur Médical
Territorial

**Dr Pierre-Bernard
PETITCOLIN**

05 53 45 26 27

pierre-bernard.petitcolin@oruna.fr

Coordonnateur Animateur de
Réseau Territorial

Gilles FAUGERAS

Coordonnatrice Répertoire
Opérationnel des ressources

Céline RICHIR

05 44 00 00 42

celine.richir@oruna.fr

HISTORIQUE DU RTU

- Convention constitutive : en cours de formalisation
- Une réunion en 2017 (26/09) : réactivation du réseau, ajustement du périmètre d'action, constitution des comités de filière.

FILIÈRES TERRITORIALES DE PRISES EN CHARGE

- Protocoles formalisés : SCA ST+ et ST-
- Actions en cours sur les filières de prises en charge : AVC (protocoles et outil d'évaluation)
- Evaluation des filières : par les indicateurs de l'ORU et les données SCALIM (registre SCA ST+)

ROR

Etat des lieux

- Etat des lieux : Tous les établissements MCO, SSR et PSY saisissent les lits (dont 2 sont automatisés)

Hôpital en tension :

- Nombre d'établissements remontant les RPU étendus en 2017 : 2
- Indicateurs HET :

	0	1 à 5	5 à 10	10 et +
Alerte				X
Tension			X	
Nature globale de l'alerte / tension			carences de lits d'aval médecine et chirurgie	

MÉDECINS CORRESPONDANTS SAMU (MCS)

- Nombre de MCS formés et équipés : 17
 - Nom des MCS
- | | |
|------------------------|-----------------------|
| Dr Jean-Claude ETILE | Dr Benjamin BLAVOUX |
| Dr Thierry TARDIEU | Dr Sylvie CLAUX SENON |
| Dr Catherine PRIOUX | Dr Marien GORGE |
| Dr Luc AUBANEL | Dr Timothée GRENAILLE |
| Dr Isabelle DEBACQUE | Dr Jean Marc JACOB |
| Dr Jean-Paul LEVENTOUX | Dr Emilie PASSERIEUX |
| Dr Didier BEGON | Dr Léa SEVE |
| Dr Daniel BUCHON | Dr François TURON |
| Dr Cyril MOESCH | |

AUTRES TRAVAUX MIS EN PLACE DANS LE RTU

- La problématique des transporteurs sanitaires (enquête sur les besoins des SU)



VEILLE ET ALERTE

May

58

45

Customer 1



P.170

DISPOSITIF HET

P.173

ANALYSE DES TENSIONS



VEILLE ET ALERTE

DISPOSITIF HET

DISPOSITIF HET – VEILLE ET ALERTE – PLAN HET

Les situations de tension dans un service d'urgence sont le résultat d'une inadéquation entre les moyens disponibles et les besoins immédiats en hospitalisations non programmées.

Les mécanismes impliqués dans les épisodes de tension concernent le flux entrant, la prise en charge au sein des urgences et la fluidité de la filière d'aval.

Les tensions hospitalières peuvent se regrouper en catégories selon le mécanisme qui les génèrent :

- Tension d'affluence, consécutive à une augmentation du nombre d'admissions
- Tension par défaut de processus au sein des urgences (défaut structurel ou logistique)
- Tension par carences de lits d'aval (56% des déclarations en 2017)

Afin de ne pas évoluer vers une situation de crise, les établissements se dotent d'un plan HET ayant pour objectifs :

- d'anticiper une organisation face à ces épisodes
- de les détecter
- d'établir une organisation capable de mettre en place des mesures évitant le déclenchement d'un plan blanc

Ce dispositif, propre à chaque établissement, distinct du plan blanc, propose des mesures d'adaptation lors d'une situation ponctuelle d'inadéquation entre les besoins et les moyens d'hospitalisation.

CONSÉQUENCE DE LA TENSION HOSPITALIÈRE

- Diminution de la satisfaction des usagers
- Altération de la qualité des soins pouvant aller jusqu'à de la maltraitance
- Retentissement sur les professionnels (sentiment de ne pas prendre en charge correctement les patients)
- Augmentation de la morbi-mortalité des patients

PLAN HET

Chaque établissement décrit son plan HET sur le ROR selon le modèle recommandé par la FEDORU et disponible en ligne sur le site de l'ORU NA www.oruna.fr dans ESPACE DOCUMENTAIRE.

Il existe plusieurs modèles de plan HET selon le type de tension :

- Plan générique
- Affluence
- Carences lits d'aval
- Carences lits d'aval selon la spécialité (pédiatrie, maternité, soins critiques)

ORGANISATION DE LA VEILLE AU SEIN DES ÉTABLISSEMENTS

Chaque établissement met en place sa cellule de veille. Celle-ci se compose à minima d'un référent médical des urgences, d'un référent cadre des urgences, du directeur de garde et du gestionnaire de lits.

Des tableaux de bord permettent un suivi quotidien de l'activité des urgences et des disponibilités en lits. Des échanges entre les acteurs de la cellule de veille doivent être formalisés.

- contrôle des lits disponibles sur le ROR
- suivi des tableaux quotidiens de l'ORU NA
- suivi sur le ROR des indicateurs de tension (14 indicateurs de la FEDORU)
- suivi des bulletins de la CIRE
- traçabilité du suivi de la veille sur le ROR

L'ORU adresse en début d'année à chaque établissement une analyse prévisionnelle du nombre de passages aux urgences et du nombre d'hospitalisations permettant ainsi aux établissements de planifier les besoins humains et matériels pour l'année à venir.

ALERTE OU DEMANDE DE PLAN HET

Elle peut être déclarée par le médecin urgentiste ou le cadre des urgences. L'objectif est de s'organiser en interne mais également d'informer automatiquement par mail la direction de l'établissement et le SAMU référent d'une situation de pré-tension.

L'alerte permet de déclencher rapidement les procédures internes à l'établissement. Le but est de réorganiser les filières au sein des urgences. L'intérêt de déclarer rapidement une alerte est de permettre de déclencher les premières actions du plan HET pour une meilleure prise en charge des patients.

DÉCLARATION DE PLAN HET

La déclaration de tension se fait par le Directeur de l'établissement ou son représentant. L'objectif de la déclaration de tension est de signaler un dysfonctionnement qui s'étend à l'ensemble de l'établissement.

L'établissement ayant précédemment décrit son plan HET sur le ROR, les procédures précisent le plan d'actions mis en place pour faire face à cette tension. Les différentes actions tracées sur le ROR sont transmises aux différents partenaires : direction de l'établissement, SAMU référent, ARS.

Déclarer n'est pas synonyme de saturation des urgences : la déclaration permet d'alerter et de s'organiser pour pouvoir accueillir les patients dans de bonnes conditions. La tension peut également porter sur un secteur en particulier (pédiatrie, médecine, chirurgie ...) et non sur l'ensemble de la structure.

Le Directeur de l'établissement réunit la cellule de crise : confirmation de la situation de crise, précision de la nature de la tension, identification des actions à mettre en œuvre et communication à l'ensemble des acteurs de l'établissement. Un suivi opérationnel est organisé tous les jours pour analyser la situation pendant toute la durée de la tension. Le ROR est l'outil de traçabilité des constats et décisions prises, permettant un partage de l'information dans les murs et en dehors de l'établissement.

Ces déclarations permettent de connaître la vulnérabilité des établissements de santé sur un territoire. L'ARS peut ainsi mettre en place un plan d'action sur chaque territoire et travailler sur l'adaptation des capacités selon l'activité prévisionnelle.

Impliquer le SAMU dans les situations de tension hospitalière permet d'orienter les patients vers une structure adaptée. L'orientation sur le plateau technique adapté sera toujours privilégiée. Le SAMU reçoit les déclarations de tension par mail et par fax et peut suivre sur le ROR la synthèse des places disponibles et l'activité aux urgences. Un document d'aide à la déclaration et au suivi des tensions "fiche synthétique HET établissement" est disponible en ligne sur le site internet de l'ORU NA dans l'espace documentaire.

Les RETEX permettent une analyse critique de l'épisode, de faire évoluer les plans HET et de diminuer les tensions prévisibles.

PLACE ET RÔLE DU ROR

Les différents modules du ROR sont des supports d'informations pour les établissements d'autant plus en période de tension hospitalière.

Le module annuaire permet d'obtenir les renseignements sur une unité en particulier et d'avoir rapidement les numéros de téléphone afin de joindre les professionnels.

Le module disponibilité en lits permet pour chaque établissement de remonter en temps réel son nombre de lits disponibles. A travers le ROR, chaque établissement a une vision réelle de la disponibilité en lit dans une spécialité sur un territoire donné. Cet outil peut permettre d'organiser au mieux les orientations pour les SAMU.

LA TENSION SOLIDAIRE

Cette tension est déclenchée par l'ARS, soit directement, soit à la demande de l'établissement.

Elle nécessite une organisation sur le territoire de santé. Les actions doivent être formalisées entre les différents partenaires.

En 2017, les différents territoires de la Nouvelle-Aquitaine n'ont pas formalisé cette tension solidaire.

ANALYSE DES TENSIONS EN 2017

Episode de tension : demande, déclaration de plans HET et tension solidaire



Demande de plan HET : action réalisée par le médecin ou le cadre qui signale toute difficulté. L'information remonte à sa Direction et au SAMU.

Déclaration de plan HET : action réalisée par le Directeur ou son représentant qui décrit les causes de l'HET et les actions mises en place.

CHIFFRES CLÉS



281 épisodes de tensions par **36** établissements



128 alertes sans déclenchement (demandes de plans HET)

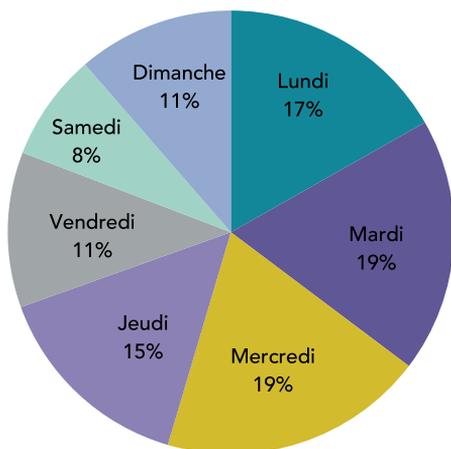


153 déclarations de plans HET dont **68%** sans demande préalable



Durée moyenne d'un plan : **53h**

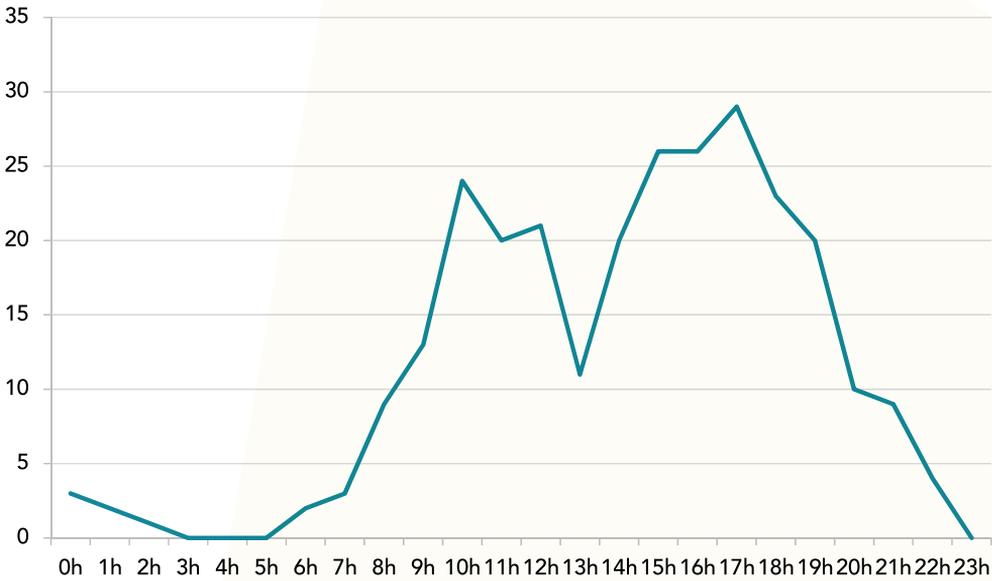
FLUCTUATION PAR JOUR DE LA SEMAINE



Les déclarations se font du lundi au jeudi de façon homogène et diminuent pendant le weekend.

FLUCTUATION HORAIRE

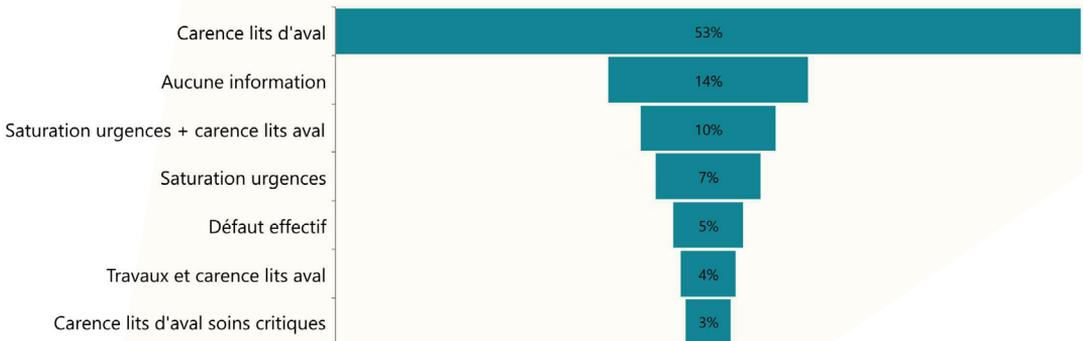
Une majorité des demandes et déclarations ont lieu en journée (10h – 19h) avec un pic à 17h.



MOTIF DE DEMANDE OU DÉCLENCHEMENT DES PLANS HET

Plus de la moitié des demandes de plans HET concernent un manque de lits d'aval et près de 80% des demandes font suite à une carence en lits et/ou une saturation aux urgences.

14% des demandes sont sans motif



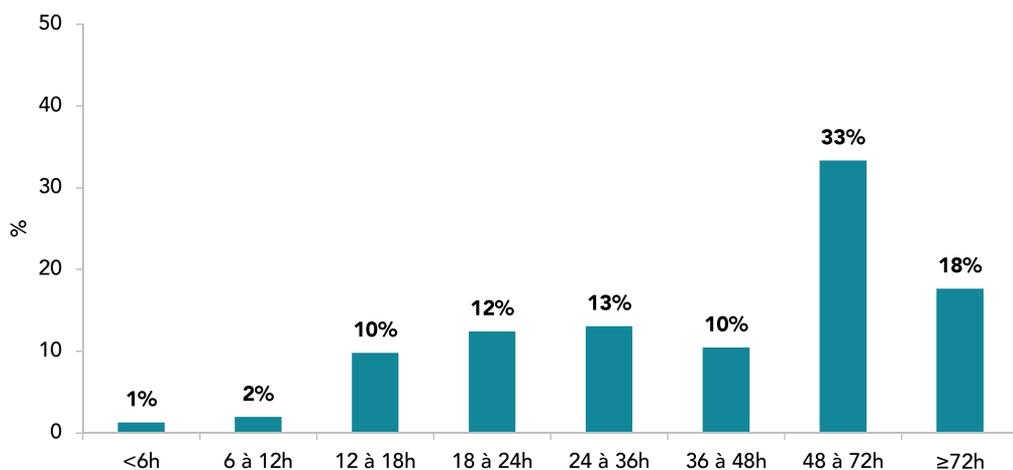
DÉLAI DE VALIDATION DES PLANS HET

Pour les déclarations de tensions (tension) qui font suite à une demande de mise en tension (alerte), le délai moyen de validation est de 8h. Le comportement est très variable d'un établissement à l'autre avec des délais allant de l'immédiateté à 71h.

68% des déclarations de plans HET se font directement sans demande de mise en tension (alerte) préalable des services d'urgences.

DURÉE DES ÉPISODES DE TENSIONS DÉCLARÉES

Plus de 50% des épisodes de tension durent plus de 48h.



A top-down photograph of medical supplies on a light-colored wooden surface. A silver stethoscope with a white rubber tubing is positioned on the left. In the center, a clipboard with a metal clip holds a sheet of ECG paper with a grid and a black line representing a heartbeat. To the right, a pair of white surgical gloves is visible. A large, semi-transparent yellow triangle is overlaid on the right side of the image, containing the title text.

RÉPERTOIRE OPÉRATIONNEL DES RESSOURCES



P.178	INTRODUCTION
P.179	LE ROR : MODULE ANNUAIRE
P.181	LE ROR : MODULE RECHERCHE
P.183	LE ROR : MODULE LITS DISPONIBLES
P.185	LE ROR : MODULE HET
P.190	LE ROR : MODULE PLAN BLANC
P.191	LE ROR ET VIA TRAJECTOIRE
P.192	CONCLUSION



RÉPERTOIRE OPÉRATIONNEL DES RESSOURCES

INTRODUCTION

Le ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources) est un outil informatique mis à disposition dans tous les établissements sanitaires de la région Nouvelle-Aquitaine. C'est un outil partagé par les professionnels de santé, il décrit l'aspect opérationnel de chaque établissement notamment les équipements, les plateaux techniques, les unités, les professionnels avec leurs spécialités, la disponibilité en lits, les épisodes de tension, les plans HET (Hôpital en Tension) et les plans blancs.

ACCÈS ROR :

En se connectant à l'adresse suivante : <https://www.ror-nouvelle-aquitaine.fr>

Tous les professionnels de santé identifiés dans le ROR ont un accès par identifiant et mot de passe ou la carte CPS.

La demande de compte se fait via la page d'accueil.

"S'inscrire Nouvel utilisateur"



Deux chargées de mission ROR sont à disposition pour toute information concernant le ROR



Céline RICHIR

*chargée de mission ROR,
territoire Nord Est : Charente,
Creuse, Corrèze, Haute-Vienne,
Dordogne, Deux-Sèvres et
Vienne.*

*celine.richir@oruna.fr
05 44 00 00 42*

Pilar GARCIA MUNOZ

*chargée de mission ROR,
territoire Sud-Ouest : Charente
Maritime, Gironde, Landes,
Lot et Garonne et Pyrénées-
Atlantique*

*pilar.munoz.garcia@oruna.fr
05 35 54 48 24*

LE ROR : MODULE ANNUAIRE

En cette année 2017, tous les établissements de la région ont décrit leur offre de soins dans le ROR de façon hiérarchique et de la même manière : établissements géographiques, unités, professionnels.

Nous savons que la consultation d'une offre de soins actualisée est l'un des objectifs identifiés et partagés par les professionnels de santé. Cette lisibilité est indispensable à l'amélioration de l'orientation du patient en aval des structures d'urgences vers l'établissement le plus adapté à sa prise en charge. L'annuaire ROR favorise le partage d'informations sur des données ciblées et utiles aux professionnels.

L'annuaire est le socle du ROR : sans ce socle les modules opérationnels tels que les lits disponibles ou encore la tension hospitalière ne pourraient exister.

Il est donc indispensable qu'à travers les référents ROR, désignés dans chaque établissement de santé, la description des unités opérationnelles soit bien actualisée et décrite de façon pertinente. Ces référents travaillent souvent en collaboration avec les différents acteurs de leur établissement tels que les directeurs, médecins, cadres, administrateurs de garde. Cette collaboration permet de recueillir des informations plus détaillées sur la spécificité de certaines unités comme l'activité de soins, les équipements et les actes spécifiques.

L'ANNUAIRE DES ÉTABLISSEMENTS À TRAVERS UN EXEMPLE

CH HOPITAL CENTRE HOSPITALIER AGEN NERAC...

PRÉSENTATION

- **Nom** : CH HOPITAL / CFNTRF HOSPITAL IFR AGFN NFRAC - HOPITAL SAINT-ESPRIT - SITF D'AGFN
- **Structure juridique** : HOPITAL CENTRE HOSPITALIER AGEN-NERAC
- **Etablissement administratif** : Non
- **Raison sociale** : CH AGEN NERAC - HOPITAL SAINT-ESPRIT
- **FINESS Géographique** : 470000423 (sde fitness)
- **SIRET** : 26470355400016
- **Description** :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- **Création** : 18 mars 2015 15:06:20
- **Mis à jour** : 12 févr. 2018 15:10:36
- **Archivé** : Non
- **Logo** :
- **Convention coopération** :
- **Participation au service public** :
- **Aire de poser Hélicoptère** : Oui
- **H24** : Aucune donnée
- **Catégories d'hélicoptères acceptées** : Aucune donnée
- **Particularités** : Aucune donnée
- **Modalités d'activation** :
- **Modalités d'accès** :
- **Cadre de santé** ① Nathalie URCULLU
- **Cadre de santé** ① Manon LHERITIER
- **Cadre de santé** ① Christelle BOISSONNET
- **Cadre de santé** ① Caroline NOTTE
- **Cadre de santé** ① Murielle LE GUEN
- **Cadre de santé** ① Béatrice CAVEDON
- **Cadre de santé** ① Isabelle FANTINI
- **Cadre de santé** ① Karine PREVITALI
- **Cadre de santé** ① Guillaume DAVIGHI

ACTIVITÉ

- **Catégorie d'établissement** : Centre Hospitalier (C.H.)
- **Niveau de maternité** : Niveau 2a avec unité de néonatalogie
- **Activité de soins autorisée** :
 - Médecine
 - Chirurgie
 - Gynécologie, obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale
 - Psychiatrie
 - Médecine d'urgence
 - Réanimation
 - Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale
 - Traitement du cancer
 - Soins de suite et de réadaptation spécialisés - Affections de l'appareil locomoteur
 - Soins de suite et de réadaptation spécialisés - Affections du système nerveux
 - Soins de suite et de réadaptation spécialisés - Affections cardio-vasculaires
- **Autorisation dialyse** : Oui

CONTACT

<http://www.ch-agen.fr>

Route De Villeneuve
47923 AGEN CEDEX 9

secretariat.direction@ch-agen-nerac.fr
Standard : +33 5 53 69 70 71
Direction : +33 5 53 69 70 10
Fax : +33 5 53 69 78 10

Consulter le plan



Cellule Alerte

Téléphone : +33 5 53 69 74 00
Fax : +33 5 53 69 73 04
Email : alerte@ch-agen-nerac.fr
SAMU de référence : SAMU 47

Via la fiche de présentation de l'établissement, les utilisateurs disposent d'un certain nombre d'éléments intéressants, notamment les coordonnées de la cellule alerte (information nécessaire en cas d'alerte, tension ou plan blanc) et les activités de soins autorisées de l'établissement. Si ces informations ne sont pas exactes, l'équipe ORU NA se charge d'accompagner les établissements à faire les modifications et les démarches nécessaires avec un correspondant ARS afin de mettre à jour les changements de structures ou d'autorisations.

L'ANNUAIRE DES UNITÉS OPÉRATIONNELLES À TRAVERS UN EXEMPLE

UNITÉ : CARDIOLOGIE

ACTIVITÉ

- Type d'unité : MCO
- Activité de soins :
 - Cardiologie
- Spécialités :
 - Cardiologie
- Modes de prise en charge :
 - Hospitalisation complète (nc hospitalisation de semaine)
- Patientèles :
 - Adulte (avant 65 ans)
 - Jeunes adultes (16-21 ans)
 - Sénior 65-75 ans
 - Sénior 75 ans et plus

PRÉSENTATION

- Dénomination locale : Cardiologie
- Etablissement : CH HOPITAL CENTRF HOSPITAL IFR AGEN NERAC - HOPITAL SAINT-ESPRIT - SITE D'AGEN

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- Création : 10 mai 2010 10:13:02
- Mir à jour : 9 avr. 2018 10:05:15
- Archivé : Non
- Pôle : POLE MEDICINE POLYVALENTE ET DE SPECIALITE
- Discipline : Médecine
- Nombre de lits : 14
- Nombre de places :
- Nombre de salles de bloc :
- Code unité médicale : 1430
- Modalités d'accès géographiques : Site de Saint Esprit Hospitalisation après avis du cardiologue d'astreinte en journée
- Accueil des urgences : Oui
- Accueil des urgences (détails) : Par le service des urgences
- Hospitalisation directe : Oui
- Hospitalisation directe (détails) :
- Télémédecine Non
- Télétransmission des données : Non
- Informations complémentaires : 5 lits uniquement avec monitoring (SCOPE)

Horaires des visites

Type de jour	Détails	Commentaire
Jour férié	13:00 - 21:00	
Lun	13:00 - 21:00	

Actes spécifiques :

- Coronarographie
- Equipements spécifiques : Aucune donnée

Autres équipements

- Monitoring (scope)

Autre patientèle :

- Qualifications des locaux d'hospitalisation :
 - Chambres doubles
 - Chambres individuelles
 - Douilles accessibles aux personnes en fauteuil roulant
 - Salles d'informations assistologie (Éducation Thérapeutique du Patient)
- Lits spécialisés : Aucun donné

Filières de prise en charge :

- Syndrome coronarien aigu

Contacts :

Type	Extérieur	Intra	Fax	Email
Salle de soins 1	+33 5 53 69 74 51			
Salle de soins 2	+33 5 53 69 73 50			

Accessibilités :

- Accessibilité aux personnes de grande taille
- Accessibilité aux personnes en surcharge pondérale
- Accessibilité aux personnes sourdes ou malentendantes
- Accessibilité fauteuil roulant
- Accessibilité femme enceinte
- Accessibilité handicap intellectuel
- Accessibilité handicap sensoriel
- Accessibilité personne de petite taille

Conventions :

- Partenariat :
 - Addictologie
 - Association de malades

Référent UO :

- Référent UO : Jean-Laurent BUEE

Référent UO :

- Référent UO : YVONICK AIGLAUR

CONTACT

- Salle de soins 1 : +33 5 53 69 74 51
- Salle de soins 2 : +33 5 53 69 73 50
- Standard : +33 5 53 69 70 71

- Site de Saint Esprit Hospitalisation après avis du cardiologue d'astreinte en journée

- Messagerie sécurisée :

Pour les établissements sanitaires, sont décrites dans le ROR les unités suivantes : Urgences, SAMU, SMUR, Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO), Soins de suite et de réadaptation (SSR), Psychiatrie (PSY), Hospitalisation à domicile (HAD) et plateaux techniques (Blocs, pharmacies, etc...). Cette description permet de voir entre autre l'activité, les activités des soins et les modes de prise en charge. Les contacts téléphoniques facilitent la communication avec l'unité concernée. La description des plateaux techniques, des actes et des équipements spécifiques permet de mieux prendre en charge le patient.

L'ANNUAIRE DES PROFESSIONNELS À TRAVERS UN EXEMPLE

PROFESSIONNEL : LAURENT MAILLARD

COMPÉTENCES

- Profession :
- Spécialité ordinaire :
 - Médecine d'urgence
- Fonctions :
 - Médecin
 - Médecin coordinateur
- Compétences particulières :
 - Expertise en accidents médicaux
 - Investigateur aux essais cliniques
 - Médecin de catastrophe
 - Médecin et traumatologue du Sport
- Compléments :

IDENTITÉ

- Nom : MAILLARD
- Prénom : Laurent
- Sexe : Homme
- Générique : Non
- Immat de pront :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- ADEL :
- RPPS : 1000279247
- Identifiant National CP :

ETABLISSEMENTS ASSOCIÉS

CH HOPITAL CENTRE HOSPITALIER AGEN NERAC - HOPITAL SAINT-ESPRIT - SITE D'AGEN

- Unités :
 - Urgences
 - USMP (Unité de soins en milieu péniantaire)
 - SAJKU 47 - Centre 15
 - UHCD (Unité hospitalisation courte durée) Lits ports
- Fonctions :
 - Médecin
- Equivalent temps plein : 0
- Adresse e-mail dans l'établissement : maillard@ch-agen.fr
- Standard : +33 5 53 69 70 71
- Messagerie sécurisée :

CONTACT

CH HOPITAL CENTRE HOSP...

- @ maillard@ch-agen.fr

- Standard : +33 5 53 69 70 71

- Route De Villeneuve 47923 AGEN CEDEX 9

CH HOPITAL CENTRE HOSP...

- @ maillard@ch-agen.fr

- Standard : +33 5 53 97 61 00

- 00 Allée D'ALDRET 47000 NERAC

GCS GROUPEMENT DE COOP...

- @ laurent.maillard@ouma.fr

- Standard : +33 5 56 90 71 41

- 23 Quai Paludate 33000 Bordeaux

Les établissements décrivent leurs professionnels : a minima médecins, cadres de santé, direction et administrateurs de garde (nécessaire au module HET). A ce titre, l'identité, la spécialité ordinale et les coordonnées sont indiquées dans la fiche du professionnel.

L'implication des référents ROR au niveau des établissements est primordiale. Plus les données sont fiables, pertinentes, actualisées et plus les acteurs de terrain utilisent le ROR et trouvent ce qu'ils recherchent.

LE ROR : MODULE RECHERCHE

Plusieurs modes de recherche s'offrent à l'utilisateur :

- LA RECHERCHE SIMPLE

The screenshot shows the ROR search interface. At the top, there is a search bar with the text 'cardiologie' entered. Below the search bar, there are filters for 'Tous (390)', 'Etablissements (21)', 'Unités (151)', and 'Professionnels (218)'. The main content area displays a list of search results for 'cardiologie', including details for establishments like 'Cabinet de cardiologie Emailleurs cardiologie', 'CENTRE DE CARDIOLOGIE DU PAYS BASQUE', 'CCV N1 HD CARDIOLOGIE', 'UJ Cardiologie', and 'CONSULTATIONS EXT. CARDIOLOGIE'. Each result includes the establishment name, address, phone number, and a 'Plus d'infos' button.

En saisissant un mot clé dans le moteur de recherche du ROR (exemple « cardiologie »), le résultat de la recherche apparaîtra en dessous. Il est alors possible de trier ce résultat par établissements, unités ou professionnels. Pour une recherche plus fine, il est conseillé d'utiliser la recherche avancée.

- LA RECHERCHE AVANCÉE

Elle permet d'associer plusieurs critères concernant l'établissement, les unités et les professionnels. Ci-dessous un exemple de recherche avancée sur un département (Gironde) et un équipement (Bili-IRM) :

The screenshot shows the ROR advanced search interface. At the top, there is a search bar with the text 'Je recherche des établissements / unités / professionnels et leurs entités associées'. Below the search bar, there are filters for 'Département' (Gironde) and 'Equipements spécifiques' (Bili-IRM). The main content area displays a list of search results for 'Gironde' and 'Bili-IRM', including details for establishments like 'GCS GROUPEMENT DE COOPERATION SANITAIRE OBSERVATOIRE REGIONAL DES URGENCES NOUVELLE AQUITAINE ORUNA', 'PCL POLYCLINIQUE BORDEAUX-TONDU', 'CH HOPITAL CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE - ROBERT BOULIN', and 'PCL POLYCLINIQUE BORDEAUX-NORD AQUITAINE'. Each result includes the establishment name, address, phone number, and a 'Plus d'infos' button.

Avec l'utilisation du mode avancé le résultat est plus précis. Il est également possible d'enregistrer ses recherches favorites.

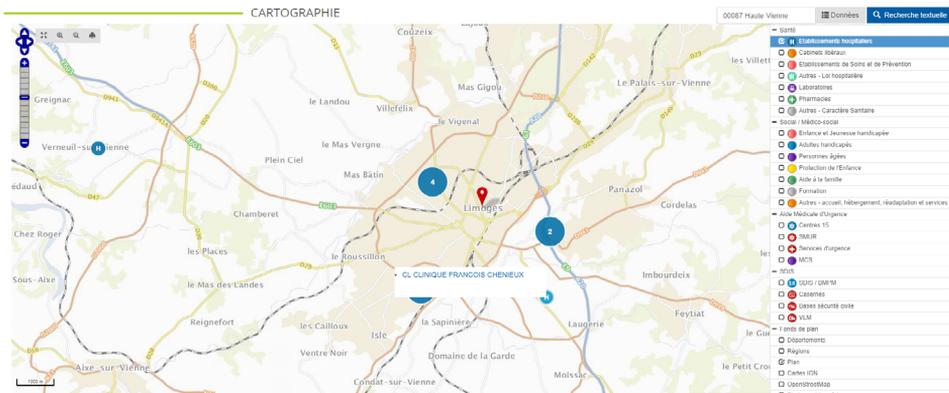
- LA RECHERCHE GUIDÉE

à l'aide des encadrés que l'équipe ORU NA aura préalablement renseignés (filières à venir)



- LA RECHERCHE CARTOGRAPHIQUE

qui permet de visualiser l'offre de soins sur un lieu ou une adresse donnée



- LA RECHERCHE INTER-ROR

La capture d'écran montre une interface de recherche inter-ROR avec les filtres suivants :

- Spécialité** : Choisissez une option (menu déroulant)
- Activité de soins** : Cardiologie interventionnelle (bouton avec 'x' pour supprimer)
- Modes de prise en charge** : Choisissez une option (menu déroulant)
- Acte spécifique** : Choisissez une option (menu déroulant)
- Equipements spécifiques** : Choisissez une option (menu déroulant)
- Age** : [] [] (champs de saisie)
- Classe d'âge** : Adulte (avant 65 ans) (bouton avec 'x' pour supprimer)
- Région** : Centre-Val-de-Loire (menu déroulant)
- France** : [] (case à cocher)
- Département** : Choisissez une option (menu déroulant)
- Commune** : Choisissez une commune (menu déroulant)
- Rechercher** : Bouton de validation

En bas à droite, il y a une légende : **Champs obligatoires**

Il est également possible de faire une recherche dans les ROR des autres régions à partir des critères définis au niveau national avec l'ASIP :

- l'activité de soins (ex : neurochirurgie vasculaire, chirurgie cardiaque et gros vaisseaux...)
- la patientèle ou classe d'âge (ex : adulte, senior, nouveaux nés...)
- le mode de prise en charge (ex : hospitalisation de jour, consultation...)
- les actes spécifiques (ex : infiltration articulaire écho-guidée, implantation d'un défibrillateur cardiaque...)
- les équipements spécifiques (ex : écho doppler veineux des membres, échocardiographe 3D, table de bloc opératoire obésité (poids entre 150 et 250 kg) – bariatrique...)

Exemple de recherche inter-ROR : recherche de la cardiologie interventionnelle pour un adulte dans la région Centre-Val de Loire

Le résultat suivant s'affiche :

Q Recherche Inter-ROR 3 critères influencent les résultats Développer ▾

Centre-Val-de-Loire (24)

BLOC INTERVENTIONNEL CHRU TROUSSEAU - CHAMBRAY ☎ +33 2 47 47 47 47	Centre-Val-de-Loire
BLOC OPERATOIRE HOPITAL PRIVE D'EURE ET LOIR ☎ +33 2 37 18 41 00	Centre-Val-de-Loire
BLOC OPERATOIRE NCT SITE ST GATIEN ☎ +33 2 47 21 15 15	Centre-Val-de-Loire
CARDIOLOGIE CH CHARTRES LOUIS PASTEUR-LE COUDRAY ☎ +33 2 37 30 30 57 - ☎ +33 2 37 30 30 30	Centre-Val-de-Loire

LE ROR : MODULE LITS DISPONIBLES

Le module 'lits disponibles' est accessible par tous les professionnels inscrits dans le ROR. Il permet de connaître les capacités d'hospitalisation et les capacités disponibles des établissements de santé.

ROR ROR Nouvelle-Aquitaine Accueil Recherche Mon établissement Synthèses et outils régionaux Outils pédagogiques

Présentation

Mon établissement
Mes pôles
Mes unités
Mes professionnels

Lits disponibles

Saisie/consultation lits disponibles

Permanence des soins

Mes gardes et astreintes
PDS du jour
PDS hebdomadaire
PDS mensuelle

Formulaires

Plan blanc

Ces capacités disponibles peuvent être affichées par discipline, par établissement, par territoire ou région en fonction du filtre choisi et utilisées en interne pour la gestion des lits.

TABLEAU DE SAISIE DES LITS DISPONIBLES

Unité	N° Appels	Disponibilité					Mise à jour	Notes
		↓	↑	↕	⬇	⬆		
🔵 Cardio-Gériatrie capacité d'accueil : 8	0	0	0	0	0	28/05/2018 18:00		
🔵 Cardiologie 1 HC capacité d'accueil : 22	0	0	5	0	0	28/05/2018 18:00		
🔵 Cardiologie 1 HdS capacité d'accueil : 8	0	0	0	0	0	28/05/2018 18:00		
🔵 Cardiologie 2 HC capacité d'accueil : 22	0	0	8	0	0	28/05/2018 18:00		
🔵 Cardiologie 2 HdS capacité d'accueil : 8	0	0	0	0	0	28/05/2018 18:00		
🔵 Centre d'Investigation Clinique hospitalisation complète capacité d'accueil : 1	0	0	0	0	0	28/05/2018 18:00		
🔵 Centre Régional Pathologie du Sommeil capacité d'accueil : 6	0	0	0	0	0	28/05/2018 18:00		
🔵 Chirurgie Cardio-Thoracique capacité d'accueil : 13	0	0	3	0	0	28/05/2018 18:00		
🔵 Chirurgie Plastique capacité d'accueil : 6	0	0	0	0	0	28/05/2018 18:00		

Sur le tableau des lits disponibles (exemple ci-dessus), en cliquant sur le pictogramme « i » devant le nom des unités, on obtient toutes les informations descriptives de l'unité. Dans la deuxième colonne le numéro de contact de l'unité s'affiche si préalablement renseigné dans la fiche unité.

Les capacités disponibles sont répertoriées en lits homme, femme, indifférencié et spécialisé (chambre d'isolement en santé mentale, chambre à pression positive et négative, caisson hyperbare). La dernière colonne des 'Disponibilité' décrit le nombre de lits fermés. La date et heure de mise à jour sont affichées. La partie « Notes » permet à la personne renseignant le ROR de communiquer des informations sur l'évolution attendue à court terme de ces disponibilités (ex : ouverture de 5 lits à 18h, fermeture de 3 lits week-end 2 et 3 juin).

Pour rappel les lits sont renseignés selon une procédure validée en région par le comité restreint de l'ORU NA et l'Assemblée Générale.



ROR - 2016

Procédure de saisie des lits disponibles

Activités MCO, SSR, PSY, HAD, USLD

La saisie des lits disponibles dans le ROR est obligatoire pour les unités opérationnelles concernées de l'ensemble des établissements sanitaires. Cliquez sur le lien : <https://www.ror-nouvelle-aquitaine.fr>

Qu'est-ce qu'un lit disponible ?

Un lit disponible est un lit d'hospitalisation doté en personnel ni occupé au moment de la déclaration ni réservé :

- en **période normale** pendant les 24 heures suivant une demande
- en **période de tension** pendant les 12 heures suivant une demande

En période de tension solidaire la notion de « réservé » disparaît, un lit est disponible dès que non occupé.

En temps normal les lits réservés sont renseignés dans la zone « NOTES ».

La saisie des lits doit :

- Se faire dans le respect des modalités de saisie en temps normal et en cas de tension (tension et tension solidaire), voir ci-dessous
- Distinguer les lits hommes/femmes/indifférenciés/spécialisés (chambre d'isolement en santé mentale, à pression positive, à pression négative, stérile)

1. Modalités de saisie en temps normal

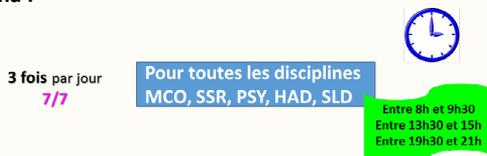
La saisie se fait au fil de l'eau en priorité. Les créneaux suivants sont à respecter à minima :



2. Modalités de saisie en cas de tension

La tension peut être déclarée soit par le directeur de l'établissement ou son représentant pour un établissement, soit par l'ARS pour un territoire

La saisie se fait au fil de l'eau en priorité. Les créneaux suivants sont à respecter à minima :



3. Modalités de saisie en cas de SSE (Situation sanitaire exceptionnelle)

La saisie se fait à la demande des tutelles dans les créneaux précisés dans la demande.

Pour toute question merci de prendre contact avec :

Votre référent établissement

L'équipe ROR :

✓ contact.ror@oruna.fr

LE ROR : MODULE HET

Ces dix dernières années nous avons vu une transformation de notre système de santé. Dans nos établissements de santé, l'ambulatoire a connu un essor importants'accompagnant dans le même temps de la fermeture d'un grand nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle.

Notre modèle économique du système de santé basé sur la T2A a fait des lits hospitaliers un bien précieux. Pour les gestionnaires de lits, l'intérêt de l'optimisation du remplissage des lits ne fait aucun doute.

Dans ce contexte, afin d'assurer l'orientation du patient vers le bon environnement, un certain nombre d'outils sont en cours de déploiement en Nouvelle-Aquitaine. Parmi ceux-ci, le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) est le pivot de cette orientation.

Accueil

Recherche

Mon établissement

Synthèses et outils régionaux

Hôpital en tension

Veille Etablissement
HET en cours
HET Historique
Activité des Urgences

Synthèses serveur de veille

Synthèse Urgences
Synthèse RPU
Synthèse SAMU
Synthèse Décès

Hôpital en tension 2016



Ce document constitue la troisième version des travaux de la FEDORU sur la thématique « hôpital en tension ».



Livret Hôpital en tension 2016. Ce document comprend 9 fiches techniques

Définition de la tension hospitalière par la FEDORU : il s'agit d'une inadéquation entre l'offre et le besoin nécessaire à la prise en charge d'un ou des patients dans de bonnes conditions humaines, matérielles et environnementales.



La tension peut être d'origine pré-hospitalière du fait d'épidémies, elle peut tirer son origine des urgences du fait de problèmes structurels, problèmes matériels voire humains, et enfin elle peut être liée au problème d'aval des structures d'urgences et d'établissement du fait d'un déficit opérationnel en lits.

L'ORUNA, à travers ses réseaux territoriaux, en s'appuyant sur ses coordonnateurs médicaux et ses coordonnateurs et animateurs administratifs, accompagne les établissements pour l'amélioration de la qualité de l'information nécessaire à la prise en charge optimale des patients, que ceux-ci proviennent du pré-hospitalier (via les SAMU) ou des urgences.

Le ROR est le support de cette optimisation. Son efficacité dépend cependant de l'appropriation qui en est faite par l'ensemble des professionnels (administratifs et soignants).

La déclaration de la tension hospitalière doit faire l'objet d'une véritable philosophie institutionnelle. Aujourd'hui un grand nombre de directions hésitent encore à procéder aux déclarations de tension, en partant du principe que la structure va s'adapter, que les professionnels vont s'organiser pour assurer la prise en charge, même si le patient n'est pas dans le bon environnement.

En période de tensions, les soignants des urgences se retrouvent avec des services d'aval pleins, avec de nouveaux patients à charge qui sont en général lourds et complexes, nécessitant plus de temps, et qu'ils vont devoir orienter dans un environnement inadapté : ces patients sont dits « hébergés ».

Face à ces enjeux, les établissements de santé doivent se réorganiser. En amont des tensions, un vrai travail d'acculturation doit être fait en leurs seins, autour du ROR. Comme il avait été proposé lors des premiers travaux de la FEDORU sur la tension, il est essentiel que soient mis en place au sein des établissements :

Une cellule de veille dont le rôle est de :

- Mettre en place des indicateurs de suivi : nombre de patients hospitalisés via les urgences, nombre d'hospitalisations programmées, nombre de patients hébergés, patients ayant des DMS > à l'attendu, nombre de patients sortants prévus.... Tous ces éléments doivent être analysés au sein de cette cellule afin de mieux anticiper d'une année sur l'autre les besoins en lits pour les urgences.

- Utiliser les données de prédiction diffusées par l'ORU Nouvelle Aquitaine. Une prédiction des besoins est faite mois par mois auprès des établissements leur indiquant le nombre moyen de lits nécessaires, au quotidien, pour leurs structures d'urgences.

- Vérifier l'usage du ROR au sein de son établissement.

Le ROR

Les missions du Système d'Information (SI) et celles du ROR sont différentes. Le SI reflète l'occupation des lits de l'établissement à un instant donné et les hospitalisations programmées (préadmissions). Il s'agit de données factuelles, avec ses limites : certaines données de pré-admissions et de fermetures non renseignées (ex fermeture pour travaux), des sorties non réalisées dans les temps.

Le Registre Opérationnel des Ressources n'a pas la même fonctionnalité. Il reflète la mise à disposition par les services d'un nombre de lits en particulier pour les urgences. Cette information est une donnée déclarative qui doit provenir du terrain, des « sachant » de l'évolution en capacités de leurs structures. Les professionnels qui assurent souvent cette mission sont les cadres et les Bed-Manager.

Le ROR permet en outre de ne plus avoir besoin de rechercher la personne source à travers les méandres d'un établissement.

L'organisation de la traçabilité au sein du ROR a fait l'objet d'une procédure régionale validée par le comité restreint de l'ORU NA. L'information doit être tracée une fois par jour dans les établissements avec lits MCO en période normale et 3 fois par jour en période de tension. Les unités des soins critiques saisissent à minima 3 fois par jour pour toute période.

Bien que la capacité disponible renseignée dans le ROR soit une donnée ponctuelle qui évolue dans le temps, elle fournit en dehors des périodes de tensions une tendance au niveau de l'établissement, du territoire et de la région sur la disponibilité en lits MCO. L'intérêt opérationnel de l'outil survient tout particulièrement en période de tensions. Les professionnels de terrain, en premier lieu les cadres, ont compris la nécessité d'informer l'institution de la libération réelle ou prévisible des lits de leur service. L'outil permet de noter le nombre de lits disponibles, soit en inscrivant en chiffre brut, soit en ajoutant des informations dans la partie « Notes » du module lits disponibles.

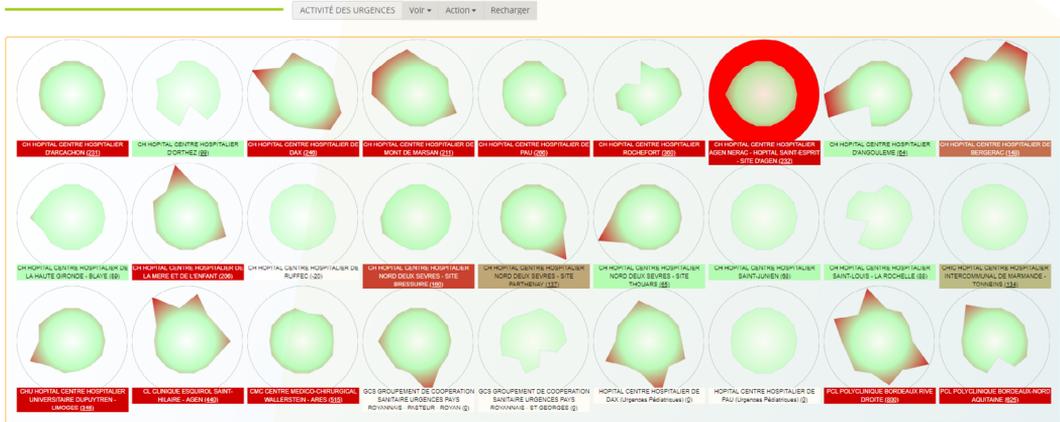
En période de tension il n'est plus rare de voir dans les établissements acculturés au ROR le remplissage au fil de l'eau par les cadres. En effet, il est apparu nettement plus simple aux référents des lits dans un service de tracer régulièrement les disponibilité en lits dans le ROR plutôt que d'être interpellés fréquemment par les équipes des urgences.

Lors des périodes de tension, il est recommandé aux référents des urgences, dès lors qu'ils réservent un lit dans un service d'aval pour un patient de leur service des urgences, de le notifier directement sur l'outil. Ces référents appellent ensuite le service pour réserver ce lit, l'information est ainsi tracée pour l'ensemble des acteurs des urgences, le SAMU et les établissements périphériques.

Unité	N° Appels	Disponibilité								Mise à jour	Notes
		↑	↓	↕	↗	↘	↖	↙	↚		
☉ Cardiologie ☺ capacité d'accueil : 14	+33 5 53 69 74 51	2	0	2	0	0	0	0	0	31/05/2018 12:49	
☉ Chambre mortuaire ☺ capacité d'accueil : 14	+33 5 53 69 70 71	0	0	0	0	0	0	0	0	25/05/2018 20:29	A la demande de FARS
☉ Chirurgie digestive et polyvalente ☺ capacité d'accueil : 22	+33 5 53 69 74 41	1	1	1	0	0	0	0	0	31/05/2018 11:22	
☉ Chirurgie orthopédique et traumatologie ☺ capacité d'accueil : 20	+33 5 53 69 74 31	0	0	2	0	5	0	0	0	31/05/2018 11:22	
☉ Court séjour gériatrique ☺ capacité d'accueil : 25	+33 5 53 69 74 25	0	1	1	0	0	0	0	0	31/05/2018 12:07	
☉ Endocrinologie HUS ☺ capacité d'accueil : 8	+33 5 53 69 70 70	2	0	0	0	0	0	0	0	31/05/2018 10:07	
☉ Endocrinologie, plaies et cicatrisation ☺ capacité d'accueil : 12	+33 5 53 69 74 71	0	0	2	0	0	0	0	0	31/05/2018 10:08	
☉ Hépto-gastro-entérologie et Oncologie digestive ☺ capacité d'accueil : 15	+33 5 53 69 70 57	0	0	0	0	0	0	0	0	30/05/2018 22:16	

L'ACTIVITÉ DES URGENCES

Huit nouveaux établissements ont mis en place les RPU étendus en 2017. Ainsi, au 31 décembre 2017 il est possible de consulter l'activité des urgences en quasi-temps réel pour 18 établissements de santé via des "radars" visuels (remontée tous les 10 minutes). Au 1er mai 2018 le nombre d'établissements remontant les RPU étendus était de 27.



Pour rappel, ces radars apportent plusieurs informations nécessaires à la veille sanitaire et au suivi des événements. Ils permettent de voir en un seul coup d'œil les problématiques rencontrées par l'ensemble des établissements de la Nouvelle-Aquitaine, qu'il s'agisse d'une alerte (pré-tension) ou d'une tension.

Code couleur :

- Contour blanc : établissement hors tension
- Contour jaune : établissement en alerte
- Contour rouge : établissement en tension

Pour y accéder : onglet "Synthèse et outils régionaux" puis chapitre "Activité des urgences".

En cliquant sur un radar représentant un établissement, l'onglet « Tabulaire » permet d'avoir une vision des temps de prises en charge et du nombre de passages au sein de la structure d'urgence. Enfin, le dernier onglet « Patients » permet de connaître en temps quasi réel l'ensemble des patients présents dans la structure d'urgence :

- La date et heure d'enregistrement administratif
- L'âge et sexe du patient
- Le motif de recours (d'admission)
- La gravité (CCMU - Classification clinique des malades aux urgences)
- L'orientation souhaitée
- L'orientation définitive

L'apprentissage à la lecture des différentes vignettes correspondant aux patients est important pour essayer d'anticiper les hospitalisations à venir au sein de l'établissement.

Un code couleur permet d'identifier l'évolution dans la prise en charge du patient :

- Bleu = patient en attente de prise en charge par un médecin senior
- Jaune = patient pris en charge par un médecin senior
- Vert = patient pris en charge par un médecin senior et dont l'état de santé présente les caractéristiques suivantes (UHCD repéré) :

- un caractère instable, ou que le diagnostic reste incertain,
- nécessite une surveillance médicale et un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation,
- nécessite la réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques.

Indicateurs	Tabulaire	Patients
F, 24 ans 23/04/2017 16:28 TROUBLE COMPORTEMENT ADULTE CCMU 2, GRAV SOUHAITEE : SCAN		
M, 83 ans 23/04/2017 23:51 HEMORRAGIE ANUS ET RECTUM CCMU 3, GRAV SOUHAITEE : FOGD / COLO		
M, 84 ans 24/04/2017 00:09 HEMORRAGIE ANUS ET RECTUM CCMU 0, GRAV SOUHAITEE : MEDECINE		
M, 27 ans 24/04/2017 01:30 DOULEUR ABDOMINALE - EVA SUP. 8 CCMU 3, GRAV 2 SOUHAITEE : BOX CONFIRMEE : UROLOGIE		
M, 39 ans 24/04/2017 08:14 CONTUSION EPAULE / BRAS CCMU 0, GRAV SOUHAITEE : MAO		

La déclaration de l'alerte ou de la tension. L'ORU NA a mis en place des procédures régionales d'aide à la déclaration des alertes et des tensions. Celles-ci sont distribuées par les CMT et CART au sein des établissements.

L'intérêt de la déclaration d'une alerte ou d'une tension est la mise en action des procédures internes à l'établissement définies en amont des situations de crise et préalablement validées par l'établissement. Ces actions peuvent aller du renfort humain au renfort matériel au sein des urgences mais également à un certain nombre d'anticipations de sorties au sein des services.

Il est possible lors d'une alerte ou d'une tension liée à la saturation d'un service d'urgence d'évoquer avec le SAMU la mise en place de la procédure de réorientation des patients vers d'autres établissements, si celle-ci a été préalablement validée au sein du réseau territorial

des urgences. Le motif de la déclaration doit être tracé sur le ROR avec le maximum de détails pour que la procédure s'y référant puisse permettre toute son opérationnalité.

La déclaration d'alerte. La politique de la région Nouvelle-Aquitaine est de permettre aux soignants de déclarer des alertes lorsqu'ils rencontrent des difficultés au sein de leur structure de soins. Cette alerte remonte alors au niveau de la Direction et du SAMU.

La déclaration de tension. Celle-ci ne peut être déclarée que par le directeur de l'établissement ou son représentant. Une déclaration de tension nécessite de tracer les problématiques rencontrées par l'établissement et de réaliser une mise à jour des lits disponibles sur le ROR. L'absence de ces deux actions rend caduque toute déclaration de tension.

La description de la tension est partagée par la cellule de crise au sein de l'établissement. Elle fera donc l'objet d'une traçabilité permettant d'éclairer les différents acteurs de l'établissement, les établissements périphériques, le SAMU et l'ARS.

Il est demandé aux urgentistes de notifier sur leur logiciel des urgences, à l'issue de la prise en charge de leurs patients, les orientations souhaitées de leurs patients, permettant ainsi de voir au fil de l'eau le volume nécessaire d'hospitalisations à l'issue des urgences.

La déclaration de la tension est diffusée au niveau de la direction de l'établissement, au SAMU et à l'ARS. Avec l'ensemble des informations tracées, il est possible d'avoir une vision à court terme des moyens à mettre en place pour faire face à cette tension.

L'après tension : les Retex. Chaque tension (voire alerte) apporte son lot d'informations permettant d'adapter les procédures internes pour faire face aux prochaines tensions. Le

Retex permet :

- d'analyser le niveau d'appropriation par les professionnels des différents outils mis à leur disposition
- d'identifier les difficultés rencontrées
- d'anticiper les tensions par la mise en place de moyens adaptés.

Il est important également qu'au sein de ces cellules de veille soit réalisé un vrai travail en partenariat avec la commission des usagers sur la qualité de la prise en charge des patients hébergés.

LE ROR : MODULE PLAN BLANC

Outils pédagogiques

Module Plan blanc

Guide Plan blanc

Le module plan blanc recense aujourd'hui un certain nombre de données correspondant aux moyens et mesures d'organisation au sein des établissements et destinés à faire face à une crise sanitaire.

Ce module, est en cours d'évolution. La nouvelle version proposera en complément un volet déclaratif (permettant de déclarer les plans blancs dans le ROR) et un module dynamique (permettant de suivre et d'analyser les situations de crise en temps réel au niveau d'un établissement, un territoire ou une région).

Ce formulaire comporte différents chapitres :

- L'identification de l'établissement : coordonnées cellule alerte, de crise
- Les généralités : version, date de formation aux exercices, ...
- Les équipements : laboratoire, dépôt de sang, pharmacie, caisson, radiologie, SAMU-SMUR, oxygène, respirateurs, matériels de premiers secours, évacuations sanitaires, autonomie énergie, alimentaire, volet NRBC
- Les capacités (habituelles et mobilisables) : en activités de soins, activités spécialisées, bloc opératoire, chambre mortuaire, autres, capacités d'accueil « urgences absolues et relatives »
- Les modalités de déclenchement du plan blanc
- La structure : plan et accueil
- Les mesures NRBC
- Les procédures et les protocoles internes à l'établissement en fonction des différents types d'évènements

LE ROR ET VIA TRAJECTOIRE

L'interopérabilité ROR/Via Trajectoire a débuté en septembre 2017 pour les départements pilotes Landes et Lot-et-Garonne. Un travail avec les équipes ROR/VT a été réalisé sur le nommage des unités opérationnelles sur les champs MCO et SSR pour que la lisibilité et la mise à jour des données en soient facilitées. Ex : nommage d'une unité SSR cardio "SSR Cardiologie HDJ" ou "SSR Cardiologie HDS". Ces règles de nommage ont été validées en région et le déploiement de ces recommandations se fera sur l'année 2018 pour tous les autres départements. Une fois ce déploiement fait, l'opérationnalité de l'interopérabilité est prévue pour le second semestre 2018.

Un lien direct vers Via Trajectoire est aujourd'hui opérationnel depuis le ROR par un simple clic.



CONCLUSION

Notre système de soins a évolué ; il existe des solutions qui doivent être partagées entre gestionnaires de l'établissement et soignants pour permettre une meilleure prise en charge possible de l'ensemble des patients.

Les périodes et les causes de tensions sont de mieux en mieux connues au sein de nos établissements, elles doivent être anticipées.

L'offre de soins mise à disposition des professionnels doit être correctement identifiée pour répondre aux besoins lors d'une tension ou d'une crise sanitaire mais également en temps normal.

Il est nécessaire pour les établissements de santé de modifier leur organisation au même titre qu'ils ont modifié celle-ci pour s'adapter à la prise en charge ambulatoire. Il doit exister une véritable offre variable en capacités de lits sur les périodes de tension identifiées les années précédentes.

Le ROR et la Cellule de Veille sont deux outils qui contribuent à assurer pour les patients une prise en charge de qualité, et pour les soignants des conditions d'exercice adaptées à leurs missions.



COLLABORATION
AVEC LA CIRE
NOUVELLE
AQUITAINE
DE SANTÉ
PUBLIQUE
FRANCE

P.196

INTRODUCTION

P.196

COLLABORATION ORU-CIRE

P.197

**LA SURVEILLANCE DE LA
ROUGEOLE EN NOUVELLE-
AQUITAINE 2017-2018**

COLLABORATION AVEC LA CIRE NOUVELLE AQUITAINE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

INTRODUCTION

Inscrite dans la loi de modernisation de notre système de santé, Santé publique France est l'agence nationale de santé publique créée par le décret du 27 avril 2016. Sa mission, qui est de protéger efficacement la santé des populations, s'articule autour de trois axes majeurs : anticiper, comprendre, agir.

En tant qu'agence scientifique et d'expertise du champ sanitaire, elle a en charge :

- l'observation épidémiologique et la surveillance de l'état de santé des populations ;
- la veille sur les risques sanitaires menaçant les populations ;
- la promotion de la santé et la réduction des risques pour la santé ;
- le développement de la prévention et de l'éducation pour la santé ;
- la préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires ;
- le lancement de l'alerte sanitaire.

Pour réaliser ses missions en région, l'agence dispose, sous son autorité, de Cellules d'intervention en région (Cire) placées au plus près du terrain, au sein des Agences régionales de santé (ARS).

Dans le cadre de ces missions, la Cire est garante de la mise en œuvre et de l'exploitation des données du dispositif SurSaUD® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès) qui repose sur les structures d'urgences (SU) hospitalières à travers le réseau OSCOUR® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), les médecins libéraux des associations SOS Médecins, les états civils informatisés et la certification électronique des décès. La Cire est en charge des analyses régionales et des retours d'information aux producteurs des données au travers notamment du Point Epidémiologique Hebdomadaire (<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Points-epidemiologiques>).

COLLABORATION ORU-CIRE

En parallèle des travaux de routine sur la qualité et l'exhaustivité des RPU, l'ORU et la Cire travaillent étroitement sur l'utilisation des données des RPU notamment lors des épidémies hivernales comme la grippe ou la bronchiolite avec le suivi des indicateurs épidémiologiques par la Cire et celui de l'impact sur l'offre de soin par l'ORU. Au cours de l'année, plusieurs réunions se sont tenues pour échanger sur nos programmes de travail ou encore partager des réflexions de travail (rétro-information aux urgentistes, analyse des tentatives de suicide via les données des urgences...).

Au cours de l'année, plusieurs communications valorisant les données des services d'urgences ont été réalisées comme par exemple « Expérimentation de l'étiquetage des

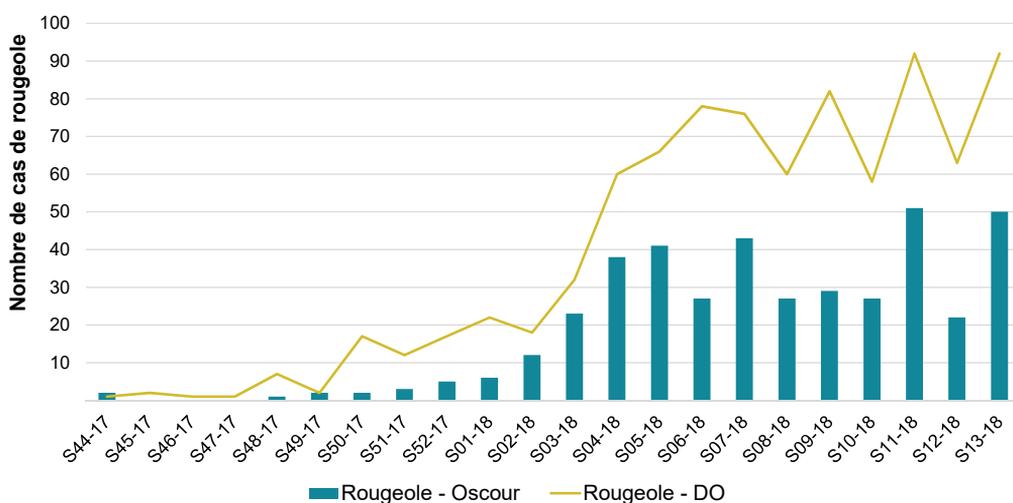
passages aux urgences lors des grands rassemblements de population » lors du congrès SFMU de juin 2017 et de la Rencontre Régionale de Santé Publique en Nouvelle-Aquitaine en septembre 2017 ou encore lors de la Journée Régionale Urgence en septembre 2017 avec la présentation « Rôle des données des urgences pour la veille et la surveillance épidémiologique ».

Enfin, une charte de partenariat a été rédigée au cours de l'année 2017 afin d'établir un programme de travail commun entre l'ORU et la Cire associant l'ARS et permettant ainsi de bien définir les champs d'actions de chacune des entités.

EXEMPLE D'UTILISATION DES RPU POUR LA SURVEILLANCE : LA ROUGEOLE EN NOUVELLE-AQUITAINE 2017-2018

Les regroupements syndromiques issus du réseau Oscour® permettent de suivre la situation épidémiologique des épidémies saisonnières attendues comme la bronchiolite ou la grippe mais aussi des épidémies émergentes comme celle de la rougeole qui a touché la région à partir de la fin d'année 2017. Le suivi de ces regroupements syndromiques au travers du réseau Oscour® permet d'informer, en temps réel, l'ensemble des partenaires et montre la complémentarité avec le système de surveillance de routine comme celui des maladies à déclaration obligatoire. L'analyse suivante est réalisée à partir des données des établissements participants au réseau Oscour® en Nouvelle-Aquitaine soit 68 sur 69 services d'urgences.

FIGURE 1 : NOMBRE HEBDOMADAIRE DE PASSAGES AUX URGENCES POUR ROUGEOLE (OSCOUR®) ET NOMBRE DE CAS DE ROUGEOLE ISSUS DES DONNÉES DE DÉCLARATION OBLIGATOIRE, DU 01 NOVEMBRE 2017 AU 01 AVRIL 2018, NOUVELLE-AQUITAINE.



Entre le 01 novembre 2017 et le 01 avril 2018, 411 passages aux urgences pour rougeole ont été enregistré en Nouvelle-Aquitaine avec une circulation devenant active fin décembre-début janvier (Figure 1). La majorité des passages provenaient du département de la Gironde (61 %).

Au total, une très bonne corrélation des données des urgences hospitalières et des DO est observée ($r = 0,94$). Les données du réseau Oscour® montre une bonne réactivité pour la détection de l'épidémie et permet le suivi de la dynamique de celle-ci en temps quasi réel (J+1).

Depuis le début de l'épidémie, de nombreuses actions ont été réalisées pour sensibiliser la population et les professionnels de santé à la circulation du virus et à la vaccination. L'ensemble des services d'urgences ayant accueilli un cas de rougeole ont mis en place les mesures barrières (port du masque, isolement des cas suspects...) afin d'éviter la propagation de l'épidémie. Enfin, l'information a également été relayée via le ROR fin décembre 2017 afin que l'ensemble des établissements en soit informé.

The image features three vertical binder covers in yellow, grey, and green, arranged side-by-side. Each cover has a white rectangular label area at the top with two horizontal lines, and a circular hole at the bottom. A large, semi-transparent yellow triangle points from the right towards the center, overlapping the binders. The word "ANNEXES" is written in white, uppercase letters across the center of the triangle.

ANNEXES

P. 202

SOURCES DES DONNÉES

P. 203

**DÉFINITIONS ET MÉTHODES DE LA
FEDORU**

P. 204

NOMENCLATURE DES FILIÈRES

SOURCES DES DONNÉES

L'Observatoire Régional des Urgences (ORU) de la région Nouvelle Aquitaine (NA) traite toutes les données liées directement ou indirectement à l'activité des structures d'urgences : les **Résumés de Passage aux Urgences (RPU)**, les données Urgences, les données UHCD, les données Décès, les données SAMU, les lits disponibles, les fermetures de lits prévisionnelles...

Les RPU ont été rendus obligatoires par l'arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicales produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgences.

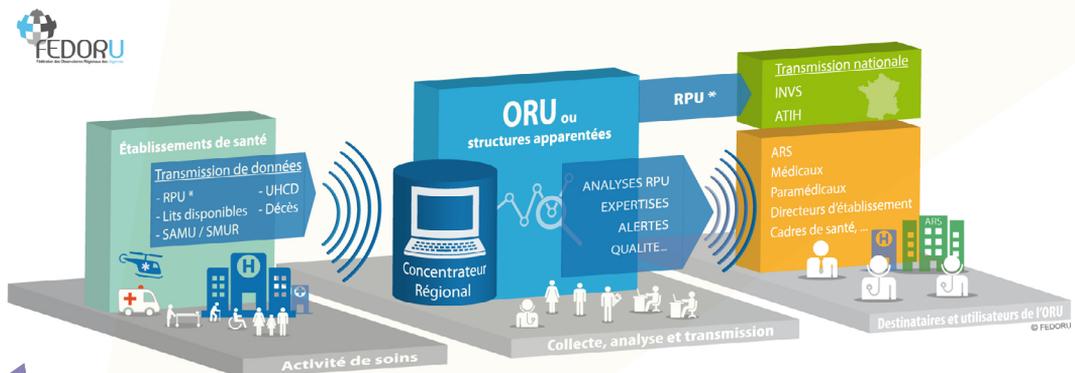
Toutes les admissions informatiques réalisées au sein des services d'urgences doivent faire l'objet d'un envoi RPU. Les simples enregistrements aux urgences avant hospitalisation, les réorientations immédiates sans soins vers une maison médicale de garde ou un médecin de ville, ainsi que les re-convocations doivent donc figurer dans les RPU.

L'ensemble des données RPU remontées provient du système d'information des urgences, qu'il soit un logiciel métier ou non. Ceci se fait grâce à un flux automatisé entre les services d'urgences et les concentrateurs régionaux. A minima, les RPU doivent être transmis quotidiennement. L'arrêté du 24 juillet 2013 prévoit que l'Agence Régionale de Santé (ARS) puisse demander une remontée infra quotidienne en période de tension.

Par ailleurs, les informations recueillies par le biais des RPU contribuent également à la politique de veille et de sécurité sanitaire menée par Santé publique France. Les RPU, dans le cadre du dispositif OSCOUR® (Organisation de la Surveillance Coordonnée des Urgences) sont transmis quotidiennement à Santé publique France et s'intègrent à l'ensemble des données qui alimentent le dispositif de surveillance syndromique SurSaUD® (Surveillance Sanitaire des Urgences et des Décès).

Depuis 2015, les RPU sont également transférés à l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH) mensuellement sur la plateforme Syrius (SYstème de Recueil de l'Information des Urgences).

SCHÉMA PROCESSUS LIÉS À LA COLLECTE ET À LA TRANSMISSION DES RPU



* RPU : Résumé des Passages aux Urgences

DÉFINITIONS ET MÉTHODES DE LA FEDORU

Taux de recours

= Nombre de passages aux urgences (de la région ou du département) de patients résidant dans une zone donnée / Nombre d'habitants de la zone (population 2015 estimée par l'INSEE) sur la période donnée

Taux de passage

= Nombre de passages aux urgences (de la région ou du département) dans une zone donnée / Nombre d'habitants de la zone sur la période donnée

Sex-Ratio

= Nombre d'Hommes / Nombre de Femmes

Âge

Exclusion des âges négatifs ou supérieurs à 120 ans

Pédiatrie

Tous les patients de moins de 18 ans

Gériatrie

Tous les patients de 75 ans et plus

Durée de passage

= Délai en heures entre la date d'entrée et la date de sortie

Exclusion des durées manquantes, négatives, égales à 0 ou supérieures à 72 heures

Heure d'entrée

Journée = 08h00 - 19h59

Nuit = 20h00 - 07h59

Soirée = 20h00 - 23h59

Nuit profonde = 00h00 - 07h59

Semaine / Week-end

Semaine = Lundi 00h00 - Vendredi 23h59

Week-end = Samedi 00h00 - Dimanche 23h59

PDS

- tous les jours de 20h à 07h59
- les samedis de 12h à 19h59
- les dimanches
- les jours fériés et jours de pont

NOMENCLATURE DES FILIÈRES



NOMENCLATURE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX (AVC)

- G45** Accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés **1**
- G450** Syndrome vertébro-basilaire **1**
- G451** Syndrome carotidien (hémisphérique) **1**
- G452** Accident ischémique transitoire de territoires artériels précérébraux multiples et bilatéraux **1**
- G453** Amaurose fugace **1**
- G454** Amnésie globale transitoire **1**
- G458** Autres accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés **1**
- G459** Accident ischémique cérébral transitoire, sans précision **1**
- G460** Syndrome de l'artère cérébrale moyenne (I66.0) **2**
- G461** Syndrome de l'artère cérébrale antérieure (I66.1) **2**
- G462** Syndrome de l'artère cérébrale postérieure (I66.2) **2**
- G463** Syndromes vasculaires du tronc cérébral (I60-I67) **2**
- G464** Syndrome cérébelleux vasculaire (I60-I67) **2**
- G465** Syndrome lacunaire moteur pur (I60-I67) **2**
- G466** Syndrome lacunaire sensitif pur (I60-I67) **2**
- G467** Autres syndromes lacunaires (I60-I67) **2**
- G468** Autres syndromes vasculaires cérébraux au cours de maladies cérébrovasculaires (I60-I67) **2**
- G81** Hémiplégie **4**
- G8100** Hémiplégie flasque récente, persistant au-delà de 24 heures **4**
- G8101** Hémiplégie flasque récente, régressive dans les 24 heures **4**
- G8108** Hémiplégie flasque, autre et sans précision **4**
- G811** Hémiplégie spastique **4**
- G819** Hémiplégie, sans précision **4**
- I60** Hémorragie sous-arachnoïdienne **3**
- I600** Hémorragie sous-arachnoïdienne de la bifurcation et du siphon carotidien **3**
- I601** Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère cérébrale moyenne **3**
- I602** Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère communicante antérieure **3**
- I603** Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère communicante postérieure **3**
- I604** Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère basilaire **3**
- I606** Hémorragie sous-arachnoïdienne d'autres artères intracrâniennes **3**
- I607** Hémorragie sous-arachnoïdienne d'une artère intracrânienne, sans précision **3**
- I608** Autres hémorragies sous-arachnoïdiennes **3**
- I609** Hémorragie sous-arachnoïdienne, sans précision **3**
- I61** Hémorragie intracérébrale **3**
- I610** Hémorragie intracérébrale hémisphérique, sous-corticale **3**
- I611** Hémorragie intracérébrale hémisphérique, corticale **3**
- I612** Hémorragie intracérébrale hémisphérique, non précisée **3**
- I613** Hémorragie intracérébrale du tronc cérébral **3**
- I614** Hémorragie intracérébrale cérébelleuse **3**
- I615** Hémorragie intracérébrale intraventriculaire **3**
- I616** Hémorragie intracérébrale, localisations multiples **3**

- I618** Autres hémorragies intracérébrales **3**
- I619** Hémorragie intracérébrale, sans précision **3**
- I620** Hémorragie sous-durale (aiguë) (non traumatique) **3**
- I621** Hémorragie extradurale non traumatique **3**
- I629** Hémorragie intracrânienne (non traumatique), sans précision **3**
- I630** Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères précérébrales **2**
- I631** Infarctus cérébral dû à une embolie des artères précérébrales **2**
- I632** Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères précérébrales, de mécanisme non précisé **2**
- I633** Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales **2**
- I634** Infarctus cérébral dû à une embolie des artères cérébrales **2**
- I635** Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales, de mécanisme non précisé **2**
- I636** Infarctus cérébral dû à une thrombose veineuse cérébrale, non pyogène **2**
- I638** Autres infarctus cérébraux **2**
- I639** Infarctus cérébral, sans précision **2**
- I64** Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus **2**
- I650** Occlusion et sténose de l'artère vertébrale **2**
- I652** Occlusion et sténose de l'artère carotide **2**
- I659** Occlusion et sténose d'une artère précérébrale, sans précision **2**
- I660** Occlusion et sténose de l'artère cérébrale moyenne **2**
- I662** Occlusion et sténose de l'artère cérébrale postérieure **2**
- I668** Occlusion et sténose d'une autre artère cérébrale **2**
- I669** Occlusion et sténose d'une artère cérébrale, sans précision **2**
- P524** Hémorragie intracérébrale (non traumatique) du fœtus et du nouveau-né **3**
- P525** Hémorragie sous-arachnoïdienne (non traumatique) du fœtus et du nouveau-né **3**
- R470** Dysphasie et aphasie **4**
- R4700** Aphasie récente, persistant au-delà de 24 heures **4**
- R4701** Aphasie récente, régressive dans les 24 heures **4**
- R4702** Aphasie, autre et sans précision **4**
- R4703** Dysphasie **4**
- R4810** Hémiasomatognosie **4**

Catégories AVC :

1 AIT

2 AVC

3 Hémorragie intracérébrale non traumatique

4 Symptômes évocateurs d'AVC



NOMENCLATURE DES TRAUMATISMES CRÂNIENS (TC)

- S0610** Oedème cérébral traumatique, sans plaie intracrânienne
- S0611** Oedème cérébral traumatique, avec plaie intracrânienne
- S062** Lésion traumatique cérébrale diffuse

S0620 Lésion traumatique cérébrale diffuse, sans plaie intracrânienne
S0621 Lésion traumatique cérébrale diffuse, avec plaie intracrânienne
S063 Lésion traumatique cérébrale en foyer
S0630 Lésion traumatique cérébrale en foyer, sans plaie intracrânienne
S0631 Lésion traumatique cérébrale en foyer, avec plaie intracrânienne
S064 Hémorragie épidurale
S0640 Hémorragie épidurale, sans plaie intracrânienne
S0641 Hémorragie épidurale, avec plaie intracrânienne
S065 Hémorragie sous-durale traumatique
S0650 Hémorragie sous-durale traumatique, sans plaie intracrânienne
S0651 Hémorragie sous-durale traumatique, avec plaie intracrânienne
S066 Hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique
S0660 Hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique, sans plaie intracrânienne
S0661 Hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique, avec plaie intracrânienne
S067 Lésion traumatique intracrânienne avec coma prolongé
S0670 Lésion traumatique intracrânienne avec coma prolongé, sans plaie intracrânienne
S0671 Lésion traumatique intracrânienne avec coma prolongé, avec plaie intracrânienne
S068 Autres lésions traumatiques intracrâniennes
S0680 Autres lésions traumatiques intracrâniennes, sans plaie intracrânienne
S0681 Autres lésions traumatiques intracrâniennes, avec plaie intracrânienne
S069 Lésion traumatique intracrânienne, sans précision
S0690 Lésion traumatique intracrânienne, sans précision, sans plaie intracrânienne
S0691 Lésion traumatique intracrânienne, sans précision, avec plaie intracrânienne
S07 Écrasement de la tête
S071 Écrasement du crâne
T060 Lésions traumatiques du cerveau et des nerfs crâniens avec lésions traumatiques des nerfs et de la moelle épinière au niveau du cou
S02 Fracture du crâne et des os de la face
S020 Fracture de la voûte du crâne
S0200 Fracture fermée de la voûte du crâne
S0201 Fracture ouverte de la voûte du crâne
S021 Fracture de la base du crâne
S0210 Fracture fermée de la base du crâne
S0211 Fracture ouverte de la base du crâne
S027 Fractures multiples du crâne et des os de la face
S0270 Fractures fermées multiples du crâne et des os de la face
S0271 Fractures ouvertes multiples du crâne et des os de la face
S028 Fractures d'autres os du crâne et de la face
S0280 Fractures fermées d'autres os du crâne et de la face
S0281 Fractures ouvertes d'autres os du crâne et de la face
S029 Fracture du crâne et des os de la face, partie non précisée
S0290 Fracture fermée du crâne et des os de la face, partie non précisée
S0291 Fracture ouverte du crâne et des os de la face, partie non précisée
S06 Lésion traumatique intracrânienne
S060 Commotion cérébrale
S0600 Commotion cérébrale, sans plaie intracrânienne
S0601 Commotion cérébrale, avec plaie intracrânienne
S061 Oedème cérébral traumatique



NOMENCLATURE DES BRÛLÉS

- T20** Brûlure et corrosion de la tête et du cou
- T200** Brûlure de la tête et du cou, degré non précisé
- T201** Brûlure du premier degré de la tête et du cou
- T202** Brûlure du second degré de la tête et du cou
- T203** Brûlure du troisième degré de la tête et du cou
- T204** Corrosion de la tête et du cou, degré non précisé
- T205** Corrosion du premier degré de la tête et du cou
- T21** Brûlure et corrosion du tronc
- T210** Brûlure du tronc, degré non précisé
- T211** Brûlure du premier degré du tronc
- T212** Brûlure du second degré du tronc
- T213** Brûlure du troisième degré du tronc
- T214** Corrosion du tronc, degré non précisé
- T22** Brûlure et corrosion de l'épaule et du membre supérieur, sauf poignet et main
- T220** Brûlure de l'épaule et du membre supérieur, sauf poignet et main, degré non précisé
- T221** Brûlure du premier degré de l'épaule et du membre supérieur, sauf poignet et main
- T222** Brûlure du second degré de l'épaule et du membre supérieur, sauf poignet et main
- T223** Brûlure du troisième degré de l'épaule et du membre supérieur, sauf poignet et main
- T224** Corrosion de l'épaule et du membre supérieur, sauf poignet et main, degré non précisé
- T225** Corrosion du premier degré de l'épaule et du membre supérieur, sauf poignet et main
- T226** Corrosion du second degré de l'épaule et du membre supérieur, sauf poignet et main
- T23** Brûlure et corrosion du poignet et de la main
- T230** Brûlure du poignet et de la main, degré non précisé
- T231** Brûlure du premier degré du poignet et de la main
- T232** Brûlure du second degré du poignet et de la main
- T233** Brûlure du troisième degré du poignet et de la main
- T234** Corrosion du poignet et de la main, degré non précisé
- T235** Corrosion du premier degré du poignet et de la main
- T236** Corrosion du second degré du poignet et de la main
- T24** Brûlure et corrosion de la hanche et du membre inférieur, sauf cheville et pied
- T240** Brûlure de la hanche et du membre inférieur, sauf cheville et pied, degré non précisé
- T241** Brûlure du premier degré de la hanche et du membre inférieur, sauf cheville et pied
- T242** Brûlure du second degré de la hanche et du membre inférieur, sauf cheville et pied
- T243** Brûlure du troisième degré de la hanche et du membre inférieur, sauf cheville et pied
- T245** Corrosion du premier degré de la hanche et du membre inférieur, sauf cheville et pied
- T25** Brûlure et corrosion de la cheville et du pied
- T250** Brûlure de la cheville et du pied, degré non précisé
- T251** Brûlure du premier degré de la cheville et du pied
- T252** Brûlure du second degré de la cheville et du pied
- T253** Brûlure du troisième degré de la cheville et du pied
- T254** Corrosion de la cheville et du pied, degré non précisé
- T255** Corrosion du premier degré de la cheville et du pied
- T26** Brûlure et corrosion limitées à l'oeil et ses annexes
- T260** Brûlure de la paupière et de la région périoculaire

- T261** Brûlure de la cornée et du sac conjonctival
- T262** Brûlure provoquant la rupture et la destruction du globe oculaire
- T263** Brûlure d'autres parties de l'oeil et de ses annexes
- T264** Brûlure de l'oeil et de ses annexes, partie non précisée
- T265** Corrosion de la paupière et de la région périoculaire
- T266** Corrosion de la cornée et du sac conjonctival
- T268** Corrosion d'autres parties de l'oeil et de ses annexes
- T269** Corrosion de l'oeil et de ses annexes, partie non précisée
- T270** Brûlure du larynx et de la trachée
- T272** Brûlure d'autres parties des voies respiratoires
- T273** Brûlure des voies respiratoires, partie non précisée
- T274** Corrosion du larynx et de la trachée
- T275** Corrosion comprenant la larynx et la trachée avec les poumons
- T280** Brûlure de la bouche et du pharynx
- T281** Brûlure de l'oesophage
- T282** Brûlure d'autres parties des voies digestives
- T283** Brûlure des organes génito-urinaires internes
- T284** Brûlure des organes internes, autres et sans précision
- T285** Corrosion de la bouche et du pharynx
- T286** Corrosion de l'oesophage
- T287** Corrosion d'autres parties des voies digestives
- T289** Corrosion des organes internes, autres et sans précision
- T29** Brûlures et corrosions de parties multiples du corps
- T290** Brûlures de parties multiples du corps, degré non précisé
- T291** Brûlures de parties multiples du corps, pas de brûlures mentionnées dépassant le premier degré
- T292** Brûlures de parties multiples du corps, pas de brûlures mentionnées dépassant le second degré
- T293** Brûlures de parties multiples du corps, au moins une brûlure du troisième degré mentionnée
- T300** Brûlure, (partie du corps non précisée, degré non précisé)
- T301** Brûlure du premier degré, (partie du corps non précisée)
- T302** Brûlure du second degré, (partie du corps non précisée)
- T303** Brûlure du troisième degré, (partie du corps non précisée)
- T304** Corrosion, (partie du corps non précisée, degré non précisé)
- T310** Brûlures couvrant moins de 10% de la surface du corps
- T311** Brûlures couvrant entre 10 et moins de 20% de la surface du corps
- T312** Brûlures couvrant entre 20 et moins de 30% de la surface du corps
- T313** Brûlures couvrant entre 30 et moins de 40% de la surface du corps
- T3130** Brûlures couvrant entre 30 et moins de 40% de la surface du corps, premier degré ou degré non précisé
- T3131** Brûlures couvrant entre 30 et moins de 40% de la surface du corps, second degré et plus
- T3140** Brûlures couvrant entre 40 et moins de 50% de la surface du corps, premier degré et degré non précisé
- T3141** Brûlures couvrant entre 40 et moins de 50% de la surface du corps, second degré et plus
- T3150** Brûlures couvrant entre 50 et moins de 60% de la surface du corps, premier degré ou degré non précisé

- T316** Brûlures couvrant entre 60 et moins de 70% de la surface du corps
- T317** Brûlures couvrant entre 70 et moins de 80% de la surface du corps
- T321** Corrosions couvrant entre 10 et moins de 20% de la surface du corps
- T323** Corrosions couvrant entre 30 et moins de 40% de la surface du corps
- T330** Gelure superficielle de la tête
- T332** Gelure superficielle du thorax
- T335** Gelure superficielle du poignet et de la main
- T338** Gelure superficielle de la cheville et du pied
- T345** Gelure du poignet et de la main, avec nécrose des tissus
- T348** Gelure de la cheville et du pied, avec nécrose des tissus
- T355** Gelure du membre inférieur, sans précision
- T357** Gelure, sans précision, de localisation non précisée
- T750** Effets de la foudre
- T754** Effets du courant électrique
- X760** Lésion auto-infligée par exposition à la fumée, au feu et aux flammes, domicile
- X770** Lésion auto-infligée par exposition à la vapeur d'eau, à des gaz et objets brûlants, domicile
- X86** Agression par une substance corrosive
- X869** Agression par une substance corrosive, lieu sans précision
- X970** Agression par la fumée, le feu et les flammes, domicile
- X971** Agression par la fumée, le feu et les flammes, établissement collectif
- Y260** Exposition à la fumée, au feu et aux flammes, intention non déterminée, domicile



NOMENCLATURE DES SYNDROMES CORONARIENS AIGUS

- I21** Infarctus aigu du myocarde
- I200** Angine de poitrine instable
- I200+0** Angine de poitrine [angor] instable avec élévation des marqueurs biochimiques [enzymes] myocardiques
- I201** Angine de poitrine avec spasme coronaire vérifié
- I208** Autres formes d'angine de poitrine
- I209** Angine de poitrine, sans précision
- I210** Infarctus (transmurale aigu) du myocarde (de la paroi) antérieure, prise en charge non précisée
- I211** Infarctus (transmurale aigu) du myocarde (de la paroi) inférieure, prise en charge non précisée
- I212** Infarctus (transmurale aigu) du myocarde d'autres localisations, prise en charge non précisée
- I214** Infarctus sous-endocardique (aigu du myocarde), prise en charge non précisée
- I219** Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, prise en charge non précisée
- I221** Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) inférieure, prise en charge non précisée
- I230** Hémopéricarde comme complication récente d'un infarctus aigu du myocarde
- I231** Communication interauriculaire comme complication récente d'un infarctus aigu du myocarde
- I232** Communication interventriculaire comme complication récente d'un infarctus aigu du myocarde
- I238** Autres complications récentes d'un infarctus aigu du myocarde
- I248** Autres formes de cardiopathies ischémiques aiguës
- I249** Cardiopathie ischémique aiguë, sans précision
- I255** Mycardiopathie ischémique
- I256** Ischémie myocardique asymptomatique
- I259** Cardiopathie ischémique (chronique), sans précision
- I2100** Infarctus (transmurale aigu) du myocarde (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale
- I2108** Infarctus (transmurale aigu) du myocarde (de la paroi) antérieure, autres prises en charge

- I2110** Infarctus (transmurale aigu) du myocarde (de la paroi inférieure), prise en charge initiale
- I2118** Infarctus (transmurale aigu) du myocarde (de la paroi) inférieure, autres prises en charge
- I2120** Infarctus (transmurale aigu) du myocarde d'autres localisations, prise en charge initiale
- I2128** Infarctus (transmurale aigu) du myocarde d'autres localisations, autres prises en charge
- I2130** Infarctus (transmurale aigu) du myocarde de localisation non précisée, prise en charge initiale
- I2138** Infarctus (transmurale aigu) du myocarde de localisation non précisée, autres prises en charge
- I2140** Infarctus sous-endocardique (aigu du myocarde), prise en charge initiale
- I2148** Infarctus sous-endocardique (aigu du myocarde), autres prises en charge
- I2190** Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, prise en charge initiale
- I2198** Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, autres prises en charge
- I2200** Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale
- I2208** Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) antérieure, autres prises en charge
- I2210** Infarctus du myocarde à répétition, de la paroi inférieure, prise en charge initiale
- I2218** Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi inférieure), autres prises en charge
- I2280** Infarctus du myocarde à répétition d'autres localisations, prise en charge initiale
- I2288** Infarctus du myocarde à répétition d'autres localisations, autres prises en charge
- I2290** Infarctus du myocarde à répétition de localisation non précisée, prise en charge initiale
- I2298** Infarctus du myocarde à répétition de localisation non précisée, autres prises en charge
- I21000** Infarctus (transmurale aigu) du myocarde (de la paroi antérieure), prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
- I21100** Infarctus (transmurale aigu) du myocarde de la paroi inférieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
- I21200** Infarctus (transmurale aigu) du myocarde d'autres localisations, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
- I21300** Infarctus (transmurale aigu) du myocarde de localisation non précisée, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou ..
- I21400** Infarctus sous-endocardique (aigu du myocarde), prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
- I21900** Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
- I22000** Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi antérieure), prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
- I22100** Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi inférieure), prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
- I22800** Infarctus du myocarde à répétition d'autres localisations, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
- I22900** Infarctus du myocarde à répétition de localisation non précisée, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins



NOMENCLATURE DE LA FILIÈRE MAIN

- L030** Phlegmon des doigts et des orteils
- M6504** Abcès de la gaine du tendon - Main
- M6594** Synovite et téno-synovite, sans précision - Main
- M6624** Déchirure spontanée des tendons extenseurs - Main
- M6634** Déchirure spontanée des tendons fléchisseurs - Main
- M7104** Abcès des bourses séreuses - Main

- M7134** Autres kystes des bourses séreuses - Main
- S60** Lésion traumatique superficielle du poignet et de la main
- S61** Plaie ouverte du poignet et de la main
- S62** Fracture au niveau du poignet et de la main
- S63** Luxation, entorse et foulure d'articulations et de ligaments au niveau du poignet et de la main
- S600** Contusion de(s) doigt(s) sans lésion de l'ongle
- S601** Contusion de(s) doigt(s) avec lésion de l'ongle
- S602** Contusion d'autres parties du poignet et de la main
- S607** Lésions traumatiques superficielles multiples du poignet et de la main
- S608** Autres lésions traumatiques superficielles du poignet et de la main
- S609** Lésion traumatique superficielle du poignet et de la main, sans précision
- S610** Plaie ouverte de(s) doigt(s) (sans lésion de l'ongle)
- S611** Plaie ouverte de(s) doigt(s) avec lésion de l'ongle
- S617** Plaies ouvertes multiples du poignet et de la main
- S618** Plaie ouverte d'autres parties du poignet et de la main
- S619** Plaie ouverte du poignet et de la main, partie non précisée
- S620** Fracture de l'os scaphoïde de la main
- S621** Fracture d'autre(s) os du carpe
- S622** Fracture du premier métacarpien
- S623** Fracture d'un autre os du métacarpe
- S624** Fractures multiples des métacarpiens
- S625** Fracture du pouce
- S626** Fracture d'un autre doigt
- S627** Fractures multiples de doigts
- S628** Fracture de parties autres et non précisées du poignet et de la main
- S630** Luxation du poignet
- S631** Luxation du doigt
- S632** Luxations multiples des doigts
- S633** Rupture traumatique de ligament du poignet et du carpe
- S634** Rupture traumatique de ligaments du doigt au niveau des articulations métacarpo-phalangienne et interphalangienne
- S635** Entorse et foulure du poignet
- S636** Entorse et foulure de doigt(s)
- S637** Entorse et foulure d'articulations autres et non précisées de la main
- S640** Lésion traumatique du nerf cubital au niveau du poignet et de la main
- S641** Lésion traumatique du nerf médian au niveau du poignet et de la main
- S642** Lésion traumatique du nerf radial au niveau du poignet et de la main
- S643** Lésion traumatique du nerf collatéral du pouce
- S644** Lésion traumatique du nerf collatéral d'un autre doigt
- S647** Lésion traumatique de multiples nerfs au niveau du poignet et de la main
- S648** Lésion traumatique d'autres nerfs au niveau du poignet et de la main
- S649** Lésion traumatique d'un nerf non précisé, au niveau du poignet et de la main
- S650** Lésion traumatique de l'artère cubitale au niveau du poignet et de la main
- S651** Lésion traumatique de l'artère radiale au niveau du poignet et de la main
- S653** Lésion traumatique de l'arc palmaire profond
- S654** Lésion traumatique de vaisseau(x) sanguin(s) du pouce
- S655** Lésion traumatique de vaisseau(x) sanguin(s) d'un autre doigt
- S658** Lésion traumatique d'autres vaisseaux sanguins au niveau du poignet et de la main

- S659** Lésion traumatique d'un vaisseau sanguin non précisé, au niveau du poignet et de la main
- S660** Lésion traumatique du muscle et du tendon longs fléchisseurs du pouce au niveau du poignet et de la main
- S661** Lésion traumatique du muscle et du tendon fléchisseurs d'un autre doigt au niveau du poignet et de la main
- S662** Lésion traumatique du muscle et du tendon extenseurs du pouce au niveau du poignet et de la main
- S663** Lésion traumatique du muscle et du tendon extenseurs d'un autre doigt au niveau du poignet et de la main
- S664** Lésion traumatique de muscles et de tendons intrinsèques du pouce au niveau du poignet et de la main
- S665** Lésion traumatique de muscles et de tendons intrinsèques d'un autre doigt au niveau du poignet et de la main
- S666** Lésion traumatique de multiples muscles et tendons fléchisseurs au niveau du poignet et de la main
- S667** Lésion traumatique de multiples muscles et tendons extenseurs au niveau du poignet et de la main
- S668** Lésion traumatique d'autres muscles et tendons au niveau du poignet et de la main
- S669** Lésion traumatique d'un muscle et d'un tendon non précisés, au niveau du poignet et de la main
- S670** Écrasement du pouce et d'autre(s) doigt(s)
- S678** Écrasement de parties autres et non précisées du poignet et de la main
- S680** Amputation traumatique du pouce (complète) (partielle)
- S681** Amputation traumatique d'un autre doigt (complète) (partielle)
- S682** Amputation traumatique de deux doigts ou plus (complète) (partielle)
- S683** Amputation traumatique associée de (parties de) doigt(s) et d'autres parties du poignet et de la main
- S684** Amputation traumatique de la main au niveau du poignet
- S688** Amputation traumatique d'autres parties du poignet et de la main
- S689** Amputation traumatique du poignet et de la main, niveau non précisé
- S697** Lésions traumatiques multiples du poignet et de la main
- S698** Autres lésions traumatiques précisées du poignet et de la main
- S699** Lésion traumatique du poignet et de la main, sans précision
- S6200** Fracture fermée de l'os scaphoïde de la main
- S6201** Fracture ouverte de l'os scaphoïde de la main
- S6210** Fracture fermée d'autre(s) os du carpe
- S6211** Fracture ouverte d'autre(s) os du carpe
- S6220** Fracture fermée du premier métacarpien
- S6221** Fracture ouverte du premier métacarpien
- S6230** Fracture fermée d'un autre os du métacarpe
- S6231** Fracture ouverte d'un autre os du métacarpe
- S6240** Fractures fermées multiples des métacarpiens
- S6241** Fractures ouvertes multiples des métacarpiens
- S6250** Fracture fermée du pouce
- S6251** Fracture ouverte du pouce
- S6260** Fracture fermée d'un autre doigt
- S6261** Fracture ouverte d'un autre doigt

- S6270** Fractures fermées multiples de doigts
- S6271** Fractures ouvertes multiples de doigts
- S6280** Fracture fermée de parties autres et non précisées du poignet et de la main
- S6281** Fracture ouverte de parties autres et non précisées du poignet et de la main



NOMENCLATURE DE LA FILIÈRE PSYCHIATRIE

- F04** Syndrome amnésique organique, non induit par l'alcool et d'autres substances psycho-actives
- F05** Delirium, non induit par l'alcool et d'autres substances psycho-actives
- F07** Troubles de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux
- F09** Trouble mental organique ou symptomatique, sans précision
- F20** Schizophrénie
- F21** Trouble schizotypique
- F22** Troubles délirants persistants
- F24** Trouble délirant induit
- F28** Autres troubles psychotiques non organiques
- F29** Psychose non organique, sans précision
- F30** Épisode maniaque
- F32** Épisodes dépressifs
- F33** Trouble dépressif récurrent
- F39** Trouble de l'humeur [affectif], sans précision
- F41** Autres troubles anxieux
- F43** Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation
- F48** Autres troubles névrotiques
- F50** Troubles de l'alimentation, non organique
- F54** Facteurs psychologiques et comportementaux associés à des maladies ou des troubles classés ailleurs
- F55** Abus de substances n'entraînant pas de dépendance
- F59** Syndromes comportementaux non précisés associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
- F61+0** Troubles mixtes de la personnalité
- F69** Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans précision
- F82** Trouble spécifique du développement moteur
- F83** Troubles spécifiques mixtes du développement
- F88** Autres troubles du développement psychologique
- F89** Trouble du développement psychologique, sans précision
- F98** Autres troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
- F99** Trouble mental, sans autre indication
- F050** Delirium non surajouté à une démence, ainsi décrit
- F051** Delirium surajouté à une démence
- F058** Autres formes de delirium
- F059** Delirium, sans précision
- F060** État hallucinatoire organique

- F061** Catatonie organique
- F062** Trouble délirant organique [d'allure schizophrénique]
- F063** Troubles organiques de l'humeur [affectifs]
- F064** Trouble anxieux organique
- F065** Trouble dissociatif organique
- F066** Labilité [asthénie] émotionnelle organique
- F067** Trouble cognitif léger
- F068** Autres troubles mentaux précisés dus à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral et à une affection physique
- F069** Trouble mental sans précision, dû à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral, et à une affection physique
- F070** Trouble organique de la personnalité
- F072** Syndrome post-commotionnel
- F078** Autres troubles organiques de la personnalité et du comportement dus à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux
- F079** Trouble organique de la personnalité et du comportement dû à une affection, une lésion et un dysfonctionnement cérébraux, sans précision
- F200** Schizophrénie paranoïde
- F201** Schizophrénie hébéphrénique
- F202** Schizophrénie catatonique
- F203** Schizophrénie indifférenciée
- F204** Dépression post-schizophrénique
- F205** Schizophrénie résiduelle
- F206** Schizophrénie simple
- F208** Autres formes de schizophrénie
- F209** Schizophrénie, sans précision
- F220** Trouble délirant
- F228** Autres troubles délirants persistants
- F229** Trouble délirant persistant, sans précision
- F230** Trouble psychotique aigu polymorphe, (sans symptômes schizophréniques)
- F231** Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques
- F232** Trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique
- F233** Autre trouble psychotique aigu, essentiellement délirant
- F238** Autres troubles psychotiques aigus et transitoires
- F239** Trouble psychotique aigu et transitoire, sans précision
- F250** Trouble schizo-affectif, type maniaque
- F251** Trouble schizo-affectif, type dépressif
- F252** Trouble schizo-affectif, type mixte
- F259** Trouble schizo-affectif, sans précision
- F300** Hypomanie
- F301** Manie sans symptômes psychotiques
- F302** Manie avec symptômes psychotiques
- F308** Autres épisodes maniaques
- F309** Épisode maniaque, sans précision
- F310** Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque
- F311** Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques
- F312** Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques

- F313** Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne
- F314** Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques
- F315** Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques
- F316** Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte
- F317** Trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission
- F318** Autres troubles affectifs bipolaires
- F319** Trouble affectif bipolaire, sans précision
- F320** Épisode dépressif léger
- F321** Épisode dépressif moyen
- F322** Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques
- F323** Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques
- F328** Autres épisodes dépressifs
- F329** Épisode dépressif, sans précision
- F330** Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger
- F331** Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen
- F332** Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques
- F333** Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques
- F334** Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission
- F338** Autres troubles dépressifs récurrents
- F339** Trouble dépressif récurrent, sans précision
- F340** Cyclothymie
- F341** Dysthymie
- F348** Autres troubles de l'humeur [affectifs] persistants
- F349** Trouble de l'humeur [affectif] persistant, sans précision
- F380** Autres troubles de l'humeur [affectifs] isolés
- F381** Autres troubles de l'humeur [affectifs] récurrents
- F388** Autres troubles de l'humeur [affectifs] précisés
- F400** Agoraphobie
- F401** Phobies sociales
- F402** Phobies spécifiques (isolées)
- F408** Autres troubles anxieux phobiques
- F409** Trouble anxieux phobique, sans précision
- F410** Trouble panique [anxiété épisodique paroxystique]
- F411** Anxiété généralisée
- F412** Trouble anxieux et dépressif mixte
- F413** Autres troubles anxieux mixtes
- F418** Autres troubles anxieux précisés
- F419** Trouble anxieux, sans précision
- F420** Trouble obsessionnel-compulsif avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan
- F421** Trouble obsessionnel-compulsif avec comportements compulsifs [rituels obsessionnels] au premier plan
- F422** Trouble obsessionnel-compulsif : forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs
- F428** Autres troubles obsessionnels-compulsifs
- F429** Trouble obsessionnel-compulsif, sans précision
- F430** Réaction aiguë à un facteur de stress
- F431** État de stress post-traumatique

F432 Troubles de l'adaptation
F438 Autres réactions à un facteur de stress sévère
F439 Réaction à un facteur de stress sévère, sans précision
F441 Fugue dissociative
F442 Stupeur dissociative
F444 Troubles moteurs dissociatifs
F445 Convulsions dissociatives
F446 Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles
F447 Trouble dissociatif [de conversion] mixte
F448 Autres troubles dissociatifs [de conversion]
F449 Trouble dissociatif [de conversion], sans précision
F450 Somatisation
F451 Trouble somatoforme indifférencié
F452 Trouble hypocondriaque
F453 Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme
F454 Syndrome douloureux somatoforme persistant
F458 Autres troubles somatoformes
F459 Trouble somatoforme, sans précision
F480 Neurasthénie
F481 Syndrome de dépersonnalisation-déréalisation
F488 Autres troubles névrotiques précisés
F489 Trouble névrotique, sans précision
F500 Anorexie mentale
F501 Anorexie mentale atypique
F502 Boulimie (bulimia nervosa)
F505 Vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques
F508 Autres troubles de l'alimentation non organique
F509 Trouble de l'alimentation non organique, sans précision
F510 Insomnie non organique
F512 Trouble du rythme veille-sommeil non dû à une cause organique
F513 Somnambulisme
F514 Terreurs nocturnes
F515 Cauchemars
F519 Trouble du sommeil non organique, sans précision
F522 Échec de la réponse génitale
F526 Dyspareunie non organique
F527 Activité sexuelle excessive
F529 Dysfonctionnement sexuel non dû à un trouble ou à une maladie organique, sans précision
F530 Troubles mentaux et du comportement légers associés à la puerpéralité, non classés ailleurs
F531 Troubles mentaux et du comportement sévères associés à la puerpéralité, non classés ailleurs
F600 Personnalité paranoïaque
F601 Personnalité schizoïde
F602 Personnalité dyssociale
F603 Personnalité émotionnellement labile
F604 Personnalité histrionique
F606 Personnalité anxieuse [évitante]
F607 Personnalité dépendante

- F608** Autres troubles spécifiques de la personnalité
- F609** Trouble de la personnalité, sans précision
- F621** Modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique
- F628** Autres modifications durables de la personnalité
- F638** Autres troubles des habitudes et des impulsions
- F656** Troubles multiples de la préférence sexuelle
- F662** Problème sexuel relationnel
- F681** Production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'une incapacité, soit physique soit psychologique [trouble factice]
- F688** Autres troubles précisés de la personnalité et du comportement chez l'adulte
- F802** Trouble de l'acquisition du langage, de type réceptif
- F803** Aphasie acquise avec épilepsie [Landau-Kleffner]
- F808** Autres troubles du développement de la parole et du langage
- F809** Trouble du développement de la parole et du langage, sans précision
- F840** Autisme infantile
- F841** Autisme atypique
- F842** Syndrome de Rett
- F844** Hyperactivité associée à un retard mental et à des mouvements stéréotypés
- F845** Syndrome d'Asperger
- F849** Trouble envahissant du développement, sans précision
- F900** Perturbation de l'activité et de l'attention
- F901** Trouble hyperkinétique et trouble des conduites
- F910** Trouble des conduites limité au milieu familial
- F911** Trouble des conduites, type mal socialisé
- F912** Trouble des conduites, type socialisé
- F913** Trouble oppositionnel, avec provocation
- F918** Autres troubles des conduites
- F919** Trouble des conduites, sans précision
- F920** Troubles des conduites avec dépression
- F928** Autres troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels
- F929** Trouble mixte des conduites et troubles émotionnels, sans précision
- F930** Angoisse de séparation de l'enfance
- F931** Trouble anxieux phobique de l'enfance
- F932** Anxiété sociale de l'enfance
- F938** Autres troubles émotionnels de l'enfance
- F939** Trouble émotionnel de l'enfance, sans précision
- F940** Mutisme électif
- F941** Trouble réactionnel de l'attachement de l'enfance
- F942** Trouble de l'attachement de l'enfance avec désinhibition
- F948** Autres troubles du fonctionnement social de l'enfance
- F949** Trouble du fonctionnement social de l'enfance, sans précision
- F952** Forme associant tics vocaux et tics moteurs [syndrome de Gilles de la Tourette]
- F958** Autres tics
- F959** Tic, sans précision
- F980** Énurésie non organique
- F981** Encoprésie non organique
- F982** Trouble de l'alimentation non organique du nourrisson et de l'enfant

- F984** Mouvements stéréotypés
- F985** Bégaiement
- F988** Autres troubles précisés du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
- F989** Trouble du comportement et trouble émotionnel apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, sans précision
- F0630** Trouble maniaque organique
- F0632** Trouble dépressif organique
- F0670** Trouble cognitif léger non associé à un trouble physique
- F0671** Trouble cognitif léger associé à un trouble physique
- F2000** Schizophrénie paranoïde continue
- F2001** Schizophrénie paranoïde épisodique avec déficit progressif
- F2002** Schizophrénie paranoïde épisodique avec déficit stable
- F2003** Schizophrénie paranoïde épisodique rémittente
- F2008** Schizophrénie paranoïde, autre évolution
- F2009** Schizophrénie paranoïde, évolution imprévisible, période d'observation trop brève
- F2011** Schizophrénie hébéphrénique épisodique avec déficit progressif
- F2013** Schizophrénie hébéphrénique épisodique rémittente
- F2032** Schizophrénie indifférenciée épisodique avec déficit stable
- F2038** Schizophrénie indifférenciée, autre évolution
- F2039** Schizophrénie indifférenciée, évolution imprévisible, période d'observation trop brève
- F2048** Dépression postschizophrénique, autre évolution
- F2090** Schizophrénie, sans précision, continue
- F2098** Schizophrénie, sans précision, autre évolution
- F2300** Trouble psychotique aigu polymorphe sans symptôme schizophrénique, sans facteur de stress aigu associé
- F2301** Trouble psychotique aigu polymorphe sans symptôme schizophrénique, avec facteur de stress aigu associé
- F2310** Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques, sans facteur de stress aigu associé
- F2311** Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques, avec facteur de stress aigu associé
- F2320** Trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique, sans facteur de stress aigu associé
- F2321** Trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique, avec facteur de stress aigu associé
- F2330** Autre trouble psychotique aigu, essentiellement délirant, sans facteur de stress aigu associé
- F2331** Autre trouble psychotique aigu, essentiellement délirant, avec facteur de stress aigu associé
- F2381** Autres troubles psychotiques aigus et transitoires, avec facteur de stress aigu associé
- F2391** Trouble psychotique aigu et transitoire, sans précision, avec facteur de stress aigu associé
- F2510** Trouble schizoaffectif, type dépressif, symptômes affectifs et schizophréniques simultanés, sans symptôme schizophrénique après la disparition des symptômes affectifs
- F2590** Trouble schizoaffectif, sans précision, symptômes affectifs et schizophréniques simultanés, sans symptôme schizophrénique après la disparition des symptômes affectifs
- F2591** Trouble schizoaffectif, sans précision, symptômes affectifs et schizophréniques simultanés, avec symptômes schizophréniques persistants après la disparition des symptômes affectifs

- F3020** Manie avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur
- F3120** Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur
- F3130** Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne, sans syndrome somatique
- F3131** Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne, avec syndrome somatique
- F3150** Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur
- F3151** Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques non congruents à l'humeur
- F3200** Épisode dépressif léger, sans syndrome somatique
- F3201** Épisode dépressif léger, avec syndrome somatique
- F3210** Épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique
- F3211** Épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique
- F3230** Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur
- F3231** Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques non congruents à l'humeur
- F3300** Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans syndrome somatique
- F3301** Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec syndrome somatique
- F3310** Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique
- F3311** Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique
- F3800** Épisode affectif mixte
- F4001** Agoraphobie avec trouble panique
- F4100** Trouble panique moyen
- F4101** Trouble panique sévère
- F4300** Réaction aigüe légère à un facteur de stress
- F4301** Réaction aigüe moyenne à un facteur de stress
- F4302** Réaction aigüe sévère à un facteur de stress
- F4320** Réaction dépressive brève
- F4321** Réaction dépressive prolongée
- F4322** Réaction mixte, anxieuse et dépressive
- F4323** Troubles de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions
- F4324** Troubles de l'adaptation avec prédominance d'une perturbation des conduites
- F4325** Troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites
- F4482** Troubles dissociatifs [de conversion] transitoires survenant dans l'enfance ou dans l'adolescence
- F4488** Autres troubles dissociatifs [de conversion] spécifiés
- F4531** Dysfonctionnement neurovégétatif d'expression oesogastrique
- F4532** Dysfonctionnement neurovégétatif d'expression intestinale
- F4533** Dysfonctionnement neurovégétatif d'expression respiratoire
- F4534** Dysfonctionnement neurovégétatif d'expression génito-urinaire
- F4538** Dysfonctionnement neurovégétatif d'expression autre
- F6030** Personnalité émotionnellement labile, type impulsif
- F6031** Personnalité émotionnellement labile, type borderline
- F9380** Anxiété généralisée de l'enfance
- F9800** Énurésie non organique uniquement nocturne
- F9841** Mouvements stéréotypés avec automutilations
- R290** Tétanie
- R440** Hallucinations auditives

R441 Hallucinations visuelles
R442 Autres hallucinations
R443 Hallucinations, sans précision
R448 Symptômes et signes relatifs aux sensations et aux perceptions générales, autres et non précisés
R450 Nervosité
R451 Agitation
R452 Tristesse
R453 Découragement et apathie
R454 Irritabilité et colère
R456 Violence physique
R457 État de choc émotionnel et tension, sans précision
R458 Autres symptômes et signes relatifs à l'humeur
R460 Hygiène personnelle très déficiente
R462 Comportement étrange et inexplicable
R466 Inquiétude et préoccupation exagérées pour les événements sources de tension
R467 Prolixité et détails masquant les raisons de la consultation et gênant le contact
R468 Autres symptômes et signes relatifs à l'apparence et au comportement
T742 Sévices sexuels
T743 Sévices psychologiques
T748 Autres syndromes dus à de mauvais traitements
T749 Syndrome dû à de mauvais traitements, sans précision
Z032 Mise en observation pour suspicion de troubles mentaux et du comportement
Z502 Sevrage d'alcool
Z659 Difficulté liée à des situations psychosociales, sans précision
Z721 Difficultés liées à la consommation d'alcool (sans abus)
Z722 Difficultés liées à l'utilisation de drogues (sans abus)
Z725 Difficulté liées au comportement sexuel à haut risque
Z729 Difficultés liées au mode de vie, sans précision
Z730 Surmenage
Z733 Stress, non classé ailleurs
Z734 Compétences sociales inadéquates, non classées ailleurs
Z735 Conflit sur le rôle social, non classé ailleurs
Z765 Simulateur

A close-up photograph of a hand holding a pen, poised to write on a document. The image is partially covered by a large, semi-transparent teal triangle that points towards the bottom right. The word "GLOSSAIRE" is written in white, uppercase letters across the center of the teal area.

GLOSSAIRE

A

AEG : Altération de l'État Général
AIT : Accident Ischémique Transitoire
ANSP : Agence Nationale de Santé Publique
ARS : Agence Régionale de Santé
ASIP : Agence des Systèmes d'Information Partagés de santé
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
AVC : Accident Vasculaire Cérébral

B

BVS : Bulletin de Veille Sanitaire

C

CART : Coordonnateur Animateur de Réseau Territorial
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CCMU : Classification Clinique des Maladies aux Urgences
CH : Centre Hospitalier
CHI : Centre Hospitalier Intercommunal
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIM10 : Classification Internationale des Maladies 10ème version
CIRE : Cellule InterRégionale d'Épidémiologie
CL : Clinique
CIE : Cellule Informatique et Évaluation
CMC : Centre Médico-Chirurgical
CMT : Coordonnateur médical Territorial
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CVAGS : Cellule de Veille et d'Alerte et de Gestion Sanitaire

D

DAS : Diagnostic Associés
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DP : Diagnostic Principal
DRM : Dossier de Régulation Médicale

E

ECG : Electrocardiogramme
ENRS : Espaces Numériques Régionaux de Santé
EPRUS : Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires

F

FEDORU : Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences
FEI : Fiche d'Évènement Indésirable

G

GCS : Groupement de Coopération Sanitaire

GH : Groupe Hospitalier

GHT : Groupe Hospitalier de Territoire

H

HIA : Hôpital d'Instruction des Armées

I

IAO : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

IC : Insuffisance Cardiaque

IDE : Infirmier Diplômé d'État

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

M

MG : Médecin Généraliste

N

NA : Nouvelle Aquitaine

O

ORU : Observatoire Régional des Urgences

OSCOUR® : Organisation de la Surveillance COordonnée des URgences

P

PCL : Polyclinique

PDS : Permanence De Soins

PMA : Poste Médical Avancé

PMP : Projet Médical Partagé

PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information

PRS : Plan Régional de Santé

PSA : Partis Sans Attendre

PSP : Poste de Secours Principal

PT : Plateau Technique

R

REO : Réorientation

RETEX : Retour d'expériences

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

RPU : Résumé de Passage aux Urgences

RTU : Réseau Territorial des Urgences

S

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

SCA : Syndrome Coronarien Aigu

SDIS : Service Département d'Incendie et de Secours
SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence
SPF : Santé Publique France
SI : Système d'Information
SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SRVA : Serveur Régional de Veille et d'Alerte
SSE : Situation Sanitaire Exceptionnelle
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
SU : Services d'Urgences
SurSaUD® : Surveillance Sanitaire des Urgences et des Décès
SYRIUS : SYstème de Recueil de l'Information des UrgenceS.

T

TC : Traumatismes Crâniens

U

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
USC : Unité de Soins Continus
USI : Unité de Soins Intensifs
USIC : Unité de Soins Intensifs en Cardiologie

V

VSAV : Véhicule de Secours et d'Aide aux Victimes

ORU

NOUVELLE AQUITAINE

ORU NOUVELLE AQUITAINE

- ☎ 05 56 90 71 41
- ✉ contact@oruna.fr
- @ <https://www.oruna.fr/>
- 🏠 **Siège Bordeaux**
23 quai de Paludate
33800 Bordeaux
- Antenne Limoges**
9 impasse de Nexon
87000 Limoges

