

ACTIVITÉ DES STRUCTURES D'URGENCES 2016



PANORAMA DE LA RÉGION
NOUVELLE-AQUITAINE

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DES URGENCES



SOMMAIRE

P.05

AVANT PROPOS

P.13

INTRODUCTION

P.31

**ACTIVITÉ DES SERVICES
D'URGENCES**

P.97

ACTIVITÉ DES SAMU / SMUR

P101

ÉTUDES ANNEXES

P.109

**AUDITS DES SERVICES
D'URGENCES**

P.115

**RÉSEAUX TERRITORIAUX DES
URGENCES**

P.135

**VEILLE ET ALERTE DISPOSITIF
HÔPITAL EN TENSION**

P.143

**RÉPERTOIRE OPÉRATIONNEL
DES RESSOURCES**

P.153

**COLLABORATION AVEC LA CIRE
NOUVELLE-AQUITAINE**

P.159

ANNEXES

P.179

GLOSSAIRE

A close-up photograph of a hand holding a blue ballpoint pen, writing on a document. The image is partially obscured by a large, semi-transparent teal diagonal shape that covers the right side and bottom. The text 'AVANT PROPOS' is centered in white, bold, sans-serif font over the teal area.

AVANT PROPOS

P.07

**LE MOT DU DIRECTEUR GENERAL DE L'ARS
NOUVELLE-AQUITAINE**

P.08

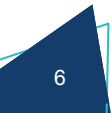
LE MOT DE L'ADMINISTRATEUR DE L'ORU NA

P.09

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

P.10

LE MOT DU PRÉSIDENT DE LA FEDORU



AVANT PROPOS

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

La prévention est l'un des éléments forts de la politique de santé que nous menons en Nouvelle-Aquitaine. Elle concerne aussi bien la population au sens large que notre système de soins.

Ainsi, la réorganisation de l'ORU Nouvelle Aquitaine dans son nouveau périmètre régional permet une meilleure implication et concertation des acteurs de terrain à travers les Réseaux Territoriaux des Urgences, s'intégrant pleinement dans les objectifs du futur Projet Régional de Santé.

L'ORU Nouvelle Aquitaine, a pour mission d'accompagner les mutations de notre système de santé régional et d'anticiper les impacts que ceux-ci peuvent avoir sur nos structures d'urgences. La qualité du travail réalisé, à travers les actions d'anticipation mises en place, dépendra de l'implication de chacun des membres du groupement de coopération sanitaire.

Dans ce cadre, il est indispensable que l'ensemble des données provenant des établissements soit exhaustif et de qualité, afin de mieux connaître les évolutions de notre système de soins et les axes d'amélioration à mettre en place.

De plus, à l'avenir, afin de mieux appréhender les épisodes de tension dans les établissements de santé, le rôle de l'ORU NA est de mettre en place des indicateurs pertinents intégrés aux dispositifs « hôpital en tension », permettant de développer une coordination sur les territoires et être garant d'un bon niveau de qualité dans la prise en charge de nos patients.

Enfin, toutes ces restructurations nécessitent des outils de communication. Le ROR qui est déployé par l'ORU NA, en partenariat avec l'ESEA (GIP E santé en Action), constitue le vecteur d'information dans lequel nous devons retrouver aussi bien l'ensemble de notre offre de soins que l'opérationnalité de celle-ci

Notre système de soins évolue rapidement. Les missions de l'ORU accompagnent ce changement et sont étroitement liées à l'implication de tous dans les actions proposées par cette structure. En effet, le parcours de soins ne s'élabore pas à l'échelle des seuls établissements mais sa perception doit être transversale, de l'amont des urgences jusqu'au plateau technique le plus adapté.

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

LE MOT DE L'ADMINISTRATEUR DE L'ORU NA

En s'appuyant sur une organisation qui articule étroitement fonctions supports (informaticien, statisticien, data manager ...) et coordonnateurs locaux (Coordonnateurs Médicaux Territoriaux (CMT) et Coordonnateurs Animateurs de Réseaux Territoriaux (CART)), l'ORU Nouvelle Aquitaine est désormais doté d'une assise adaptée pour conduire les missions d'accompagnement et de soutien qui lui sont confiées par le contrat d'objectif et de moyens signé le 9 Mars 2017 avec l'ARS.

Rappelons à cette occasion les principaux objectifs de notre observatoire tel que précisés dans ce contrat :

- Accompagner la collecte et analyser les données RPU
- Restituer ces éléments d'analyse notamment sous forme de tableaux de bord aux responsables régionaux et, au quotidien, à tous les établissements participants
- En tirer des enseignements et des propositions pour l'avenir et l'évolution de notre système de santé régional
- Accompagner les établissements dans leurs évolutions techniques et informatiques
- Concourir à la mise en place d'un dispositif de veille et d'alerte avec la mise en place du ROR et son opérationnalité
- Contribuer à la mise en place et l'animation des réseaux territoriaux des urgences pour éclairer les organisations en place et anticiper problématiques et évolutions à venir

Chacun d'entre nous fait sien cet ambitieux programme et, au delà des objectifs contractuels, recherche ce qui nous importe le plus au fond : un service proposé et rendu aux établissements et une véritable plus value dans la prise en charge des urgences de notre territoire.

En collaboration et coopération étroite avec chacun, nous nous efforçons donc d'anticiper les enjeux de demain de façon à agir de manière concertée et coordonnée plutôt que de subir.

C'est notre antienne et, je l'espère, la votre.

L'Administrateur de l'ORU NA
Serge ROULET

LE MOT DU COORDONNATEUR MÉDICAL DE L'ORU NA

La mutation de notre système de santé a un impact important sur nos structures d'urgences ; l'Observatoire Régional des Urgences de la Nouvelle Aquitaine (ORU NA) s'efforce d'être un partenaire de soutien des établissements afin d'accompagner la mise en place de ces nouvelles organisations.

L'année 2016 aura été pour l'ORU NA une année de transition avec la fusion de nos trois régions historiques en une Nouvelle-Aquitaine, et dans le même temps la fusion de nos observatoires historiques en un seul ORU NA.

De ce nouveau départ est née une nouvelle organisation qui donne plus de moyens à la proximité avec pour certains territoires la mise en place d'un Coordonnateur Médical Territorial au sein du Réseau territorial des urgences (RTU), et surtout la mise en place et la prise en charge par l'ORU Nouvelle Aquitaine de Coordonnateurs et Animateurs des Réseaux Territoriaux. Ces postes ont été créés afin d'apporter une dynamique sur les territoires et d'optimiser, d'améliorer la qualité des prises en charge liées à l'urgence.

L'objectif de nos RTU est également d'améliorer l'amont et l'aval de nos structures afin de mieux gérer les flux de patients, en accord avec nos différents partenaires. Nous avons également créé au sein de l'ORU NA une Cellule Informatique et Évaluation, dont le rôle consiste principalement en la collecte et l'analyse des données provenant de nos structures ainsi qu'à la rétro information auprès des différents partenaires des urgences. Cette mission a nécessité la convergence des flux de l'information et de leur contenu, malgré des systèmes d'information très différents d'un établissement à l'autre.

L'année 2017 sera, grâce à cette nouvelle organisation et à la mise en place des RTU, une année plus proche du terrain, nous permettant d'adapter aux mieux nos outils au sein de l'ORU NA, dans le respect du collectif.

Le Coordonnateur médical de l'ORU NA
Dr Laurent MAILLARD

LE MOT DU PRÉSIDENT DE LA FEDORU

Je salue la parution du Panorama des urgences de la région Nouvelle-Aquitaine. Vous trouverez ici un outil de travail précieux, qui permet une visualisation particulièrement précise des parcours des patients de nos services d'urgences en envisageant non pas un service isolément, mais toutes les unités d'une région qui collecte ces données. Cette approche permet à chacun de comparer les activités, les résultats et de participer ainsi à optimiser l'organisation de nos services d'urgences ; elle constitue une plus value régionale forte.

Ce document s'appuie sur les travaux d'harmonisation dans le traitement des données qui a été conduit dans le cadre de la fédération des ORU (www.fedoru.fr/) avec votre région.

Je profite de l'occasion qui m'est donnée pour vous informer que ces travaux prévoient la mise en place d'un nouveau format de Résumé de Passage des Urgences (RPU) et jettent les bases d'une collecte équivalente pour les SMUR et les SAMU.

Mes sincères remerciements à l'équipe en charge du traitement des données pour la qualité de ce document.

Bonne lecture

Le Président de la FEDORU
Dr Gilles VIUDES

INTRODUCTION





P.15

TRAVAUX ENGAGÉS PAR L'ORU NA

P.27

CONTEXTE RÉGIONAL

INTRODUCTION

TRAVAUX ENGAGÉS PAR L'ORU NA

L'année 2016 : la naissance de l'Observatoire Régional des Urgences de la Nouvelle Aquitaine.

Depuis le 1er janvier 2016, dans le cadre de la réforme territoriale, promulguée par la loi du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, les régions Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes ont donc fusionné en une seule région. Les observatoires régionaux des urgences présents dans chacune de ces régions, représentés par les membres adhérents à ces structures et sur le conseil de l'Agence Régionale de Santé, ont statué sur le fait qu'il ne subsisterait **qu'un seul observatoire régional dans la grande région** dénommée le 27 juin 2016 « ORU Nouvelle Aquitaine ».

Jusqu'à présent, les observatoires du Limousin et du Poitou-Charentes étaient intégrés à des Espaces numériques régionaux de santé (ENRS), l'Observatoire d'Aquitaine étant quant à lui structuré sous la forme d'un Groupement de coopération sanitaire (GCS) de droit privé, différencié de toute autre structure. C'est donc tout naturellement que la décision s'est portée sur la proposition d'adhésion des établissements de Poitou-Charentes et Limousin au groupement de coopération sanitaire existant en Aquitaine. Le 29 juin 2016, les établissements avec structure d'urgence ou plateaux techniques hautement spécialisés ont officiellement adhéré à l'ORU désormais nommé **ORU Nouvelle Aquitaine (ORU NA)**.

M. Serge Roulet, Directeur financier au Centre Hospitalier de Dax a été élu **administrateur de l'ORU Nouvelle Aquitaine**, **Dr Laurent Maillard**, urgentiste au Centre Hospitalier d'Agen en est le **coordonnateur médical**.

Le collège aquitain de médecine d'urgence (CAMU) qui était adhérent de l'ORU Aquitaine est remplacé dans l'ORU Nouvelle Aquitaine par la Fédération des collèges de médecine d'urgence de cette Nouvelle-Aquitaine (en cours de formation).

L'ORU NA n'a pas attendu l'officialisation du rapprochement de ses équipes pour œuvrer vers une feuille de route commune. Dès fin 2015, le défi de la mutualisation des moyens et des compétences était à l'ordre du jour, avec en particulier **le recueil et l'analyse des résumés de passages aux urgences (RPU) de l'ensemble de la grande région**. Si les données recueillies ne sont pas encore obligatoirement de qualité, l'étude a le mérite de faire le point sur les informations qui remontent automatiquement des établissements, permettant aux structures de comprendre les failles et anomalies à corriger, tant au niveau technique qu'humain.

En effet, pour l'édition de ce panorama d'activité 2016, l'observatoire des urgences de la Nouvelle-Aquitaine a adressé à chaque établissement une **fiche de validation des Résumés de Passages aux Urgences (RPU) 2016 remontés sur le collecteur régional**, afin d'évaluer d'éventuels écarts entre les données de la base régionale et celle de chaque établissement.

Des corrections manuelles ont pu être faites, et des actions correctrices sont attendues

pour que les RPU 2017 remontent automatiquement avec la qualité requise. L'un des objectifs de l'ORU NA est d'accompagner les établissements dans l'amélioration de la qualité des données, et que par son expertise et ses outils l'ORU NA apporte une véritable aide à la décision pour les structures et leurs tutelles.

Autre action à la solde de l'Observatoire, la **fusion des « Répertoires Opérationnels des Ressources » (ROR) des ex régions**. Véritable référentiel de description des ressources sanitaires à portée de clic, un ROR unique pour l'ensemble de la Nouvelle-Aquitaine est l'assurance d'une orientation rapide des patients vers les établissements ou services les plus adaptés à leur prise en charge. Depuis le 20 juillet 2016, le ROR Nouvelle-Aquitaine, fruit de la fusion obtenu grâce à un travail de partenariat avec les ENRS de la région, sur la base du ROR développé par la région PACA a une existence réelle.

Utilisé par des professionnels de santé, pour des professionnels de santé, le ROR devient peu à peu l'outil de gestion des tensions hospitalières. L'équipe ORU NA s'est en effet attachée à former les établissements de santé, tant directement que via les Réseaux territoriaux des urgences (RTU), pour la saisie de la disponibilité des lits d'hospitalisation ainsi qu'à la déclaration et la gestion des tensions hospitalières.

La prise en main du ROR par les SAMU est l'étape suivante pour une orientation optimisée des patients au regard de l'offre existante et actualisée.

Enfin, de nouveaux modules viendront courant 2017 s'ajouter à l'existant, comme les **Fiches d'Évènements Indésirables (FEI)**.

Par ailleurs, un travail est prévu (à partir de 2017) sur la collecte et l'analyse des **données SAMU et SMUR** sur un collecteur régional.

L'ORU Nouvelle Aquitaine poursuit la **mise en place et l'animation des réseaux territoriaux des urgences sur l'ensemble de la région** ; tous les réseaux ne sont pas encore opérationnels fin 2016, un travail est engagé avec l'aide de Coordonnateurs Médicaux Territoriaux (CMT) et de Coordonnateurs Animateurs de Réseaux Territoriaux (CART), qui sur chaque territoire, veilleront à la bonne conduite des actions et projets confiés par les réseaux et l'ORU NA.

Si les mutualisations des outils, des moyens, et désormais des équipes (2017) sont d'ores et déjà mis en œuvre, les défis restent donc à relever sur l'amélioration de la qualité des données ; l'**identification des orientations stratégiques et les axes de travail prioritaires pour y parvenir** seront insufflés par le Comité Restreint, l'Assemblée Générale et l'Agence Régionale de Santé.

De belles perspectives pour cet observatoire qui avance à grand pas vers un partage efficace de l'information, pour une meilleure prise en charge des patients.

Le GCS ORU NA est organisé de la façon suivante :

- 1 siège et 2 antennes découpées en 2 secteurs :
 - Siège : basé à Bordeaux avec fonctions support
 - Administration, gestion, social
 - Cellule Informatique et Évaluation (gestion des flux, collecte et analyse de données)
 - Antenne Sud Ouest : basée à Bordeaux
 - Antenne Nord Est : basée à Limoges

- Des Coordonnateurs Médicaux Territoriaux (CMT) et des Coordonnateurs Animateurs de Réseaux Territoriaux (CART) sur chacun des Réseaux Territoriaux des Urgences (RTU)

- 2 chargés de missions ROR (1 sur antenne Sud, 1 sur antenne Nord)

ORGANIGRAMME DE L'ORU NA



DIRECTION ADMINISTRATION

Serge ROULET	Administrateur
Dr Laurent MAILLARD	Coordonnateur médical
Patricia SIGURET	Coordonnatrice administrative
Véronique GARDONI	Secrétaire comptable

CIE CELLULE INFORMATIQUE ÉVALUATION

Caroline LIGIER	Statisticienne
Mickaël OLIVIER	Datamanager
Antoine TIGNON	Informaticien

ROR RÉPERTOIRE OPÉRATIONNEL DES RESSOURCES

Chargée de mission ROR (CMR)

Marie GARCIA MUNOZ	17N, 17 SE, 33, 40, 47, 64A, 64B
Stéphanie 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	17N, 17SE, 79
Arnaud HONTARREDE	40, 64A, 64B
Patricia SIGURET	33, 47

Coordonnateur Médical Territorial (CMT)

Dr Pierre CHANSEAU	64B
Dr Jean FABRE	40
Dr Michel GAUTRON	24
Dr Gilles MOALIC	16
Dr Tarak MOKNI	64A
Dr Pierre-Bernard PETITCOLIN	19-23-87
Dr Philippe VOLARD	17N, 17SE, 79

Présentation au congrès Urgences de la Société Française de Médecine d'Urgences - 2017



EXPÉRIMENTATION DE L'ÉTIQUETAGE DES PASSAGES AUX URGENCES LORS DES GRANDS RASSEMBLEMENTS DE POPULATION

Laure Meurice¹, Caroline Ligier², Anne Bernadou¹, Antoine Tignon², Patricia Siguret², Stéphanie Vandentorren¹, Céline Caserio-Schönemann³, Laurent Maillard²

1 Cellule d'intervention en région Nouvelle-Aquitaine, Direction des régions, Santé Publique France,

2 Observatoire régional des urgences Nouvelle Aquitaine,

3 Unité surveillance syndromique, Direction des régions, Santé Publique France



Introduction : Tout rassemblement de population peut être à l'origine d'une augmentation des risques sanitaires. Pour évaluer un éventuel impact d'un grand rassemblement (GR), une procédure d'étiquetage des passages aux urgences a été testée afin de repérer les passages en lien avec ces manifestations.

Méthode : Entre juin et septembre 2016, la procédure a été testée sur sept GR. Le code Y3388 a été choisi pour repérer les passages en lien avec le GR. Une information a été faite par l'ORU aux services d'urgences (SU) pour les informer de l'étiquetage, les sensibiliser au codage des étrangers et rappeler les codes CIM10 relatifs à la consommation d'alcool. Pour les analyses, les passages avec un code en diagnostic principal, associé ou motif commençant par Y33 ont été sélectionnés.

Résultats : Au total, 260 passages ont été étiquetés : deux tiers concernaient des hommes jeunes, 17 % étaient des étrangers. Parmi les 250 passages étiquetés en diagnostic associé (DA), 39 % ont été rapporté à un traumatisme et 31 % à la consommation d'alcool.

Conclusions : Les caractéristiques des passages étiquetés concordent avec les événements étudiés (hommes jeunes et forte consommation d'alcool). Le codage circonstanciel permet de repérer et quantifier les passages aux urgences liées à un GR. Certains SU n'ont pas utilisé le code Y33 : soit aucun patient en lien avec le GR n'a été admis, soit les codeurs n'étaient pas informés ou formés, soit l'outil ne le permettait pas.

OUTILS DE RÉTRO-INFORMATIONS RPU

L'ORU NA dispose de plusieurs supports de rétro-information concernant les données de Résumé de Passages aux Urgences (RPU) : Bulletins quotidiens, bilans mensuels et tableaux de bord.

- Bulletins quotidiens envoyés par mail

Si l'un des bulletins ci-dessous vous intéresse et que vous ne faites pas partie des destinataires, veuillez en faire la demande par mail à l'adresse suivante :

cie@oruna.fr



Bulletin quotidien établissement

Synthèse de l'activité de la veille de votre établissement

Passages aux urgences, temps de passages, hospitalisation, transfert, urgence médico-chirurgicale, urgence traumatologique, filières (AVC, TC, brûlés et SCA), présence aux urgences et évolution annuelle.



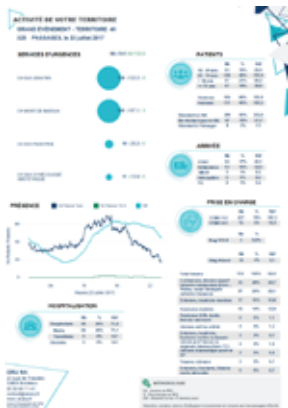
Bulletin quotidien territoire

Synthèse de l'activité de la veille des établissements de votre territoire

Passages aux urgences, temps de passages, présence, transport entrée, mutation interne

Lors d'un grand rassemblement de personnes l'ORU NA a mis en plus un suivi spécifique des patients issus de cet évènement. Pour cela, l'ORU sensibilise les personnels des services d'urgences à l'étiquetage de ces patients et envoie lors de ces évènements un bulletin spécifique :

Bulletin quotidien territoire, spécifique « Grands rassemblements »



Synthèse de l'activité de la veille des établissements de votre territoire en lien avec un grand rassemblement de population

Passages aux urgences, arrivée, prise en charge (Identification des patients issus d'un grand rassemblement si codage avec le diagnostic associé Y339), hospitalisation et présence

• Bilan mensuel envoyé par mail (fichier excel) :

Afin que les données RPU du mois précédent soient complètes (puisque le RPU fonctionne sur 7 jours glissants) le bilan est envoyé vers le 8 du mois.

Bilan mensuel RPU

Service	CP	Sexe	Date entrée	Mode entrée	Transport	Prise en charge	CCMU	Motif de recours	Diagnostic principal	Date sortie	Mode sortie
Service 1											
Service 2											
Service 3											
Service 4											
Service 5											
Service 6											
Service 7											
Service 8											
Service 9											
Service 10											
Service 11											
Service 12											
Service 13											
Service 14											
Service 15											
Service 16											
Service 17											
Service 18											
Service 19											
Service 20											

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

Exploitabilité Démographie (CP, âge et sexe), Entrée (Date entrée, mode entrée, transport entrée, prise en charge durant le 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 :

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



Date début / Date fin
01/05/2017 31/05/2017

Service d'Urgences
PCL INKERMANN

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

Partager

Télécharger

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

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 par mail cie@oruna.fr ou par téléphone



Caroline
LIGIER
Statisticienne
caroline.ligier@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

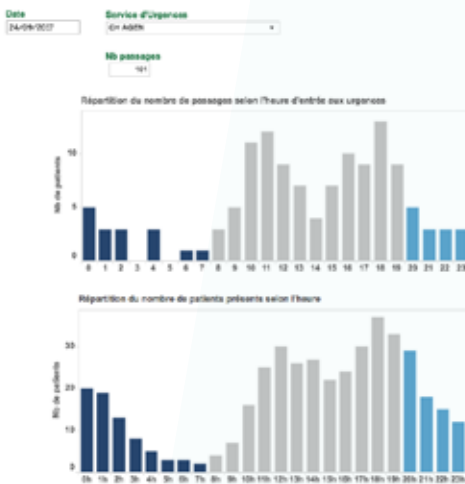
Radars de l'exhaustivité par item



<https://www.oruna.fr/tableau-de-bord/rpu-radar-de-lexhaustivite-par-item>

Exhaustivité des items (en %) : Code postal, âge, sexe, mode entrée, provenance, transport entrée, prise en charge durant le transport, CCMU, diagnostic principal, diagnostics associés, actes, mode sortie, destination et orientation

Descriptif des passages aux urgences



<https://www.oruna.fr/tableau-de-bord/rpu-descriptif-des-passages-aux-urgences>

Cartographie des passages aux urgences
Nb de passages aux urgences par service d'urgences

Descriptif journalier des passages aux urgences
Nb de passages par heure d'entrée, nb présents par heure

Descriptif des entrées aux urgences
Nb de passages par heure d'entrée, nb de passages par jour d'entrée

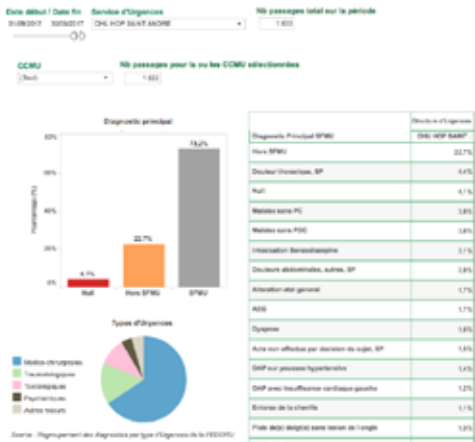
Descriptif des dates entrée et sortie

Nb de passages aux urgences selon le jour et l'heure d'entrée, nb de passages aux urgences selon le jour et l'heure de sortie

Descriptif des durées de passages

Filter mode de sortie : médiane, moyenne du temps de passage et répartition par classe du temps de passage (<120 min, 120-240 min, 240-360 min et >360 min)

Prise en charge hospitalière



<https://www.oruna.fr/tableau-de-bord/rpu-prise-en-charge-hospitaliere>

CCMU

Répartition selon la CCMU et le(s) mois sélectionné(s)

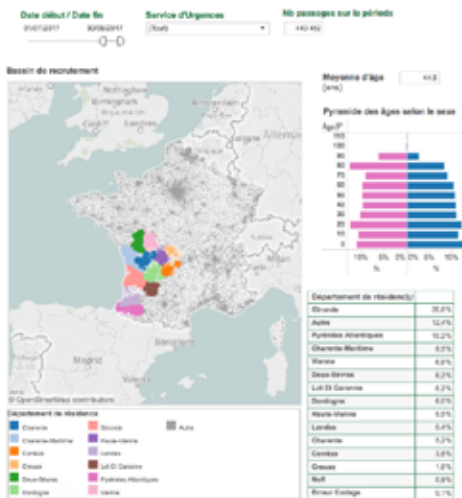
Motif de recours

Répartition selon l'appartenance au thésaurus SFMU, répartition selon le libellé SFMU

Diagnostic principal

Filtre CCMU : Répartition sur l'appartenance au thésaurus SFMU, répartition selon le libellé SFMU, répartition selon le type d'urgences

Démographie des patients



<https://www.oruna.fr/tableau-de-bord/rpu-demographie-des-patients>

Moyenne d'âge des patients, pyramide des âges selon le sexe, répartition selon le département de résidence, bassin de recrutement des patients (carte)

Actes



<https://www.oruna.fr/tableau-de-bord/rpu-actes>

Filtre Mode sortie : Répartition des actes CCAM selon le libellé SFMU, nb actes, nb ECG, nb moyen actes par passage, répartition selon l'appartenance au thésaurus SFMU

Devenir du patient

Date début / Date fin 01/09/2017 30/09/2017
 Service d'Urgences CH ROCHEFORT

Nb passages sur la période
 2 851



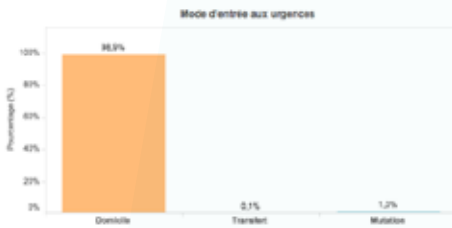
<https://www.oruna.fr/tableau-de-bord/rpu-devenir-du-patient>

Répartition selon le mode de sortie
 Filtre mode de sortie : Répartition selon la destination, répartition selon l'orientation



Entrée des patients

Date début / Date fin 01/09/2017 30/09/2017
 Service d'Urgences CH MONTMORELLON
 Nb passages sur la période 738

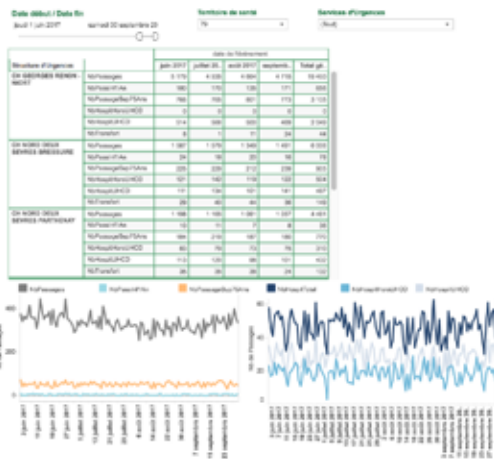


<https://www.oruna.fr/tableau-de-bord/rpu-entree-des-patients>

Répartition selon le mode d'entrée, répartition selon le transport d'entrée, répartition selon la prise en charge durant le transport



Données Urgences



<https://www.oruna.fr/tableau-de-bord/donnees-urgences>

Selon le mois : Nb de passages aux urgences, nb de passages moins de 1 an, nb de passages 75 ans et plus, nb d'hospitalisations hors UHCD, nb UHCD, nb transferts

A l'exception de la polyclinique Les Chênes (où ces données sont saisies), ces données sont agrégées automatiquement à partir des données RPU.

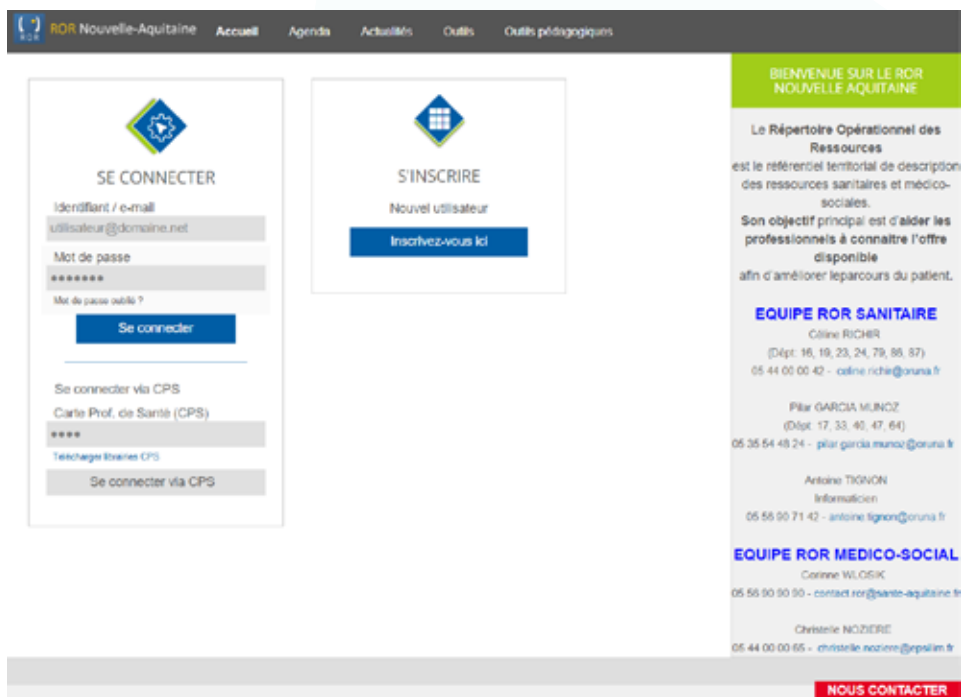
ROR

Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) est le référentiel territorial de description des ressources sanitaires et médico-sociales.

Il s'agit d'un service en ligne permettant aux professionnels de santé l'accès à un répertoire complet, simple et fiable de l'offre de santé. Il se compose d'un socle de base (répertoire) ainsi que des modules opérationnels (Lits disponibles, SRVA, Plan blanc, Hôpital en tension ...).



Le Répertoire opérationnel des ressources (ROR) est accessible sur le site internet : <https://www.ror-Nouvelle-Aquitaine.fr/>



The screenshot shows the homepage of the ROR Nouvelle-Aquitaine website. At the top, there is a navigation bar with links for Accueil, Agenda, Actualités, Outils, and Outils pédagogiques. The main content area is divided into three columns. The left column is for login, with a 'SE CONNECTER' section containing fields for 'Identifiant / e-mail' (with the example 'utilisateur@domaine.net') and 'Mot de passe', and a 'Se connecter' button. Below this is a section for connecting via CPS, with fields for 'Carte Prof. de Santé (CPS)' and 'Téléchargez votre CPS', and a 'Se connecter via CPS' button. The middle column is for registration, with a 'S'INSCRIRE' section containing a 'Nouvel utilisateur' label and an 'Inscrivez-vous ici' button. The right column is a green header 'BIENVENUE SUR LE ROR NOUVELLE AQUITAINE' followed by a description of the ROR as a territorial directory of health and medico-social resources, with the goal of helping professionals know the available offer to improve patient care. Below this are two team profiles: 'EQUIPE ROR SANITAIRE' with Cécile RICHIR (Dpt: 16, 19, 23, 24, 79, 88, 87) and Pilar GARCIA MUNOZ (Dpt: 17, 33, 40, 47, 64), and 'EQUIPE ROR MEDICO-SOCIAL' with Antoine TIGNON (Informaticien) and Christelle NOZIERE. At the bottom right of the page is a red 'NOUS CONTACTER' button.

Pour toutes questions sur le ROR, vous pouvez contacter :



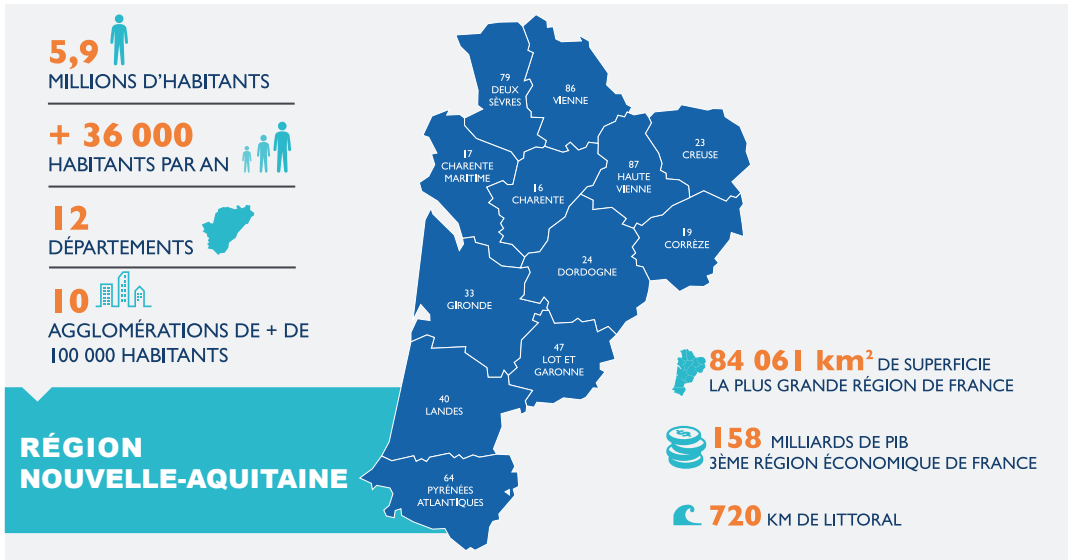
Cécile RICHIR
Territoires 16, 24, 79, 86
et 19-23-87
celine.richir@oruna.fr
05.44.00.00.42

Pilar GARCIA MUNOZ
Territoires 17SE, 17N, 33, 40,
47, 64A et 64B
pilar.garcia.munoz@oruna.fr
05.35.54.48.24

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)
- 49,2** SMUR (sièges et antennes)
- 57** services d'urgences juridiques
- 69** services d'urgences géographiques autorisés

POPULATION

- 5 943 096** habitants
- 11%** de 75 ans et +
- 84 061** km²
- 70,7** habitants au km²

BASSINS DE POPULATION

- 0,22** SAMU pour 100 000 habitants
- 0,83** sièges SMUR pour 100 000 habitants
- 1,16** services d'urgences géographiques autorisés pour 100 000 habitants

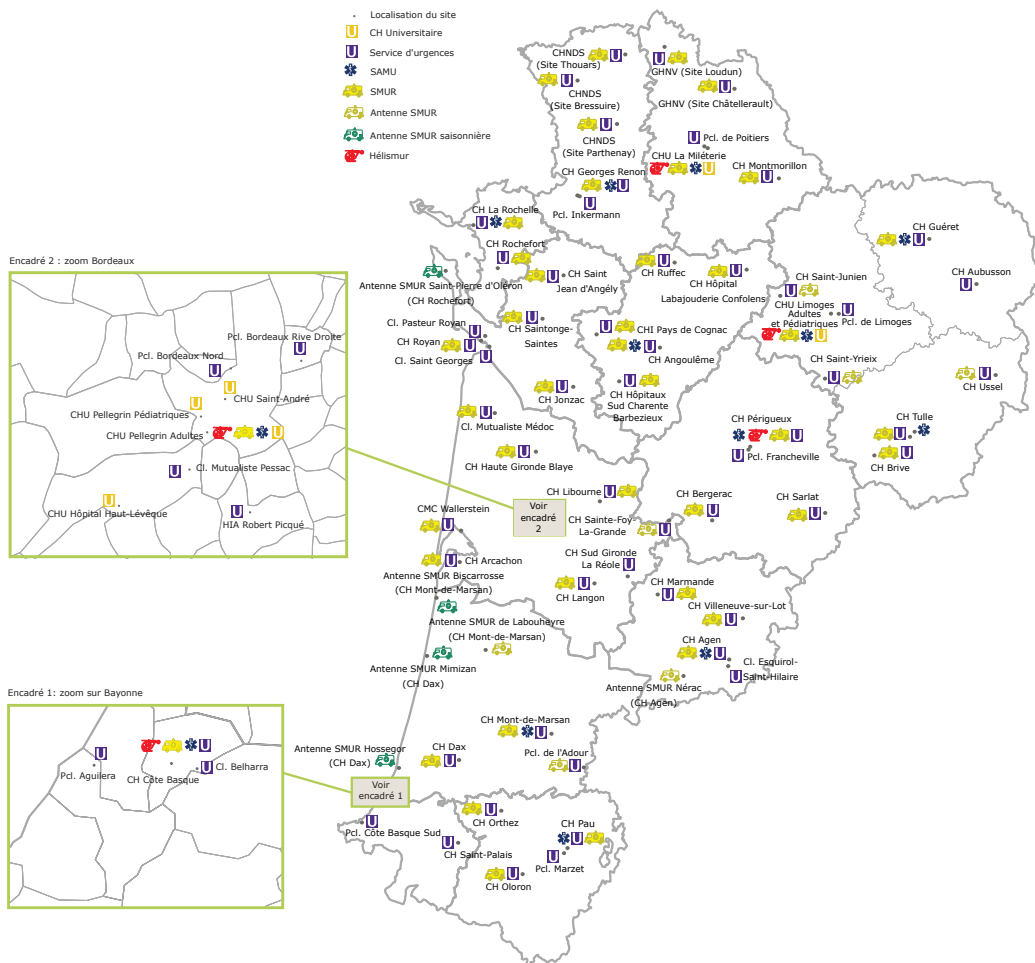
DESCRIPTION DE L'OFFRE DE SOIN DE LA RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE

	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	5 943 096	354 243	343 173	293 916	416 289	1 566 842	408 014	334 158	287 546	379 703	374 705	436 108	735 295
Part des 75 ans et +	11%	12%	11%	14%	14%	9%	11%	13%	12%	11%	11%	11%	13%
Superficie (km ²)	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 km ²)	70,7	59,5	167,4	59,1	45,9	156,7	44,1	62,3	125,4	70,3	62,5	62,4	43,4
BASSINS DE POPULATION													
Nb SAMU pour 100 000 hab.	0,22	0,28	0,29		0,24	0,06	0,25	0,30	0,35	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	0,51	1,13	1,20	0,35	0,79	1,07	0,92	0,88
Nb services d'urgences géographiques autorisés pour 100 000 hab.	1,16	1,41	0,58	2,04	0,96	1,02	0,74	1,20	1,74	1,05	1,33	1,15	1,36



Pour les territoires 17N, 17SE, 64A et 64B, le nombre d'habitants, la part des 75 ans et +, la superficie, la densité de population, ainsi que le dénominateur des bassins de population proviennent des données INSEE 2014 (chiffres réels issus du recensement de la population réalisé par l'INSEE) alors que pour les autres territoires et le total de la région, ces indicateurs proviennent de la population estimée en 2016 par l'INSEE.

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



A hand in a white lab coat is writing on a document with a pen. The scene is set in a clinical or office environment, with a laptop and a stethoscope visible in the background. A large teal diagonal overlay covers the right side of the image, containing the text.

ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCE

P.33 **RÉGION**

P.49 **TERRITOIRES DE SANTÉ**

P.61 **FOCUS**

P.64 **FILIÈRES**

P.80 **QUALITÉ DES DONNÉES RPU**

ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCES

1-RÉGION

CHIFFRES CLÉ

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés	1 656 177
Moyenne quotidienne	4 525
Évolution (2015/2016)	+2,1%
Taux de passage	28%
Nombre de RPU transmis	1 634 341
Exhaustivité du recueil	99%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	26%
Mutation interne	24%
Transfert	2%
Retour à domicile	74%

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	4h02
Médiane	2h48
Passages de moins de 4 h	66%
<i>Lors d'une hospitalisation</i>	45%
<i>Lors d'un retour au domicile</i>	74%

PATIENT

Sex-ratio	1,07
Age moyen	42,4
Moins de 1 an	2%
Moins de 18 ans	24%
75 ans et plus	17%
Patients ne venant pas du territoire	7%

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h]	27%
Nuit profonde [00h-08h]	11%
Horaire de PDS	46%
Week-end	29%
Mode de transport	
Moyen personnel	73%
SMUR (hélicoptère compris)	1%
VSAV	11%
Ambulances	14%
CCMU	
CCMU 1	16%
CCMU 4 et 5	2%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médoco-chirurgical	58%
Traumatologique	35%
Psychiatrique	2%
Toxicologique	2%
Autres recours	3%
DP exploitables	78%

PASSAGES AUX URGENCES

123 4Q En quelques chiffres

1 656 177 passages aux urgences validés en 2016

En moyenne **4 525** passages aux urgences par jour

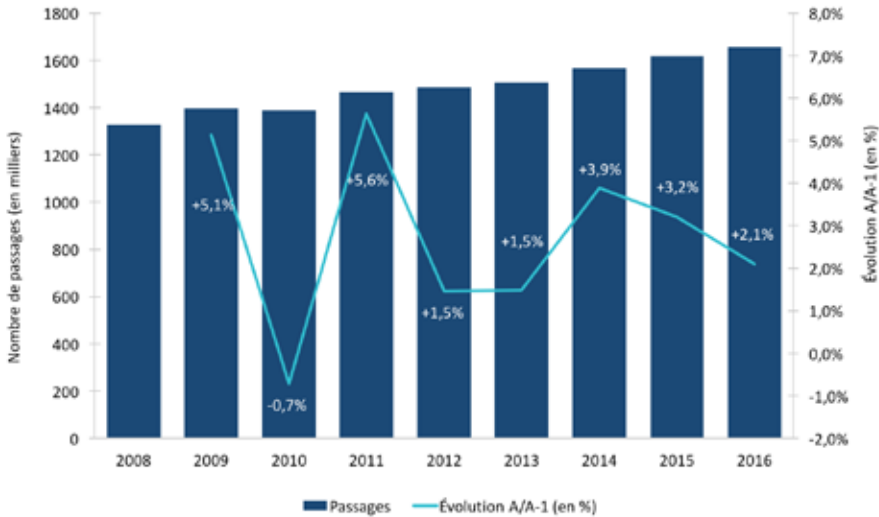
+2,1% évolution 2015/2016

Sur les 8 dernières années, **+2,8%** d'évolution moyenne

+24,7% évolution 2008/2016

+ 38 866 passages en 2016 par rapport à 2015

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



Plus d'1 600 000 passages aux urgences dans la région avec 99% d'exhaustivité des résumés de passages aux urgences (RPU)

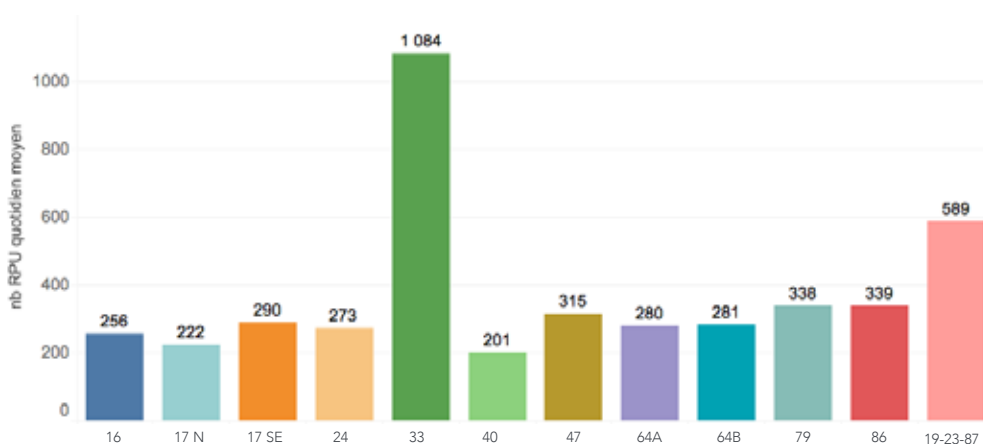
NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES EN 2016 ET ÉVOLUTION

Périmètre	Nombre de passages validés 2016	Nombre de RPU transmis 2016	Moyenne quotidienne 2016	Évolution 2015/2016	Évolution 2014/2015
Nouvelle Aquitaine	1 656 177	1 634 341	4 525	+2,1%	3,2%
Charente (16)	93 567	93 567	256	-3,7%	6,0%
Charente - Maritime Nord (17N)	81 180	81 180	222	+1,3%	ND
Charente - Maritime Sud Est (17SE)	105 996	106 009	290	+10,1%	ND
Dordogne (24)	100 061	100 061	273	+1,0%	-0,6%
Gironde (33)	400 492	396 729	1 094	2,1%	2,6%
Landes (40)	91 574	73 488	250	+5,9%	8,6%
Lot-et-Garonne (47)	115 183	115 183	315	+3,9%	3,6%
Navarre Côte Basque (64A)	102 487	102 487	280	-3,3%	3,0%
Béarn-Soule (64B)	102 750	102 750	281	+2,8%	2,8%
Deux-Sèvres (79)	123 525	123 525	338	+3,4%	5,7%
Vienne (86)	123 915	123 915	339	+1,1%	4,7%
Limousin (19, 23, 87)	215 447	215 447	589	+1,8%	4,0%

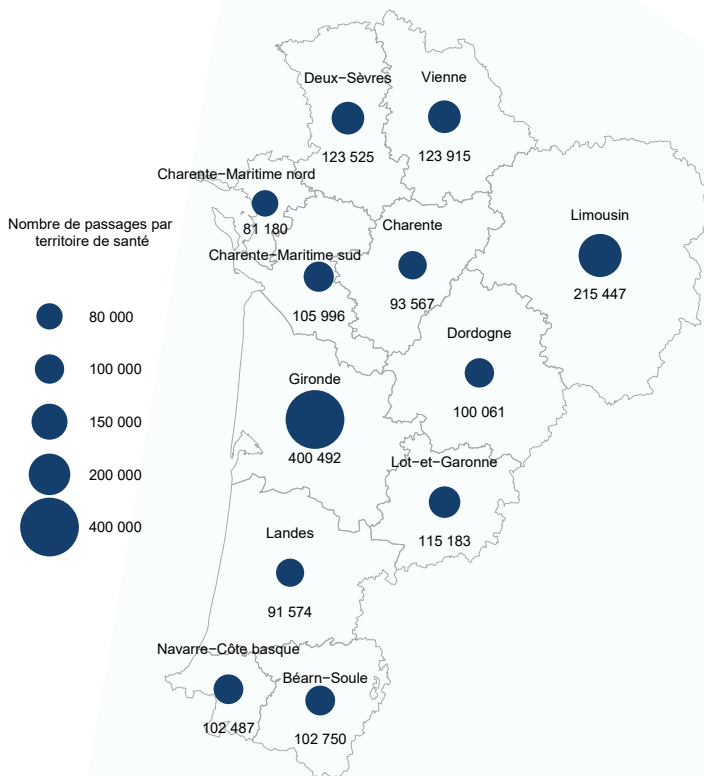
ND : Non Disponible

Activité journalière hétérogène selon le territoire de santé

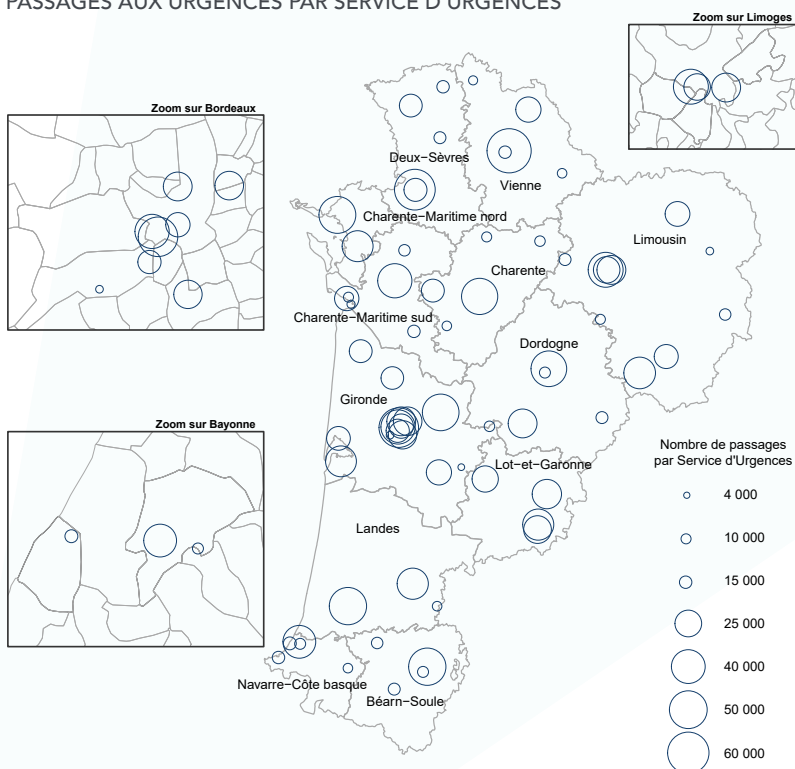
NOMBRE MOYEN JOURNALIER DE PASSAGES AUX URGENCES SELON LE TERRITOIRE DE SANTÉ



NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES PAR TERRITOIRE DE SANTÉ



NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES PAR SERVICE D'URGENCES



PROFIL DES PASSAGES

123 4Q En quelques chiffres

149 919 passages en juillet (**4 836** passages / jour) vs **120 927** passages en février (**4 170** passages / jour) soit **16%** de variation saisonnière

29% activité le week-end

27% activité nocturne [20h - 08h[

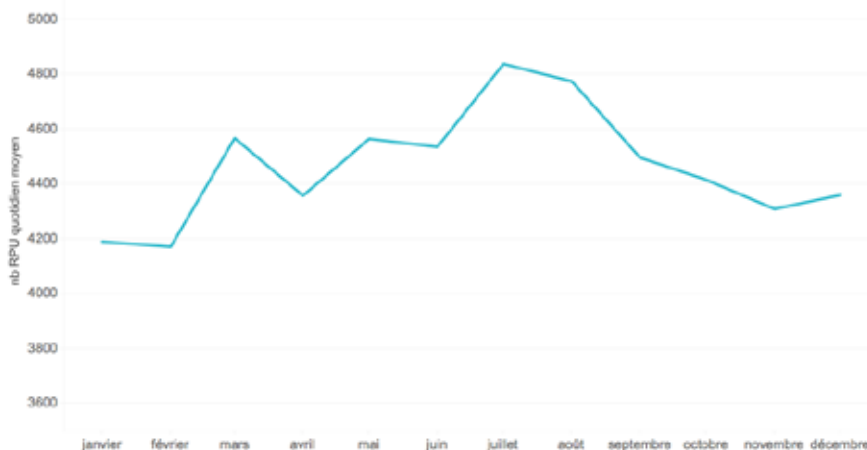
11% activité nuit profonde [00h - 08h[

46% activité PDS

Fréquentation mensuelle

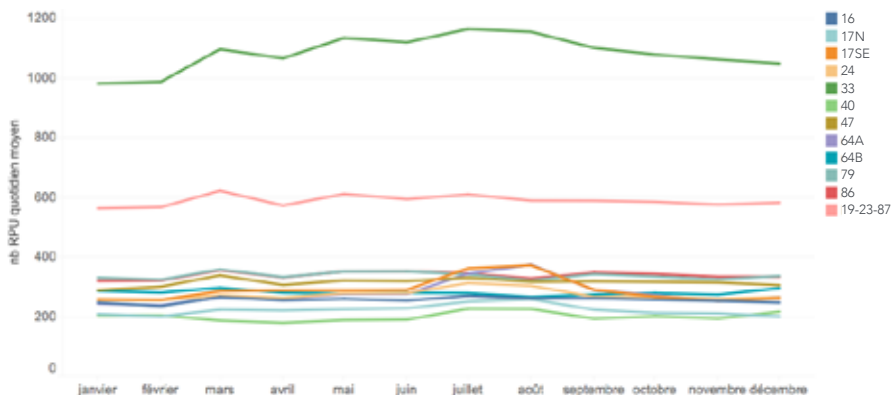
Impact de l'activité estivale sur les services d'urgences

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



En particulier dans les territoires du littoral

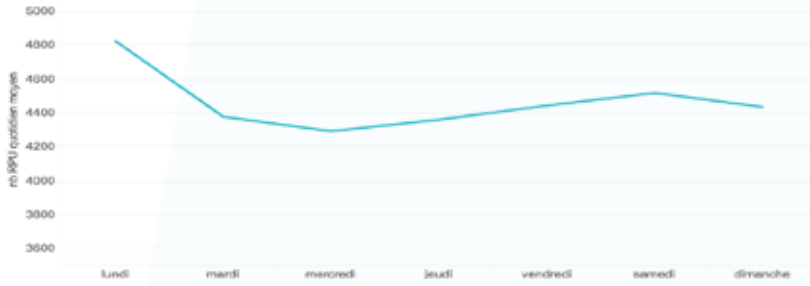
MOYENNE QUOTIDIENNE DU NOMBRE DE PASSAGES PAR MOIS ET TERRITOIRE DE SANTÉ



Fréquentation journalière

Pic d'activité les lundis

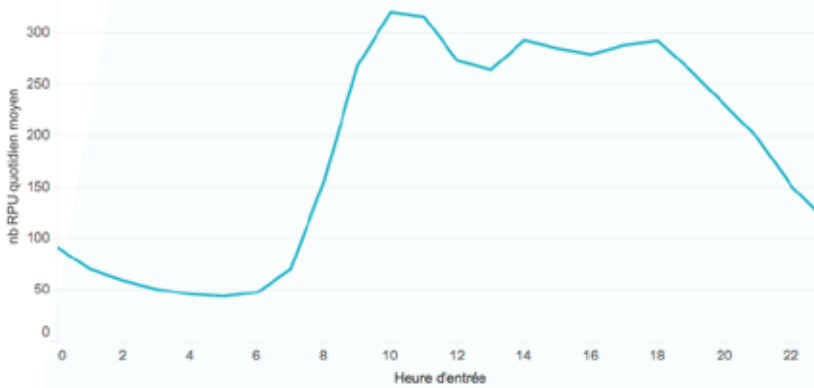
RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES SELON LE JOUR DE SEMAINE EN NOUVELLE-AQUITAINE



Fréquentation par heure

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

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES SELON L'HEURE D'ENTRÉE EN NOUVELLE-AQUITAINE



Pic de sorties entre 18 et 19h

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES SELON L'HEURE DE SORTIE EN NOUVELLE-AQUITAINE



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

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES SELON L'HEURE ET LE JOUR DE SEMAINE D'ENTRÉE ET DE SORTIE EN NOUVELLE-AQUITAINE

ENTRÉES

lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
1,9%	1,9%	1,9%	1,9%	1,9%	2,2%	2,6%
1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	1,5%	1,7%	2,1%
1,1%	1,2%	1,2%	1,2%	1,3%	1,5%	1,8%
1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,1%	1,3%	1,6%
0,8%	0,9%	0,9%	0,9%	1,0%	1,1%	1,5%
0,8%	0,9%	0,9%	0,9%	1,0%	1,1%	1,3%
1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	1,1%	1,1%	1,4%
1,6%	1,6%	1,6%	1,5%	1,5%	1,5%	1,7%
3,9%	3,6%	3,7%	3,7%	3,5%	3,1%	2,8%
6,8%	6,2%	6,0%	6,1%	6,0%	5,6%	5,1%
7,8%	7,2%	6,9%	7,1%	7,0%	7,2%	6,9%
7,5%	7,0%	6,7%	7,0%	6,9%	7,3%	7,1%
6,2%	6,0%	5,8%	6,1%	6,0%	6,5%	6,1%
6,0%	5,8%	6,0%	5,9%	5,8%	6,1%	5,7%
6,6%	6,5%	6,7%	6,6%	6,5%	6,8%	6,1%
6,4%	6,4%	6,6%	6,3%	6,5%	6,5%	5,9%
6,3%	6,3%	6,3%	6,3%	6,4%	6,2%	6,0%
6,4%	6,6%	6,4%	6,6%	6,5%	6,2%	6,4%
6,5%	6,8%	6,7%	6,9%	6,5%	6,1%	6,5%
5,7%	6,2%	6,2%	6,1%	5,9%	5,3%	5,8%
4,9%	5,3%	5,4%	5,3%	5,2%	4,8%	5,2%
4,1%	4,6%	4,7%	4,4%	4,6%	4,2%	4,4%
3,0%	3,3%	3,5%	3,3%	3,6%	3,5%	3,4%
2,3%	2,6%	2,6%	2,6%	2,8%	3,0%	2,7%

SORTIES

lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
3,9%	4,7%	4,6%	4,5%	4,5%	4,6%	4,6%
3,1%	3,8%	3,8%	3,6%	3,6%	3,8%	3,9%
2,4%	2,9%	2,8%	2,7%	2,8%	3,0%	3,1%
1,8%	2,2%	2,0%	2,1%	2,1%	2,5%	2,6%
1,3%	1,6%	1,6%	1,5%	1,5%	1,9%	2,0%
1,0%	1,2%	1,1%	1,1%	1,2%	1,4%	1,5%
0,8%	1,1%	0,9%	1,0%	1,0%	1,2%	1,3%
0,6%	0,7%	0,7%	0,6%	0,8%	0,8%	0,9%
1,0%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,1%	1,3%
2,0%	1,9%	2,0%	1,9%	2,1%	1,9%	2,1%
3,6%	3,4%	3,4%	3,5%	3,4%	3,3%	3,4%
4,7%	4,6%	4,3%	4,4%	4,4%	4,3%	4,6%
5,1%	4,8%	4,6%	4,8%	4,6%	4,8%	5,0%
4,5%	4,3%	4,2%	4,2%	4,3%	4,8%	4,7%
7,2%	4,9%	4,9%	4,9%	5,1%	5,2%	5,1%
6,4%	6,3%	6,3%	6,2%	6,4%	6,2%	6,0%
6,8%	6,7%	6,8%	6,8%	6,8%	6,4%	6,1%
7,0%	7,0%	7,0%	7,0%	7,1%	6,7%	6,3%
7,0%	7,1%	7,3%	7,3%	7,2%	6,9%	6,8%
6,7%	6,5%	6,6%	6,7%	6,5%	6,5%	6,5%
6,1%	6,0%	6,2%	6,2%	6,0%	6,0%	6,1%
5,6%	5,7%	5,6%	5,8%	5,7%	5,5%	5,4%
5,6%	5,8%	5,9%	5,9%	5,9%	5,4%	5,4%
5,8%	5,9%	6,1%	6,0%	6,0%	5,6%	5,4%

PROFIL DES PATIENTS

123
4Q En quelques chiffres

1,07 sex-ratio

42,4 ans +/- **27,8** ans âge moyen +/- écart type

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

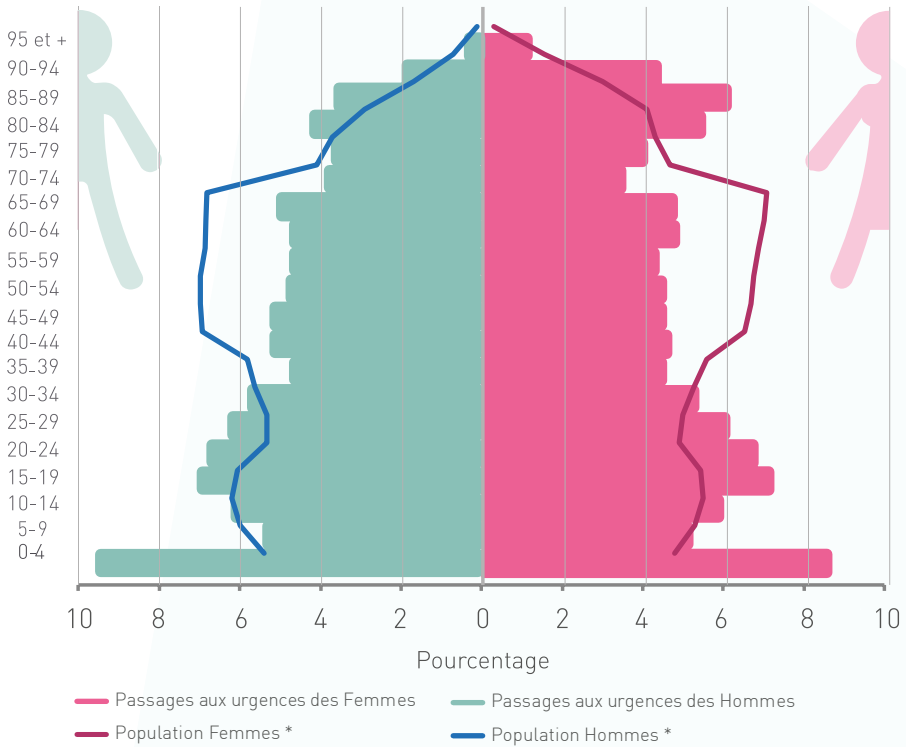
26 % 65 ans et + **17 %** 75 ans et + **9 %** 85 ans et +

28 % taux de recours régional

7 % ne réside pas dans la région Nouvelle-Aquitaine

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

Classe d'âge



* Source Insee - Estimation au 1er Janvier 2016

Forte baisse (-11,9 %) du nombre de passages des moins de 1 an

NOMBRE ET ÉVOLUTION DES PASSAGES AUX URGENCES DES MOINS DE 1 AN EN NOUVELLE-AQUITAINE DEPUIS 2008

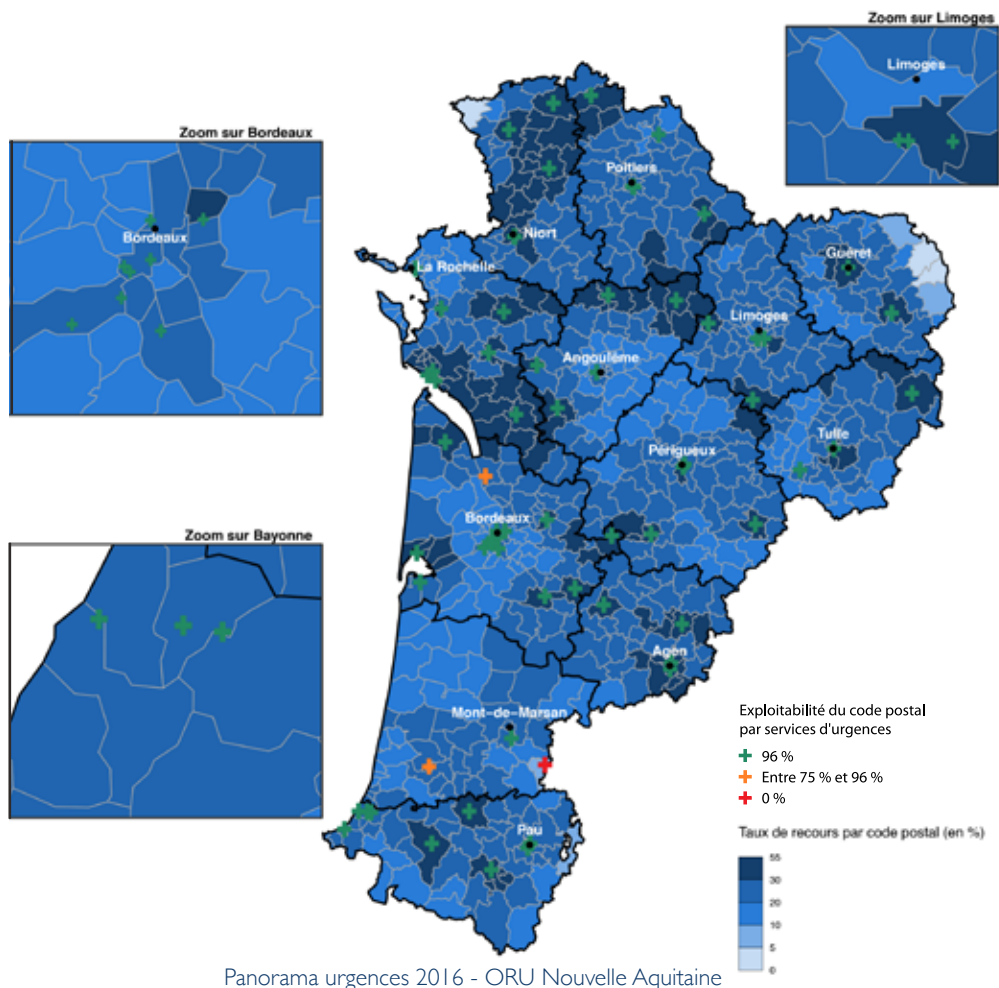


Forte hausse (+11,1 %) du nombre de passages des 75 ans et plus

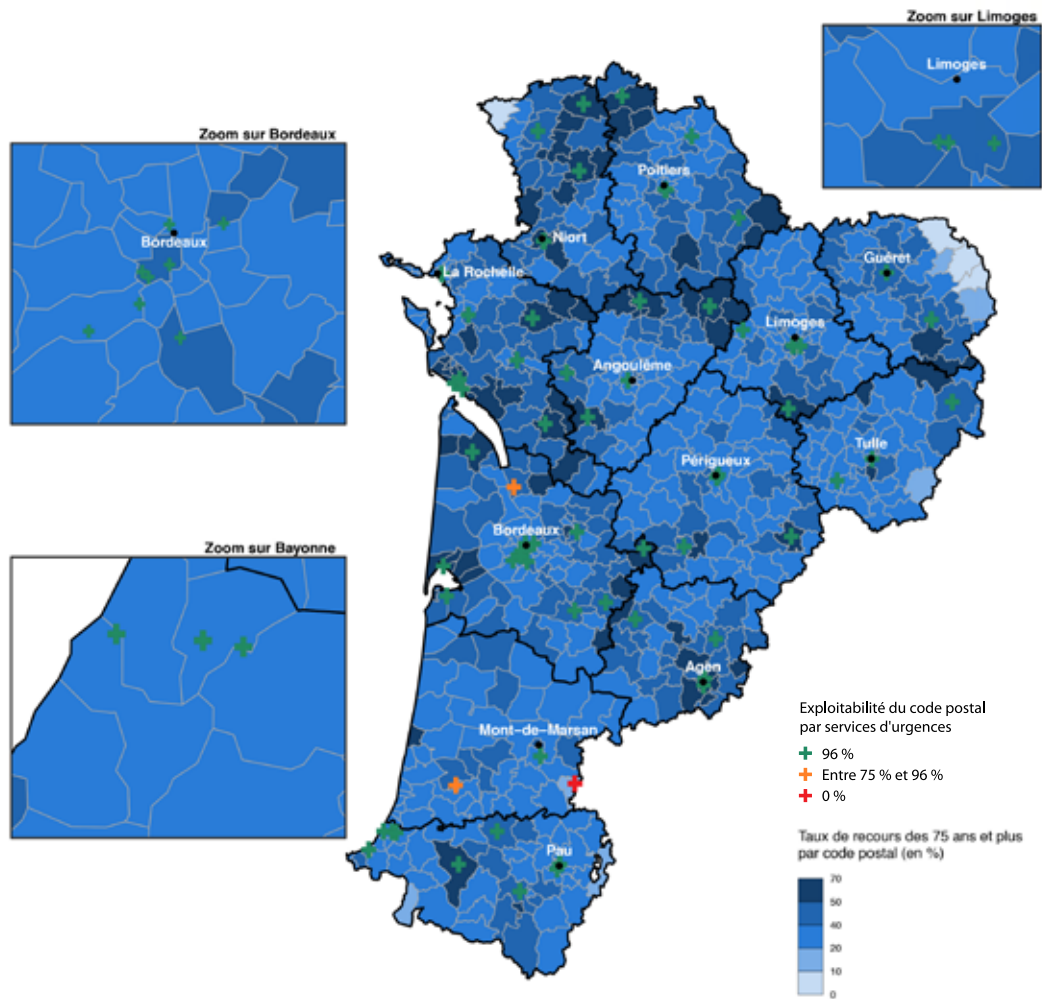
NOMBRE ET ÉVOLUTION DES PASSAGES AUX URGENCES DES 75 ANS ET PLUS EN NOUVELLE-AQUITAINE DEPUIS 2008



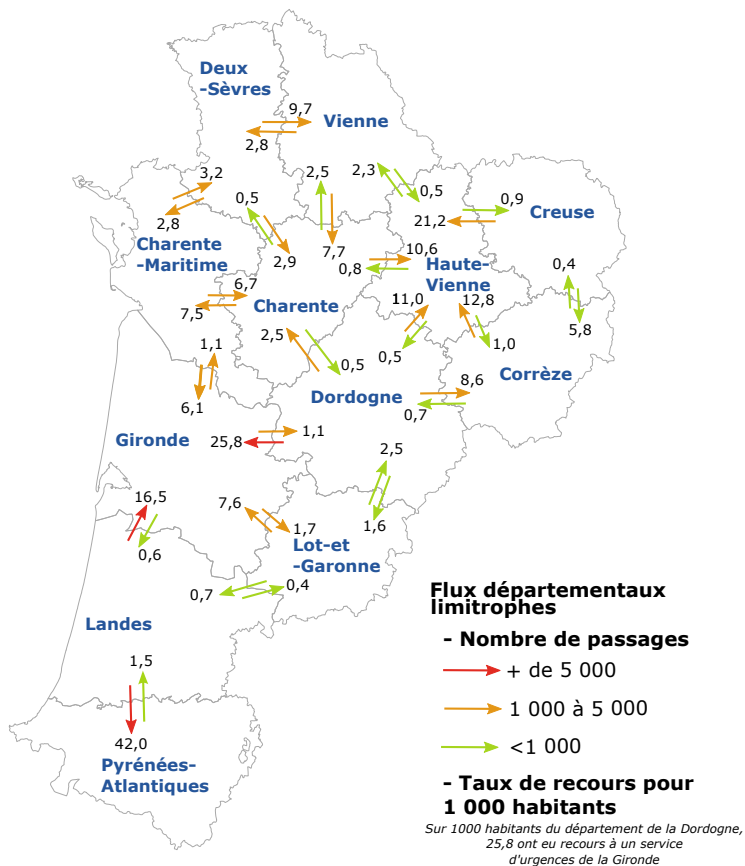
TAUX DE RECOURS ET POURCENTAGE DE CODES POSTAUX EXPLOITABLES DANS LA RÉGION



TAUX DE RECOURS DES PATIENTS DE 75 ANS ET PLUS ET POURCENTAGE DE CODES POSTAUX EXPLOITABLES DANS LA RÉGION



FLUX DÉPARTEMENTAUX LIMITOPHES DES PATIENTS ET TAUX DE RECOURS PAR TERRITOIRE DE SANTÉ



PRISE EN CHARGE

123
4  **En quelques chiffres**

16% CCMU 1
2% CCMU 4-5

58% d'urgences médico-chirurgicales
dont **133 254** douleurs abdominales et pathologies digestives

26% taux d'hospitalisation
1 074 hospitalisations par jour

74% taux de retour à domicile
3 126 retours à domicile par jour

4h02 durée moyenne de passage

5h56 durée moyenne de passage des patients hospitalisés

3h10 durée moyenne de passage des patients sortants

2h48 durée médiane de passage

4h25 durée médiane de passage des patients hospitalisés

2h14 durée médiane de passage des patients sortants

TOP 15 DES MOTIFS DE RECOURS

Motif	Libellé motif	Nb	%
R104	Douleurs abdominales, autres et non précisées	55 024	7,77%
T139	Lésion traumatique non précisée du membre inférieur, niveau non précisé	54 662	7,72%
T119	Lésion traumatique non précisée du membre supérieur, niveau non précisé	49 398	6,98%
T009	Lésions traumatiques superficielles multiples, sans précision	38 605	5,45%
R074	Douleur thoracique, sans précision	24 336	3,44%
R060	Dyspnée	22 703	3,21%
R509	Fièvre, sans précision	18 254	2,58%
S709	Lésion traumatique superficielle de la hanche et de la cuisse, sans précision	12 902	1,82%
R55	Syncope et collapsus (sauf choc)	12 119	1,71%
K089	Affection des dents et du parodonte, sans précision	11 605	1,64%
S400	Contusion de l'épaule et du bras	11 503	1,62%
R51	Céphalée	11 174	1,58%
R53+0	Altération [baisse] de l'état général	10 297	1,45%
S009	Lésion traumatique superficielle de la tête, partie non précisée	10 252	1,45%
L039	Phlegmon, sans précision	9 810	1,39%

TOP 15 DES DIAGNOSTICS PRINCIPAUX

Code CIM10	libelle CIM10	Nb	%
R104	Douleurs abdominales, autres et non précisées	36 624	2,93%
S934	Entorse et foulure de la cheville	30 273	2,42%
R074	Douleur thoracique, sans précision	20 699	1,65%
R53+1	Malaise	15 866	1,27%
S610	Plaie ouverte de(s) doigt(s) (sans lésion de l'ongle)	15 434	1,23%
R509	Fièvre, sans précision	13 584	1,09%
T139	Lésion traumatique non précisée du membre inférieur, niveau non précisé	12 394	0,99%
N23	Colique néphrétique, sans précision	12 383	0,99%
K590	Constipation	12 326	0,98%
R060	Dyspnée	11 449	0,91%
R073	Autres douleurs thoraciques	10 359	0,83%
S018	Plaie ouverte d'autres parties de la tête	9 968	0,80%
R51	Céphalée	9 617	0,77%
T119	Lésion traumatique non précisée du membre supérieur, niveau non précisé	9 426	0,75%
S800	Contusion du genou	9 272	0,74%

RÉPARTITION DES TYPES D'URGENCES PAR CHAPITRE CIM10

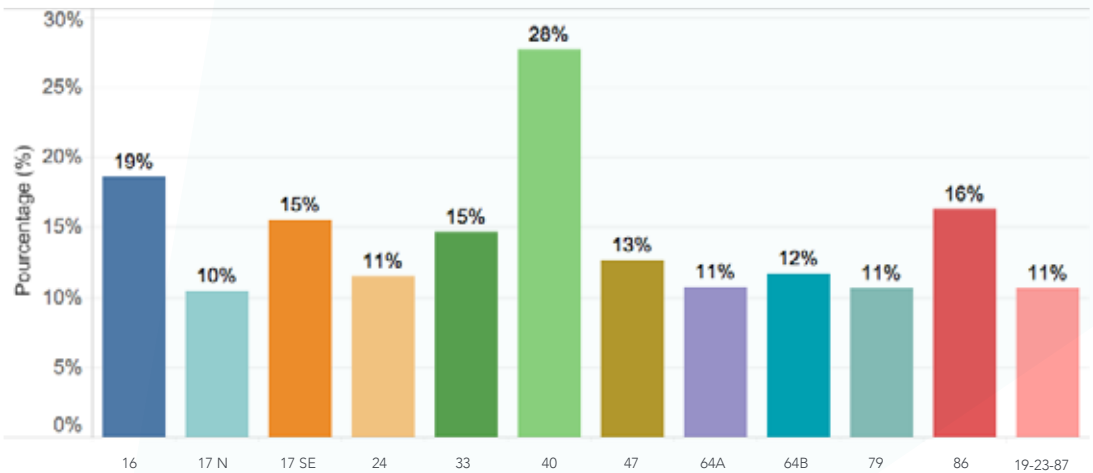
Type Urgences	Chapitre CIM10	Nb	%
Médico-chirurgical	Douleurs abdominales, pathologies digestives	133 254	10,64%
	Douleurs de membre, rhumatologie, orthopédie, SNP	86 616	6,92%
	ORL, ophtalmo, stomato et carrefour aéro-digestif	81 905	6,54%
	Douleurs pelviennes, pathologies uro-génitales	70 126	5,60%
	Douleurs thoraciques, pathologies cardio-vasculaires	69 860	5,58%
	Dyspnées, pathologies des voies aériennes inférieures	60 028	4,79%
	Céphalées, pathologies neurologiques hors SNP	57 344	4,58%
	Signes généraux et autres pathologies	48 580	3,88%
	Dermato-allergologie et atteintes cutanéomuqueuses	47 443	3,79%
	Malaises, lipothymies, syncopes, étourdissements et vertiges	38 439	3,07%
	Fièvre et infectiologie générale	26 964	2,15%
	Traumatisme du membre supérieur	153 072	12,23%
Traumatisme du membre inférieur	138 390	11,05%	
Traumatologique	Traumatisme de la tête et du cou	90 536	7,23%
	Traumatisme thoraco-abdomino-pelvien	30 596	2,44%
	Traumatisme autre et sans précision	26 779	2,14%
Psychiatrique	Troubles du psychisme, pathologies psychiatriques	32 513	2,60%
	Intoxication alcoolique	12 250	0,98%
Toxicologique	Intoxication médicamenteuse	7 797	0,62%
	Intoxication par d'autres substances	2 408	0,19%
	Intoxication au monoxyde de carbone	331	0,03%
	Demande de certificats, de dépistage, de conseils	15 291	1,22%
	Iatrogénie et complication post chirurgicale SAI	6 779	0,54%
Autre recours	Soins de contrôle, surveillances et entretien	6 188	0,49%
	Recours lié à l'organisation de la continuité des soins	2 760	0,22%
	Autre et sans précision	1 901	0,15%
	Réorientations, fugues, refus de soins	1 895	0,15%
	Difficultés psychosociales, socio-économiques	1 848	0,15%

CARACTÉRISTIQUES PAR TYPE D'URGENCES

	Urgences médico-chirurgicales	Urgences traumatologiques	Urgences psychiatriques	Urgences toxicologiques	Autres recours
% du total	58%	35%	2%	2%	3%
% < 18 ans	21%	33%	15%	11%	19%
% 75 ans et +	22%	12%	11%	4%	3%
% hommes	49%	56%	45%	59%	59%
% hospitalisés	34%	12%	35%	60%	14%
% CCMU 1	17%	15%	19%	13%	31%
% CCMU 4 et 5	3%	1%	1%	4%	1%
Durée moyenne	4h30	2h56	4h03	4h21	2h38

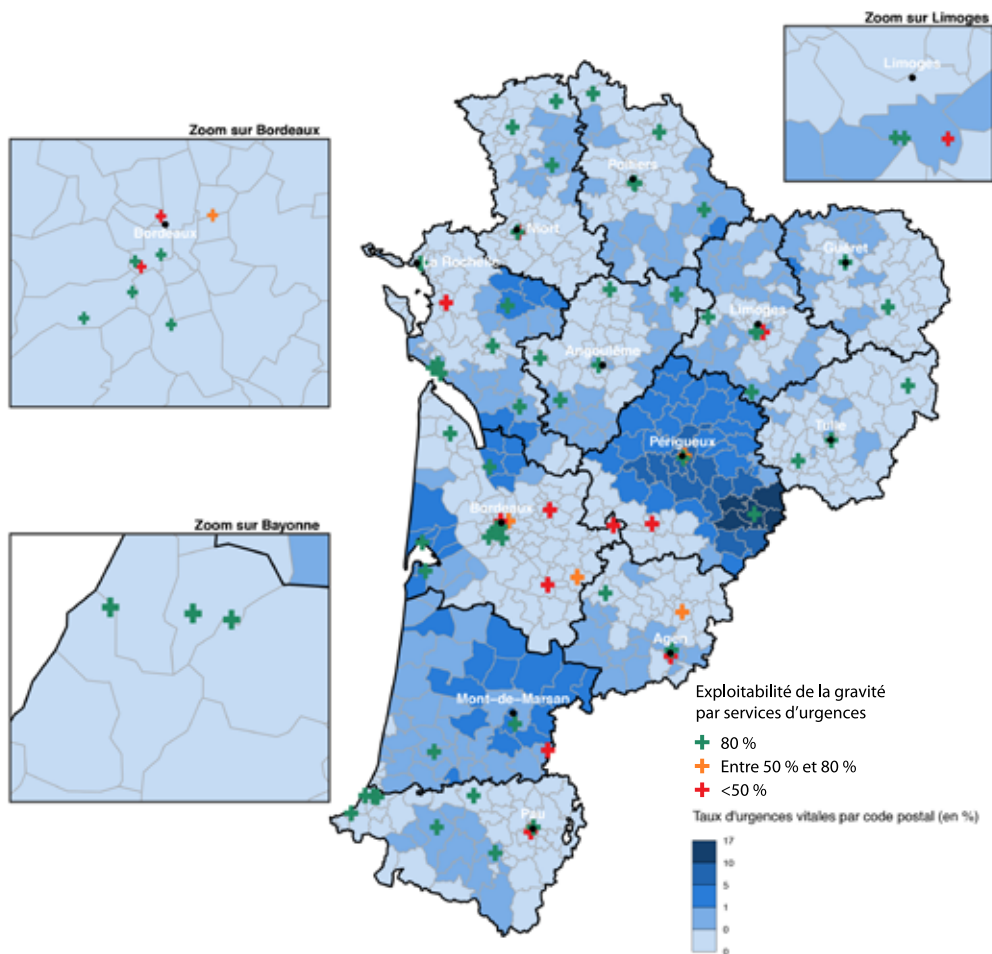
14% d'urgences vitales et fonctionnelles dans la région avec forte variation selon le territoire de santé (10% en Charente Maritime Nord vs 28% dans les Landes)

TAUX D'URGENCES VITALES PAR TERRITOIRE DE SANTÉ



 Urgences vitales et fonctionnelles = CCMU 3 + CCMU 4 + CCMU 5

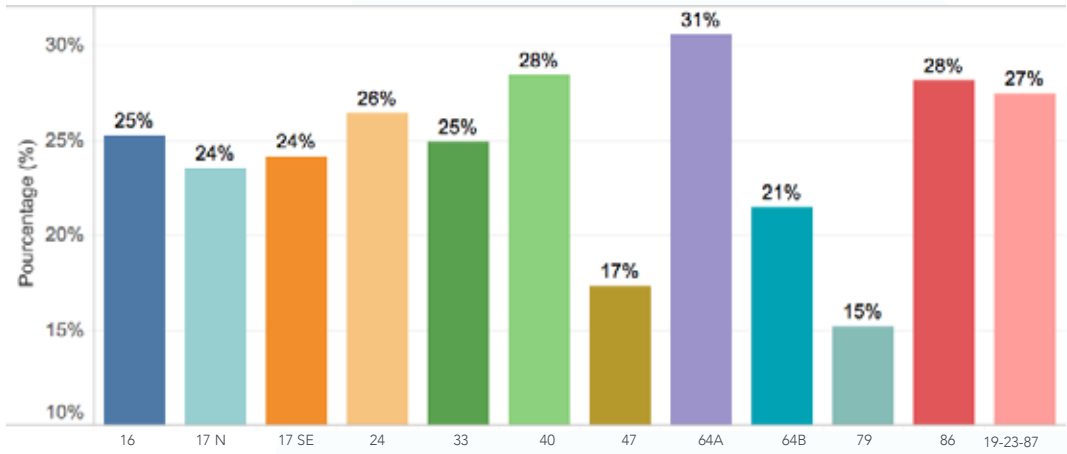
TAUX DE RECOURS DES URGENCES VITALES SELON LE CODE POSTAL DE RÉSIDENCE DES PATIENTS



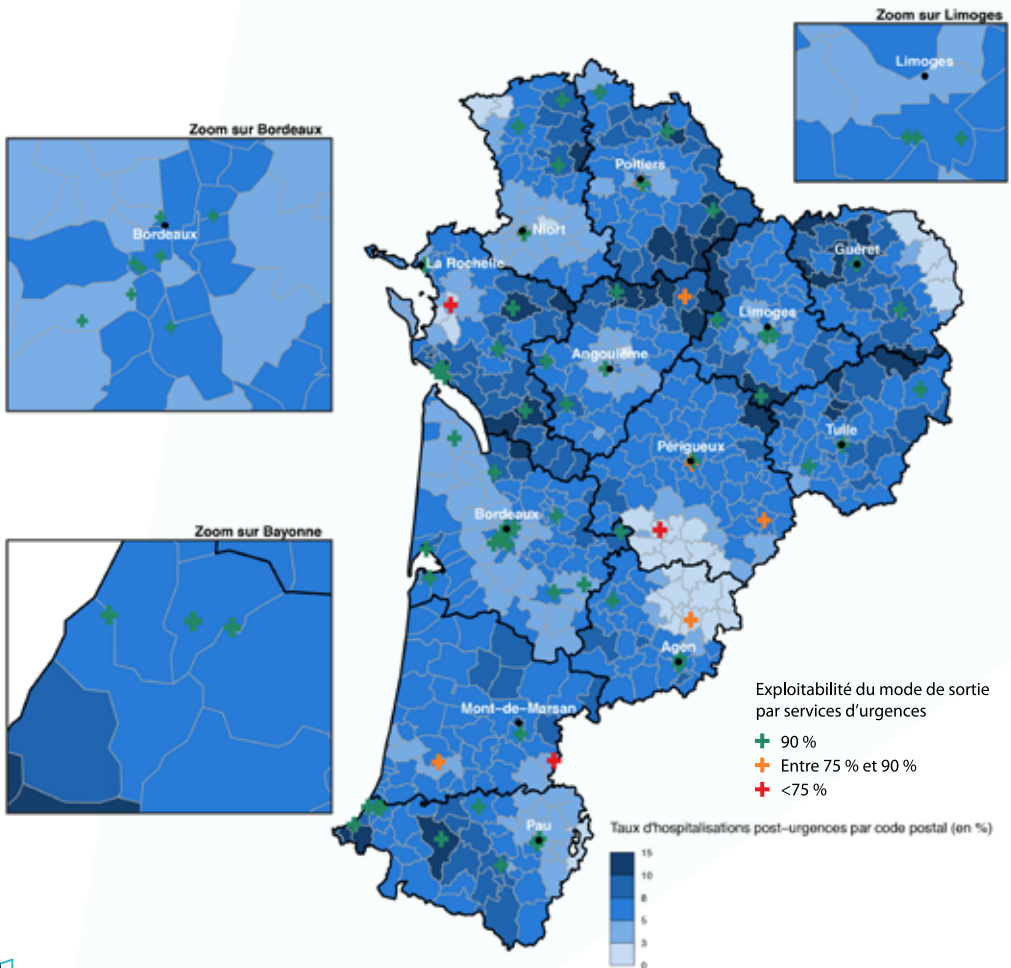
Urgences vitales = CCMU 4 + CCMU 5

26% d'hospitalisations post-urgences dans la région avec forte variation selon le territoire de santé (15% dans les Deux Sèvres vs 31% dans le Navarre Côte-Basque)

TAUX D'HOSPITALISATIONS POST-URGENTES PAR TERRITOIRE DE SANTÉ



TAUX D'HOSPITALISATIONS POST-URGENTES PAR CODE POSTAL DE RÉSIDENCE DES PATIENTS



2-TERRITOIRES DE SANTÉ

CHARENTE (16)

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés	93 567
Moyenne quotidienne	256
Évolution (2015/2016)	-3,7%
Taux de passage	26%
Nombre de RPU transmis	93 567
Exhaustivité du recueil	100%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	26%
Mutation interne	24%
Transfert	2%
Retour à domicile	74%

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	2h39
Médiane	2h02
Passages de moins de 4 h	81%
<i>Lors d'une hospitalisation</i>	63%
<i>Lors d'un retour au domicile</i>	87%

PATIENT

Sex-ratio	1,10
Age moyen	46,3
Moins de 1 an	<1%
Moins de 18 ans	18%
75 ans et plus	20%
Patients ne venant pas du territoire	15%

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	24%
Nuit profonde [00h-08h[	9%
Horaire de PDS	44%
Week-end	28%
Mode de transport	
Moyen personnel	70%
SMUR (hélicopté compris)	2%
VSAV	8%
Ambulances	19%
CCMU	
CCMU 1	10%
CCMU 4 et 5	2%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médoco-chirurgical	48%
Traumatologique	42%
Psychiatrique	3%
Toxicologique	2%
Autres recours	5%
DP exploitables	98%

CHARENTE MARITIME NORD (17N)

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés	81 180
Moyenne quotidienne	222
Évolution (2015/2016)	+1,3%
Taux de passage	24%
Nombre de RPU transmis	81 180
Exhaustivité du recueil	100%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	33%
Mutation interne	32%
Transfert	1%
Retour à domicile	67%

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	3h46
Médiane	3h04
Passages de moins de 4 h	63%
Lors d'une hospitalisation	34%
Lors d'un retour au domicile	76%

PATIENT

Sex-ratio	1,08
Age moyen	45,5
Moins de 1 an	1%
Moins de 18 ans	20%
75 ans et plus	19%
Patients ne venant pas du territoire	ND

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	28%
Nuit profonde [00h-08h[	12%
Horaire de PDS	48%
Week-end	29%
Mode de transport	
Moyen personnel	61%
SMUR (hélicopté compris)	1%
VSAV	16%
Ambulances	20%
CCMU	
CCMU 1	10%
CCMU 4 et 5	2%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médoco-chirurgical	52%
Traumatologique	38%
Psychiatrique	4%
Toxicologique	3%
Autres recours	3%
DP exploitables	68%

ND : Non disponible

CHARENTE MARITIME SUD-EST (17SE)

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés	105 996
Moyenne quotidienne	290
Évolution (2015/2016)	+10,1%
Taux de passage	36%
Nombre de RPU transmis	106 009
Exhaustivité du recueil	100%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	24%
Mutation interne	22%
Transfert	2%
Retour à domicile	76%

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	4h00
Médiane	2h43
Passages de moins de 4 h	67%
Lors d'une hospitalisation	43%
Lors d'un retour au domicile	75%

PATIENT

Sex-ratio	0,96
Age moyen	50,0
Moins de 1 an	2%
Moins de 18 ans	22%
75 ans et plus	20%
Patients ne venant pas du territoire	ND

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	27%
Nuit profonde [00h-08h[	12%
Horaire de PDS	52%
Week-end	28%
Mode de transport	
Moyen personnel	89%
SMUR (hélicoptère compris)	<1%
VSAV	4%
Ambulances	6%
CCMU	
CCMU 1	13%
CCMU 4 et 5	2%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médoco-chirurgical	58%
Traumatologique	34%
Psychiatrique	2%
Toxicologique	1%
Autres recours	5%
DP exploitables	91%

ND : Non disponible

DORDOGNE (24)

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés	100 061
Moyenne quotidienne	273
Évolution (2015/2016)	+1,0%
Taux de passage	24%
Nombre de RPU transmis	100 061
Exhaustivité du recueil	100%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	28%
Mutation interne	27%
Transfert	1%
Retour à domicile	72%

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	3h15
Médiane	2h33
Passages de moins de 4 h	72%
<i>Lors d'une hospitalisation</i>	60%
<i>Lors d'un retour au domicile</i>	79%

PATIENT

Sex-ratio	0,96
Age moyen	43,4
Moins de 1 an	2%
Moins de 18 ans	23%
75 ans et plus	18%
Patients ne venant pas du territoire	10%

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	26%
Nuit profonde [00h-08h[	11%
Horaire de PDS	45%
Week-end	22%
Mode de transport	
Moyen personnel	64%
SMUR (hélicopté compris)	2%
VSAV	13%
Ambulances	22%
CCMU	
CCMU 1	18%
CCMU 4 et 5	1%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médoco-chirurgical	56%
Traumatologique	36%
Psychiatrique	4%
Toxicologique	2%
Autres recours	2%
DP exploitables	40%

GIRONDE (33)

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés*	400 492
Moyenne quotidienne	1 094
Évolution (2015/2016)	+2,1%
Taux de passage	26%
Nombre de RPU transmis **	396 729
Exhaustivité du recueil	99%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	25%
Mutation interne	23%
Transfert	2%
Retour à domicile	75%

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	4h32
Médiane	2h58
Passages de moins de 4 h	64%
Lors d'une hospitalisation	50%
Lors d'un retour au domicile	69%

PATIENT

Sex-ratio	1,09
Age moyen	40,7
Moins de 1 an	3%
Moins de 18 ans	25%
75 ans et plus	15%
Patients ne venant pas du territoire	12%

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	29%
Nuit profonde [00h-08h[	12%
Horaire de PDS	49%
Week-end	29%
Mode de transport	
Moyen personnel	73%
SMUR (hélicoptère compris)	2%
VSAV	13%
Ambulances	11%
CCMU	
CCMU 1	19%
CCMU 4 et 5	2%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médoco-chirurgical	61%
Traumatologique	33%
Psychiatrique	2%
Toxicologique	2%
Autres recours	2%
DP exploitables	78%

*CH Haute Gironde :

nbre de passages (01/01/16 au 21/03/16) = nbre de passages déclarés sur le serveur de veille régional (données urgences)

nbre de passages (22/03/16 au 31/12/16) = nbre de RPU

**CH Haute Gironde : pas de RPU remonté avant le 22/03/16

LANDES (40)

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés *	91 574
Moyenne quotidienne	250
Évolution (2015/2016)	+5,9%
Taux de passage	22%
Nombre de RPU transmis **	73 488
Exhaustivité du recueil	80%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	31%
Mutation interne	31%
Transfert	<1%
Retour à domicile	69%

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	4h49
Médiane	3h11
Passages de moins de 4 h	62%
Lors d'une hospitalisation	37%
Lors d'un retour au domicile	71%

PATIENT

Sex-ratio	1,06
Age moyen	44,7
Moins de 1 an	2%
Moins de 18 ans	21%
75 ans et plus	19%
Patients ne venant pas du territoire	13%

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	29%
Nuit profonde [00h-08h[	12%
Horaire de PDS	49%
Week-end	30%
Mode de transport	
Moyen personnel	67%
SMUR (hélicopté compris)	1%
VSAV	15%
Ambulances	16%
CCMU	
CCMU 1	16%
CCMU 4 et 5	4%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médico-chirurgical	60%
Traumatologique	33%
Psychiatrique	3%
Toxicologique	2%
Autres recours	2%
DP exploitables	97%

*PCL de l'Adour : nbre de passages = nbre de passages déclarés sur le serveur de veille régional (données urgences)

**PCL de l'Adour : pas de RPU remonté

LOT-ET-GARONNE (47)

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés	115 183
Moyenne quotidienne	315
Évolution (2015/2016)	+3,9%
Taux de passage	34%
Nombre de RPU transmis	115 183
Exhaustivité du recueil	100%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	19%
Mutation interne	17%
Transfert	2%
Retour à domicile	81%

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	4h45
Médiane	2h59
Passages de moins de 4 h	63%
<i>Lors d'une hospitalisation</i>	38%
<i>Lors d'un retour au domicile</i>	73%

PATIENT

Sex-ratio	1,04
Age moyen	43,4
Moins de 1 an	2%
Moins de 18 ans	23%
75 ans et plus	18%
Patients ne venant pas du territoire	12%

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	26%
Nuit profonde [00h-08h[	11%
Horaire de PDS	46%
Week-end	29%
Mode de transport	
Moyen personnel	74%
SMUR (hélicoptère compris)	1%
VSAV	13%
Ambulances	11%
CCMU	
CCMU 1	16%
CCMU 4 et 5	1%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médoco-chirurgical	62%
Traumatologique	29%
Psychiatrique	4%
Toxicologique	2%
Autres recours	3%
DP exploitables	57%

NAVARRRE-CÔTE BASQUE (64A)

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés	102 487
Moyenne quotidienne	280
Évolution (2015/2016)	-3,3%
Taux de passage	36%
Nombre de RPU transmis	102 487
Exhaustivité du recueil	100%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	30%
Mutation interne	29%
Transfert	1%
Retour à domicile	69%

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	3h54
Médiane	2h44
Passages de moins de 4 h	68%
Lors d'une hospitalisation	45%
Lors d'un retour au domicile	78%

PATIENT

Sex-ratio	1,19
Age moyen	41,1
Moins de 1 an	3%
Moins de 18 ans	27%
75 ans et plus	16%
Patients ne venant pas du territoire	ND

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	25%
Nuit profonde [00h-08h[	10%
Horaire de PDS	47%
Week-end	31%
Mode de transport	
Moyen personnel	77%
SMUR (hélicopté compris)	1%
VSAV	9%
Ambulances	14%
CCMU	
CCMU 1	21%
CCMU 4 et 5	2%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médico-chirurgical	55%
Traumatologique	39%
Psychiatrique	2%
Toxicologique	1%
Autres recours	3%
DP exploitables	95%

ND : Non disponible

BÉARN-SOULE (64B)

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés	102 750
Moyenne quotidienne	281
Évolution (2015/2016)	+2,9%
Taux de passage	27%
Nombre de RPU transmis	102 750
Exhaustivité du recueil	100%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	22%
Mutation interne	21%
Transfert	1%
Retour à domicile	78%

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	4h20
Médiane	2h46
Passages de moins de 4 h	65%
Lors d'une hospitalisation	34%
Lors d'un retour au domicile	74%

PATIENT

Sex-ratio	1,08
Age moyen	39,0
Moins de 1 an	3%
Moins de 18 ans	31%
75 ans et plus	15%
Patients ne venant pas du territoire	ND

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	27%
Nuit profonde [00h-08h[	10%
Horaire de PDS	48%
Week-end	30%
Mode de transport	
Moyen personnel	78%
SMUR (hélicoptéré compris)	1%
VSAV	8%
Ambulances	11%
CCMU	
CCMU 1	36%
CCMU 4 et 5	2%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médico-chirurgical	57%
Traumatologique	37%
Psychiatrique	1%
Toxicologique	2%
Autres recours	3%
DP exploitables	71%

ND : Non disponible

DEUX-SÈVRES (79)

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés	123 525
Moyenne quotidienne	338
Évolution (2015/2016)	+3,4%
Taux de passage	33%
Nombre de RPU transmis	123 525
Exhaustivité du recueil	100%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	17%
Mutation interne	15%
Transfert	2%
Retour à domicile	83%

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	3h34
Médiane	2h37
Passages de moins de 4 h	69%
<i>Lors d'une hospitalisation</i>	45%
<i>Lors d'un retour au domicile</i>	78%

PATIENT

Sex-ratio	1,10
Age moyen	41,2
Moins de 1 an	2%
Moins de 18 ans	26%
75 ans et plus	16%
Patients ne venant pas du territoire	8%

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	23%
Nuit profonde [00h-08h[	9%
Horaire de PDS	42%
Week-end	27%
Mode de transport	
Moyen personnel	76%
SMUR (hélicopté compris)	1%
VSAV	8%
Ambulances	13%
CCMU	
CCMU 1	13%
CCMU 4 et 5	1%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médico-chirurgical	55%
Traumatologique	38%
Psychiatrique	3%
Toxicologique	1%
Autres recours	3%
DP exploitables	74%

VIENNE (86)

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés	123 915
Moyenne quotidienne	339
Évolution (2015/2016)	+1,1%
Taux de passage	28%
Nombre de RPU transmis	123 915
Exhaustivité du recueil	100%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	29%
Mutation interne	28%
Transfert	1%
Retour à domicile	71%

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	4h36
Médiane	3h14
Passages de moins de 4 h	57%
Lors d'une hospitalisation	33%
Lors d'un retour au domicile	67%

PATIENT

Sex-ratio	1,10
Age moyen	40,8
Moins de 1 an	3%
Moins de 18 ans	27%
75 ans et plus	16%
Patients ne venant pas du territoire	13%

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	26%
Nuit profonde [00h-08h[	10%
Horaire de PDS	45%
Week-end	28%
Mode de transport	
Moyen personnel	71%
SMUR (hélicoptéré compris)	1%
VSAV	8%
Ambulances	19%
CCMU	
CCMU 1	9%
CCMU 4 et 5	2%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médico-chirurgical	60%
Traumatologique	32%
Psychiatrique	3%
Toxicologique	2%
Autres recours	3%
DP exploitables	64%

LIMOUSIN (19-23-87)

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages validés	215 447
Moyenne quotidienne	589
Évolution (2015/2016)	+1,8%
Taux de passage	29%
Nombre de RPU transmis	215 447
Exhaustivité du recueil	100%

MODE DE SORTIE

Hospitalisation	28%
Mutation interne	26%
Transfert	2%
Retour à domicile	72%

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne	3h28
Médiane	2h35
Passages de moins de 4 h	70%
Lors d'une hospitalisation	47%
Lors d'un retour au domicile	79%

PATIENT

Sex-ratio	1,08
Age moyen	43,5
Moins de 1 an	2%
Moins de 18 ans	24%
75 ans et plus	19%
Patients ne venant pas du territoire	13%

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h[	24%
Nuit profonde [00h-08h[	9%
Horaire de PDS	44%
Week-end	28%
Mode de transport	
Moyen personnel	70%
SMUR (hélicopté compris)	1%
VSAV	10%
Ambulances	17%
CCMU	
CCMU 1	15%
CCMU 4 et 5	2%

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médoco-chirurgical	58%
Traumatologique	34%
Psychiatrique	3%
Toxicologique	2%
Autres recours	3%
DP exploitables	92%

3-FOCUS

PÉDIATRIE

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages de moins de 18 ans tous SU **397 825**
 Taux d'urgence pédiatrique **24%**
 % Evolution 2015 / 2016 **+3,6%**

MODE DE SORTIE

Hospitalisation **11%**
 Mutation interne **11%**
 Transfert **<1%**
 Retour à domicile **89%**

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne **2h48**
 Médiane **2h03**
 Passages de moins de 4 h **82%**
 Lors d'une hospitalisation **67%**
 Lors d'un retour au domicile **85%**

PATIENT

Sex-ratio **1,18**
 [0 - 1 an[**10%**
 [1 - 5 ans[**27%**
 [5 - 10 ans[**22%**
 [10 - 15 ans[**24%**
 [15 - 18 ans[**17%**

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h] **27%**
 Nuit profonde [00h-08h[**8%**
 Horaire de PDS **48%**
 Week-end **30%**
 Mode de transport
 Moyen personnel **92%**
 SMUR (hélicoptère compris) **1%**
 VSAV **5%**
 Ambulances **2%**
 CCMU
 CCMU 1 **29%**
 CCMU 4 et 5 **<1%**

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médico-chirurgical **49%**
 Douleurs abdominales, pathologies digestives **13%**
 ORL, ophtalmo, stomato et carrefour aéro-digestif **10%**
 Dyspnées, pathologies des voies aériennes inférieures **5%**
 Fièvre et infectiologie générale **5%**
 Traumatologique **46%**
 Psychiatrique **2%**
 Toxicologique **1%**
 Autres recours **2%**
 DP exploitables **78%**

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages 75 ans et plus **279 625**
 Taux d'urgence gériatrique **17%**
 % Evolution 2015 / 2016 **+4,0%**

MODE DE SORTIE

Hospitalisation **58%**
 Mutation interne **55%**
 Transfert **3%**
 Retour à domicile **42%**

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne **6h02**
 Médiane **4h34**
 Passages de moins de 4 h **42%**
 Lors d'une hospitalisation **35%**
 Lors d'un retour au domicile **53%**

PATIENT

Sex-ratio **0,71**
 [75 - 85 ans] **50%**
 [85 - 120 ans] **50%**

ARRIVÉE

Nuit [20h-08h] **21%**
 Nuit profonde [00h-08h] **10%**
 Horaire de PDS **39%**
 Week-end **26%**
 Mode de transport
 Moyen personnel **38%**
 SMUR (hélicoptéré compris) **2%**
 VSAV **17%**
 Ambulances **43%**
 CCMU
 CCMU 1 **6%**
 CCMU 4 et 5 **5%**

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médico-chirurgical **72%**
 Douleurs thoraciques patho cardio-vasculaires **13%**
 Dyspnées, pathologies des voies aériennes inférieures **10%**
 Douleurs abdominales, pathologies digestives **10%**
 Céphalées, patho neuro hors SNP **8%**
 Traumatologique **24%**
 Psychiatrique **2%**
 Toxicologique **<1%**
 Autres recours **2%**
 DP exploitables **78%**

RECUEIL DES DONNÉES

Nombre de passages RPU PDS 2016 **747 501**
 Taux d'urgence PDS **46%**
 % Evolution 2015 / 2016 **+6,6%**

MODE DE SORTIE

Hospitalisation **25%**
 Mutation interne **24%**
 Transfert **1%**
 Retour à domicile **75%**

PATIENT

Sex-ratio **1,11**
 Age moyen (en année) **39,9**
 % Moins de 1 an **3%**
 % Moins de 18 ans **26%**
 % 75 ans et plus **15%**

ARRIVÉE

Mode de transport
 Moyen personnel **72%**
 SMUR (hélicoptéré compris) **2%**
 VSAV **11%**
 Ambulances **14%**
 CCMU
 CCMU 1 **18%**
 CCMU 4 et 5 **2%**

DURÉE DE PASSAGE

Moyenne **3h53**
 Médiane **2h36**
 Passages de moins de 4 h **70%**
 Lors d'une hospitalisation **49%**
 Lors d'un retour au domicile **74%**

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

Médico-chirurgical **58%**
 Traumatologique **33%**
 Psychiatrique **3%**
 Toxicologique **3%**
 Autres recours **3%**
 DP exploitable **78%**

4-FILIÈRES



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

Méthode : Tous les passages aux urgences en 2016 dont le diagnostic principal présentait un code CIM10 caractéristique de la filière AVC (cf annexe) ont été sélectionnés pour cette analyse.

Résultats : En 2016, 1 634 291 Résumés de passage aux urgences (RPU) ont été envoyés à l'ORU NA. L'exhaustivité des RPU en 2016 était de 99% (la polyclinique Les Chênes ne remonte pas de RPU, cette polyclinique représente environ 8500 passages aux urgences). Près de 78 % de diagnostics principaux étaient exploitables (codes CIM10 exploitables). En 2016, on compte 17 098 passages filière AVC en 2016 soit un taux de passage (Nb de passages pour la filière/Nb de passages région NA) de 1,1% et un taux de recours de 0,3% (Nb de passages pour filière/Nb d'habitants région NA).

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

	Nb passages	Nb Filière AVC	Taux passage (%)*
Nouvelle-Aquitaine	1 634 341	17 098	1,1%
Charente (16)	93 567	1 186	1,3%
Charente - Maritime Nord (17N)	81 180	1 037	1,3%
Charente - Maritime Sud Est (17SE)	106 009	884	0,8%
Dordogne (24)	100 061	709	0,7%
Gironde (33)	396 729	3 346	0,8%
Landes (40)	73 488	1 358	1,9%
Lot-et-Garonne (47)	115 183	1 112	1,0%
Navarre Côte Baque (64A)	102 487	1 583	1,5%
Béarn-Soule (64B)	102 750	981	1,0%
Deux-Sèvres (79)	123 525	792	0,6%
Vienne (86)	123 915	1 141	0,9%
Limousin (19-23-87)	215 447	2 969	1,4%

* Taux passage = Nb passages AVC / Nb passages total * 100

En 2016, 8 479 patients étaient de sexe masculin soit près de la moitié de la filière AVC. La moyenne d'âge était égale à 73,9 ans (min : 158 jrs ; max : 107,2 ans).

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE AVC SELON L'HORAIRE D'ENTRÉE

	Nb	%
Journée (8h-19h59)	13 623	80%
Soirée (20h-23h59)	2 348	13%
Nuit profonde (0h-7h59)	1 127	7%

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE AVC SELON LE TRANSPORT D'ENTRÉE

	Nb	%
Moyen personnel	5 814	35%
SMUR	611	4%
VSAV	3 943	24%
Ambulances	6 218	37%

TOP 15 DES DIAGNOSTICS PRINCIPAUX DE LA FILIÈRE AVC

Code CIM10	Libellé CIM10	Nb	%
I639	Infarctus cérébral, sans précision	4 145	24,3%
I64	Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus	4 088	23,9%
G459	Accident ischémique cérébral transitoire, sans précision	3 657	21,4%
G454	Amnésie globale transitoire	858	5,0%
I619	Hémorragie intracérébrale, sans précision	596	3,5%
I635	Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères cérébrales, de mécanisme non précisé	455	2,7%
I629	Hémorragie intracrânienne (non traumatique), sans précision	377	2,2%
G458	Autres accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés	316	1,9%
I608	Autres hémorragies sous-arachnoïdiennes	305	1,8%
I633	Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales	218	1,3%
R4702	Aphasie, autre et sans précision	214	1,3%
G819	Hémiplégie, sans précision	186	1,1%
I612	Hémorragie intracérébrale hémisphérique, non précisée	161	0,9%
I630	Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères précérébrales	131	0,8%
I609	Hémorragie sous-arachnoïdienne, sans précision	121	0,7%

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

	Nb	%
AVC	9 374	55%
AIT	5 033	29%
Symptomatique	650	4%
Autres hémorragies non traumatiques	2 041	12%

* *Thésaurus FEDORU*

Parmi les passages filière AVC pour lesquels le mode de sortie est saisi et conforme, on observe 14 499 de patients hospitalisés à la suite de leur passage aux urgences.

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE AVC SELON LE MODE DE SORTIE

	Nb	%
Hospitalisation	14 499	88%
Mutation au sein de l'établissement	13 604	83%
Transfert vers un autre établissement	895	5%
Retour à domicile	1 886	11%
Décès	22	<1%

Parmi les passages filière AVC pour lesquels la durée de passage est saisi et conforme, on observe une durée moyenne de passage égale à 5h31 et une durée médiane de passage égale à 4h23. Près de 45% des passages font moins de 4h.

TRAUMATISME CRÂNIEN

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

Méthode : Tous les passages aux urgences en 2016 dont le diagnostic principal présentait un code CIM10 caractéristique de la filière TC (cf annexe) ont été sélectionnés pour cette analyse.

Résultats : En 2016, 1 634 291 Résumés de passage aux urgences (RPU) ont été envoyés à l'ORU NA. L'exhaustivité des RPU en 2016 était de 99%. Près de 78 % de diagnostics principaux étaient exploitables.

En 2016, on compte 1 222 passages filière TC en 2016 soit un taux de passage de 0,75‰ et un taux de recours de 0,21‰.

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

	Nb passages	Nb Filière TC	Taux passage (‰)*
Nouvelle-Aquitaine	1 634 341	1 222	0,75‰
Charente (16)	93 567	10	0,11‰
Charente - Maritime Nord (17N)	81 180	25	0,31‰
Charente - Maritime Sud Est (17SE)	106 009	53	0,50‰
Dordogne (24)	100 061	65	0,65‰
Gironde (33)	396 729	442	1,11‰
Landes (40)	73 488	125	1,70‰
Lot-et-Garonne (47)	115 183	74	0,64‰
Navarre Côte Baque (64A)	102 487	158	1,54‰
Béarn-Soule (64B)	102 750	62	0,60‰
Deux-Sèvres (79)	123 525	19	0,15‰
Vienne (86)	123 915	24	0,19‰
Limousin (19-23-87)	215 447	165	0,77‰

* Taux passage = Nb passages TC / Nb passages total * 1 000

En 2016, 721 patients étaient de sexe masculin soit près de 60% de la filière TC. La moyenne d'âge était égale à 51,9 ans (min : 17 jrs ; max : 102,9 ans).

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE TC SELON L'HORAIRE D'ENTRÉE

	Nb	%
Journée (8h-19h59)	903	74%
Soirée (20h-23h59)	179	15%
Nuit profonde (0h-7h59)	140	11%

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE TC SELON LE TRANSPORT D'ENTRÉE

	Nb	%
Moyen personnel	468	43%
SMUR	71	7%
VSAV	320	29%
Ambulances	226	21%

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE TC PAR CODE CIM10

Code CIM10	Libellé CIM10	Nb	%
S0650	Hémorragie sous-durale traumatique, sans plaie intracrânienne	300	24,6%
S099	Lésion traumatique de la tête, sans précision	237	19,4%
S098	Autres lésions traumatiques précisées de la tête	204	16,7%
S0630	Lésion traumatique cérébrale en foyer, sans plaie intracrânienne	196	16,1%
S0620	Lésion traumatique cérébrale diffuse, sans plaie intracrânienne	117	9,6%
S0660	Hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique, sans plaie intracrânienne	59	4,8%
S0680	Autres lésions traumatiques intracrâniennes, sans plaie intracrânienne	46	3,8%
S0640	Hémorragie épidurale, sans plaie intracrânienne	33	2,7%
S020	Fracture de la voûte du crâne	10	0,8%
S0670	Lésion traumatique intracrânienne avec coma prolongé, sans plaie intracrânienne	10	0,8%
S021	Fracture de la base du crâne	5	0,4%
S0610	Oedème cérébral traumatique, sans plaie intracrânienne	4	0,3%

Parmi les passages filière TC pour lesquels le mode de sortie est saisi et conforme, on observe 708 de patients hospitalisés à la suite de leur passage aux urgences.

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE TC SELON LE MODE DE SORTIE

	Nb	%
Hospitalisation	708	61%
Mutation au sein de l'établissement	657	57%
Transfert vers un autre établissement	51	4%
Retour à domicile	444	39%
Décès	0	0%

Parmi les passages filière TC pour lesquels la durée de passage est saisi et conforme, on observe une durée moyenne de passage égale à 4h48 et une durée médiane de passage égale à 3h15. On note que près de 59% des passages font moins de 4h.

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

Méthode : Tous les passages aux urgences en 2016 dont le diagnostic principal présentait un code CIM10 caractéristique de la filière brûlé (cf annexe) ont été sélectionnés pour cette analyse.

Résultats : En 2016, 1 634 291 Résumés de passage aux urgences (RPU) ont été envoyés à l'ORU NA. L'exhaustivité des RPU en 2016 était de 99%. Près de 78 % de diagnostics principaux étaient exploitables.

En 2016, on compte 6 001 passages filière Brûlé en 2016 soit un taux de passage de 3,67‰ et un taux de recours de 1,00‰.

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

	Nb passages	Nb Filière Brûlé	Taux passage (‰)*
Nouvelle-Aquitaine	1 634 341	6 001	3,7‰
Charente (16)	93 567	541	5,8‰
Charente - Maritime Nord (17N)	81 180	181	2,2‰
Charente - Maritime Sud Est (17SE)	106 009	416	3,9‰
Dordogne (24)	100 061	215	2,2‰
Gironde (33)	396 729	1 068	2,7‰
Landes (40)	73 488	283	3,8‰
Lot-et-Garonne (47)	115 183	284	2,5‰
Navarre Côte Baque (64A)	102 487	485	4,7‰
Béarn-Soule (64B)	102 750	439	4,3‰
Deux-Sèvres (79)	123 525	437	3,5‰
Vienne (86)	123 915	416	3,4‰
Limousin (19-23-87)	215 447	1 236	5,7‰

* Taux passage = Nb passages Brûlé / Nb passages total * 1 000

En 2016, 3 346 patients étaient de sexe masculin soit près de 56% de la filière Brûlé. La moyenne d'âge était égale à 30,4 ans (min : 6 jrs ; max : 98,1 ans).

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE BRÛLÉ SELON L'HORAIRE D'ENTRÉE

	Nb	%
Journée (8h-19h59)	4 373	73%
Soirée (20h-23h59)	1 213	20%
Nuit profonde (0h-7h59)	415	7%

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE BRÛLÉ SELON LE TRANSPORT D'ENTRÉE

	Nb	%
Moyen personnel	4 829	87%
SMUR	84	1%
VSAV	505	9%
Ambulances	158	3%

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	875	14,6%
T300	Brûlure, (partie du corps non précisée, degré non précisé)	726	12,1%
T222	Brûlure du second degré de l'épaule et du membre supérieur, sauf poignet et main	326	5,4%
T310	Brûlures couvrant moins de 10% de la surface du corps	296	4,9%
T231	Brûlure du premier degré du poignet et de la main	282	4,7%
T230	Brûlure du poignet et de la main, degré non précisé	278	4,6%
T242	Brûlure du second degré de la hanche et du membre inférieur, sauf cheville et pied	277	4,6%
T252	Brûlure du second degré de la cheville et du pied	248	4,1%
T754	Effets du courant électrique	222	3,7%
T212	Brûlure du second degré du tronc	216	3,6%
T302	Brûlure du second degré, (partie du corps non précisée)	209	3,5%
T202	Brûlure du second degré de la tête et du cou	193	3,2%
T301	Brûlure du premier degré, (partie du corps non précisée)	158	2,6%
T264	Brûlure de l'oeil et de ses annexes, partie non précisée	145	2,4%
T201	Brûlure du premier degré de la tête et du cou	131	2,2%

Parmi les passages filière Brûlé pour lesquels le mode de sortie est saisi et conforme, on observe 452 de patients hospitalisés à la suite de leur passage aux urgences.

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE BRÛLÉ SELON LE MODE DE SORTIE

	Nb	%
Hospitalisation	452	8%
Mutation au sein de l'établissement	383	7%
Transfert vers un autre établissement	69	1%
Retour à domicile	5 489	92%
Décès	0	0%

Parmi les passages filière Brûlé pour lesquels la durée de passage est saisie et conforme, on observe une durée moyenne de passage égale à 2h18 et une durée médiane de passage égale à 1h38. On note que près de 90% des passages font moins de 4h.

SYNDROME CORONARIEN

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

Méthode : Tous les passages aux urgences en 2016 dont le diagnostic principal présentait un code CIM10 caractéristique de la filière SCA (cf annexe) ont été sélectionnés pour cette analyse.

Résultats : En 2016, 1 634 291 Résumés de passage aux urgences (RPU) ont été envoyés à l'ORU NA. L'exhaustivité des RPU en 2016 était de 99%. Près de 78 % de diagnostics principaux étaient exploitables.

En 2016, on compte 7 144 passages filière SCA en 2016 soit un taux de passage de 4,37% et un taux de recours de 1,20%.

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

	Nb passages	Nb Filière SCA	Taux passage (‰)*
Nouvelle-Aquitaine	1 634 341	6 001	4,4‰
Charente (16)	93 567	541	11,0‰
Charente - Maritime Nord (17N)	81 180	181	2,3‰
Charente - Maritime Sud Est (17SE)	106 009	416	3,3‰
Dordogne (24)	100 061	215	1,8‰
Gironde (33)	396 729	1 068	5,6‰
Landes (40)	73 488	283	6,7‰
Lot-et-Garonne (47)	115 183	284	2,6‰
Navarre Côte Baque (64A)	102 487	485	3,3‰
Béarn-Soule (64B)	102 750	439	2,1‰
Deux-Sèvres (79)	123 525	437	2,6‰
Vienne (86)	123 915	416	1,5‰
Limousin (19-23-87)	215 447	1 236	6,0‰

* Taux passage = Nb passages SCA / Nb passages total * 1 000

En 2016, 4 698 patients étaient de sexe masculin soit près de 66% de la filière SCA. La moyenne d'âge était égale à 69,3 ans (min : 78 jrs ; max : 104,4 ans).

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE SCA SELON L'HORAIRE D'ENTRÉE

	Nb	%
Journée (8h-19h59)	5 006	70%
Soirée (20h-23h59)	938	13%
Nuit profonde (0h-7h59)	1 200	17%

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE SCA SELON LE TRANSPORT D'ENTRÉE

	Nb	%
Moyen personnel	2 988	47%
SMUR	780	12%
VSAV	859	13%
Ambulances	1 777	28%

TOP 15 DES DIAGNOSTICS PRINCIPAUX DE LA FILIÈRE SCA

Code CIM10	Libellé CIM10	Nb	%
I200	Angine de poitrine instable	1 568	22,0%
I209	Angine de poitrine, sans précision	1 042	14,6%
I219	Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, prise en charge non précisée	770	10,8%
I21400	Infarctus sous-endocardique (aigu du myocarde), prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins	510	7,1%
I2140	Infarctus sous-endocardique (aigu du myocarde), prise en charge initiale	402	5,6%
I2190	Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, prise en charge initiale	363	5,1%
I21100	Infarctus (transmurale aigu) du myocarde de la paroi inférieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins	289	4,0%
I21000	Infarctus (transmurale aigu) du myocarde (de la paroi antérieure), prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins	232	3,2%
I2100	Infarctus (transmurale aigu) du myocarde (de la paroi) antérieure, prise en charge initiale	227	3,2%
I208	Autres formes d'angine de poitrine	211	3,0%
I200+0	Angine de poitrine [angor] instable avec élévation des marqueurs biochimiques [enzymes] myocardiques	199	2,8%
I2110	Infarctus (transmurale aigu) du myocarde (de la paroi inférieure), prise en charge initiale	196	2,7%
I2198	Infarctus (aigu) du myocarde sans précision, autres prises en charge	150	2,1%
I255	Myocardopathie ischémique	104	1,5%
I21	Infarctus aigu du myocarde	99	1,4%

Parmi les passages filière SCA pour lesquels le mode de sortie est saisi et conforme, on observe 6 138 de patients hospitalisés à la suite de leur passage aux urgences.

	Nb	%
Hospitalisation	6 138	90%
Mutation au sein de l'établissement	5 295	78%
Transfert vers un autre établissement	843	12%
Retour à domicile	653	10%
Décès	5	<1%

Parmi les passages filière SCA pour lesquels la durée de passage est saisie et conforme, on observe une durée moyenne de passage égale à 4h12 et une durée médiane de passage égale à 2h17. On note que près de 58% des passages font moins de 4h.



Contexte : Dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence régionale de la santé (ARS), l'ORU NA a été sollicité afin de décrire la filière Main de prise en charge dans les services d'urgences de la région en 2016.

Méthode : Tous les passages aux urgences en 2016 dont le diagnostic principal présentait un code CIM10 caractéristique de la filière Main (cf annexe) ont été sélectionnés pour cette étude.

Résultats : En 2016, 1 634 291 Résumés de passage aux urgences (RPU) ont été envoyés à l'ORU NA. L'exhaustivité des RPU en 2016 était de 99%. Près de 78 % de diagnostics principaux étaient exploitables.

En 2016, on compte 36 568 passages filière Mains en 2016 soit un taux de passage de 2,2% et un taux de recours de 0,6%.

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

	Nb passages	Nb Filière Main	Taux passage (%)*
Nouvelle-Aquitaine	1 634 341	36 568	2,2%
Charente (16)	93 567	3 612	3,9%
Charente - Maritime Nord (17N)	81 180	2 537	3,1%
Charente - Maritime Sud Est (17SE)	106 009	2 284	2,2%
Dordogne (24)	100 061	1 372	1,4%
Gironde (33)	396 729	4 474	1,1%
Landes (40)	73 488	2 154	2,9%
Lot-et-Garonne (47)	115 183	1 606	1,4%
Navarre Côte Baque (64A)	102 487	3 514	3,4%
Béarn-Soule (64B)	102 750	2 682	2,6%
Deux-Sèvres (79)	123 525	3 569	2,9%
Vienne (86)	123 915	2 284	1,8%
Limousin (19-23-87)	215 447	6 480	3,0%

* Taux passage = Nb passages Main / Nb passages total * 100

En 2016, 25 425 patients étaient de sexe masculin soit plus du deux tiers des filières Mains. La moyenne d'âge était égale à 38,6 ans (min : 10 jrs ; max : 113,9 ans).

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE MAIN SELON L'HORAIRE D'ENTRÉE

	Nb	%
Journée (8h-19h59)	29 105	80%
Soirée (20h-23h59)	5 412	15%
Nuit profonde (0h-7h59)	2 051	5%

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE MAIN SELON LE TRANSPORT D'ENTRÉE

	Nb	%
Moyen personnel	31 186	91%
SMUR	68	<1%
VSAV	1 948	6%
Ambulances	1 108	3%

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE MAIN PAR GROUPE CIM10

	Nb	%*
Amputation	333	0,02%
Écrasement	511	0,03%
Fracture	2 887	0,18%
Lésion traumatique	1 214	0,07%
Luxation	1 062	0,06%
Plaie ouverte	30 225	1,85%
Rupture de ligaments	336	0,02%

* Taux passage = Nb passages Main / Nb passages total * 100

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)	15 434	42,3%
S618	Plaie ouverte d'autres parties du poignet et de la main	5 849	16,0%
S619	Plaie ouverte du poignet et de la main, partie non précisée	5 446	14,9%
S611	Plaie ouverte de(s) doigt(s) avec lésion de l'ongle	2 448	6,7%
S628	Fracture de parties autres et non précisées du poignet et de la main	1 338	3,7%
S617	Plaies ouvertes multiples du poignet et de la main	974	2,7%
S631	Luxation du doigt	930	2,5%
S626	Fracture d'un autre doigt	674	1,8%
S623	Fracture d'un autre os du métacarpe	340	0,9%
S670	Écrasement du pouce et d'autre(s) doigt(s)	335	0,9%
S669	Lésion traumatique d'un muscle et d'un tendon non précisés, au niveau du poignet et de la main	280	0,8%
S681	Amputation traumatique d'un autre doigt (complète) (partielle)	237	0,6%
S663	Lésion traumatique du muscle et du tendon extenseurs d'un autre doigt au niveau du poignet et de la main	220	0,6%
S634	Rupture traumatique de ligaments du doigt au niveau des articulations métacarpo-phalangienne et interphalangienne	209	0,6%
S620	Fracture de l'os scaphoïde de la main	190	0,5%

Parmi les passages filière Main pour lesquels le mode de sortie est saisi et conforme, on observe 3 112 de patients hospitalisés à la suite de leur passage aux urgences.

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE MAIN SELON LE MODE DE SORTIE

	Nb	%
Hospitalisation	3 112	9%
Mutation au sein de l'établissement	2 491	7%
Transfert vers un autre établissement	621	2%
Retour à domicile	32 940	91%
Décès	1	<1%

Parmi les passages filière Main pour lesquels la durée de passage est saisie et conforme, on observe une durée moyenne de passage égale à 2h38 et une durée médiane de passage égale à 1h57. On note que près de 87% des passages font moins de 4h.

PSYCHIATRIE

Contexte : Dans le cadre du Projet Régional de Santé (PRS) de l'Agence régionale de la santé (ARS), l'ORU NA a été sollicité afin de décrire la filière Psychiatrie (PSY) de prise en charge dans les services d'urgences de la région en 2016.

Méthode : Tous les passages aux urgences en 2016 dont le diagnostic principal présentait un code CIM10 caractéristique de la filière PSY (cf annexe) ont été sélectionnés pour cette étude.

Résultats : En 2016, 1 634 291 Résumés de passage aux urgences (RPU) ont été envoyés à l'ORU NA. L'exhaustivité des RPU en 2016 était de 99%. Près de 78 % de diagnostics principaux étaient exploitables.

En 2016, on compte 32 356 passages filière PSY en 2016 soit un taux de passage de 2,0% et un taux de recours de 0,5%.

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

	Nb passages	Nb Filière PSY	Taux passage (%)*
Nouvelle-Aquitaine	1 634 341	32 356	2,0%
Charente (16)	93 567	2 418	2,6%
Charente - Maritime Nord (17N)	81 180	2 408	3,0%
Charente - Maritime Sud Est (17SE)	106 009	2 214	2,1%
Dordogne (24)	100 061	1 592	1,6%
Gironde (33)	396 729	4 802	1,2%
Landes (40)	73 488	1 791	2,4%
Lot-et-Garonne (47)	115 183	2 574	2,2%
Navarre Côte Baque (64A)	102 487	1 940	1,9%
Béarn-Soule (64B)	102 750	999	1,0%
Deux-Sèvres (79)	123 525	2 938	2,4%
Vienne (86)	123 915	2 346	1,9%
Limousin (19-23-87)	215 447	6 334	3,0%

* Taux passage = Nb passages PSY / Nb passages total * 100

En 2016, 13 913 patients étaient de sexe masculin soit environ 43% des filières PSY. La moyenne d'âge était égale à 42,4 ans (min : 2 jrs ; max : 115,2 ans).

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE PSY SELON L'HORAIRE D'ENTRÉE

	Nb	%
Journée (8h-19h59)	22 566	70%
Soirée (20h-23h59)	5 548	17%
Nuit profonde (0h-7h59)	4 242	13%

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE PSY SELON LE TRANSPORT D'ENTRÉE

	Nb	%
Moyen personnel	18 664	61%
SMUR	515	2%
VSAV	5 315	17%
Ambulances	5 760	19%

TOP 15 DES DIAGNOSTICS PRINCIPAUX DE LA FILIÈRE PSYCHIATRIE

Code CIM10	Libellé CIM10	Nb	%
F329	Épisode dépressif, sans précision	4 340	13,5%
F411	Anxiété généralisée	4 040	12,6%
F419	Trouble anxieux, sans précision	3 834	11,9%
F410	Trouble panique [anxiété épisodique paroxystique]	2 383	7,4%
R451	Agitation	1 609	5,0%
R462	Comportement étrange et inexplicable	794	2,5%
R290	Tétanie	779	2,4%
F321	Épisode dépressif moyen	635	2,0%
F459	Trouble somatoforme, sans précision	594	1,8%
F919	Trouble des conduites, sans précision	519	1,6%
F69	Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans précision	483	1,5%
R458	Autres symptômes et signes relatifs à l'humeur	458	1,4%
F322	Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques	422	1,3%
F072	Syndrome post-commotionnel	420	1,3%
F454	Syndrome douloureux somatoforme persistant	398	1,2%

Parmi les passages filière PSY pour lesquels le mode de sortie est saisi et conforme, on observe 10 558 de patients hospitalisés à la suite de leur passage aux urgences.

RÉPARTITION DES PASSAGES AUX URGENCES DE LA FILIÈRE PSY SELON LE MODE DE SORTIE

	Nb	%
Hospitalisation	10 558	34%
Mutation au sein de l'établissement	8 094	26%
Transfert vers un autre établissement	2 464	8%
Retour à domicile	20 782	66%
Décès	0	0%

Parmi les passages filière PSY pour lesquels la durée de passage est saisi et conforme, on observe une durée moyenne de passage égale à 3h57 et une durée médiane de passage égale à 2h56. On note que près de 67% des passages font moins de 4h.

5-QUALITÉ DES DONNÉES RPU

TRAVAUX ENGAGÉS EN LIEN AVEC LA FEDORU

On ne le dira jamais assez : la qualité des données est un travail fondamental ! Il doit être pris avec sérieux et rigueur pour disposer de RPU exploitables et fiables. A l'inverse, négliger ce travail et c'est tout le dispositif qui devient inopérant et contre productif. Les coûts de la non qualité sont difficilement mesurables et pourtant bien réels (impact sur la prise en charge du patient, sur des modalités organisationnelles, des conséquences économiques,...). Rien ne sert de collecter des informations dont on ne connaît pas le niveau de fiabilité : toutes les bases de données, de l'hôpital, plus globalement la santé ou tout autre secteur, sont soumis à ce challenge permanent de minimiser l'écart entre l'attendu et le réel. Qui plus est pour les RPU, données centralisées automatiquement dont on aurait tendance à croire qu'il n'y a rien de plus à faire, et dont on attend des usages multiples et croissants, aussi bien au fil de l'eau (veille sanitaire, tensions hospitalières,...) que périodiquement (pilotage d'une structure/filière/territoire...).

C'est un travail sans fin et chronophage, quotidien, parfois ingrat et fastidieux, qui repose sur la coordination de nombreux acteurs, et qui ne peut conduire à des résultats que lorsque tous les maillons de la chaîne de création et de circulation de l'information se sentent parties prenantes.

L'ORU NA a choisi de s'investir sur ce sujet, progressivement, par étape, par territoire. C'est un travail de fond qui s'installe, une démarche qualité qui s'engage, dans laquelle rien ne peut se faire sans la volonté des établissements et l'implication des professionnels qui codent l'activité. L'approche méthodologique qui structure ce travail repose sur les recommandations de la FEDORU, qui a publié en 2016 une version actualisée des réflexions sur "la collecte et les usages des RPU" :

<http://www.fedoru.fr/collecte-et-usage-des-rpu/>



Cela permet de poursuivre 3 objectifs :

- 1 - Établir des méthodes communes de recueil, de traitement et d'analyse des données afin d'obtenir des analyses reproductibles dans le temps et dans l'espace
- 2 - Identifier des données non utilisables en l'état par défaut de qualité
- 3 - Aider à la mise en oeuvre d'actions ciblées pour combler et faire diminuer ces défauts de qualité

En pratique, l'ORU NA, pour sa première année de fonctionnement, a rapidement identifié les premières actions réalisables permettant de rentrer dès 2017 dans une dynamique de management de la qualité :

- Infrastructure régionale : actions directement réalisées au niveau central, y compris dans le collecteur de données, pour suivre et contrôler la qualité des RPU : détection de panne d'alimentation des établissements, bulletins de suivi de l'exploitabilité des données du mois écoulé, possibilité de rattraper des données si elles sont erronées,...

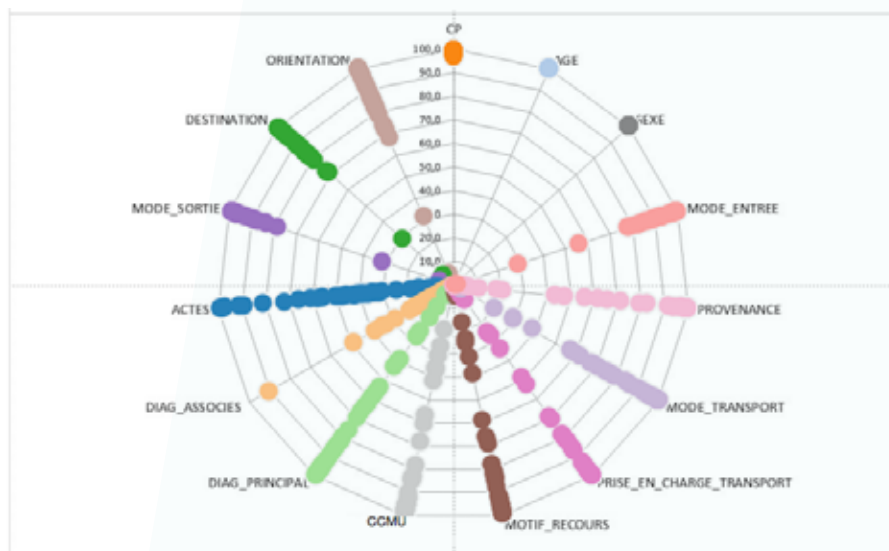
- Mise en oeuvre d'outils simples et fonctionnels :

- **La fiche de validation des données** : rapprochement des données établissements / ORU, et détection d'écart le cas échéant. Par l'intermédiaire d'une fiche recto/verso, pré formatée, adressée à chaque établissement, les principaux indicateurs d'activité sont calculés pour une année entière. La validation de ces valeurs par l'établissement est attendue avant que l'ORU n'utilise ces données. Ce processus sera reconduit l'année prochaine en essayant d'améliorer les délais de réponse afin de disposer au plus tôt d'une base de données corrigée et validée communément. Fiche type suivant le modèle FEDORU : http://www.fedoru.fr/wp-content/uploads/2016/11/5_GT1_V02_Fiche_de_validation_donnees_rpu.pdf



○ **Le radar d'exhaustivité** : disponible en permanence en ligne à l'adresse suivante : <https://www.oruna.fr/tableau-de-bord/rpu-radar-de-lexhaustivite-par-item>, il permet à chacun de mesurer le volume d'information qui remonte dans le collecteur régional et qui est ainsi disponible à l'ORU. Décliné pour chaque item obligatoire du RPU, il aide au suivi des dysfonctionnements ou des améliorations. Voici une visualisation pour l'ensemble des services d'urgences de la région sur l'année 2016 :

RADAR D'EXHAUSTIVITÉ PAR ITEM DU RPU POUR L'ENSEMBLE DES SERVICES D'URGENCES DE LA RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE EN 2016



- Adaptation de l'organisation interne ORU NA pour accompagner au mieux les établissements dans cette démarche :
 - Intégration de la dimension qualité au plus près des acteurs du traitement de la donnée, au sein de la Cellule Informatique et Évaluation (CIE) pour une supervision globale du dispositif.

- Positionnement des Coordonnateurs Animateurs de Réseaux Territoriaux (CART) comme les relais locaux de la démarche qualité. Ils coordonnent les actions mises en oeuvre, facilitent l'accès aux services/outils de l'ORU par leur membres, identifient et ajustent les actions par la connaissance des fonctionnements locaux, jouent le rôle d'interface entre les établissements et le siège de l'ORU,...

Un travail est nécessaire avec chaque service, que les données soient aujourd'hui conformes ou non (des régressions sont régulièrement constatées), et les actions engagées sont multiples comme en témoigne les tableaux récapitulatifs par territoire présentés ci après :

CHARENTE (16)

Service d'urgences	Nb RPU (ORU)	Nb RPU (SU si différent ORU)	Nb passages validés	Synthèse processus de validation	Actions
CH ANGOULEME	45 948		45 948	Rattrapage de données effectué, pas de demande de corrections manuelles, validation après rattrapage	Elargissement de l'accès aux bulletins de rétro information pour une appropriation plus importante des indicateurs d'activité
CHIC COGNAC	18 344		18 344	Validation des données en état	Ciblage des corrections sur les items les plus en défauts sur le radar d'exploitabilité
CH CONFOLENS	10 807		10 807	Validation des données en état	Travail spécifique sur la provenance et le mode d'entrée pour lesquels les données sont mauvaises
CH SUD-CHARENTE - BARBEZIEUX	9 028		9 028	Validation des données en état	
CH RUFFEC	9 440		9 440	Validation des données en état	

CHARENTE MARITIME NORD (17N)

Service d'urgences	Nb RPU (ORU)	Nb RPU (SU si différent ORU)	Nb passages validés	Synthèse processus de validation	Actions
HOP LA ROCHELLE	47 616		47 616	Rattrapage de données effectué, pas de demande de corrections manuelles, validation sans retour officiel de l'établissement	
CH ROCHEFORT	33 564		33 564	Rattrapage de données effectué, pas de demande de corrections manuelles, validation après rattrapage	

CHARENTE MARITIME SUD EST (17 SE)

Service d'urgences	Nb RPU (ORU)	Nb RPU (SU si différent ORU)	Nb passages validés	Synthèse processus de validation	Actions
CH SAINTONGE - SAINTES	40 990		40 990	Rattrapage de données effectué, pas de demande de corrections manuelles, validation après rattrapage	
GCS CH ROYAN	20 785	20 771	20 771	Ecarts recensés, pas de rattrapage de données, validation avec demande de corrections manuelles (global et par mois, pédiatrie, gériatrie, transport entrée, mode sortie (dont uhcd) et durée de passage)	Suivi au quotidien des écarts via le bulletin quotidien
CH JONZAC	14 711	14 712	14 712	Ecarts recensés, pas de rattrapage de données, validation avec demande de corrections manuelles (transport entrée et mode de sortie)	

CH SAINT-JEAN D'ANGELY	12 562	12 562	Rattrapage de données effectué, pas de demande de corrections manuelles, validation après rattrapage	
GCS CL PASTEUR	10 235	10 235	Écarts recensés, pas de rattrapage de données, validation avec demande de corrections manuelles (transport entrée)	
GCS CL SAINT GEORGES	6 726	6 726	Rattrapage de données effectué, pas de demande de corrections manuelles, validation même si certains écarts persistent, mise en place de contrôles mensuels par l'établissement pour suivre la qualité des données envoyées	Les rattrapages ont pu pallier à certains écarts mais d'autres écarts persistent. L'étab a mis en place des contrôles mensuels.

DORDOGNE (24)

Service d'urgences	Nb RPU (ORU)	Nb RPU (SU si différent ORU)	Nb passages validés	Synthèse processus de validation	Actions
CH PERIGUEUX	44 606		44 606	Validation des données en état	Objectif d'améliorer la stabilité du flux et de permettre la remontée des RPU pédiatriques. point qualité fait systématiquement en RTU
CH BERGERAC	29 153		29 153	Écarts recensés, pas de rattrapage de données, validation avec demande de corrections manuelle (UHCD) et demande de ne pas tenir compte de certaines données (transport d'entrée, durée de passage et mode de sortie)	Changement de logiciel fin 2016 : passage sur TU occasionnant la résolution de certains problèmes majeurs. point qualité fait systématiquement en RTU
CH SARLAT	14 149		14 149	Validation des données en état	Persistence de dysfonctionnements incluant des périodes sans données sur le serveur régional. point qualité fait systématiquement en RTU
PCL FRANCHEVILLE	12 153		12 153	Validation des données en état	Difficultés identifiées sur les heures de sorties (problèmes techniques) et des absences de données sur certains champs tel «provenance» ou «PEC transport» (problème de non saisie)

GIRONDE (33)

Service d'urgences	Nb RPU (ORU)	Nb RPU (SU si différent ORU)	Nb passages validés	Synthèse processus de validation	Actions
CHU PELLEGRIN ADULTES	54 818		54 818	Validation des données en état	
CHU PELLEGRIN PEDIATRIE	41 055		41 055	Validation des données en état	
CHU HOP SAINT-ANDRE	20 713		20 713	Validation des données en état	
CHU HOP HAUT-LEVEQUE	5 730		5 730	Ecart recensés, pas de rattrapage de données, validation avec demande de corrections manuelles (UHCD)	Mise en place d'une organisation afin de mieux remonter les UHCD
PCL BORDEAUX NORD	29 049		29 049	Validation des données en état	
PCL BORDEAUX RIVE DROITE	28 628		28 628	Ecart recensés, pas de rattrapage de données, validation avec demande de corrections manuelles (mutations et UHCD)	Anomalies en cours de réajustement pour l'orientation du patient
HIA ROBERT PICQUE	28 184		28 184	Validation des données en état	
CL MUTUALISTE DE PESSAC	18 886		18 886	Manque ~10% des RPU, rattrapage impossible, validation sans demande de correction (car ne peut pas extraire les chiffres)	Doit changer d'outil mais pas de date exacte communiquée
CH LIBOURNE	47 048		47 048	Validation des données en état	
CH SAINTE FOY LA GRANDE	10 601		10 601	Validation des données en état	
CH ARCACHON	33 356		33 356	Faibles écarts recensés, pas de rattrapage de données, validation avec demande de corrections manuelles (mutations, RAD, UHCD et transport SMUR)	Contact éditeur pour réaliser des corrections
CH SUD GIRONDE - LANGON	22 215		22 215	Validation des données en état	
CH SUD GIRONDE - LA REOLE	4 321		4 321	Validation des données en état	
CH HAUTE GIRONDE BLAYE	14 119		17 882	Pas de RPU pour la période 01/03/16 - 21/03/16 (prise en compte des données déclaratives du serveur de veille, données urgences : 3 763 passages déclarés), validation des données en état pour la période 22/03/16 - 31/12/16	
CL MUTUALISTE DU MEDOC	18 260		18 260	Manque ~10% des RPU, rattrapage impossible, validation sans demande de correction (car ne peut pas extraire les chiffres)	Doit changer d'outil mais pas de date exacte communiquée
CMC WALLERSTEIN	19 746		19 746	Ecart recensés, pas de rattrapage de données, validation avec demande de corrections manuelles (mode de sortie)	

LANDES (40)

Service d'urgences	Nb RPU (ORU)	Nb RPU (SU si différent ORU)	Nb passages validés	Synthèse processus de validation	Actions
CH DAX	39 353	48 704	48 704	Ecarts recensés, pas de rattrapage de données, validation avec demande de corrections manuelles (global et mensuel)	Pédia et gynéco intégrées dans logiciel TU courant 2016
CH MONT DE MARSAN	34 135		34 135	Validation des données en état	
PCL DE L'ADOUR			8 735	Pas de RPU donc pas de fiche de validation, en attente de transmission des RPU (prise en compte des données déclaratives du serveur de veille, données urgences : 8 735 passages déclarés)	

LOT-ET-GARONNE (47)

Service d'urgences	Nb RPU (ORU)	Nb RPU (SU si différent ORU)	Nb passages validés	Synthèse processus de validation	Actions
CH AGEN	33 939		33 939	Validation sans retour officiel de l'établissement	Suivi régulier de l'activité des urgences via les outils de l'ORU NA pour détecter au fur et à mesure d'éventuelles différences entre les données Etablissement et les RPU collectées par l'ORU NA
CH VILLENEUVE SUR LOT	30 176		30 176	Rattrapage de données effectué, validation avec demande de corrections manuelles (mode de sortie et nb entrée smur et hélico)	Doit changer d'outil prochainement (passera sur TU)
CHIC MARMANDE - TONNEINS	24 143		24 143	Validation des données en état	
CL ESQUIROL SAINT HILAIRE	26 925		26 925	Ecarts recensés, pas de rattrapage de données, validation avec demande de corrections manuelles (pédiatrie, gériatrie, exploitation du DP, transport, mode de sortie et durée de passages)	Suivi régulier de l'activité des urgences via les outils de l'ORU NA pour détecter au fur et à mesure d'éventuelles différences

NAVARRRE CÔTE-BASQUE (64A)

Service d'urgences	Nb RPU (ORU)	Nb RPU (SU si différent ORU)	Nb passages validés	Synthèse processus de validation	Actions
CHIC COTE BASQUE BAYONNE	49 516		49 516	Validation sans retour officiel de l'établissement	

PCL AGUILERA	16 734	16 734	Validation des données en état
PCL COTE BASQUE SUD	15 620	15 620	Validation des données en état
CL BELHARRA	11 476	11 476	Ecart recensés, pas de rattrapage de données, validation avec demande de corrections manuelles (mode de sortie (RAD, mutations, UHCD))
CH SAINT-PALAIS	9 141	9 141	Validation des données en état

BÉARN-SOULE (64B)

Service d'urgences	Nb RPU (ORU)	Nb RPU (SU si différent ORU)	Nb passages validés	Synthèse processus de validation	Actions
CH PAU	64 208		64 208	Validation sans retour officiel de l'établissement	Les données des urgences pédiatriques initialement transmises avec celles des urgences adultes ont été retirées du flux de transmission et ont été transmises à part à partir du 20/04/2016.
CH OLORON SAINTE MARIE	14 226		14 226	Ecart recensés, pas de rattrapage de données, validation avec demande de corrections manuelles (UHCD et entrées SMUR)	Contact du service info et de l'éditeur (Maincare) pour intégrer le nb d'UHCD aux RPU.
CH ORTHEZ	12 668		12 668	Validation des données en état	
PCL MARZET	11 648		11 648	Ecart recensés, pas de rattrapage de données, validation avec demande de corrections manuelles (UHCD)	Paramétrage de l'outil en fin d'année 2016 pr permettre la saisie de l'UHCD, sera donc corrigée pr l'année 2017.

DEUX-SÈVRES (79)

Service d'urgences	Nb RPU (ORU)	Nb RPU (SU si différent ORU)	Nb passages validés	Synthèse processus de validation	Actions
CH NIORT	58 084		58 084	Validation des données en état	Audit en 2017 et plan d'actions correctrices en cours
CH NORD DEUX SEVRES - BRESSUIRE	18 209		18 209	Validation des données en état	

CH NORD DEUX SEVRES - THOUARS	15 158	15 158	Validation des données en état
CH NORD DEUX SEVRES - PARTHENAY	13 528	13 528	Validation des données en état
PCL INKERMANN	18 546	18 546	Validation des données en état

VIENNE (86)

Service d'urgences	Nb RPU (ORU)	Nb RPU (SU si différent ORU)	Nb passages validés	Synthèse processus de validation	Actions
CHU LA MILETRIE	68 410		68 410	Validation sans retour officiel de l'établissement	
GH NORD- VIENNE - CHATELLERAULT	22 335		22 335	Rattrapage de données effectué, pas de demande de corrections manuelles, validation sans retour officiel de l'établissement après rattrapage	
GH NORD- VIENNE - LOUDUN	8 504		8 504	Rattrapage de données effectué, pas de demande de corrections manuelles, validation après rattrapage	
PCL POITIERS	15 597		15 597	Validation des données en état	Contact éditeur car certains champs ne remontent pas alors qu'ils sont saisis
CH MONTMORILLON	9 069		9 069	Validation sans retour officiel de l'établissement	

LIMOUSIN (19, 23, 87)

Service d'urgences	Nb RPU (ORU)	Nb RPU (SU si différent ORU)	Nb passages validés	Synthèse processus de validation	Actions
CHU LIMOGES ADULTES	42 735		42 735	Rattrapage de données effectué, pas de demande de corrections manuelles, validation après rattrapage	Point qualité lors des réunions du CLMU (College Limousin de Médecine d'Urgences). Changement de format RPU
CHU LIMOGES PÉDIATRIE	24 626		24 626	Rattrapage de données effectué, pas de demande de corrections manuelles, validation après rattrapage	Décloisonnement de l'activité UHCD pas toujours évident
CH BRIVE	35 095		35 095	Validation des données en état	Point qualité lors des réunions du CLMU (College Limousin de Médecine d'Urgences). Des difficultés ont été constatées sur la clôture des dossiers impactant la qualité des remontées.
PCL CHÉNIEUX	29 191		29 191	Rattrapage de données effectué, pas de demande de corrections manuelles, validation sans retour officiel de l'établissement après rattrapage	Point qualité lors des réunions du CLMU (College Limousin de Médecine d'Urgences)
CH GUÉRET	21 487		21 487	Validation des données en état	Point qualité lors des réunions du CLMU (College Limousin de Médecine d'Urgences). Des difficultés ont été constatées sur la clôture des dossiers impactant la qualité des remontées.
CH TULLE	20 203		20 203	Validation des données en état	Point qualité lors des réunions du CLMU (College Limousin de Médecine d'Urgences)
CH SAINT-JUNIEN	13 923		13 923	Validation sans retour officiel de l'établissement	Point qualité lors des réunions du CLMU (College Limousin de Médecine d'Urgences). Des difficultés ont été constatées sur la clôture des dossiers impactant la qualité des remontées.
CH USSEL	12 745		12 745	Ecart recensés, pas de rattrapage de données, validation avec demande de corrections manuelles (DC)	Point qualité lors des réunions du CLMU (College Limousin de Médecine d'Urgences)
CH SAINT-YRIEIX-LA-PERCHE	9 487		9 487	Validation des données en état	Point qualité lors des réunions du CLMU (College Limousin de Médecine d'Urgences). Des difficultés ont été constatées sur la clôture des dossiers impactant la qualité des remontées.
CH AUBUSSON	5 955		5 955	Validation des données en état	Audit du SI en 2017 et plan d'actions correctrices en cours, difficultés principales en lien avec un changement d'outil.

2018 permettra de poursuivre ce travail et de l'approfondir suivant 2 axes :

- Une meilleure évaluation du niveau de qualité à un instant T (réalisation d'un diagnostic qualité) et de son évolution dans le temps. Des réflexions inter régions sont en cours sur la mise en oeuvre d'un "score qualité" : valeur synthétique et composite permettant une évaluation rapide et partielle de la qualité des RPU, calculable pour un établissement ou territoire. Il est actuellement en expérimentation dans différentes régions.

- Formaliser les engagements dans ces démarches entre les différents partenaires (établissement, ORU, ARS,...) autour d'une charte qualité demandant la mise en oeuvre d'un socle d'actions et une organisation devant permettre un niveau de qualité conforme aux attentes. Le support proposé est le suivant :

<http://www.fedoru.fr/charte-qualite-rpu/>



L'utilisation d'un document unique tend à l'homogénéisation des démarches des différentes structures de la région, ainsi qu'un rapprochement de ce qui est fait dans d'autres territoires.

Les RTU (Réseaux Territoriaux des Urgences) restent un lieu à privilégier pour agir sur la qualité des données. Les établissements de santé y sont représentés de plusieurs manières (personnel médical/paramédical des urgences, représentant de la direction,...) et c'est probablement une des clefs de réussite. La qualité doit être un objectif commun, impliquant des actions partagées et coordonnées, chacun devant agir à son propre niveau !

SCORE QUALITÉ

Introduction

Le score qualité est un outil qui permet d'évaluer rapidement et partiellement la qualité des données de RPU, sur un territoire donné, au travers d'une valeur synthétique et composite.

Cette valeur n'est pas suffisante en soi pour juger intégralement la qualité des données mais peut être un point d'entrée dans la démarche qualité auprès des acteurs de terrain (référents et codeurs) et un repère simple de suivi.

La FEDORU a bâti une première version actuellement en cours de test. Si son intérêt est démontré, le score qualité fera l'objet d'une recommandation et évoluera par version.

Dans un premier temps, ce score est calculé une fois par an. Les services d'urgences n'ayant pas transmis toute l'année ne sont pas pris en compte dans l'analyse.

Pour la suite, pour des raisons de confidentialité, le nom des services d'urgences a été anonymisé. Si toutefois, vous faites partie d'un établissement de la région Nouvelle-Aquitaine et que vous souhaitez connaître le score de votre établissement, vous pouvez contacter l'Observatoire Régional des Urgences.

Méthode

Le score qualité intègre 3 composantes :

- 1 - Continuité du flux
- 2 - Exploitabilité des champs (exhaustivité et conformité)
- 3 - Cohérences inter-champs

COMPOSANTE 1 - CONTINUITÉ DU FLUX SUR 40 POINTS

Sous-rubriques	Précisions sous-rubriques	Scores associés	Précisions seuils des score
Au moins deux RPU chaque jour de l'année (avec ou sans rattrapage)	Nombre de jours avec 0 ou 1 RPU	/25	0 jr : 25 pts 1 jr : 20 pts 2 jrs : 15 pts 3-6 jrs : 10 pts 7-14 jrs : 5 pts >=15 jrs : 0 pt
Nb de RPU «normal»	Nombre de jours où Nb RPU < Moyenne - 3 Ecart-type (exclusion des jours avec 0 RPU dans le calcul et dans le comptage ; si calcul négatif laisser la case vide)	/15	0 jr avec nb passages < moyenne - 3ET : 15 pts 1 jr avec nb passages < moyenne - 3ET : 10 pts 2 jrs avec nb passages < moyenne - 3ET : 5 pts >=3 jrs avec nb passages < moyenne - 3ET : 0 pt

COMPOSANTE 2 - EXPLOITABILITÉ DES CHAMPS SUR 100 POINTS

Sous-rubriques	Précisions sous-rubriques	Scores associés	Précisions seuils des score
DP	Doit appartenir au thésaurus FEDORU (outil de regroupement CIM10) (exclusion des PSA, FUGUE et REO)	/40	>=99% : 40 pts [95-99] % : 30 pts [90-95] % : 20 pts [80-90] % : 10 pts < 80% : 0 pt
CP	Doit avoir 5 chiffres (après éventuel ajout d'un '0' pour les départements compris entre 1 et 9) et doit appartenir à la base officielle des codes postaux français et des codes postaux étrangers (99 suivi du code Insee du pays) : https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/base-officielle-des-codes-postaux/	/10	100% : 10 pts [99-100] % : 7,5 pts [98-99] % : 5 pts [97-98] % : 2,5 pts < 97 % : 0 pt
Mode de transport	PERSO, VSAB, AMBU, SMUR, HELI, FO	/10	100% : 10 pts [99-100] % : 7,5 pts [98-99] % : 5 pts [97-98] % : 2,5 pts < 97 % : 0 pt
Durée de passage	Exclure les <=0 et >72 heures	/10	
Mode de sortie	Doit prendre l'une des valeurs 6/7/8/9	/10	
Tous les autres critères (sauf la commune et ceux testés plus haut)	Autres critères : Date de naissance (DDN) Sexe Mode entrée Provenance PEC durant transport Motif Gravité Destination pour mode de sortie = 6 ou 7 Orientation pour mode de sortie = 6 ou 7	/20 3 pts pour DDN et sexe 2 pts pour les autres critères	DDN et sexe : 100% : 3 pts [99-100] % : 2 pts [98-99] % : 1 pt < 98% : 0 pt Autres critères : >=95% : 2 pts [75-95] % : 1 pt < 75% : 0 pt

COMPOSANTE 3 - COHÉRENCES INTER-CHAMPS SUR 60 POINTS

Sous-rubriques	Précisions sous-rubriques	Scores associés	Précisions seuils des score
Mode d'entrée / Transport	Nb de RPU dont le mode d'entrée est incohérent avec le transport / nb de rpu avec le Mode d'entrée ET le transport exploitables RPU incohérents : mutation/perso mutation/VSAB transfert/perso transfert/VSAB	/15	0% d' incohérence : 15 pts]0-0,5] % d'incohérences : 10 pts]0,5-1] % d'incohérences : 5 pts]1-2] % d'incohérences : 2,5 pts > 2 % d'incohérences : 0 pt
Mode d'entrée / Provenance	Nb de RPU dont le mode d'entrée est incohérent avec la provenance / nb de rpu avec le mode d'entrée ET la provenance exploitables RPU incohérents : mode d'entrée = 8 et provenance = 1 2 3 ou 4 mode d'entrée = 6 ou 7 et provenance = 5 6 7 8		
Mode de sortie / Destination	Nb de RPU dont le mode de sortie est incohérent avec la destination / nb de rpu exploitables pour le mode de sortie RPU incohérents : mode de sortie = 8 et destination=1 2 3 ou 4 mode de sortie = 9 et destination = 1 2 3 4 mode de sortie = 6 ou 7 et destination = 6 7		
Mode de sortie / Orientation	Nb de RPU dont le mode de sortie est incohérent avec l'orientation / nb de rpu exploitables pour le mode de sortie RPU incohérents : mode de sortie = 8 et orientation = HDT HO SC SI REA UHCD MED CHIR OBST mode de sortie = 9 et destination = HDT HO SC SI REA UHCD MED CHIR OBST FUGUE SCAM PSA REO mode de sortie = 6 ou 7 et destination = FUGUE SCAM PSA REO		

Les cohérences inter-champs sont calculables seulement quand les deux taux d'exploitabilité sont supérieurs à 25% et le score est pondéré si vide.

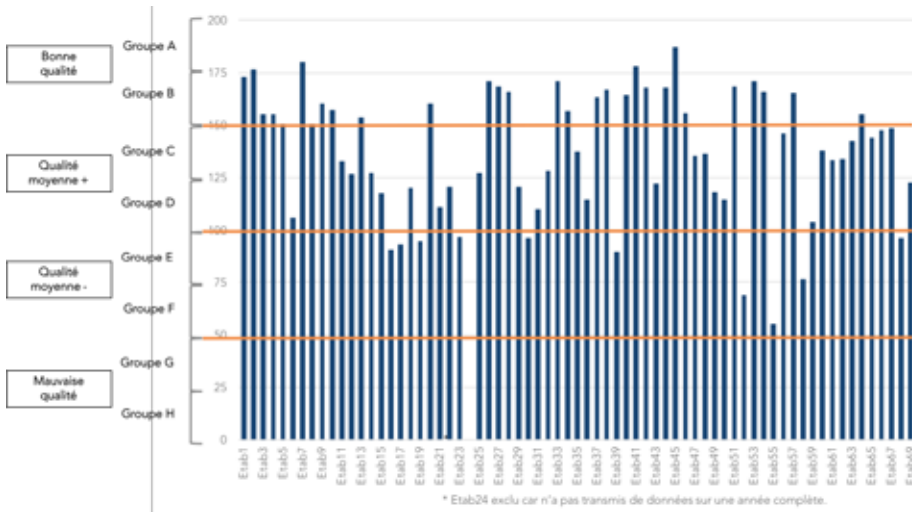
Une fois le score calculé, on regroupe par classe les établissements :

[175-200[	Groupe A	Bonne qualité
[150-175[	Groupe B	Bonne qualité
[125-150[	Groupe C	Qualité moyenne +
[100-125[	Groupe D	Qualité moyenne +
[75-100[	Groupe E	Qualité moyenne -
[50-75[	Groupe F	Qualité moyenne -
[25-50[	Groupe G	Mauvaise qualité
[0-25[	Groupe H	Mauvaise qualité

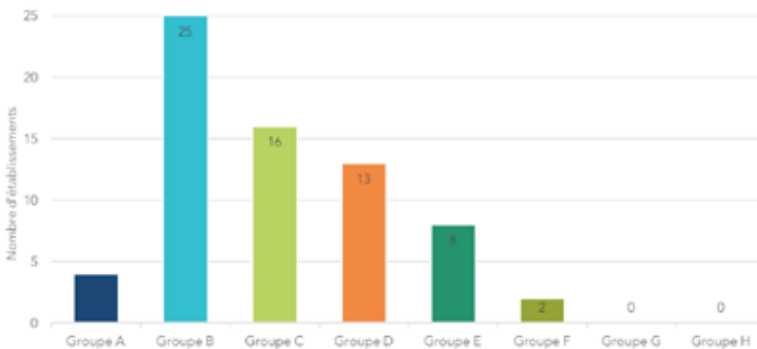
Résultats

En Nouvelle-Aquitaine en 2016, le score qualité s'étendait de 55 à 187,5. La moyenne du score qualité était égale à environ 137. Plus de 85% des établissements avaient plus de 100.

RÉPARTITION DU SCORE QUALITÉ PAR ÉTABLISSEMENT EN 2016



RÉPARTITION DU SCORE QUALITÉ PAR GROUPE EN 2016



Si la qualité des données est jugée au travers du score comme moyenne voire mauvaise, voici quelques actions correctrices possibles :

Composante 1 (Continuité du flux)

- Supervision et relance par l'ORU par téléphone / mail (automatique)
 - Nb de jrs avec 0 ou 1 RPU : Supervision des "trous" et relance pour renvoi des RPU
 - Nb de RPU "anormal" : Supervision du nombre de RPU "anormal" et relance pour que l'établissement compare le nombre de RPU transmis avec le nombre de passages dans sa main courante. Si erreur, demander renvoi des RPU

Composante 2 (Exploitabilité)

- Échange avec établissement/éditeur sur la saisie (reconfiguration du logiciel si besoin)
 - **Diagnostic principal** : Thésaurus existant et facile à utiliser ? Mise à jour du thésaurus ? Champs obligatoire ? Outil d'aide à la saisie (ex livret d'aide au codage du DP) ?, ...
 - **Code postal** : Saisie CP/Commune facilitée ? Outil d'aide à la saisie pour les étrangers (listing) ?
 - **Mode de transport** : Mode de recueil du champs (checkbox, texte libre, menu déroulant...) ? Vérification modalités proposées, ...
 - **Durée de passage** : Saisie des dates d'entrée et sortie au fil de l'eau ou selon la présence du personnel administratif ? Vérification des saisies automatiques (ex clôture des dossiers à 23h59) Vérification de la non inclusion de l'UHCD, ...
 - **Mode de sortie** : Mode de recueil du champs ? Vérification modalités proposées...

- Échange avec établissement/éditeur sur l'extraction des items RPU (problème de balises, codage, format...)

Composante 3 (Cohérence des données)

- Échange avec établissement /éditeur sur la saisie (reconfiguration du logiciel si besoin)
 - Mise en place de saisies impossibles si incohérences entre deux champs (ex : impossible de saisir Mode d'entrée = mutation et Mode de transport = perso)
 - Supervision et relance par l'ORU par téléphone / mail (automatique) puis correction et renvoi des RPU par l'établissement



ACTIVITÉ DES SAMU / SMUR



ACTIVITÉ DES SAMU / SMUR

L'ARS dans son Contrat d'Objectifs et de Moyens avec l'ORU Nouvelle Aquitaine a désigné notre Observatoire pour la collecte des données SAMU SMUR et des données SMUR héliportées de la région.

Afin de pouvoir répondre à ce cahier des charges, une réflexion s'est portée sur la mise en place d'un collecteur de données régionales. Jusqu'à présent seuls les SAMU de l'ex région du Limousin avaient un collecteur permettant une remontée automatisée des données toutes les heures et l'automatisation d'un certain nombre de bulletins qu'ils soient quotidiens ou dans des délais plus larges. A la vue de cette expérience et de l'usage qui est réalisé à partir des données du SAMU, un état des lieux est en cours de réalisation pour déterminer le flux de données pertinentes à collecter, le format, la fréquence et enfin la faisabilité à partir des 13 SAMU de la région.

Dans la réflexion est également intégrée l'arrivée future du SI SAMU. De ce fait notre collecteur devra demain être en capacité aussi bien de collecter les données provenant des anciens logiciels de SAMU que ceux utilisant le SI SAMU.

Une réunion de travail a eu lieu cette année avec les différents responsables de SAMU pour définir les indicateurs nécessaires au pilotage des SAMU. Ces informations permettent d'appréhender la charge des différentes régulations, l'utilisation des moyens des territoires, la typologie des personnes ou patients pris en charge par le SAMU et les décisions générées par chacun de ces centres. Au vu de ces différents éléments le périmètre du collecteur a donc été élargi à la téléphonie.

À ce jour, les différents collecteurs proposés au niveau national ne permettent pas la collecte de l'ensemble des données privilégiées par les responsables des différents SAMU de la région. Un retour vers les développeurs des collecteurs est en cours afin de préciser ceux qui seraient susceptibles de répondre à notre cahier des charges dans des délais contraints et à des coûts raisonnables.

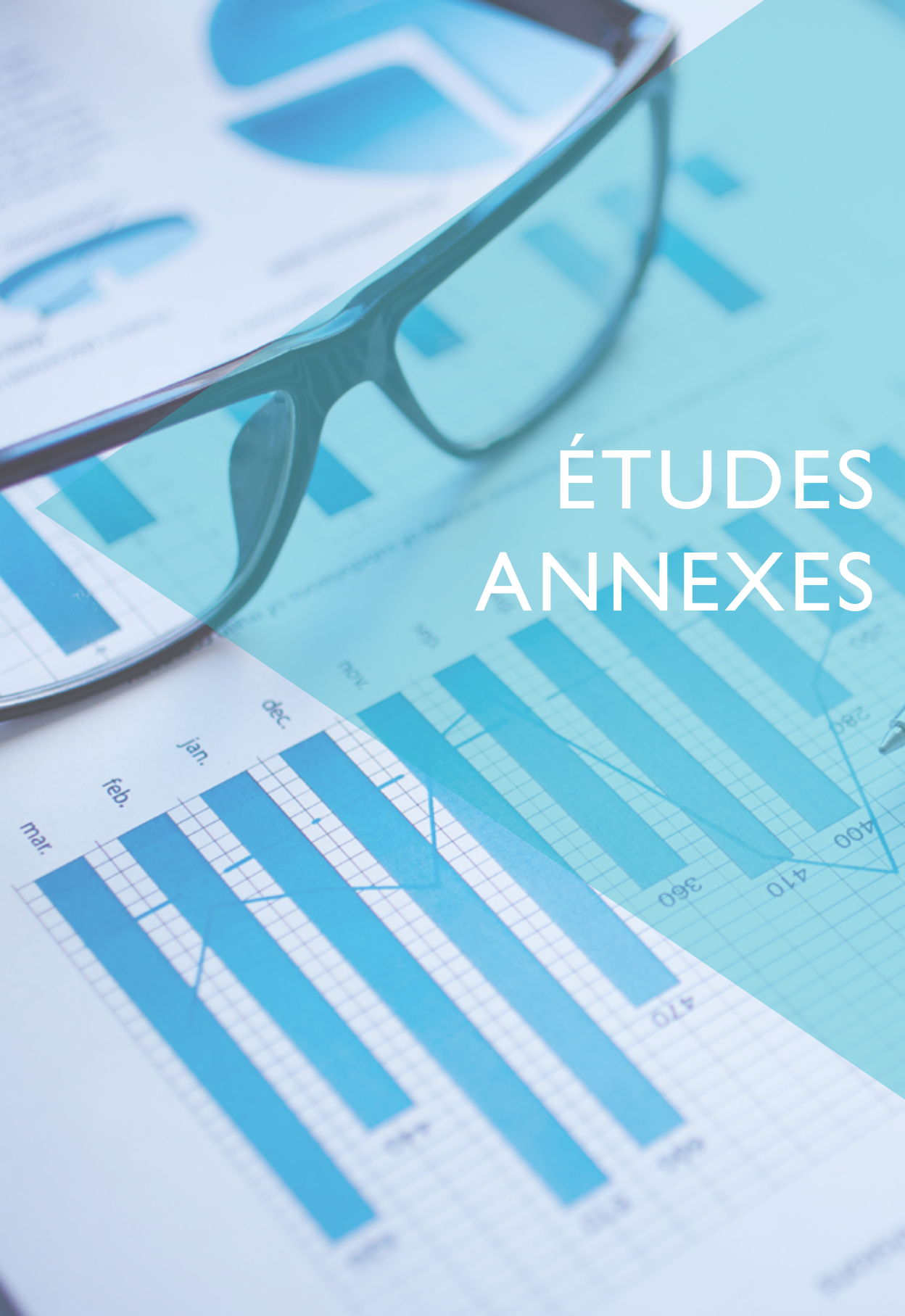
Le premier cahier des charges réalisé par les responsables des SAMU ne comprend à l'heure actuelle que les champs indispensables à collecter au sein du futur outil. Les travaux du SI SAMU sont attendus afin de pouvoir enrichir les thésaurus au sein de chacun de ces champs. En 2017 et 2018 un travail sera nécessaire au sein de l'ensemble des SAMU de la région afin de partager le socle des thésaurus. Notre objectif sera de pouvoir comparer les activités et mettre en place en aval du collecteur des outils permettant une rétro information aux différents partenaires.

Concernant les données SMUR, un état des lieux des différents modes de collecte des données a été réalisé au niveau national. On peut retrouver aussi bien des outils embarqués que des outils fixes au sein des antennes SMUR ; la saisie se faisant dans le premier cas en

temps réel et dans le second cas a posteriori. Peu d'outils présentent un flux entre le SAMU et le dossier SMUR permettant d'enrichir en données le dossier au fur à mesure de la saisie des informations du SAMU ou du SMUR. Le travail sur 2017 et 2018 portera donc sur la mise en place d'un cahier des charges et d'études pilotes sur la région afin de finaliser soit un projet de support embarqué au niveau des véhicules soit des postes fixes, permettant d'être réellement exhaustif avec des données de qualité au sein des établissements.

Enfin le projet de coordination « HéliSMUR » va prendre forme au niveau du CH Bayonne. Un flux des différentes données inhérentes à cette activité devra être centralisé sur le collecteur régional afin que ces données d'activité puissent être partagées à l'ensemble des structures de la région Nouvelle-Aquitaine et utilisées pour analyser la performance des différentes filières.

L'année 2017 est essentiellement consacrée à un état des lieux et à la définition de cibles pour les différents outils.

A pair of dark-rimmed glasses is positioned diagonally across the top half of the image. Below the glasses, a document is visible, featuring a bar chart with blue bars and a line graph with a blue line. The bar chart has labels for months: mar., feb., jan., and dec. The line graph has numerical values: 470, 360, 410, and 400. The entire image has a light blue overlay.

ÉTUDES ANNEXES

P.102

PRÉVISION DU NOMBRE DE PASSAGES

P.103

**ESTIMATION DU NOMBRE D'INSUFFISANCES
CARDIAQUES**

P.104

**ÉTUDE ORU NA SUR LA
RESTRUCTURATION DES URGENCES ET
SMUR : EXEMPLE EN NORD DEUX-SÈVRES
ET EN VIENNE**

ÉTUDES ANNEXES

1-PRÉVISIONS DU NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES ET DU NOMBRE D'HOSPITALISATIONS POST-URGENTES DES SERVICES D'URGENCES DE LA RÉGION EN 2017

Contexte : Afin d'estimer le nombre minimum de lits d'hospitalisation pour les services d'urgences, les nombres moyens journaliers de passages aux urgences et d'hospitalisations port-urgences ont été prédits pour le mois de décembre 2016 et les 12 mois de 2017. Il s'agit d'une prédiction qui peut-être soumise à interprétation, mais celle-ci offre une bonne projection des besoins minimums en lits pour chaque établissement et ainsi permet de mettre en place une organisation optimale.

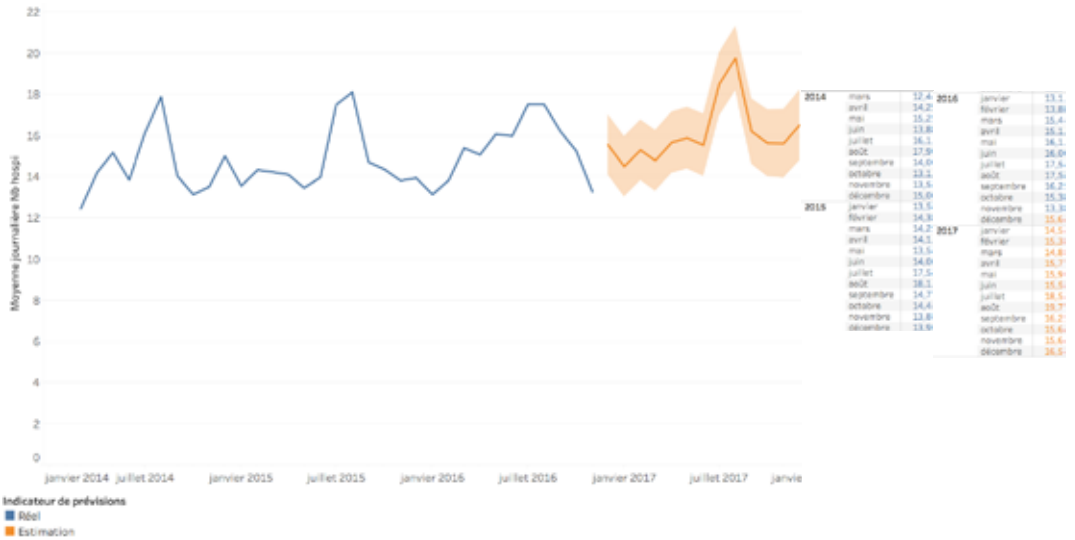
Méthode : À l'aide d'un modèle de lissage exponentiel, les valeurs futures par projection sont calculées à partir de l'historique des données de Résumés de Passages aux Urgences (RPU). La tendance et la saisonnalité sont prises en compte dans le modèle. Sont prédits les moyennes journalières pour chaque mois de décembre 2016 à décembre 2017. Un historique de minimum 3 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.

Exemple de résultats : Le détail des résultats n'est pas présenté dans ce panorama. Voici cependant un exemple de résultats sur un établissement anonymisé.

EXEMPLE DE PRÉVISION DE LA MOYENNE JOURNALIÈRE DU NOMBRE DE PASSAGES AUX URGENCES



EXEMPLE DE PRÉVISION DE LA MOYENNE JOURNALIÈRE DU NOMBRE D'HOSPITALISATIONS POST-URGENTES



Discussion : La prévision n’a pas été possible pour l’ensemble des établissements car parfois la série de données présentait trop de valeurs manquantes ou trop de données non exploitables sur le mode de sortie (hospitalisation) ou trop de valeurs proches ou égales à zéro ou trop de variations ou un historique trop court ou plusieurs tendances. De plus, la méthode utilisée pourra être validée uniquement à l’issue de l’année 2017 quand nous pourrons comparer les valeurs observées aux valeurs prédites.

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. Cette analyse a permis aux établissements d’organiser au mieux leur besoin en lits en 2017 et sera poursuivie l’année prochaine.

2 - ESTIMATION DU NOMBRE D'INSUFFISANCES CARDIAQUES

Contexte : Dans le cadre du Comité d'exploitation de l'enquête urgences de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques du Ministère de la santé), l'ORU NA a été sollicité afin de décrire les caractéristiques des patients insuffisants cardiaques (IC) pris en charge dans les services d'urgences de la région en 2016.

Méthode : Tous les passages aux urgences en 2016 dont le diagnostic principal présentait un des 5 codes CIM10 suivants ont été sélectionnés pour cette étude : I50.0, I50.1, I50.9, I11.0 et R57.

Résultats : En 2016, 1 634 291 Résumés de passage aux urgences (RPU) ont été envoyés à l'ORU NA. L'exhaustivité des RPU en 2016 était de 99% (la polyclinique Les Chênes ne remonte pas de RPU, cette polyclinique représente environ 8500 passages aux urgences). Près de 78 % de diagnostics principaux étaient exploitables (codes CIM10 exploitables).

En 2016, on compte 18 271 insuffisances cardiaques (IC) soit un tx de passage (Nb de passages pr IC/Nb de passages région NA) de 1,1% et un tx de recours de 0,31% (Nb de passages pr IC/Nb d'habitants région NA).

RÉPARTITION DES INSUFFISANCES CARDIAQUES SELON LE CODE CIM10

Code CIM10	Libellé CIM10	Nb	%
I110	Cardiopathie hypertensive, avec insuffisance cardiaque	78	0,005%
I500	Insuffisance cardiaque congestive	3 040	0,19%
I501	Insuffisance ventriculaire gauche	5 750	0,35%
I509	Insuffisance cardiaque, sans précision	7 533	0,46%
R57	Choc, non classé ailleurs	1 870	0,11%
Total IC		18 271	1,11%

* Taux passage = Nb passages IC / Nb passages total * 100

Parmi les 18 271 IC en 2016, 9 206 patients étaient de sexe masculin soit 50,4% des IC. La moyenne d'âge des IC était égale à 81,7 ans (min : 9 jrs ; max : 115,4 ans).

Parmi les IC pour lesquels le mode de sortie est saisi (95% d'exhaustivité du mode de sortie), on observe 89% de patients hospitalisés à la suite de leur passage aux urgences.

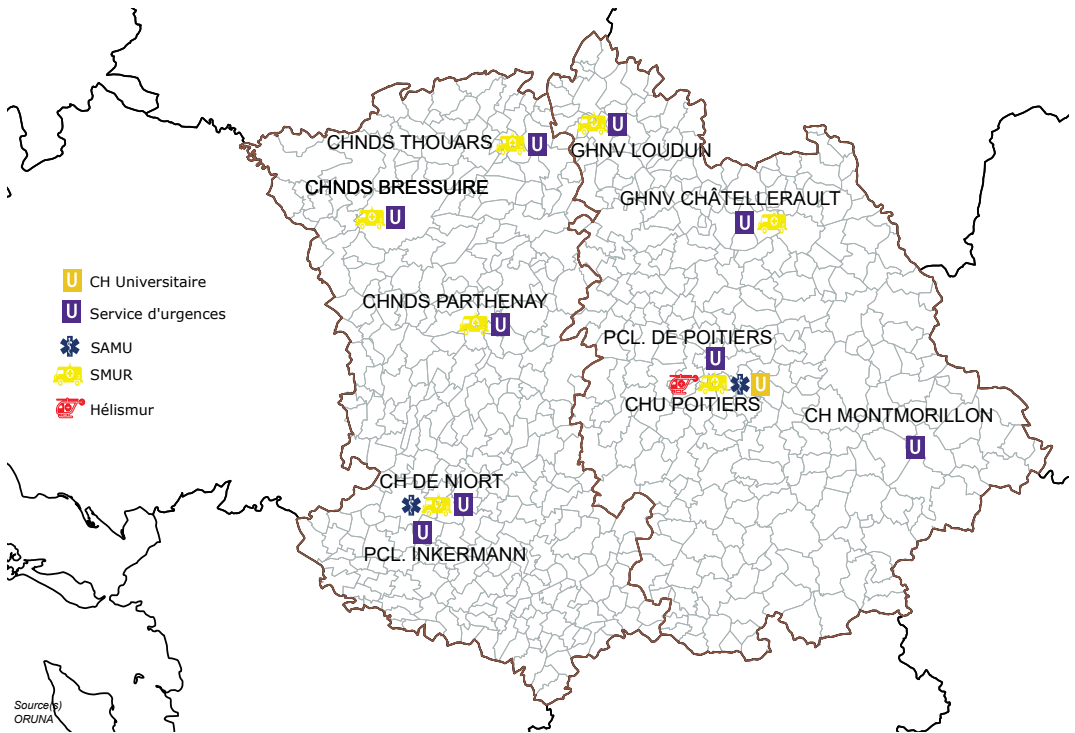
RÉPARTITION DES INSUFFISANCES CARDIAQUES SELON LE MODE DE SORTIE

	Nb	%
Hospitalisation	15 316	89%
Mutation au sein de l'établissement	14 753	86%
Transfert vers un autre établissement	563	3%
Retour à domicile	1 776	10%
Décès	113	<1%

3 - ETUDE ORU NA SUR LA RESTRUCTURATION DES URGENCES ET SMUR : EXEMPLE EN NORD DEUX-SÈVRES ET EN VIENNE

Avant la restructuration des 3 sites de prise en charge aux urgences des CH Nord Deux-Sèvres-Bressuire, CH Nord Deux-Sèvres-Thouars et CH Nord Deux-Sèvres-Parthenay et les modifications dans l'organisation du GH Nord Vienne-Loudun, l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine a demandé à l'ORU Nouvelle Aquitaine de faire un état des lieux de ces différentes structures d'accueil des urgences et de procéder à une étude prospective de l'impact que pourrait avoir :

- la fusion des sites du CH Nord Deux-Sèvres sur le site unique de Faye-l'Abesse
- la restructuration du site des urgences du GH Nord Vienne-Loudun



Le travail proposé s'appuie sur des expériences déjà menées à bien dans d'autres territoires, mais qui souvent ont pour cadre un autre environnement. L'étude ne prétend pas prédire l'avenir mais se propose d'identifier les différents indicateurs sur lesquels il est reconnu qu'une modification de l'offre de soin d'une telle ampleur sur un grand territoire a forcément des effets.

Par ces restructurations, la prise en charge des patients et les flux de patientèles vont se trouver modifiés, avec des effets directs et indirects pour l'ensemble des partenaires du monde sanitaire et sur la lecture de la population et des élus avec un nouvel environnement « Médical ».

La priorité dans ces travaux a toujours été, en fonction de la gravité de l'état du patient, de permettre l'orientation vers le plateau technique le plus adapté, dans les meilleurs délais.

Au vu de cet engagement, et afin d'atteindre l'objectif, il est apparu la nécessité d'avoir une évaluation la plus précoce possible des prises en charge actuelles afin d'observer si l'orientation des patients sur les différents plateaux techniques correspond bien au cahier des charges et si les moyens utilisés sont adaptés aux besoins.

Un travail préalable est donc en cours afin d'identifier le parcours de soins des patients au sein de chaque filière dans le cadre de l'urgence.

L'ORU Nouvelle Aquitaine a pour mission l'analyse des données provenant des SU, mais également l'accompagnement des filières. Ainsi, de nouvelles filières créées et formalisées sur ce territoire vont permettre la mise en place d'indicateurs aussi bien quantitatifs que qualitatifs.

De grandes modifications pourront apparaître, nécessitant information et pédagogie auprès de la population et des élus, mais également auprès des différents partenaires de la prise en charge en amont des SU, et provoquant une réorganisation des établissements sur le territoire, voire également au niveau de la région.

Dans le cadre présent l'ORU NA a réalisé un état des lieux de l'existant et défini avec les différents partenaires un certain nombre d'indicateurs objectivables qui pourront permettre demain de vérifier l'adéquation de l'organisation. Les objectifs non atteints pourront alors faire l'objet d'une modification accompagnée d'une réévaluation à terme.

Pour atteindre les objectifs, la qualité de l'information et sa circulation sont fondamentales. Elles dépendent aussi bien du personnel qui effectue la saisie, que des outils par lequel sont acheminées les informations, et de l'analyse réalisée à l'ORU.

Il a également été proposé au sein de l'ORU un accompagnement des établissements afin de les sensibiliser à cette notion, avec la réalisation et mise en œuvre pour la fin de l'année 2017 d'une charte qualité des données RPU.

L'ensemble de ce travail n'a pu se faire que grâce à la coopération de chacun, la population, les patients, les élus, les responsables institutionnels, les différents partenaires médicaux et paramédicaux. Il s'appuie sur les outils mis en place au sein de l'ORU NA et sur les outils de ses partenaires.

Les différents indicateurs qui seront mis en place permettront d'identifier aussi bien l'impact de la restructuration de ces SU sur la population que l'impact sur les partenaires et les établissements.

Les structures d'Urgence et SMUR limitrophes ont été intégrés dans la réflexion sur les délais d'accès de la population à la SU la plus adaptée en fonction de la pathologie et du niveau de gravité.

L'ORU NA a mis en place des indicateurs :

- Concernant la population en général et spécifiquement pour celle qui pourrait être touchée par de nouvelles zones blanches.
- Pour évaluer le retentissement que cela pourrait générer sur les différents modes de transports sanitaires, pour les vecteurs des SDIS et ambulanciers privés, et également sur les transports hélicoptérés, que ce soit aux heures ouvrables, en période de garde préfectorale et ou pendant les gardes.

- Pour essayer d'identifier le retentissement sur l'activité de soin de premier recours en analysant aujourd'hui la démographie médicale et la démographie de la population ainsi que dans les années à venir.
- Pour identifier les modifications que pourrait avoir la population dans son accès aux plateaux techniques avec la mise ne place de nouveaux flux.
- Pour évaluer l'impact sur les différentes structures d'urgences du territoire et des territoires limitrophes.



AUDITS DES SERVICES D'URGENCE



AUDIT DES SERVICES D'URGENCE

L'AUDIT DES URGENCES, UNE DÉMARCHÉ QUALITÉ

La qualité des données collectées à partir des services d'urgences (RPU) est la condition sine qua non au traitement statistique pour l'analyse et l'évaluation de l'activité des urgences.

La démarche qualité portant sur les RPU avait en ex Aquitaine démarré en 2013 par l'audit des services d'urgences de tous les établissements et l'orientation avait été donnée sur le suivi de la traçabilité de la prise en charge des patients aux urgences.

Fort de ce retour d'expérience sur la compréhension de la problématique inhérente à chaque établissement (saisie inadéquate des informations, défaut de mise à jour ou d'ergonomie de l'outil de saisie par exemple) en ex Aquitaine, les membres du GCS ORU Nouvelle Aquitaine ont missionné l'ORU NA pour la poursuite de sa mission d'audit des services d'urgences sur l'ensemble des établissements de la grande région.

THÉMATIQUES DE L'AUDIT DES SERVICES D'URGENCES

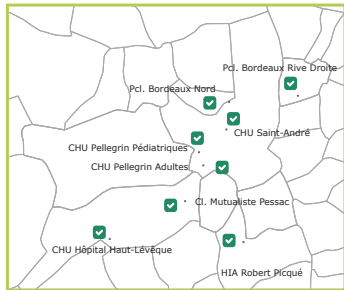
Thématiques AUDIT services d'urgences	Equipe pluridisciplinaire AUDIT ORU NA
Organisation fonctionnelle du service des urgences	Médecin coordonnateur régional et informaticien
Outil informatique	Informaticien
Traçabilité de la prise en charge, suivi administratif parcours patient	Attachée d'administration et coordonnatrice administrative
Impact financier	Attachée d'administration et coordonnatrice administrative

Les établissements avec service d'urgences n'ayant pas encore bénéficié de l'audit des urgences par l'équipe pluridisciplinaire de l'ORU NA sont invités à contacter l'ORU : patricia.siguret@oruna.fr

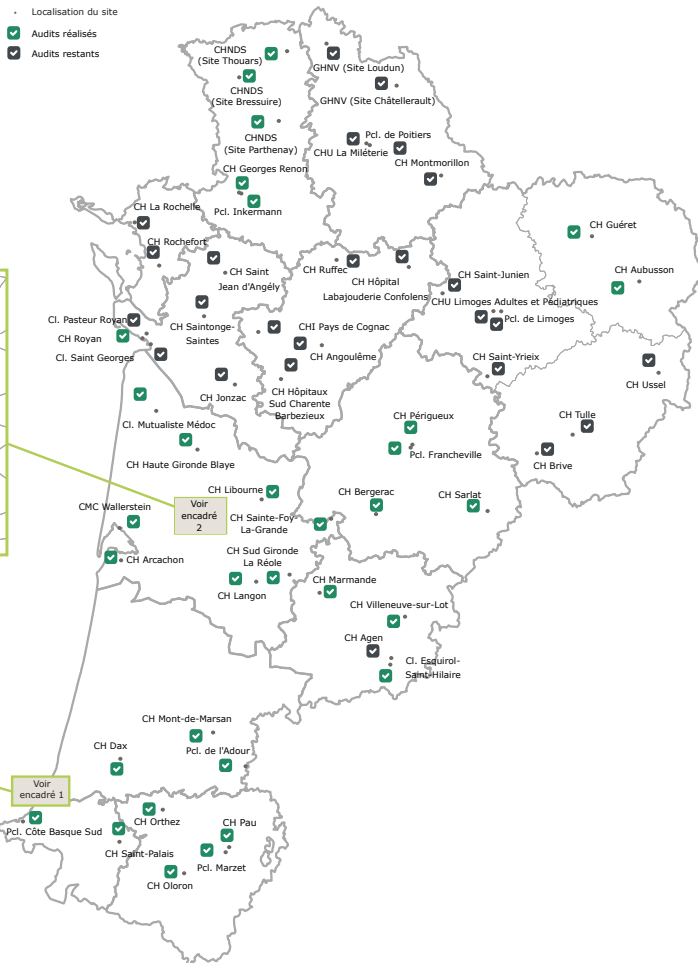
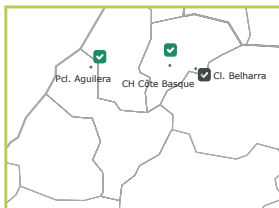
SERVICES D'URGENCES AUDITÉS AU 31/08/2017

- Localisation du site
- ✓ Audits réalisés
- ☑ Audits restants

Encadré 2 : zoom Bordeaux

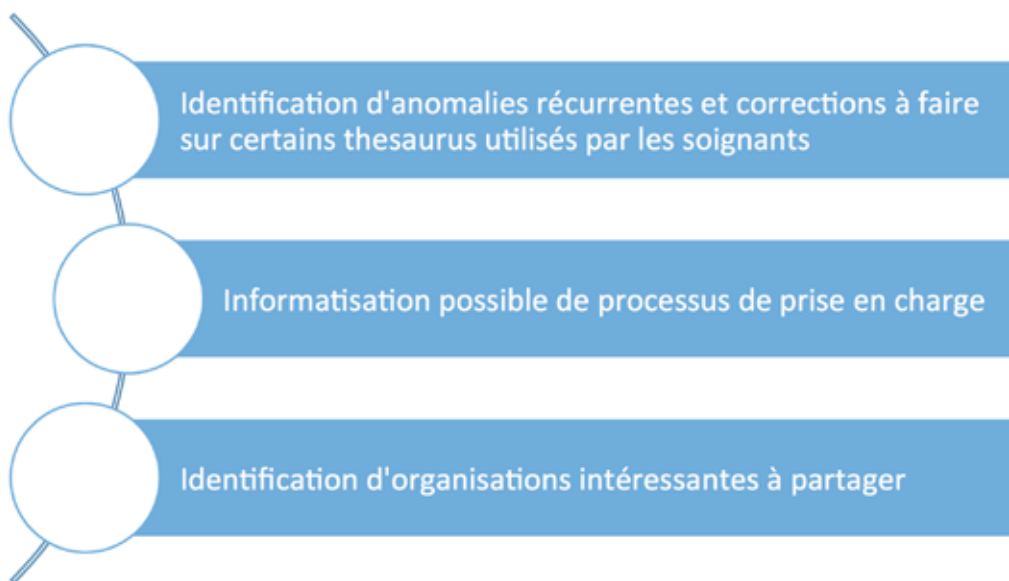


Encadré 1: zoom sur Bayonne



SYNTHÈSE DES AUDITS

L'apport de l'audit ORU NA est propre à chaque établissement, néanmoins il ressort des 42 services audités au 31 août 2017 des constats et axes d'amélioration



AUDIT ET ACCOMPAGNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS

Au cours de l'audit les outils de rétro-information basés sur la collecte des RPU proposés par l'ORU NA sont rappelés ou présentés aux établissements, leur permettant d'identifier les corrections à apporter dans la saisie des données RPU :

- Bulletins établissements (quotidiens), bulletins territoires (quotidiens, mensuels, bulletins spécifiques grands événements).
- Tableaux de bord : <https://www.oruna.fr/tableaux-de-bord/urgences> (accès réservé membres) avec radars d'exhaustivité, descriptifs des passages aux urgences, prise en charge hospitalières, démographie des patients, actes. Les tableaux de bord sont actualisés une fois par mois vers le 8 du mois pour que les données du mois précédent soient complètes.
- Document d'aide à la compréhension et à la saisie des RPU et livret d'aide au choix des diagnostics (l'un des items des RPU). Ce livret contenant les 500 diagnostics les plus utilisés aux urgences vise à faciliter le choix du diagnostic par le médecin urgentiste, avec proposition de codage CCMU (Classification Clinique des Malades aux Urgences) et proposition d'éligibilité de la prise en charge en UHCD (Hospitalisation de courte durée).



AUDIT ET INFORMATION HET, ROR

Outre la synthèse du fonctionnement du service d'urgences et la vérification de l'adéquation entre les fonctionnalités du logiciel des urgences et l'exhaustivité des RPU, l'équipe pluridisciplinaire de l'ORU sensibilise au cours de cet audit les établissements à l'élaboration de plans « Hôpital en Tension » et à la mise en place d'actions pour faire face aux tensions hospitalières, et à l'utilisation de l'outil socle de suivi de ces tensions, le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR).

De par l'importance des filières territoriales de prise en charge des patients, mises en place via les réseaux territoriaux des urgences, l'équipe ORU NA intègre le niveau territorial dans son analyse. Les premiers territoires audités en ex Limousin et ex Poitou-Charentes sont les Deux-Sèvres et la Creuse, les prochains seront la Charente et Charente-Maritime.



RÉSEAUX TERRITORIAUX DES URGENCES

P.118

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DE LA CHARENTE (RTU 16)

P.119

**RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DE LA CHARENTE MARITIME
NORD (17N)**

P.120

**RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DE LA CHARENTE MARITIME
SUD EST (17SE)**

P.121

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DE LA DORDOGNE (RTU 24)

P.122

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DE LA GIRONDE (RTU 33)

P.123

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DES LANDES (RTU 40)

P.125

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

P.126

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

P.128

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

P.131

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

P.132

**RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DE LA VIENNE
(RTU 86)**

P.133

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

RÉSEAUX TERRITORIAUX DES URGENCES

L'ORU NA est missionné par ses membres et par l'ARS Nouvelle-Aquitaine pour **mettre en place et coordonner les réseaux territoriaux des urgences, à savoir :**

- Suivre la mise en place des réseaux territoriaux des urgences
- Rédiger des procédures territoriales de prise en charge des patients dans des filières spécifiques
- Assurer un lien entre les réseaux territoriaux des urgences (animation régionale)
- Déployer, accompagner et animer le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) sanitaire en MCO, SSR et PSY
- Réaliser une analyse des événements indésirables et établir une procédure de suivi des dysfonctionnements

Sur les 12 Réseaux Territoriaux des Urgences (RTU) que compte la région Nouvelle-Aquitaine, 6 sont déjà créés : Béarn et Soule, Dordogne, Gironde, Landes, Lot-et-Garonne et Navarre-Côte Basque.

L'ORU NA doit donc veiller à la mise en place des Réseaux de Charente, Charente Maritime (Sud-Est et Nord), Deux-Sèvres, Vienne, et à la formalisation du réseau Limousin (19-23-87) déjà constitué.

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, la **Cellule Informatique et Évaluation (CIE)** dont les deux missions principales sont :

- 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

LES COORDONNATEURS MÉDICAUX TERRITORIAUX (CMT)

Le CMT est un représentant médical d'un établissement titulaire d'une activité de médecine d'urgence. Ses principales missions sont les suivantes :

- Aider à la conduite et à la mise en œuvre des projets de l'ORU NA en garantissant la cohérence métier
- Accompagner et articuler les travaux dans le respect de la ligne de conduite fixée par l'ORU NA
- Assurer une partie de la déclinaison opérationnelle de la stratégie globale que s'est fixée l'ORU NA
- Donner une compréhension des besoins entre tous les acteurs d'un même projet
- Valoriser le dispositif ORU NA, permettant ainsi d'optimiser son utilisation pour répondre à des problématiques métiers

LES COORDONNATEURS ANIMATEURS DE RÉSEAUX TERRITORIAUX (CART)

Sous l'égide du GCS ORU NA, qui est mandaté par l'ARS Nouvelle-Aquitaine, le CART trouve son positionnement aux interfaces entre les instances de direction, les personnels médicaux et paramédicaux, le personnel administratif et le personnel technique. Il est un acteur important dans l'organisation de l'ORU NA du fait de son positionnement transverse sur les territoires et le secteur dont il a la charge.

Avec ses connaissances et/ou compétences en soins d'urgences, portage de projets, connaissance des systèmes d'informations et d'analyse de données, voire de gestion administrative, il doit permettre, en accord avec les Coordonnateurs Médicaux Territoriaux (CMT), la bonne conduite des actions et des projets qui lui sont confiés par le réseau territorial et l'ORU NA.

Les missions du CART concernent principalement les projets que doit conduire l'Observatoire dans le cadre du programme de travail fixé par le Comité Restreint, l'Assemblée Générale, et l'ARS du Contrat d'Objectif et de Moyens.

Dans un rôle transverse, le CART assure la collecte et le partage des informations préalablement soumis à l'équipe ORU NA, ou à défaut échangés avec le coordinateur médical régional, vers les différents territoires de son secteur.

En ce sens, il veille, dans la mesure du possible à l'uniformisation des pratiques dans la rédaction des protocoles et sert de vecteur dans la diffusion et le partage des informations.

Par ailleurs, il partage auprès des CMT les expériences territoriales qu'il juge transposables entre les secteurs.

Sa connaissance du fonctionnement des structures d'urgences, plus globalement du fonctionnement des établissements de santé et des institutions, lui permet d'organiser et d'animer les réseaux territoriaux dont il a la charge en participant, en lien avec le CMT, à la coordination du RTU.

De même, il assure, en fonction de l'actualité, la rétro-information auprès du Coordonnateur Régional au regard des événements, des statistiques de son ou de ses territoires d'attache.

Aussi, par la création, le maillage, et l'animation du réseau qu'il coordonne, le CART valorise autant que possible, le dispositif ORU en promouvant et optimisant les usages afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients tant au niveau des services d'urgences que dans les filières liées aux urgences.

Pour se faire, le CART rencontre les établissements et se tient disponible pour accompagner les structures dans la mise en œuvre des outils portés par l'ORU NA.

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DE LA CHARENTE (RTU 16)



Contacts

Coordonnateur Médical Territorial :

Dr Gilles Moalic

05 45 24 42 37

gilles.moalic@ch-angouleme.fr

Coordonnateur Animateur de
Réseau Territorial :

M. Gilles Faugeras

05 44 00 00 54

gilles.faugeras@oruna.fr

Chargée de mission Répertoire
Opérationnel des Ressources :

Mme Céline Richir

05 44 00 00 42

celine.richir@oruna.fr

HISTORIQUE DU RTU

Convention constitutive : en cours de signature

FILIÈRES TERRITORIALES DE PRISES EN CHARGE

- Protocoles formalisés : règlement de coopération urgences/SAMU/SMUR
- Evaluation des filières : non réalisée par le biais de registre ou de suivi de filière

ROR

Etat des lieux (01/07/2017) :

- Annuaire : 100 % MCO, 100 % SSR, 100 % USLD, manque un établissement mono-disciplinaire PSY
- Saisie de la disponibilité en lits : quotidienne pour 100 % des établissements
- Plans blancs : 45% des établissements sanitaires

Hôpital en tension :

- Indicateurs HET : 0 % des établissements
- Formation : 100% des référents établissements formés au module V2 Hôpital en tension
- Nombre d'alertes (déclarées en 2016) : 0
- Nombre de tensions (déclarées en 2016) : 0
- Nombre de tensions solidaires (déclarées en 2016) : en cours de déploiement

MÉDECINS CORRESPONDANTS SAMU (MCS)

- Nombre de MCS formés et équipés : 0

HISTORIQUE DU RTU

Convention constitutive : non formalisée

FILIÈRES TERRITORIALES DE PRISES EN CHARGE

- Cardiologie
- Brûlés
- Urgences mains
- Polytraumatisés
- AVC

ROR

Etat des lieux (01/07/2017) :

- Annuaire : 100 % MCO, 100 % SSR, 100 % USLD, en cours pour la PSY
- Saisie de la disponibilité en lits : quotidienne pour 100 % des établissements
- Plans blancs : 100% des établissements sanitaires avec SU

Hôpital en tension :

- Indicateurs HET : 0% des établissements
- Formation : 50% des référents établissements formés au module V2 Hôpital en tension
- Nombre d'alertes (déclarées en 2016) : 0
- Nombre de tensions (déclarées en 2016) : 0
- Nombre de tensions solidaires (déclarées en 2016) : en cours de déploiement

MÉDECINS CORRESPONDANTS SAMU (MCS)

- Nombre de MCS formés et équipés : 0

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DE LA CHARENTE MARITIME NORD (17N)



Contacts

Coordonnateur Médical Territorial

Dr Philippe Volard

05.49.78.30.15

Coordonnateur Animateur de
Réseau Territorial

Mme Magali Guérin

05 49 78 30 20

magali.guerin@oruna.fr

Chargée de mission Répertoire
Opérationnel des Ressources

Mme Pilar Garcia Munoz

05 35 54 48 24

pilar.garcia.munoz@oruna.fr

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DE LA CHARENTE MARITIME SUD EST (17SE)



Contacts

Coordonnateur Médical Territorial

Dr Philippe Volard

05.49.78.30.15

Coordonnateur Animateur de
Réseau Territorial

Mme Magali Guérin

05 49 78 30 20

magali.guerin@oruna.fr

Chargée de mission Répertoire
Opérationnel des Ressources

Mme Pilar Garcia Munoz

05 35 54 48 24

pilar.garcia.munoz@oruna.fr

HISTORIQUE DU RTU

Convention constitutive : non formalisée

FILIÈRES TERRITORIALES DE PRISES EN CHARGE

- Cardiologie
- Brûlés
- Urgences mains
- Polytraumatisés
- AVC

ROR

Etat des lieux (01/07/2017) :

- Annuaire : 100 % MCO, 100 % SSR, 100 % USLD, en cours pour la PSY
- Saisie de la disponibilité en lits : quotidienne pour 66 % des établissements
- Plans blancs : 83 % des établissements sanitaires avec SU

Hôpital en tension :

- Indicateurs HET : 0% des établissements
- Formation : 33 % des référents établissements formés au module V2 Hôpital en tension
- Nombre d'alertes (déclarées en 2016) : 0
- Nombre de tensions (déclarées en 2016) : 0
- Nombre de tensions solidaires (déclarées en 2016) : en cours de déploiement

MÉDECINS CORRESPONDANTS SAMU (MCS)

- Nombre de MCS formés et équipés : 0

HISTORIQUE DU RTU

Convention constitutive : signée le 08/12/2014
https://www.oruna.fr/system/files/public/convention_constitutive_rtu_24_0.pdf

FILIÈRES TERRITORIALES DE PRISES EN CHARGE

- Protocoles formalisés : non disponibles
- Evaluation des filières : SCA ST+ par le biais du registre REANIM

ROR

Etat des lieux (01/07/2017) :

- Annuaire : 100 % MCO, 100 % SSR, 100 % USLD, 100 % PSY
- Saisie de la disponibilité en lits : quotidienne pour 90 % des établissements
- Plans blancs : 86 % des établissements sanitaires

Hôpital en tension :

- Indicateurs HET : 0% des établissements
- Formation à V 1 du module HET : 100 % des référents établissements
- Nombre d'alertes (déclarées en 2016) : 0
- Nombre de tensions (déclarées en 2016) : 2
- Établissements concernés : CH Périgueux, Polyclinique Francheville
- Nombre de tensions solidaires (déclarées en 2016) : en cours de déploiement
- Retour d'expérience sur les raisons : carence personnel médical et carence lits d'aval
- Durée des tensions : 24h en moyenne

MÉDECINS CORRESPONDANTS SAMU (MCS)

- Nombre de MCS formés : 5
- Nombre de MCS formés et équipés : 2
- MCS : Dr Marescassier, Dr Nguyen, Dr Monnot, Dr Mousseau, Dr Mignot

AUTRES TRAVAUX MIS EN PLACE DANS LE RTU

Suivi et amélioration de la qualité des RPU

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

M. Gilles Faugeras

05 44 00 00 54

gilles.faugeras@oruna.fr

Chargée de mission Répertoire
Opérationnel des Ressources

Mme Céline Richir

05 44 00 00 42

celine.richir@oruna.fr

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DE LA GIRONDE (RTU 33)



Contacts

Coordonnateur Médical Territorial :
nomination en cours

Coordonnateur Animateur de
Réseau Territorial

Mme Patricia Siguret

05 35 54 65 60

patricia.siguret@oruna.fr

Chargée de mission Répertoire
Opérationnel des Ressources

Mme Pilar Garcia Munoz

05 35 54 48 24

pilar.garcia.munoz@oruna.fr

HISTORIQUE DU RTU

- Convention constitutive et annexes :
- https://www.oruna.fr/system/files/public/convention_rtu_33_0_0.pdf
- https://www.oruna.fr/system/files/public/convention_rtu_33_-_annexe1_cellule_coordination_0.pdf
- https://www.oruna.fr/system/files/public/convention_rtu_33_-_annexe2_composition_gpe_technique_0.pdf
- https://www.oruna.fr/system/files/public/convention_rtu_33_-_annexe3_declaration_eig%20%281%29.pdf

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

ROR

Etat des lieux (01/07/2017) :

- Annuaire : 100 % MCO, 100 % SSR, 100 % USLD, PSY en cours
- Saisie de la disponibilité en lits : quotidienne pour 90 % des établissements
- Plans blancs : 69 % des établissements sanitaires avec SU

Hôpital en tension :

- Indicateurs HET : 31 % des sites avec service d'urgences remontent les RPU étendus
- Formation à V2 du module HET (au 01/06/2017) : 98 % des référents établissements
- Nombre d'alertes (déclarées en 2016) : 20
- Nombre de tensions (déclarées en 2016) : 48
- Établissements concernés : HIA Robert Picqué, Polyclinique Bordeaux Nord, Polyclinique Bordeaux Rive Droite, Clinique Mutualiste de Pessac, Centre Médico Chirurgical Wallerstein, CH Arcachon, CH Libourne
- Nombre de tensions solidaires (déclarées en 2016) : en cours de déploiement
- Retour d'expérience sur les raisons : Carence de lits d'aval, carence personnel médical, grève personnel para médical
- Durée des tensions : entre 1 et 3 jours en moyenne

MÉDECINS CORRESPONDANTS SAMU (MCS)

- Nombre de MCS formés et équipés : 0

Panorama urgences 2016 - ORU Nouvelle Aquitaine

HISTORIQUE DU RTU

- Convention constitutive : signée le 08/10/2014
https://www.oruna.fr/system/files/public/convention_constitutive_rtu_40_0.pdf
- Annexe
https://www.oruna.fr/system/files/public/annexe_1_convention_rtu_40_0.pdf

FILIÈRES TERRITORIALES DE PRISES EN CHARGE

Protocoles formalisés :

- Filière AVC avec 2 pôles de thrombolyse (CH Dax et CH Mont-de-Marsan).
- Filière SCA ST+ s'articule autour des centres d'angioplasties de Mont-de-Marsan et de Bayonne.
- 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 d'un accueil pédiatrique dédié.

Actions en cours sur les filières de prises en charge :

- Un projet de mise en place d'un CAP (Centre d'Accueil Psychiatrique) au SU de Mont de Marsan est en cours (en attente de travaux architecturaux) pour améliorer la prise en charge, la régulation et les transports psychiatriques (une telle cellule existe déjà sur le CH Dax).
- Les Plaies de la MAIN sur le territoire Landais, travail en cours.
- Evaluation : Pas de processus d'évaluation encore mis en place.

ROR

Etat des lieux (01/07/2017) :

- Annuaire : 100 % MCO, 100 % SSR, 100 % USLD, PSY en cours
- Saisie de la disponibilité en lits : quotidienne pour 100 % des établissements
- Plans blancs : 66 % des établissements sanitaires

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DES LANDES (RTU 40)



Contacts

Coordonnateur Médical Territorial

Dr Jean Fabre

05 58 91 67 20

jean.fabre@oruna.fr

fabrej@ch-dax.fr

Coordonnateur animateur de
Réseau Territorial

M. Arnaud Hontarrède

05 58 91 39 72

arnaud.hontarrede@oruna.fr

Chargée de mission Répertoire
Opérationnel des Ressources

Mme Pilar Garcia Munoz

05 35 54 48 24

pilar.garcia.munoz@oruna.fr

Hôpital en tension :

- Indicateurs HET : 66 % des établissements
- Formation à V2 du module HET (au 01/07/2017) : 66 % des référents établissements
- Nombre d'alertes (déclarées en 2016) : 4
- Nombre de tensions (déclarées en 2016) : 5
- Établissements concernés : CH Dax, CH Mont de Marsan
- Nombre de tensions solidaires (déclarées en 2016) : en cours de déploiement
- Retour d'expérience sur les raisons : Afflux de patients et carence de lit d'aval
- Durée des tensions : 2jrs en moyenne avec 20% de clôture automatique

MÉDECINS CORRESPONDANTS SAMU (MCS)

- Nombre de MCS formés et équipés : 3
- Nom des MCS : Dr Ferchichi, Dr Decq, Dr Ouarssass

AUTRES TRAVAUX MIS EN PLACE DANS LE RTU

Suivi et amélioration de la qualité des RPU

HISTORIQUE DU RTU

Convention constitutive : approuvée par l'ARS le 24 juillet 2014

FILIÈRES TERRITORIALES DE PRISES EN CHARGE

- Psychiatrie Agen
- Urologie (probable modification prochaine)
- Filière neurovasculaire aigue
- Filière polytraumatisés

Actions en cours sur les filières de prises en charge :

- Evaluation des filières

ROR

Etat des lieux (01/07/2017) :

- Annuaire : 100 % MCO, 100 % SSR, 100 % USLD, PSY en cours
- Saisie de la disponibilité en lits : quotidienne pour 100 % des établissements
- Plans blancs : 75 % des établissements sanitaires avec SU

Hôpital en tension :

Indicateurs HET : 75 % des établissements

- Formation à V2 du module HET : 100 % des référents établissements
- Nombre d'alertes (déclarées en 2016) : 4
- Nombre de tensions (déclarées en 2016) : 14
- Établissements concernés : CH Agen, Clinique Esquirol St Hilaire, CHIC Marmande
- Nombre de tensions solidaires (déclarées en 2016) : en cours de déploiement
- Retour d'expérience sur les raisons : Carence de lit d'aval, carence personnel médical, grève personnel para médical
- Durée des tensions : entre 1 et 3 jours en moyenne

MÉDECINS CORRESPONDANTS SAMU (MCS)

- Nombre de MCS formés et équipés : 0

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



Contacts

Coordonnateur Médical Territorial
Dr Benjamin Blonstein (2016),
changement en cours en 2017

Coordonnateur Animateur de
Réseau Territorial
Mme Patricia Siguret
05 35 54 65 60
patricia.siguret@oruna.fr

Chargée de mission Répertoire
Opérationnel des Ressources
Mme Pilar Garcia Munoz
05 35 54 48 24
pilar.garcia.munoz@oruna.fr

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



Contacts

Coordonnateur Médical Territorial

Dr Tarak Mokni

05 59 44 36 18

tmokni@ch-cotebasque.fr

Coordonnateur Animateur de
Réseau Territorial

M. Arnaud Hontarrède

05 58 91 39 72

arnaud.hontarrede@oruna.fr

Chargée de mission Répertoire
Opérationnel des Ressources

Mme Pilar García Munoz

05 35 54 48 24

pilar.garcia.munoz@oruna.fr

HISTORIQUE DU RTU

Convention constitutive : signée le 02/07/2013

https://www.oruna.fr/system/files/public/convention_constitutive_rtu_64a.pdf

FILIÈRES TERRITORIALES DE PRISES EN CHARGE

Protocoles formalisés :

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

Evaluation : Pas de processus d'évaluation encore mis en place.

ROR

Etat des lieux (01/07/2017) :

- Annuaire : 100 % MCO, 100 % SSR, % 100 USLD, PSY en cours
- Saisie de la disponibilité en lits : quotidienne pour 100% des établissements
- Plans blancs : 40 % des établissements sanitaires avec SU

Hôpital en tension :

- Indicateurs HET : 0 % des établissements
- Formation à V2 du module HET : 100 % des référents établissements
- Nombre d'alertes (déclarées en 2016) : 1
- Nombre de tensions (déclarées en 2016) : 9

- Établissements concernés : Polyclinique Côte-Basque Sud, CH Bayonne, Clinique Capio Aguilera
- Nombre de tensions solidaires (déclarées en 2016) : en cours de déploiement
- Retour d'expérience sur les raisons : Afflux de patients et carence de lit d'aval
- Durée des tensions : 1 jour en moyenne avec 20% de clôture automatique

MÉDECINS CORRESPONDANTS SAMU (MCS)

- Nombre de MCS formés et équipés : 6
- Nom des MCS : Dr Labat, Dr Lallemand, Dr Ospital, Dr Soumeilhan, Dr Mellin, Dr Chesnay

Dans un processus de démarche qualité une évaluation (matériels, suivi intervention, +/- information) mensuelle est faite par un personnel infirmier SMUR ainsi qu'une actualisation 2 fois par an par le personnel médical

Autres travaux mis en place dans le RTU

Suivi et amélioration de la qualité des RPU

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DU BÉARN- 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

M. Arnaud Hontarrède

05 58 91 39 72

arnaud.hontarrede@oruna.fr

Chargée de mission Répertoire
Opérationnel des Ressources

Mme Pilar Garcia Munoz

05 35 54 48 24

pilar.garcia.munoz@oruna.fr

HISTORIQUE DU RTU

• Convention constitutive : Réactualisée le 11 mai 2015

https://www.oruna.fr/system/files/public/convention_constitutive_rtu_64b_0.pdf

FILIÈRES TERRITORIALES DE PRISES EN CHARGE

Protocoles formalisés :

- Procédure territoriale de prise en charge du SCA ST- Pré-Hospitalier 2015
- Procédure territoriale de prise en charge du SCA ST + Pré-Hospitalier 2015
- Procédure territoriale de thrombolyse SCA ST+ Pré-hospitalier 2015
- Orientation des urgences obstétricales 2015
- Orientation des urgences thrombolyse intraveineuse des AVC (protocole qui prévaut jusqu'à la mise en place de la téléthrombolyse) 2015
- Procédure territoriale de prise en charge d'un cas suspect « EBOLA » 2015
- Accueil et prise en charge d'un patient nécessitant une prise en charge respiratoire spécifique initiale de ventilation non invasive en phase aiguë. 2016
- OAP cardiogénique hypertensif 2016
- Choc cardiogénique 2016
- Accident électrisation 2016
- Prise en charge pré-hospitalière et à l'admission des brûlés graves 2016
- Utilisation du dispositif de perfusion intra intra-osseuse EZ-IO en pré-hospitalier 2016

Validation définitive en cours

- Accompagnement d'un patient ventilé-intubé
- Procédure «Pose d'une voie veineuse centrale»
- Procédure «Pose d'un cathéter artériel»
- Protocole médical «Utilisation des curares au sein du pôle Urgences»
- Protocole médical «Déclaration d'un patient remarquable au SAMU de PAU»
- Procédure «Modalités d'appel au SAMU pour demande d'un transfert inter hospitalier médicalisé ou para médicalisé

Non diffusé

- Prise en charge médicale des méningites bactériennes communautaires aux urgences adultes
- Anaphylaxie aiguë
- Gestion de la tension artérielle à la phase aiguë des hémorragies intracérébrales spontanées
- Gestion en urgences des AVC éligibles à un traitement endovasculaire en territoire Béarn et Soule : filière alerte thrombolyse

- Gestion en urgence des AVC éligibles à un traitement endovasculaire : filière alerte thrombolyse – NIHSS
- Gestion en urgence des AVC éligibles à un traitement endovasculaire en territoire Béarn et Soule : filière alerte thrombolyse – Contre-indications à la fibrinolyse
- Coma non traumatique
- Prise en charge d'une hyperkaliémie
- Prise en charge d'une hypokaliémie
- Réanimation cardio pulmonaire médicalisée
- Prise en charge pré-hospitalier de la menace d'accouchement prématuré (MAP)
- Prise en charge pré hospitalier de la menace d'accouchement prématuré (MAP) : score de MALINAS
- Prise en charge pré hospitalier de la menace d'accouchement prématuré (MAP) : fiche médicament : TRACTOCILE
- Prise en charge pré hospitalier de la menace d'accouchement prématuré (MAP) fiche médicament SYNTOCINON
- Prise en charge pré hospitalier de l'hémorragie du Post-Partum
- Prise en charge pré hospitalier des hypertensions artérielles prééclampsie et éclampsie chez la femme enceinte

En cours de rédaction

- Limitations et arrêts des thérapeutiques actives

Actions en cours sur les filières de prises en charge :

- Filière téléthrombolyse

L'objectif est de favoriser l'accès aux soins, dans les meilleurs délais, des patients présentant une suspicion d'AVC sur le territoire Béarn-Soule sans avoir à les transporter. La mise en place de cette filière a nécessité des interventions techniques et une formation des intervenants (CESU64B). Déploiement prévu à partir du 6 juin 2017

- Filière périnatalité

Poursuite des réunions 2016 qui ont portées sur l'organisation de la filière, en précisant notamment, le rôle de chacun des acteurs du territoire en termes de prise en charge, le tout sous l'égide du réseau Périnat Aquitain.

Ces réunions ont notamment permis de définir une feuille de route autour de la formation d'un pool d'urgentistes dédiés aux secours pédiatriques, la formation de sages-femmes correspondantes du SAMU, l'identification du matériel d'urgence à acquérir (exemple de l'acquisition d'une couveuse de transport en 2017).

2017 donnera lieu à la construction –et à la finalisation- de protocoles communs pour les transferts inter-hospitaliers néonataux et les prises en charge spécifiques des patientes en post-partum. L'organisation de la formation des équipes du SMUR pour les urgences pédiatriques (formation réalisée en 2017).

ROR

Etat des lieux (01/07/2017) :

- Annuaire : 100 % MCO, 100 % SSR, 100 % USLD, PSY en cours
- Saisie de la disponibilité en lits : quotidienne pour 100 % des établissements
- Plan blanc : 75 % des établissements sanitaires avec SU :

Hôpital en tension :

- Indicateurs HET : 25 % des établissements
- Formation : 100 % des référents établissements formés au module V2 Hôpital en tension
- Nombre d'alertes (déclarées en 2016): 0
- Nombre de tensions (déclarées en 2016) 0
- Nombre de tensions solidaires (déclarées en 2016) : en cours de déploiement
- Durée des tensions : NA

MÉDECINS CORRESPONDANTS SAMU (MCS)

- Nombre de MCS formés et équipés : 2
- Nom des MCS : Dr Laurent Decevre, Dr Guillaume Camdeborde
- Deux autres recrutements sont en cours.

AUTRES TRAVAUX MIS EN PLACE DANS LE RTU :

- Suivi et amélioration de la qualité des RPU/ RPU étendus.
- Evaluation des filières avec dans un premier temps une structuration territoriale, pour dans un second temps axer les réflexions sur des filières régionales en collaboration avec les RTU limitrophes (territoire Sud Aquitaine)
- Accompagnement pour favoriser par l'appropriation des outils ROR et encourager l'usage des différents modules.
- Formation « Damage Control »
- Sensibilisation sur le thème « des hospitalisations sous contraintes en psychiatrie » à destination des professionnels de l'urgence
- Violence faites aux femmes : nomination d'un médecin référent sur le territoire. Mise en place de temps de sensibilisation/information pour l'ensemble du personnel du service d'urgence, SAMU, SMUR
- Les limitations et arrêts des thérapeutiques actives (LATA). En 2016, ce travail a fait l'objet d'une valorisation au sein du RTU. Les protocoles qui en découleront seront diffusés dans le cadre du RTU.
- Fiche de signalement et d'évaluation des dysfonctionnements : étude des perspectives de travail.
- Sensibilisation sur le thème « des hospitalisations sous contraintes en psychiatrie » à destination des professionnels de l'urgence.

HISTORIQUE DU RTU

- Convention constitutive : non formalisée

FILIÈRES TERRITORIALES DE PRISES EN CHARGE

- Cardiologie
- Brûlés
- Urgences mains
- Polytraumatisés
- Réseau Péri-natalité
- AVC

ROR

Etat des lieux (01/07/2017) :

- Annuaire : 100 % MCO, 100 % SSR, 70 % USLD, en cours pour la PSY
- Saisie de la disponibilité en lits : quotidienne pour 40 % des établissements
- Plans blancs : 0 % des établissements sanitaires avec SU

Hôpital en tension :

- Indicateurs HET : 0% des établissements
- Formation : 80% des référents établissements formés au module V2 Hôpital en tension
- Nombre d'alertes (déclarées en 2016) : 0
- Nombre de tensions (déclarées en 2016) : 0
- Nombre de tensions solidaires (déclarées en 2016) : en cours de déploiement

MÉDECINS CORRESPONDANTS SAMU (MCS)

- Nombre de MCS formés et équipés : 7
- Nom des MCS : Dr Frerebeau Christophe, Dr Belkebir Rémy, Dr Bertaud Olivier, Dr Touzard Martine, Dr Desiles Aurélie, Dr Rochepeau Marie, Dr Farcy Gwenaëlle

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



Contacts

Coordonnateur Médical Territorial

Dr Philippe Volard

tel 05.49.78.30.15

Coordonnateur Animateur de
Réseau Territorial

Mme Magali Guérin

tel : 05 49 78 30 20

magali.guerin@oruna.fr

Chargée de mission Répertoire
Opérationnel des Ressources

Mme Céline Richir

tel : 05 44 00 00 42

celine.richir@oruna.fr

RÉSEAU TERRITORIAL DES URGENCES DE LA VIENNE (RTU 86)



Contacts

Coordonnateur Médical Territorial
nomination en cours

Coordonnateur Animateur de
Réseau Territorial

M. Gilles Faugeras

05 44 00 00 54

gilles.faugeras@oruna.fr

Chargée de mission Répertoire
Opérationnel des Ressources

Mme Céline Richir

05 44 00 00 42

celine.richir@oruna.fr

HISTORIQUE DU RTU

Convention constitutive : non formalisée

FILIÈRES TERRITORIALES DE PRISES EN CHARGE

- Protocoles formalisés : non disponibles
- Actions en cours sur les filières de prises en charge
- Evaluation des filières : non réalisée par le biais de registre ou de suivi de filière

ROR

Etat des lieux (01/07/2017) :

- Annuaire : 70 % MCO, 100 % SSR, 70 % USLD, 100 % PSY, 0 % des EHPAD (rattachés aux établissements sanitaires)
- Saisie de la disponibilité en lits : quotidienne pour 77 % des établissements
- Plans blancs validés sur le ROR (sur l'ensemble des établissements sanitaires) : 71 % des établissements

Hôpital en tension :

- Indicateurs HET : 0% des établissements
- Formation (au 01/06/2017) : 33 % des référents établissements
- Nombre d'alertes (déclarées en 2016) : 0
- Nombre de tensions (déclarées en 2016) : 0
- Nombre de tensions solidaires (déclarées en 2016) : en cours de déploiement

MÉDECINS CORRESPONDANTS SAMU (MCS)

- Nombre de MCS formés et équipés : 5
- Nom des MCS : Dr Herault, Dr Le Saout, Dr Bonin, Dr Provost et Dr Soustre

HISTORIQUE DU RTU

Convention constitutive : en cours

FILIÈRES TERRITORIALES DE PRISES EN CHARGE

- Protocoles formalisés : SCA ST+, non ST+, AVC
- Evaluation des filières : registre SCALIM (SCA ST+)

ROR

Etat des lieux (01/07/2017) :

- Annuaire : 100 % MCO, 100 % SSR, 100 % USLD, 100 % PSY
- Saisie de la disponibilité en lits : quotidienne pour 100 % des établissements
- Plans blancs : 85 % des établissements sanitaires

Hôpital en tension :

- Indicateurs HET : 0% des établissements
- Formation : 95% des référents établissements formés au module V2 Hôpital en tension
- Nombre d'alertes (déclarées en 2016) : 1
- Nombre de tensions (déclarées en 2016) : 2
- Établissements concernés : CHU Limoges et CH Saint-Junien
- Nombre de tensions solidaires (déclarées en 2016) : en cours de déploiement
- Retour d'expérience sur les raisons : afflux de patients et absence de lit dans le secteur adapté
- Durée des tensions : 3 jours en moyenne

MÉDECINS CORRESPONDANTS SAMU (MCS)

- Nombre de MCS formés : 9 dont 3 en Haute-Vienne, 3 en Creuse, 3 en Corrèze
- Nombre de MCS équipés : 8
- Nom des MCS
Haute-Vienne : Dr Leventoux, Dr Aubanel, Dr Debacque
Creuse : Dr Etile, Dr Tardieu, Dr Prioux
Corrèze : Dr Begon, Dr Buchon, Dr Moesch

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



Contacts

Coordonnateur Médical Territorial
Dr Pierre Bernard Petitcolin
05 44 00 00 51
pierre-bernard.petitcolin@oruna.fr

Coordonnateur Animateur de
Réseau Territorial
M. Gilles Faugeras
05 44 00 00 54
gilles.faugeras@oruna.fr

Chargée de mission Répertoire
Opérationnel des Ressources
Mme Céline Richir
05 44 00 00 42
celine.richir@oruna.fr

The background features a collage of business-related graphics. On the left, there are several bar charts with white bars on a dark grey background. In the center, a document lists 'OPTIONS 01' through 'OPTIONS 04'. On the right, there are more bar charts and a line graph with a teal overlay. The text 'VEILLE ET ALERTE DISPOSITIF HÔPITAL EN TENSION' is centered in white, bold, sans-serif font. At the bottom, a line graph shows a blue line with a diamond marker labeled 'Customer 1' and a red line with a square marker. The word 'May' is visible on a horizontal axis.

VEILLE ET ALERTE DISPOSITIF HÔPITAL EN TENSION

May

58

45

Customer 1



P.136

DÉFINITION ET ORGANISATION

P.139

LA PLACE DU ROR DANS HÔPITAL EN TENSION

P.140

**LES PROCÉDURES RÉGIONALES HET
RÔLE DE L'ORU DANS HET**



VEILLE ET ALERTE

LE DISPOSITIF HOPITAL EN TENSION (HET)

La tension dans un service d'urgences est définie par une inadéquation entre la demande (flux de patients), les moyens (personnel, plateau technique, infrastructure ...) et l'aval (lits d'hospitalisation, fluidité des transferts).

Ce dysfonctionnement dans la gestion des flux crée une situation critique pouvant évoluer vers une situation de crise.

L'hôpital en tension est une réalité qui concerne l'ensemble des établissements de santé. Pendant de nombreuses années, la tension a été considérée comme une fatalité. Aujourd'hui, les différents travaux menés au niveau national dont ceux de la FEDORU, permettent d'identifier les causes des tensions hospitalières. Ces mêmes travaux ont proposé un certain nombre d'actions à mettre en œuvre au sein de nos territoires et de nos établissements afin de mieux nous préparer à ces épisodes « douloureux ».

DÉFINITION ET ORGANISATION

La tension est aujourd'hui classée en trois phases. Il est cependant nécessaire de mettre en place en amont de ces différentes phases de tension un travail d'anticipation, de préparation qui doit faire partie intégrante de la veille.

La Veille

Il s'agit de mettre en place au sein des établissements un certain nombre d'indicateurs visant à détecter les épisodes d'alerte ou de tension. Ces indicateurs permettent également de faire une analyse a posteriori de l'origine de ces alertes et tensions.

Un grand nombre d'indicateurs est proposé à ce jour, mais pour pouvoir être opérationnels, il est conseillé de limiter ce nombre à des indicateurs facilement extractibles à partir des systèmes d'information et dont la qualité est fiable.

Nous proposons des tableaux de bord comprenant :

- Le nombre d'hospitalisations programmées dans l'ES avec un distinguo médecine et chirurgie
- Le nombre d'UHCD mono-séjour et multiséjours
- Le nombre de patients hébergés dans une autre discipline (par ex. médecine en chirurgie)
- Le nombre de lits fermés avec un distinguo chirurgie et médecine
- L'origine des patients hospitalisés
- Le bulletin de la CIRE sur les épidémies (Santé Publique France)
- Prévisionnel de l'ORU sur les hospitalisations

Les tableaux quotidiens et hebdomadaires semblent être une bonne base de suivi des périodes de tension.

L'analyse de l'historique, associée aux origines des tensions, permet de visualiser l'impact généré sur les flux des patients.

Il est également proposé, toujours dans le cadre de la veille, de vérifier a posteriori sur des périodes trimestrielles ou annuelles, l'orientation des patients hospitalisés : retour au domicile, transfert interne au sein de l'établissement, transfert externe pour défaut de plateau technique, SSR, EHPAD, HAD, etc. Le renseignement donné par ce dernier indicateur, associé au facteur épidémique, permet d'apprécier la réactivité de l'établissement pendant ces mêmes périodes de tensions.

La cellule de veille associe en général la Direction de l'établissement, la Direction des Soins Infirmiers et les responsables des Urgences (médecin et cadre de santé). La veille est placée sous la responsabilité du Directeur de l'établissement.

La veille doit être tracée au quotidien. Il a ainsi été proposé un outil de traçabilité au sein du ROR, dans le module « Hôpital en Tension » qui permet en outre de diffuser l'information hors des murs de l'établissement.

Phase 1 : l'alerte

L'alerte est l'inadéquation entre le flux entrant de patients et les moyens hospitaliers aux urgences, pour une période courte, si des mesures adaptées sont rapidement mises en place.

L'alerte doit pouvoir être déclenchée par le médecin référent ou par le cadre de santé du service concerné. L'objectif du déclenchement est de permettre une réorganisation interne au service, d'informer la direction de l'établissement et le SAMU de référence. Une fois l'alerte saisie au sein du ROR, un mail automatique est envoyé auprès des directions et du SAMU.

Dans le ROR l'alerte fait également apparaître, pour les établissements qui remontent les RPU étendus, un indicateur couleur sur le tableau de bord dans « Activité des urgences ».

L'alerte doit permettre de déclencher les procédures internes de l'établissement visant une réorganisation des filières au sein des urgences et faciliter la prise en charge en aval des patients des urgences. Si nécessaire, l'organisation prévoit du renfort en personnel, en matériel ou en logistique. Cette alerte doit s'appuyer sur des critères objectifs que sont les indicateurs d'activité au sein du service des urgences. Elle s'appuie également sur des critères subjectifs liés généralement à l'expérience des responsables des urgences en activité ce jour-là.

Les indicateurs de la phase d'alerte, validés par le Comité Restreint et par l'Assemblée Générale de l'ORU NA, s'appuient sur le module « RPU étendus » du ROR. Parmi ceux-ci, un certain nombre ont été évalués au niveau national et ont montré leur pertinence en

phase de tension. La variation de ces indicateurs permet donc de détecter les alertes, et comme le montre la littérature, s'ils se prolongent, ils permettent de visualiser également les effets de la tension sur les structures d'urgences.

Pourquoi déclarer une alerte alors qu'il ne s'agit que d'une difficulté intra établissement ?

D'abord, comme vu précédemment, l'intérêt de déclencher l'alerte est la mise en place précoce d'un certain nombre de procédures internes au service, au pôle, ou à l'établissement permettant une meilleure prise en charge des patients.

Ensuite, l'alerte est un signal de « dysfonctionnement » des prises en charge de nos structures d'urgence, pouvant être décrit comme de la maltraitance ordinaire (HAS).

Enfin, l'alerte est un message à l'ensemble de l'établissement sur les conditions de prises en charge des patients.

L'analyse des épisodes d'alerte permet à la cellule de veille de réfléchir sur les causes de celle-ci, sur les mesures correctrices à apporter aux procédures des urgences et sur la réorganisation des urgences ou des services d'aval. Elle permet également d'améliorer les indicateurs et de mieux anticiper les prochains épisodes.

Phase 2 : La tension

La tension résulte de l'inadéquation entre les moyens hospitaliers et le flux de patients à prendre en charge, obligeant ce même établissement à réorganiser son système d'hospitalisation.

La tension est déclenchée par le Directeur de l'établissement ou son représentant. Cette déclaration doit s'appuyer sur des indicateurs objectifs et fiables, dont parmi les plus pertinents :

- Le nombre de patients hébergés dans une discipline inadaptée dont la prise en charge n'a pas été anticipée.
- La charge de travail dans les services des urgences.

La notion d'hébergement prend un sens majeur dans ce cadre-là ; c'est une organisation à anticiper en amont, le personnel devant être préparé à accueillir des patients de spécialités différentes.

Le déclenchement de la tension dans le ROR génère une diffusion de l'information auprès de l'ARS, du SAMU du territoire et des directions. Lors de cette opération, l'établissement informe des actions qu'il met en place pour faire face à celle-ci en fonction des moyens prévus dans son plan HET.

La mise en place du ROR et du module HET permet désormais à l'ARS de suivre les actions

des établissements de santé en tension. L'ARS ne contacte alors l'établissement que ponctuellement, pour avoir de plus amples informations.

L'objectif de la déclaration de la tension rejoint celui de l'alerte pour les structures d'urgences, soins critiques et/ou maternité, à la différence qu'on se place ici au niveau de l'ensemble de l'établissement. Il s'agit de proposer tout d'abord une organisation qui ne génère ni maltraitance ni perte de chance pour le patient et ensuite de vérifier nos indicateurs pour que ceux-ci nous permettent d'anticiper au mieux ces épisodes de tensions. L'analyse de l'historique par la cellule de veille prend alors toute son importance.

Le RETEX de ces épisodes semble fondamental afin que les plans d'actions puissent être adaptés aussi bien aux circonstances qu'à l'évolution de l'organisation des hospitalisations au sein de nos établissements.

Phase 3 : La tension solidaire

Il s'agit du dépassement du plan d'actions HET de l'établissement ; la tension solidaire pouvant être une étape intermédiaire entre la tension et le Plan Blanc. Elle est déclenchée par l'ARS à la demande de l'établissement en tension ou à son initiative. La formalisation des partenariats doit s'inscrire dans les plans HET des établissements.

En 2016, les établissements et les territoires de santé n'ont pas encore réalisé de plan d'actions formalisés sur cette tension solidaire.

LA PLACE DU ROR DANS HÔPITAL EN TENSION

Une fois la doctrine définie au niveau régional et validée par les différents partenaires, une réflexion s'est alors portée sur l'utilisation du ROR en période d'alerte, de tension ou de tension solidaire. Différents modules ROR sont apparus comme de bons supports de transmission d'informations, aussi bien au sein des établissements qu'au niveau du territoire de la région Nouvelle-Aquitaine.

Le module annuaire

Il permet, pour les établissements qui ont fait une bonne description de leurs unités, de pouvoir joindre directement les services ou les secrétariats des spécialités.

Le module lits disponibles

Ce module permet de remonter un nombre d'informations dont la qualité dépend de l'organisation interne à l'établissement (en fonction des modalités de remontée des informations).

L'outil permet une saisie en temps réel de l'offre en lits mise à disposition au sein de l'établissement. Il permet également par son champ « Notes » de saisir un certain nombre d'informations sur l'évolution à venir en disponibilités en lits de cette même unité. Enfin, l'accès aux coordonnées des unités (numéro de téléphone et mail) permet d'appeler

directement un service adapté pour son patient même si ce service se trouve dans un autre établissement.

La fréquence de la remontée des informations a été déterminée par le Comité Restreint et l'Assemblée Générale de l'ORU NA, il y a déjà plus d'un an, avec une procédure ad hoc diffusée à l'ensemble des partenaires.

Le module HET

Il permet de saisir les informations comme vu dans le chapitre précédent, aussi bien au niveau de la cellule de veille que lors de l'alerte ou de la tension hospitalière.

Le module HET permet également aux établissements ayant intégré un flux à partir des RPU étendus d'accéder à un tableau de bord sur l'activité des structures d'urgences utilisant le même process.

Le tableau de bord informe sur la charge en travail par rapport à l'historique du service. Il remonte une dizaine d'indicateurs qui objectivent, si les saisies sont réalisées en temps réel au niveau de la structure d'urgence, des informations concernant l'activité de la structure et un certain nombre de délais de prise en charge.

Sur ce tableau de bord apparaissent tous les patients pris en charge en temps réel dans cette même structure, avec un horodatage sur l'arrivée du patient, son motif d'hospitalisation, sa gravité et des informations qui peuvent permettre d'anticiper sur les prises en charge de type « orientation souhaitée du patient ». Les informations sont visibles par l'ensemble des partenaires utilisant le ROR.

Pour que ces informations puissent servir en temps réel dans l'organisation des flux de patients, il est indispensable que l'information recensée soit facilement accessible et de qualité. Pour ce faire, il a été demandé aux établissements de mettre en place sur l'ensemble des services un accès facilité avec un navigateur internet à jour, sur les bureaux virtuels de chacun des professionnels concernés.

Le référent ROR de l'établissement a un rôle important sur l'ouverture des droits des professionnels ainsi que sur l'accessibilité aux différents outils.

LES PROCÉDURES RÉGIONALES HET

Des procédures ROR d'organisation face aux tensions hospitalières ont été validées au niveau régional. Ces procédures résument le champ d'actions des établissements de santé, du SAMU et de l'ARS aux différentes phases de la tension.

RÔLE DE L'ORU DANS HET

L'ensemble des membres de l'équipe de l'ORU NA s'est vu définir en début d'année un rôle dans l'accompagnement des établissements dans la démarche des plans d'actions Hôpital en Tension :

- Les Chargés de Mission du ROR ont accompagné les établissements pour la mise en place

du module HET du ROR, avec la description de leur plan d'actions au sein de l'outil. Cette description réalisée, une formation sur l'utilisation de l'outil a été proposée à l'ensemble des établissements afin que ceux-ci puissent être opérationnels dès le début de la crise.

- Les CMT et les CART ont été formés à « Hôpital en Tension » ; formation concernant la doctrine régionale et les outils mis à disposition de l'ensemble des établissements. L'objectif est de pouvoir accompagner les établissements sur le terrain dans la préparation de leur plan HET et également lors de l'analyse des RETEX.

- Le siège ORU NA : les travaux se sont portés sur les procédures régionales et le périmètre d'utilisation du ROR pour les établissements.

- La Cellule Informatique et Evaluation travaille sur la mise en place de tableaux de bord afin de suivre les épisodes de tensions sur l'ensemble de la Nouvelle-Aquitaine.

L'ORU NA a développé des outils de suivi de l'évolution de la mise en place des plans d'actions Hôpital en Tension au sein d'un établissement et des territoires. Ces outils de suivi permettent d'identifier les partenaires incontournables, professionnels et ou institutionnels, dans le cadre du plan et également de voir le niveau de formalisation du plan.

Enfin il a été proposé une fiche RETEX pour la réflexion post tension au sein des établissements de santé.

Cette première phase incontournable pour arriver à avoir une doctrine régionale est enfin finalisée.

Aujourd'hui et dans les mois à venir, l'ORU NA, à travers ses CART et ses CMT, va accompagner les établissements pour la mise en place des plans d'actions HET et se propose également d'accompagner les établissements lors des RETEX. En effet, au-delà de la vision que pourraient apporter nos CART et CMT dans la gestion de la tension hospitalière d'un établissement, un certain nombre d'informations pourraient remonter au niveau de l'ORU NA pour que de nouveaux tableaux de bord soient mis en place et que des corrections soient réalisées au niveau de la doctrine régionale.

A photograph of medical supplies on a white wooden surface. A silver stethoscope is on the left. In the center, a clear plastic folder holds a white ECG strip with a grid and a red line. On the right, a white medical glove is visible. A large teal diagonal shape is overlaid on the right side of the image.

RÉPERTOIRE OPÉRATIONNEL DES RESSOURCES



P.145

CONSULTER L'ANNUAIRE ROR

P.146

**LES DIFFÉRENTS MODULES PROPOSÉS
PAR LE ROR**

RÉPERTOIRE OPÉRATIONNEL DES RESSOURCES

La fusion de nos trois régions nous a conduit en 2016 à la mise en place d'un ROR partagé pour la région Nouvelle-Aquitaine. La contribution technique des ENRS (Télésanté Aquitaine et EPSILIM) a permis de fusionner les bases historiques en toute transparence vis-à-vis des utilisateurs. L'état des lieux initial du remplissage des ROR montrait un niveau de peuplement variable allant d'une description de l'ensemble des unités des établissements de santé à aucune.

Nos services se sont réorganisés, les territoires de santé ont été redistribués entre le Nord Est et le Sud-Ouest permettant ainsi d'identifier deux interlocuteurs au niveau de notre région

Céline RICHIR : chargée de mission ROR, territoire Nord est : Charente, Creuse, Corrèze, Haute-Vienne, Dordogne, Deux-Sèvres et Vienne.

Pilar GARCIA MUNOZ : chargée de mission ROR, territoire Sud-Ouest : Charente Maritime, Gironde, Landes, Lot et Garonne et Pyrénées-Atlantiques

L'objectif de l'année 2016 a été de poursuivre le déploiement du ROR dans chaque établissement de santé de la Nouvelle-Aquitaine qui détient une structure de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO), Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou psychiatrie (PSY).

Nous pouvons dès aujourd'hui retrouver dans le répertoire l'ensemble des unités opérationnelles de notre région, la recherche d'une unité pouvant se faire par la simple saisie de son nom.

Il a été rappelé aux établissements de santé que le ROR en plus d'être un annuaire était également un outil de communication. De ce fait, des règles de nommage communes ont été mises en place afin de permettre à un interlocuteur « lambda » de pouvoir identifier aisément l'offre de soins recherchée. Les noms des unités à usage interne dans les établissements de santé devront répondre ainsi à la norme régionale.

Le travail réalisé en 2016 est le fruit d'une coopération entre les référents désignés pour le ROR au sein des établissements de santé et les deux chargées de mission ROR de l'ORU NA.

Les chargées de mission ROR de l'ORU NA décrivent la méthode de remplissage, le plus souvent lors de réunions téléphoniques, tandis que les référents des établissements

se chargent du remplissage directement ou mettent en place une équipe au sein de l'établissement pour un remplissage collégial.

Après le renseignement de l'ensemble des unités MCO, PSY et SSR, un nouveau chantier débutera demain, il décrira finement les actes et équipements au sein des différentes unités pour permettre une recherche plus précise pour les usagés.

Dans le même temps, au niveau régional sous l'égide de l'ARS, il a été décidé une convergence de la description des unités entre Via trajectoire et le ROR afin d'éviter la redondance des saisies par les établissements de santé.

Afin de limiter la multiplication des référentiels de description de l'offre de santé, il a été décidé au niveau national que le ROR deviendrait le référentiel unique, permettant ainsi de concentrer les efforts de peuplement sur un seul outil et favorisant l'interopérabilité des systèmes d'information.

Dans ce contexte, le ROR deviendra le référentiel "maître" de l'offre de santé de la région et alimentera automatiquement Via Trajectoire.

Le module de Recherche fait partie intégrante de l'annuaire, il permet d'enregistrer un certain nombre de favoris correspondants à nos usages quotidiens.

CONSULTER L'ANNUAIRE ROR

Pour consulter l'annuaire ROR, différentes modalités de recherche sont proposées :

- La recherche simple, se réalise via un ou plusieurs mot clés
- La recherche guidée oriente vers divers domaines
- La recherche avancée, se réalise à partir des critères pré-identifiés
- La recherche cartographique présente les résultats autour d'un lieu donné
- La recherche inter-régional, élargie la recherche au territoire national
- La recherche favorite, permet d'enregistrer les recherches les plus consultées par les utilisateurs

IMAGE « TYPES DE RECHERCHE »



L'appropriation de l'outil est à ce jour limitée à quelques professionnels au sein des établissements. Nous savons tous que la réussite de cet outil dépendra de l'appropriation réalisée par les différentes équipes, dès lors que le ROR est un outil de communication incontournable pour diffuser l'information auprès de nos différents partenaires, qu'ils soient institutionnels, en établissements sanitaires, médico-sociaux ou en médecine libérale. Par ailleurs, notre objectif à moyen terme est d'ouvrir l'accès au ROR à la médecine libérale afin que celle-ci puisse trouver l'information pertinente pour les patients.

LES DIFFÉRENTS MODULES PROPOSÉS PAR LE ROR

L'intérêt du ROR Nouvelle-Aquitaine est la présence associée de modules en lien avec la description de l'offre de soins.

MODULE LITS DISPONIBLES

Le module « Lits disponibles » permet l'accès à l'information sur la disponibilité en lits de chaque établissement de santé. Les informations proposées sont l'identification de l'unité avec les numéros de téléphone d'accès direct ainsi que les lits disponibles hommes, femmes ou indifférenciés. Une partie « Notes » réservée pour chaque unité permet d'apporter des informations complémentaires.

IMAGE LITS DISPONIBLES

Unité	N° Appels	Disponibilité						Mise à jour	Notes	Actions
		↓	↑	⇄	⬇	⬆	⬇			
④ CARDIOLOGIE capacité d'accueil : 33	+33 5 55 51 72 25	0	0	8	0	0	26/09/2017 10:14	dont 2C2	⋮	
④ Chirurgie orthopédique et spécialités capacité d'accueil : 18	+33 5 55 51 72 15	0	0	0	0	0	26/09/2017 10:14		⋮	
④ Chirurgie viscérale et spécialités capacité d'accueil : 17	+33 5 55 51 71 15	0	0	2	0	0	26/09/2017 10:14		⋮	
④ GASTRO-ENTEROLOGIE capacité d'accueil : 23	+33 5 55 51 71 25	0	0	0	0	0	26/09/2017 10:14		⋮	
④ GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE capacité d'accueil : 20	+33 5 55 51 76 13	0	0	11	0	0	26/09/2017 10:14		⋮	
④ MEDECINE GENERALE ENDOCRINOLOGIE capacité d'accueil : 23	+33 5 55 51 75 25	0	0	3	0	0	26/09/2017 10:14		⋮	
④ MEDECINE GENERALE ET ONCOLOGIE capacité d'accueil : 17	+33 5 55 51 75 35	0	0	3	0	0	26/09/2017 10:14		⋮	
④ MEDECINE GENERALE HEMATOLOGIE capacité d'accueil : 37	+33 5 55 51 71 55	0	0	4	0	0	26/09/2017 10:14		⋮	
④ MEDECINE GERIATRIQUE capacité d'accueil : 25	+33 5 55 51 74 45	0	0	1	0	0	26/09/2017 10:14		⋮	
④ NEONATOLOGIE capacité d'accueil : 4	+33 5 55 51 73 28	0	0	1	0	0	26/09/2017 10:14		⋮	
④ PEDIATRIE capacité d'accueil : 10	+33 5 55 51 73 25	0	0	4	0	0	26/09/2017 10:14		⋮	

Le Comité Restreint de l'ORU Nouvelle Aquitaine et l'Assemblée Générale ont validé une définition commune de la notion « Lit disponible » ainsi que la procédure de remontée quotidienne des disponibilités en lits en fonction des périodes « ordinaires » ou « de tension ».

Les établissements de santé de la Nouvelle-Aquitaine utilisent plusieurs procédés pour remonter les disponibilités en lits dans le ROR :

- L'automatisation du flux à partir des systèmes d'information vers le ROR a été l'option adoptée par certains établissements. Le remplissage du module « Lits disponibles » est de ce fait réalisé à une fréquence bien supérieure à celle prévue. L'avantage de ce

système est la possibilité d'avoir une information quasi en temps réel des lits disponibles d'un établissement, à condition que le système d'information soit bien renseigné en temps et en heure par les équipes soignantes (information concernant aussi bien les lits occupés que les lits fermés). L'inconvénient de cette technique est l'impossibilité pour un acteur de terrain d'ajouter des informations dans la partie « Notes » ou de corriger les informations sur le ROR ; toute modification manuelle est écrasée à la venue du nouveau flux automatisé.

- La saisie manuelle reste toutefois la méthode choisie par le plus grand nombre d'établissements. Cette saisie peut être centralisée soit par un « Bed-manager » soit réalisée par des acteurs au plus près de la source d'information (cadres de santé ou IDE du service). L'intérêt d'une saisie manuelle centralisée réside dans le fait qu'une information est gérée par une seule personne qui peut donc faire très facilement une synthèse des disponibilités de l'établissement et aller chercher l'information à la source si nécessaire. L'inconvénient est que cette personne est dépendante des informations qui lui sont transmises et qu'elle n'est pas présente 365 jours par an.

La saisie manuelle se fait au plus près de la source et peut être accompagnée d'un certain nombre d'informations dans la partie « Notes », ce qui permet de prendre en compte les évolutions probables sur les capacités d'accueil du service (en plus ou en moins). Toutefois, les cadres ne sont pas toujours dans les services et il peut exister une certaine tendance à réserver des lits pour les patients attendus à 24, 48 ou 72 heures.

Le module « Lits disponibles » a vu son appropriation croître pour un certain nombre de services. Les services les plus grands utilisateurs étant les services d'urgences et les UHCD qui ont ainsi accès à l'information très rapidement.

Un travail d'accompagnement est en cours auprès des établissements de santé par les responsables du ROR, les Coordonnateurs Animateurs de Réseaux Territoriaux (CART) et les Coordonnateurs Médicaux Territoriaux (CMT) afin de promouvoir l'utilité de ce module et de mettre en place au sein des services demandeurs les moyens ad hoc pour son utilisation.

Sur les territoires où les renseignements mis à disposition via le module Lits disponibles sont de qualité, la plus-value de l'outil n'a pas tardé à montrer son intérêt. De ce fait certains services n'utilisent que le ROR pour la diffusion de l'information concernant les disponibilités en lits.

MODULE HÔPITAL EN TENSION (HET)

En 2016 ce module a été réactualisé pour permettre aux acteurs d'enrichir les informations concernant leur plan d'action tout en facilitant les déclarations. Le module HET est ainsi un module déclaratif qui présente différents niveaux d'informations et propose des indicateurs de tension.

La Cellule de veille

Le 1er niveau d'information est la « Cellule de veille ». Elle permet, hors situation d'alerte ou tension, de suivre et de communiquer au sein de son établissement.

Les Indicateurs de tension

Le ROR propose des indicateurs - objectifs et actualisés tous les dix minutes - de l'activité des structures d'urgences. Ces indicateurs, croisés à d'autres indicateurs tel la disponibilité des lits, et à partir de leur historique permettent aux établissements l'analyse des situations en temps réel.

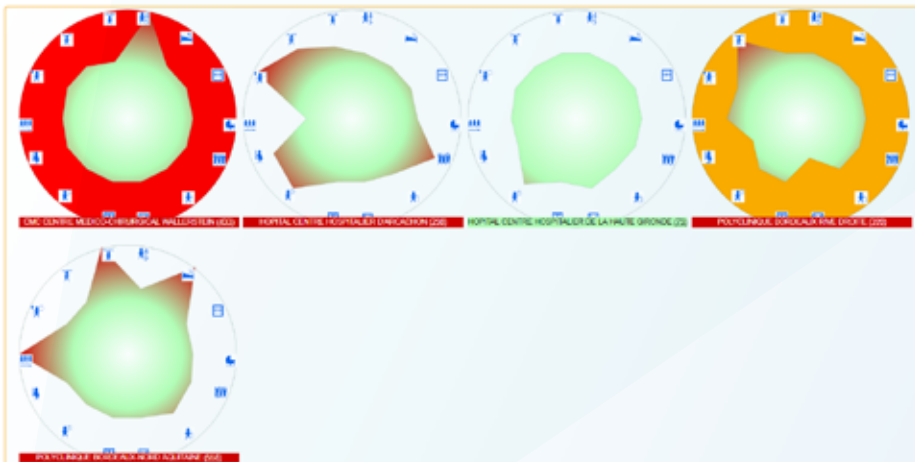
Ils permettent d'alerter et d'aider ainsi à la prise de décisions.

INDICATEURS HÔPITAL EN TENSION



Sur le plan territorial, il est possible de consulter l'activité des urgences en temps réel par territoire et d'avoir un rapide aperçu de la situation globale (contour blanc : établissement hors tension, contour rouge : établissement en tension, contour jaune : établissement en alerte).

ACTIVITÉ DES URGENCES « TEMPS REEL » PAR TERRITOIRE



L'alerte ou pré-tension

Destinée en première instance aux médecins et cadres de santé des services des urgences, soins critiques et/ou maternité, la demande de mise en plan HET (pré tension) permet d'alerter l'établissement et le SAMU du territoire des difficultés rencontrées sur les prises en charge des patients. L'alerte est considérée comme un évènement ne devant pas durer dans le temps.

La déclaration de l'alerte se réalise via un formulaire unique et normalisé dans le ROR. Il déclenche la mise en place des premières actions au niveau du ou des services concernés par la déclaration (urgences, médecine, maternité, etc.) afin d'éviter l'évolution de la situation vers une tension. Ces moyens peuvent être de nature humaine, matériel ou logistique.

FORMULAIRE DE DEMANDE DE PLAN HET - ALERTE

DEMANDE DE DÉCLENCHEMENT DE PLAN HET

Déclarant : Pilar GARCIA MUNOZ
Email déclarant : pilar.garcia.munoz@oruna.fr
Téléphones du déclarant :

Etablissement *	GCS Observatoire Régional des Urgenc... ▼
Date de déclaration *	02/10/2017 17:23
Type de tension *	HET Etablissement x ▼
Groupe de discipline *	Médecine d'urgence x ▼
Détails *	Médecine d'urgence - carence lit d'avai afflux de patients âgés

Enregistrer

La tension ou plan HET

Elle est définie comme l'instant où l'établissement n'est plus en capacité d'accueillir ses patients dans les conditions habituelles de sécurité. La tension peut être en relation avec une discipline (médecine, chirurgie, lits de soins critiques ou maternité). Il est tout à fait possible d'avoir une tension sans une activité débordante au niveau des urgences.

De même que pour la déclaration de l'alerte, la déclaration de tension se réalise via un formulaire unique et formalisé. La nouvelle version du module HET permet de décrire au niveau du ROR le plan d'actions « HET Etablissement » en amont de toute déclaration de tension.

Lors du déclenchement de son plan HET, de simples clics permettent de remonter un maximum d'informations auprès des partenaires concernant les actions mises en place. Le déclenchement d'une tension implique ainsi la mise en place d'actions concrètes au niveau de l'établissement pour un retour rapide aux conditions de sécurité : renfort en personnel et/ou moyens logistiques et/ou matériel, identifications de patients pour transferts ou réorientations, etc.

Au moment de la déclaration de la tension par le directeur ou son représentant, l'information diffuse via le ROR par mail automatique auprès de l'ARS et du SAMU. En outre, le déclenchement fait apparaître au sein du module lits disponibles de nouvelles colonnes pour un suivi des lits dits « tension ». En effet un certain nombre d'établissements dans le cadre de leur plan HET réorganisent leur capacité d'hospitalisation en rajoutant des lits au niveau des unités ou en dédoublant des chambres.

Enfin, ce module Hôpital en Tension permet pour les établissements ayant mis en place les RPU étendus (indicateurs d'activité des urgences) d'avoir une vision réelle de l'activité des urgences (remontée automatique toutes les 10 minutes).

Peuvent ainsi être identifiés : les patients présents dans le service des urgences, leur degré de prise en charge (administrative, IDE, médicale), leur niveau de gravité avec la CCMU, le motif de leur prise en charge et enfin l'orientation.

En cas de tension, ce module permet de suivre en temps réel les hospitalisations à prévoir au sein de l'établissement ou en dehors. Il est également possible de consulter l'activité des urgences en temps réel de l'ensemble des établissements de son territoire.

ACTIVITÉ DES URGENCES « TEMPS REEL »

Indicateurs	Tabulaire	Patients
M, 12 ans	03/10/2017 08:17	TRAUMATISME MEMBRE SUP / CEINTURE SCAPULAIRE - SANS IMPOTENCE CCMU 2, GRAV 5
F, 52 ans	03/10/2017 09:05	CRISE D'ASTHME (ASTHMATIQUE CONNU) - DEP NON FAIT - AVIS SENIOR CCMU 0, GRAV 3
M, 40 ans	03/10/2017 09:10	VERTIGES CCMU 0, GRAV 4
M, 65 ans	03/10/2017 09:25	DOULEUR THORACIQUE - ECOG NON FAIT - AVIS SENIOR CCMU 0, GRAV 3
M, 72 ans	03/10/2017 09:30	ANEMIE - AVEC SYMPTOME RELIE CCMU 0, GRAV 2 CONFIRMEE : P4E GASTROENTEROLOGIE
M, 34 ans	03/10/2017 10:20	CONVULSIONS - RECENTE CCMU 0, GRAV 3
F, 89 ans	03/10/2017 10:25	AFFECTION CUTANEE LIMITEE, ERUPTION NON FEBRILE CCMU 0, GRAV 5
M, 63 ans	03/10/2017 10:34	SCIATALGIE ET AUTRES NEURALGIES - EVA SUP.8 CCMU 0, GRAV 2
M, 69 ans	03/10/2017 10:52	TC - AVEC PC SANS CONFUSION CCMU 0, GRAV 3
M, 78 ans	03/10/2017 10:50	DOULEUR AIGUE DU TESTICULE CCMU 0, GRAV 2
M, 49 ans	03/10/2017 11:05	CONVULSIONS - RECENTE CCMU 0, GRAV 3
F, 67 ans	03/10/2017 11:11	DOULEUR - S INF. EVA INF. 7 CCMU 0, GRAV 3

Enfin, divers supports documentaires rappellent le rôle des différents acteurs - établissements de santé, SAMU et ARS - en cas de tension, et permettent de suivre l'évolution de la mise en place du plan d'action au sein de son établissement et de formaliser les retours d'expérience.

Quel niveau de tension ?	Qui déclare ?	Qui est informé de la déclaration ?	Accès ROR www.ror-nouvelle-aquitaine.fr	Quel formulaire à compléter dans le ROR ?
Veille	Cellule de veille	Pas d'information	Synthèse et outils régionaux/Hôpital en tension/ Veille établissement/nouvelle action/veille quotidienne établissement	Suivi cellule de veille
Alerte = Pré-tension = Demande HET	Médecins et cadres de santé des urgences	Mail automatique : - Etablissement - SAMU de territoire	Synthèse et outils régionaux/Hôpital en tension/ Veille établissement/nouvelle action/demande de déclenchement Plan HET (alerte)	Demande de déclenchement de plan HET
Tension = Déclaration HET	Direction de l'établissement	Mail automatique : - Etablissement - SAMU de territoire - ARS	Synthèse et outils régionaux/Hôpital en tension/ Veille établissement/nouvelle action/Déclenchement Plan HET	Déclaration HET établissement (Plan HET établissement pré rempli)
Tension solidaire	ARS (directement ou à la demande de la direction de l'établissement)	Mail automatique : - Etablissement en tension - Etablissements solidaires - SAMU de territoire - ARS	En cours de déploiement	En cours de déploiement

MODULE PLAN BLANC


2016 fut l'année du championnat d'Europe de football rendant nécessaire une coordination et la mise à jour des plans blancs au sein des établissements de santé de notre région. Il a été à cette occasion proposé que le module Plan Blanc serve de support au partage d'informations sur la région. Un groupe de travail a été mis en place afin de définir chaque champ de ce module et les attendus de la saisie d'informations.

Les établissements de santé ont participé activement au remplissage de ce module permettant de partager des bases de données sous un format commun. Les données du Plan Blanc dans le format actuel sont des données statiques décrivant essentiellement les capacités de nos structures.

Le ROR Nouvelle-Aquitaine propose aux tutelles des listes de diffusion actualisées permettant de communiquer par l'envoi de messages groupés (aux cellules d'alerte, directions d'établissements, responsables de service d'urgences, etc) lors de crises sanitaires.

Dans les années à venir, une réflexion va se porter sur un véritable module dynamique permettant à partir des données du ROR en temps réel, de calculer les capacités de prise en charge des établissements limitrophes voire plus éloignés, au fur et à mesure de l'évolution de la situation sanitaire exceptionnelle.

Les réflexions actuelles se portent sur une modélisation des capacités de prise en charge des urgences absolues ou relatives au sein d'un établissement en fonction d'un pourcentage de lits, de spécialités et de plateau technique afin de proposer une distribution équilibrée des prises en charges entre structures.



COLLABORATION
AVEC LA CIRE
NOUVELLE
AQUITAINE

P.154

INTRODUCTION

P.154

COLLABORATION ORU-CIRE

P.155

**LA SURVEILLANCE DE LA
BRONCHIOLITE EN NOUVELLE-
AQUITAINE 2016-2017**

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. Elle correspond à la fusion de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus). 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 oeuvre 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 Nouvelle Aquitaine et la Cire Nouvelle-Aquitaine ont travaillé étroitement au travers de l'utilisation des données des RPU notamment lors de l'épidémie de grippe saisonnière avec le suivi des indicateurs épidémiologiques par la Cire et celui de l'impact sur l'offre de soin par l'ORU. Des informations en temps réel étaient transmises via le ROR. Aussi, dans le cadre du dispositif de surveillance renforcée pour l'EURO 2016 (<http://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Euro-2016->



dispositif-de-surveillance-renforce), l'ORU et la Cire ont mis en place une expérimentation de l'étiquetage des passages aux urgences permettant d'identifier toutes les personnes en lien avec ce grand rassemblement. Si l'impact est resté modéré sur l'ensemble des services d'urgence concerné lors de cet évènement, cette procédure permet de caractériser la population ayant recours au soin lors d'évènements attendus et inattendus type attentats ou catastrophes naturelles. Au cours de l'année, plusieurs communications communes ont été réalisées comme par exemple « De la surveillance épidémiologique à la détection des tensions hospitalières » lors du congrès Aquitain de Médecine d'Urgence qui s'est déroulé à Bordeaux en février 2016 ou encore lors de la réunion plénière Fedoru à Paris en novembre 2016 où a été présenté "l'Étiquetage des passages aux urgences lors des grands rassemblements".

EXEMPLES D'UTILISATION DES RÉSUMÉS DE PASSAGES AUX URGENCES POUR LA SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE : LA SURVEILLANCE DE LA BRONCHIOLITE EN NOUVELLE-AQUITAINE 2016-2017

Les regroupements syndromiques issus du réseau Oscour® permettent de suivre la situation épidémiologique des épidémies saisonnières hivernales attendues comme la bronchiolite et ainsi d'informer, en temps réel, l'ensemble des partenaires. L'analyse suivante est réalisée à partir des données des établissements participants au réseau Oscour® en Nouvelle-Aquitaine soit 68 sur 69 services d'urgence.

La bronchiolite est une infection respiratoire basse d'origine virale touchant principalement les nourrissons âgés de moins de 2 ans. Le principal agent responsable est le Virus Respiratoire Syncytial (VRS), isolé dans 60 à 75 % des cas et responsable des épidémies hivernales ; d'autres virus peuvent également être en cause, dont principalement le rhinovirus (25 % des cas) et le métapneumovirus. Les formes plus sévères de bronchiolite à VRS sont observées chez les jeunes nourrissons âgés de moins de 3 mois, les prématurés, les enfants avec une dysplasie broncho-pulmonaire ou une cardiopathie congénitale et les patients immunodéficients. Les décès sont rares (moins de 1 % des cas hospitalisés).

En Nouvelle-Aquitaine, l'épidémie de bronchiolite a duré 11 semaines, de la semaine 49-2016 à la semaine 07-2017, avec un pic épidémique entre les semaines 51-2016 (d'après SOS Médecins) et 52-2016 (d'après Oscour®) avec respectivement 12 % et 17 % de l'activité totale chez les moins de 2 ans au moment du pic. L'épidémie a donc été d'ampleur modérée par rapport à l'année précédente où l'activité atteignait près de 23 % de l'activité totale des urgences hospitalières au moment du pic (S50-2015) (Figure 1). Sur la période épidémique, parmi la totalité des cas pris en charge aux urgences hospitalières pour bronchiolite parmi les moins de 2 ans (n=2359), près de 48 % (n=1132) ont été hospitalisés. Cette épidémie a été marquée par une nette recrudescence de l'activité mi-janvier, prolongeant ainsi la durée de l'épidémie jusqu'à la mi-février. La circulation du VRS a été très active de la

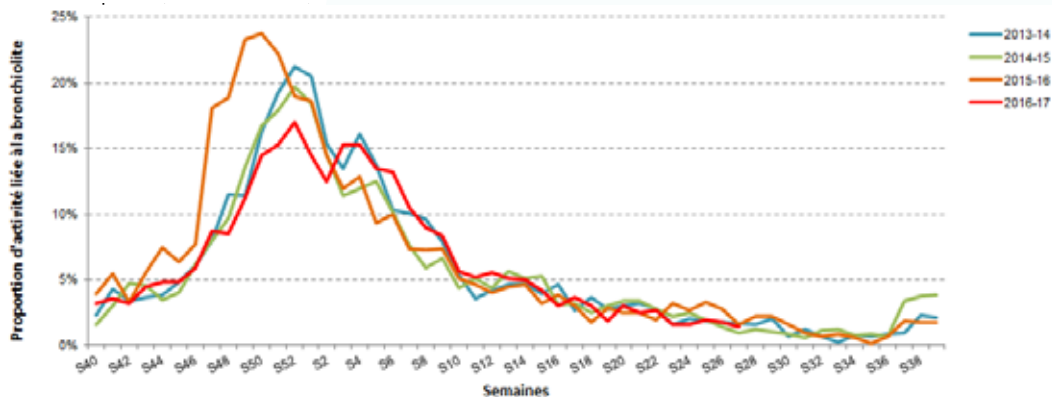


1 : Le Réseau respiratoire d'Aquitaine (AquiRespi), créé en 2003, organise une permanence des soins de kinésithérapie respiratoire via des tours de garde les week-ends et jours fériés sur les départements de Gironde, Landes, Lot-et-Garonne, Pyrénées-Atlantiques et Dordogne. Depuis 2010, une collaboration avec la Cire Nouvelle-Aquitaine a été initiée.

semaine 52-2016 à 05-2017, avec toutefois un nombre important de VRS détectés par le laboratoire de virologie du CHU Poitiers jusqu'en semaine 07.

Pendant les semaines épidémiques, le réseau AqiRespi¹ a pris en charge environ 2200 enfants avec un pic d'activité lors du week-end de garde de la semaine 51.

PROPORTION HEBDOMADAIRE DE PASSAGES AUX URGENCES POUR BRONCHIOLITES PARMI LES MOINS DE 2 ANS, RÉGION NOUVELLE-AQUITAINE, DE 2013 À 2017, OSCOUR®





ANNEXES

P.160

SOURCES DES DONNÉES

P.161

**DÉFINITIONS ET MÉTHODES DE LA
FEDORU**

P.162

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'urgence.

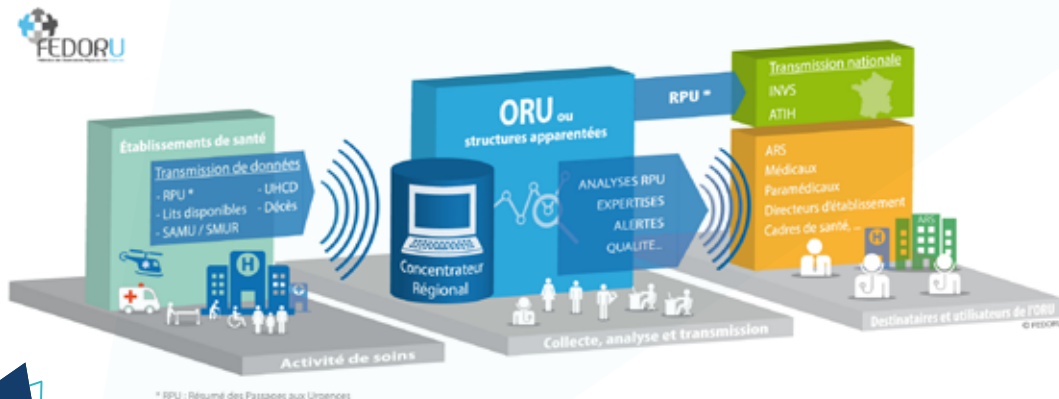
Toutes les admissions informatiques réalisées au sein des services d'urgence doivent faire l'objet d'un envoi RPU. Les simples enregistrements aux urgences avant hospitalisation, les réorientations immédiates sans soins vers une maison médicale de garde ou un médecin de ville, ainsi que les reconvoqueries 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 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 Sirius (SYstème de Recueil de l'Information des Urgences).

SCHEMA PROCESSUS LIÉS À LA COLLECTE ET À LA TRANSMISSION DES DONNÉES RPU



DÉFINITIONS ET MÉTHODES DE LA FEDORU

Les définitions de la FEDORU sont accessibles dans les recommandations FEDORU " Collecte et Usage des RPU " issues des travaux du groupe de travail n°1 (Version 01/10/2014) :

http://www.fedoru.fr/wp-content/uploads/2015/03/GT1_Collecte-et-Usages-des-RPU_V1.1.pdf

Taux de recours

= Nombre de passages aux urgences de patients résidant dans une zone donnée / Nombre d'habitants de la zone (population INSEE) sur la période donnée

Taux de passage

= Nombre de passages aux urgences dans une zone donnée / Nombre d'habitants de la zone (population INSEE) sur la période donnée

Pour le calcul des taux de recours et taux de passages des territoires 17N, 17SE, 64A et 64B la population estimée par l'INSEE provient des données INSEE 2014 (chiffres réels issus du recensement de la population réalisé par l'INSEE) alors que pour les autres territoires et le total de la région, il s'agit de la population estimée en 2016 par l'INSEE.

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)

Codes CIM 10 Libellé du codes CIM10 Catégorie AVC

- G45 Accidents ischémiques cérébraux transitoires et syndromes apparentés 1
- G450 Syndrome vertébro-basilaire 1
- G451 Syndrome carotidien (hémisphérique) 1
- G45 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
- G46 Syndromes vasculaires cérébraux au cours de maladies cérébrovasculaires (I60-I67) 2
- 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
- G810 Hémiplégie flasque 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
- I605 Hémorragie sous-arachnoïdienne de l'artère vertébrale 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
- I62 Autres hémorragies intracrâniennes non traumatiques 3
- I620 Hémorragie sous-durale (aiguë) (non traumatique) 3
- I621 Hémorragie extradurale non traumatique 3
- I629 Hémorragie intracrânienne (non traumatique), sans précision 3
- I63 Infarctus cérébral 2
- 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
- I65 Occlusion et sténose des artères précérébrales, n'entraînant pas un infarctus cérébral 2
- I650 Occlusion et sténose de l'artère vertébrale 2
- I651 Occlusion et sténose de l'artère basilaire 2
- I652 Occlusion et sténose de l'artère carotide 2
- I653 Occlusion et sténose des artères précérébrales, multiples et bilatérales 2
- I658 Occlusion et sténose d'une autre artère précérébrale 2
- I659 Occlusion et sténose d'une artère précérébrale, sans précision 2
- I66 Occlusion et sténose des artères cérébrales, n'entraînant pas un infarctus cérébral 2
- I660 Occlusion et sténose de l'artère cérébrale moyenne 2
- I661 Occlusion et sténose de l'artère cérébrale antérieure 2
- I662 Occlusion et sténose de l'artère cérébrale postérieure 2
- I663 Occlusion et sténose des artères cérébelleuses 2
- I664 Occlusion et sténose des artères cérébrales, multiples et bilatérales 2
- I668 Occlusion et sténose d'une autre artère cérébrale 2
- I669 Occlusion et sténose d'une artère cérébrale, sans précision 2
- P52 Hémorragie intracrânienne non traumatique du fœtus et du nouveau-né 3
- P520 Hémorragie intraventriculaire (non traumatique), degré 1, du fœtus et du nouveau-né 3
- P521 Hémorragie intraventriculaire (non traumatique), degré 2, du fœtus et du nouveau-né 3
- P522 Hémorragie intraventriculaire (non traumatique), degré 3, du fœtus et du nouveau-né 3
- P523 Hémorragie intraventriculaire (non traumatique) du fœtus et du nouveau-né, sans précision 3
- 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
- P526 Hémorragie cérébelleuse et de la fosse postérieure (non traumatique) du fœtus et du nouveau-né 3
- P528 Autres hémorragies intracrâniennes (non traumatiques) du fœtus et du nouveau-né 3
- P529 Hémorragie intracrânienne (non traumatique) du fœtus et du nouveau-né, sans précision 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
- R481 Agnosie 4
- R4810 Hémiasomatognosie 4
- R4818 Agnosie, autre et sans précision 4

Catégories AVC :

- 1 AIT
- 2 AVC
- 3 Hémorragie intracérébrale non traumatique
- 4 Symptômes évocateurs d'AVC



NOMENCLATURE DES TRAUMATISMES CRÂNIENS (TC)

- S020 Fracture de la voûte du crâne
- S021 Fracture de la base du crâne
- S098 Autres lésions traumatiques précisées de la tête
- S099 Lésion traumatique de la tête, sans précision
- S0610 Oedème traumatique cérébral, sans plaie intracrânienne ouverte
- S0620 Lésion traumatique cérébrale diffuse, sans plaie intracrânienne ouverte
- S0630 Lésion traumatique cérébrale en foyer, sans plaie intracrânienne ouverte
- S0640 Hémorragie épidurale, sans plaie intracrânienne ouverte
- S0650 Hémorragie SD traumatique, sans plaie intracrânienne ouverte
- S0660 Hémorragie sous arachnoïdienne traumatique, sans plaie intracrânienne ouverte
- S0670 lésion traumatique intracrânienne, avec coma prolongé, sans plaie intracrânienne ouverte
- S0680 Autres lésions traumatiques intracrâniennes, sans plaie intracrânienne ouverte



NOMENCLATURE DES BRÛLÉS

Codes CIM 10 Libellé du codes CIM10

- T21 Brûlure et corrosion du tronc
- T22 Brûlure et corrosion de l'épaule et du membre supérieur, sauf poignet et main
- T23 Brûlure et corrosion du poignet et de la main
- T24 Brûlure et corrosion de la hanche et du membre inférieur, sauf cheville et pied
- T25 Brûlure et corrosion de la cheville et du pied
- T29 Brûlures et corrosions de parties multiples du corps
- T31 Brûlures classées selon l'étendue de la surface du corps atteinte
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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
- 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)
- T306 Corrosion du second degré, (partie du corps non précisée)
- T307 Corrosion du troisième degré, (partie du corps non précisée)
- 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
- T314 Brûlures couvrant entre 40 et moins de 50% de la surface du corps
- T317 Brûlures couvrant entre 70 et moins de 80% de la surface du corps
- T318 Brûlures couvrant entre 80 et moins de 90% de la surface du corps
- T319 Brûlures couvrant 90% ou plus de la surface du corps
- T320 Corrosions couvrant moins de 10% de la surface du corps
- T321 Corrosions couvrant entre 10 et moins de 20% de la surface du corps
- T322 Corrosions couvrant entre 20 et moins de 30% 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
- T335 Gelure superficielle du poignet et de la main
- T338 Gelure superficielle de la cheville et du pied
- T340 Gelure de la tête, avec nécrose des tissus
- T345 Gelure du poignet et de la main, avec nécrose des tissus
- T348 Gelure de la cheville et du pied, avec nécrose des tissus
- T350 Gelure superficielle de parties multiples du corps
- T351 Gelure de parties multiples du corps, avec nécrose des tissus
- T357 Gelure, sans précision, de localisation non précisée
- T750 Effets de la foudre
- T754 Effets du courant électrique
- 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
- 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
- X970 Agression par la fumée, le feu et les flammes, domicile
- X971 Agression par la fumée, le feu et les flammes, établissement collectif

- X978 Agression par la fumée, le feu et les flammes, autres lieux précisés
- X984 Agression par la vapeur d'eau, des gaz et objets brûlants, rue ou route
- Y260 Exposition à la fumée, au feu et aux flammes, intention non déterminée, domicile
- Y269 Exposition à la fumée, au feu et aux flammes, intention non déterminée, lieu sans précision
- Y271 Contact avec de la vapeur d'eau, des gaz et objets brûlants, intention non déterminée, établissement collectif



NOMENCLATURE DES SYNDROMES CORONARIENS AIGUS

Codes CIM 10 Libellé du codes CIM10

- I21 Infarctus aigu du myocarde
- I22 Infarctus du myocarde à répétition
- I24 Autres cardiopathies ischémiques aiguës
- 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
- I213 Infarctus (transmurale aigu) du myocarde de localisation non précisée, 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
- I220 Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) antérieure, prise en charge non précisée
- I221 Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi) inférieure, prise en charge non précisée
- I228 Infarctus du myocarde à répétition d'autres localisations, prise en charge non précisée
- I229 Infarctus du myocarde à répétition de localisation non précisée, prise en charge non précisée
- I230 Hémopéricarde comme complication récente d'un infarctus aigu du myocarde
- I232 Communication interventriculaire comme complication récente d'un infarctus aigu du myocarde
- I233 Rupture de la paroi cardiaque sans hémopéricarde comme complication récente d'un infarctus aigu du myocarde
- I234 Rupture des cordages tendineux 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 Myocardiopathie 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 (transmural aigu) du myocarde (de la paroi antérieure), prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
- I21100 Infarctus (transmural aigu) du myocarde de la paroi inférieure, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
- I21200 Infarctus (transmural aigu) du myocarde d'autres localisations, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
- I21300 Infarctus (transmural aigu) du myocarde de localisation non précisée, prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins
- 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
- I22100 Infarctus du myocarde à répétition (de la paroi inférieure), 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

Codes CIM 10 Libellé du codes CIM10

- 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
- 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
- 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



NOMENCLATURE DE LA FILIÈRE PSYCHIATRIE

- Codes CIM 10** Libellé du codes CIM10
- F05 Delirium, non induit par l'alcool et d'autres substances psycho-actives
 - 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
F40	Troubles anxieux phobiques
F41	Autres troubles anxieux
F44	Troubles dissociatifs [de conversion]
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
F55+0	Abus d'antidépresseurs
F59	Syndromes comportementaux non précisés associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
F61	Troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité
F61+0	Troubles mixtes de la personnalité
F61+1	Modifications gênantes 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
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
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
F258	Autres troubles schizo-affectifs
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
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
F440	Amnésie dissociative
F441	Fugue dissociative
F442	Stupeur dissociative
F443	États de transe et de possession
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)
F503	Boulimie atypique
F504	Hyperphagie associée à d'autres perturbations psychologiques
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
F511	Hypersomnie non organique
F512	Trouble du rythme veille-sommeil non dû à une cause organique
F513	Somnambulisme
F514	Terreurs nocturnes
F515	Cauchemars
F518	Autres troubles du sommeil non organiques
F519	Trouble du sommeil non organique, sans précision
F520	Absence ou perte de désir sexuel
F522	Échec de la réponse génitale
F524	Éjaculation précoce
F527	Activité sexuelle excessive
F529	Dysfonctionnement sexuel non dû à un trouble ou à une maladie organique, sans précision
F531	Troubles mentaux et du comportement sévères associés à la puerpéralité, non classés ailleurs
F538	Autres troubles mentaux et du comportement 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
F630	Jeu pathologique
F638	Autres troubles des habitudes et des impulsions
F639	Trouble des habitudes et des impulsions, sans précision
F649	Trouble de l'identité sexuelle, sans précision
F656	Troubles multiples de la préférence sexuelle
F658	Autres troubles 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
F803	Aphasie acquise avec épilepsie [Landau-Kleffner]
F809	Trouble du développement de la parole et du langage, sans précision
F813	Trouble mixte des acquisitions scolaires
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
F848	Autres troubles envahissants du développement
F849	Trouble envahissant du développement, sans précision
F900	Perturbation de l'activité et de l'attention
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
F948	Autres troubles du fonctionnement social de l'enfance
F949	Trouble du fonctionnement social de l'enfance, sans précision
F950	Tic transitoire
F951	Tic moteur ou vocal chronique
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
F986	Bredouillement [langage précipité]
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
F0631	Trouble bipolaire 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
F2012	Schizophrénie hébéphrénique épisodique avec déficit stable
F2013	Schizophrénie hébéphrénique épisodique rémittente
F2019	Schizophrénie hébéphrénique, évolution imprévisible, période d'observation trop brève
F2032	Schizophrénie indifférenciée épisodique avec déficit stable
F2038	Schizophrénie indifférenciée, autre évolution
F2039	Schizophrénie indifférenciée, évolution imprévisible, période d'observation trop brève
F2040	Dépression postschizophrénique continue
F2048	Dépression postschizophrénique, autre évolution
F2049	Dépression postschizophrénique, évolution imprévisible, période d'observation trop brève
F2085	Autres formes de schizophrénie, rémission complète
F2088	Autres formes de schizophrénie, autre évolution
F2089	Autres formes de schizophrénie, évolution imprévisible, période d'observation trop brève
F2090	Schizophrénie, sans précision, continue
F2093	Schizophrénie, sans précision, épisodique rémittente
F2098	Schizophrénie, sans précision, autre évolution
F2099	Schizophrénie, sans précision, évolution imprévisible, période d'observation trop brève
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
F2390	Trouble psychotique aigu et transitoire, sans précision, sans facteur de stress aigu associé
F2391	Trouble psychotique aigu et transitoire, sans précision, avec facteur de stress aigu associé
F2500	Trouble schizoaffectif, type maniaque, symptômes affectifs et schizophréniques simultanés, sans symptôme schizophrénique après la disparition des symptômes affectifs
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

F3121	Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques non 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
F3331	Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques non congruents à l'humeur
F3800	Épisode affectif mixte
F3810	Trouble dépressif récurrent bref
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
F4328	Troubles de l'adaptation avec prédominance d'autres symptômes spécifiés
F4481	Personnalité multiple
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

F8410	Autisme atypique en raison de l'âge de survenue
F9380	Anxiété généralisée de l'enfance
F9812	Oncoprésie non organique avec souillure associée à des selles trop liquides
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
R455	Hostilité
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 défectueuse
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	Séances sexuels
T743	Séances 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)
Z724	Difficulté liées au régime et habitudes alimentaires inadéquats
Z725	Difficulté liées au comportement sexuel à haut risque
Z728	Autres difficultés liées au mode de vie
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 stack of papers. A large, semi-transparent teal triangle is overlaid on the right side of the image, containing the word 'GLOSSAIRE' in white, bold, uppercase letters. The background is blurred, showing more papers and a desk.

GLOSSAIRE



GLOSSAIRE

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
BVS : Bulletin de Veille Sanitaire
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
CVAGS : Cellule de Veille et d'Alerte et de Gestion Sanitaire
DAS : Diagnostic Associés
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DP : Diagnostic Principal
DRM : Dossier de Régulation Médicale
ECG : Electrocardiogramme
ENRS : Espaces Numériques Régionaux de Santé
EPRUS : Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires
FEDORU : Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences
FEI : Fiche d'Évènement Indésirable
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
GH : Groupe Hospitalier
GHT : Groupe Hospitalier de Territoire
HIA : Hôpital d'Instruction des Armées
IC : Insuffisance Cardiaque
INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MG : Médecin Généraliste
NA : Nouvelle-Aquitaine
ORU : Observatoire Régional des Urgences
OSCOUR® : Organisation de la Surveillance COordonnée des URgences
PCL : Polyclinique
PDS : Permanence De Soins

PMP : Projet Médical Partagé
PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information
PRS : Plan Régional de Santé
ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources
RPU : Résumé de Passage aux Urgences
RTU : Réseaux Territorial des Urgences
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SCA : Syndrome Coronarien Aigu
SDIS : Service Département d'Incidence 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
SU : Service d'Urgences
SurSaUD® : Surveillance Sanitaire des Urgences et des Décès
SYRIUS : SYstème de Recueil de l'Information des Urgences.
TC : Traumatisme Crânien
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
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

