



■ Dr Bruno Maire (ORULOR)

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU

Composition du groupe de travail (GT1)



- AZÉMA Olivier ORUMIP
- BANZET Leslie CIRE-ORU Languedoc Roussillon
- BARTIER Jean-Claude RESURAL
- BEAUJOUAN Laure CERVEAU IdF
- BOUSQUET Vanina INVS
- CAREL Didier ARS Franche Comté
- CASÉRIO SCHÖNEMANN Céline INVS
- DIALLO Abdoulaye ORULOR
- FAUGERAS Gilles ORULIM
- GALLART Jean-Christophe ORUMIP
- LIGIER Caroline ORU Aquitaine
- LINASSIER Philippe ROR Centre – CH Orléans
- MAILLARD Laurent ORU Aquitaine
- MAIRE Bruno ORULOR
- MAURIAUCOURT Patrick NORD PAS DE CALAIS
- MEURICE Laure CIRE Aquitaine
- NOEL Guilhem ORU PACA
- NOIZET Marc RESURCA
- PETITCOLIN Pierre-Bernard ORULIM
- TITTON Monique ARS Centre

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU

Des réflexions qui ne datent pas de la FEDORU !!



- **1999 -> Expérimentation GPU** : première collecte de données de Groupes de Passages aux Urgences, initiée par la Mission DHOS et pilotée par Mme Carin MATHY
- **2002 -> Test National de Recueil des RPU** : Mission DHOS pilotée par Mme Evelyne BELLIARD
- **2004 -> Création du réseau OSCOUR®** : Organisation de la Surveillance COordonnée des URgences
- **2006 -> Définition du format national RPU** : sous l'égide de la DHOS, de l'InVS et de la SFMU
- **2013 -> Arrêté et Instruction RPU** : sous l'égide de la DHOS et en partenariat avec l'ATIH

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU 2013: « L'année de la maturation »



- L'année 2013 marque la reconnaissance de la maturité du système, la collecte et la transmission des RPU deviennent désormais obligatoires pour tout service autorisé à l'activité des urgences (arrêté RPU du 24 Juillet 2013 et l'instruction N° DGOS/R2/DGS/DUS/2013/315 du 31 juillet 2013)
- Les Agences Régionales de Santé ont maintenant la responsabilité de la collecte régionale et des envois nationaux à l'Institut national de Veille Sanitaire (dans le cadre du réseau OSCOUR®) et à l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (dans le cadre du programme SYRIUS – SYstème de Recueil de l'Information des UrgenceS) . A noter qu'elles ont la possibilité d'en déléguer la gestion à une structure régionale de type ORU ou apparentée.
- *La FEDORU recommande la création dans chaque région d'une équipe de gestion des RPU qui, au-delà des aspects techniques de mise en œuvre, sera également la garante de la qualité des données transmises mais aussi de leurs utilisations en région.*

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU

Quels sont les RPU à remonter ?



Quelles structures sont habilitées à transmettre des RPU ?

- L'arrêté RPU du 24 Juillet 2013 fixe cette obligation à toute structure (publique ou privée) d'accueil des urgences ou structure d'urgences pédiatriques mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 du code de la santé publique (les établissements non autorisés à accueillir les urgences ne sont pas actuellement autorisés à en produire)
- A titre dérogatoire ou expérimental, une Agence Régionale de Santé peut autoriser la transmission des RPU d'un autre service d'un établissement autorisé à l'activité des urgences (antennes détachées des urgences, urgences gynécologiques, neurosensorielles, cardiologiques, ...).
- *La FEDORU recommande une identification spécifique du flux RPU des services non soumis à l'arrêt RPU afin de ne pas assimiler ces données à celles du service d'accueil des urgences autorisé dans l'établissement.*

Quels passages aux urgences doivent générer un RPU ?

- Toutes les admissions réalisées au sein de l'unité d'accueil des urgences doivent faire l'objet d'un envoi RPU.
- Les simples enregistrements aux urgences avant hospitalisation, les réorientations immédiates sans soins vers une maison médicale de garde ou un médecin de ville, ainsi que les reconvoctions doivent donc figurer dans les RPU .
- *La FEDORU recommande que ces passages spécifiques soient systématiquement individualisés à l'aide des variables mode de sortie, orientation et du codage diagnostique (Cf. chapitre Variables RPU).*

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU

Format et nommage des fichiers RPU



- Le format actuellement en vigueur est le format national de 2006 repris par l'arrêté 2013
- Le nommage des fichiers RPU respecte la charte du réseau OSCOUR®
- Il est constitué du caractère « O », du FINESS géographique de l'établissement producteur, du caractère « _ », du numéro d'ordre du service émetteur (cf. ci-dessous), du caractère « _ » et de la date et de l'heure de l'extraction (au format AAAAMMJJHHMMSS) :
Exemple O310783048_0_20070123102025.xml
- La caractérisation, au sein des différents flux RPU d'un même établissement (Finess Géographique) des différentes structures autorisées à produire un RPU, se fait au moyen du numéro d'ordre de la zone d'identification de l'émetteur du RPU : ce numéro doit figurer dans les balises d'entête du format XML (0 – SU adultes polyvalent, 1 – SU pédiatriques , 2 – SU chirurgicales ; 3 – SU médicales , 4 – SU psychiatriques , 9 – Service non autorisé à l'accueil des urgences mais transmettant des RPU par dérogation ARS)
- *En attendant le remplacement de ce numéro d'ordre dans le futur format RPU par une variable permettant d'identifier beaucoup plus précisément le service émetteur (code UF), la FEDORU recommande que le numéro d'ordre soit renseigné et collecté de façon précise et exhaustive aux fins d'analyse*

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU

Fréquence d'extraction des RPU



- La périodicité d'extraction est dépendante des flux mais aussi des objectifs
- Elle est mensuelle dans le cadre du programme SYRIUS de l'ATIH, dans un objectif de pilotage de l'offre de soins et du premier recours
- Elle est journalière dans le cadre du réseau OSCOUR de l'INVS, dans un objectif de veille sanitaire
- Elle doit être pluri-journalière (au minimum 3 fois par jour) dans le cadre de la veille HET (hôpital en tension)
- Enfin, en cas d'interruption de flux ou de correction de RPU, un renvoi « focalisé » de fichiers RPU doit être possible
- *En conséquence, la FEDORU recommande de mettre en place des outils d'extraction des RPU suffisamment paramétrables pour permettre les trois types d'extraction ci-dessus, ainsi que toute demande de renvoi des données RPU sur une période donnée*

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU

Démarche qualité sur les flux RPU



- La non-transmission quotidienne de l'intégralité des données administratives et/ou médicales d'un RPU n'est pas le témoin systématique d'une non-qualité (patient admis la veille et non encore sorti par exemple)
- En corollaire, la présence au sein du flux RPU de variables vides voire au format incorrect pour certains champs ne doit pas être un critère de rejet du RPU
- *La FEDORU recommande que seuls les RPU pour lesquels le triplet [Date d'entrée / Heure d'entrée / Date de naissance] est incorrect soit rejetés. Ces RPU rejetés devront être stockés dans une table séparée avec enregistrement de la nature exacte de l'erreur. Une notification (mail automatisé) à destination du gestionnaire de flux du concentrateur régional mais aussi du référent technique de l'établissement permettra une correction et un renvoi des RPU en cause. A contrario, les RPU pour lesquels des autres données sont incomplètes ou dans des formats incorrects seront importés mais avec conservation de la trace de non-qualité de ces RPU.*

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU

Les variables du RPU: date et heure



■ Dates et heures d'entrée et de sortie

La date et l'heure de sortie décrivent le moment où le patient quitte le service d'accueil des urgences, sauf lors d'une hospitalisation en UHCD où c'est alors la fin de passage dans la zone d'accueil des urgences qui marque la fin du RPU (attention à l'étanchéité)

■ Dénomination des tranches horaires de journées

JOUR CIVIL [00h00 – 23h59]	JOURNEE [08h00 – 19h59]	Matinée	[08h00 – 11h59]
		Début d'Après-Midi	[12h00 – 15h59]
		Fin d'Après-Midi	[16h00 – 19h59]
	NUIT [20h00 – 07h59]	Soirée	[20h00 – 23h59]
		Nuit Profonde	[00h00 – 07h59]

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU

Les variables du RPU: date et heure



- Pour faciliter l'analyse des liens entre la permanence des soins des établissements de santé et celle de l'ambulatoire, il a été convenu que les horaires des deux PDS soient superposés avec les définitions suivantes:

WEEK END PDS	Du Samedi 12h00 au Lundi 07h59
EN SEMAINE	Du Lundi au Vendredi de [20h00 – 07h59] le lendemain
EN JOUR FERIE	De 00h00 à 23h59
PONT PDS*	De 00h00 à 23h59

Les ponts PDS sont ceux qui sont qualifiés comme tel par l'Agence Régionale de Santé et qui génèrent à ce titre la mise en place d'une régulation PDS sur cette période. Si un pont PDS ou un Jour Férié survient un Vendredi, le Samedi matin suivant sera dès lors intégré à l'activité PDS.

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU

Les variables du RPU: Date et heure



- Les difficultés observées sur ces variables sont des formats inadaptés, des heures de sortie incompatibles avec les heures d'admission ou encore un défaut d'étanchéité SU/UHCD de certains progiciels
- L'origine de ces difficultés est une permissivité trop grande du logiciel source installé aux urgences
- *La FEDORU recommande pour tous ces problèmes, des actions d'optimisation du paramétrage des logiciels sources producteurs de RPU des établissements concernés, plus qu'une surenchère de corrections réalisées au niveau régional*

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU

Les variables du RPU: Durée de passage



- Il s'agit d'un indicateur calculé. Les durées de passage négatives, nulles ou supérieures à 72 heures doivent être exclues des analyses de durée
- *La moyenne étant très sensible aux valeurs extrêmes (et donc à la qualité des données), la FEDORU recommande que la médiane soit systématiquement calculée sur cette variable en complément de la moyenne*

MOYENNE	Somme des Durées de passages / Nombre de passages
MEDIANE	Durée de passage du milieu de l'échantillon classé par ordre croissant de durée

- Les réserves d'interprétation concernent les comparaisons de durée de passage qui doivent prendre en compte par exemple, le type de patientèle (activité pédiatrique ou non, polyvalent ou médical exclusif...)

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU

Les variables du RPU: Date de naissance, âge et sexe



- La date de naissance du patient, attendue au format « JJ/MM/AAA » au sein des RPU, est automatiquement croisée avec la date d'entrée aux urgences pour permettre le calcul de l'âge des patients.
- *La FEDORU recommande que les âges de plus de 120 ans soient considérés comme des valeurs aberrantes (et donc exclus des analyses), qu'un âge <18 ans caractérise l'activité pédiatrique, qu'une harmonisation des tranches d'âge soit effectuée (tableau ci-dessous) et que le taux de masculinité soit utilisé en sus du sex ratio*

LES MOINS DE 18 ANS	<28 j	[28j-1A [[1 à 5[[5-10[[10-15[[15-18[
LES ADULTES	[18-30[[30-45[[45-65[[65-75[[75-85[>85 ans			

Taux de Masculinité	Effectif de la patientèle Masculine divisé par le total la patientèle (H+F)
---------------------	--

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU

Les variables du RPU: Code postal et commune



- Il s'agit du code postal et de la commune de résidence du patient. La transmission des codes postaux pose peu de problèmes d'exploitation, contrairement à la variable commune dont le format en texte libre autorise de multiples formes de saisie d'une même occurrence.
- *La FEDORU recommande à terme l'intégration dans les RPU du Code Insee de commune de résidence en lieu et place du libellé de la commune actuellement transmis. Elle recommande pour les analyses cartographiques l'utilisation des taux suivants :*

Taux de Passage Régional ou Départemental	Nb de passages dans les SU d'une zone donnée (région ou dépt) divisé par la population estimée de cette zone sur la période donnée
Taux de Recours Régional ou Départemental	Nb de passages dans les SU(de la région ou dépt) de <u>patients résidant dans zone donnée</u> (code postal ou commune) divisé par la population estimée de cette zone sur la période donnée

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU

Les variables du RPU: Code postal et commune



- L'usage combiné des Taux de Passage et de Recours permet de mieux qualifier l'activité des services d'urgence et autorise des comparaisons : l'attractivité touristique marquée d'un département sera ainsi traduite par un Ratio Taux de Passage / Taux de Recours supérieur à 1
- Une approche plus fine des taux de recours pourrait être envisagée par le partage des données RPU entre régions mais aussi le meilleur repérage au sein des RPU des venues itératives des patients.

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU

Provenance, Mode de sortie, Destination, Orientation



- Les champs Provenance de type 5 et 8, qui précisent la nature purement organisationnelle de la prise en charge et réservés au mode d'entrée depuis le domicile (rajoutées en 2006 pour les urgences hors PMSI), ne sont quasiment jamais produits au sein des RPU.
- *La FEDORU recommande l'abandon de la codification des valeurs 5, 8 telles que définies dans le format RPU de 2006 car d'autres variables du RPU permettent déjà ce repérage et le qualifient, par ailleurs, plus précisément :*
 - *Réorientations sans soins dès l'admission, vers une Maison Médicale de Garde, un Médecin traitant, une consultation spécialisée à venir, ... => Mode de sortie 8 + Orientation **REO***
 - *Simple enregistrement avant hospitalisation en Service de Spécialité => Mode de sortie 6 + Orientation **REO***
 - *Reconvocations aux urgences => Codes diagnostics à type de surveillance de sutures, pansement (Z48.0) de plâtres, d'orthèse (Z47.88),*

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU Provenance, Mode de sortie, Destination, Orientation



- La qualification automatisée de la nature MCO, PSY, SSR, SLD ou de la typologie MED, CHIR, SI, ... des établissements ou services de provenance ou de destination est difficile à mettre en place et à maintenir.
- Il sera souvent plus simple pour le service d'urgence de produire dans le Résumé de Passage aux Urgences le code finess de l'établissement (de provenance ou de destination) en cas de TRANSFERT et le code de l'Unité Administrative (de provenance ou de destination) en cas de MUTATION
- *La FEDORU fera des recommandations en ce sens dans le cadre des RPU étendus et ce en lien avec le ROR*

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU CCMU



- Ce score, de lourdeur et gravité potentielle de prise en charge, est théoriquement posé à l'admission aux urgences après le premier examen clinique : le format actuel du RPU collige la *CCMU dite modifiée* (suite à l'ajout de deux variables CCMU P et CCMU D)
- Les axes d'interprétation de cet indicateur les plus fréquemment utilisés sont limités à deux focus à savoir les simples consultations aux urgences sans acte complémentaire (CCMU 1) et le repérage des urgences vitales (CCMU 4 et 5)
- *Les différents contrôles qualité effectués sur cet indicateur par les différentes régions collectant les RPU amènent la FEDORU à fortement pondérer l'intérêt de sa collecte sous sa forme actuelle et donc à recommander à terme sa suppression (cf RPU étendus)*

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU

Motifs de recours



- Ce champ est utilisé d'une façon très variable en fonction des progiciels mais aussi des services. Par ailleurs, le thésaurus actuel associe des motifs de recours, des diagnostics et des circonstances
- *La FEDORU recommande à terme une refonte de ce champ en au moins deux champs séparant motifs et circonstances (cf RPU étendus)*

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU

Diagnostiques principaux et associés



- Ils sont définis au moyen de la Classification Internationale des Maladies en vigueur (CIM10) : cependant la recherche dans le cadre de l'exercice de la médecine d'urgence des codes diagnostiques au sein de l'ensemble de cette classification s'avère être un frein à la capacité de saisie en temps réel de cette donnée. Par ailleurs, il est indispensable de pouvoir regrouper ces différents codes au sein de catégories à même de décrire les différentes filières de prise en charge
- *La FEDORU recommande ainsi que ces diagnostics soient codés à l'aide du thésaurus national de la SFMU et propose par ailleurs un outil d'analyse commun de ces données qui permet ainsi de classer les différents passages par grandes disciplines de prise en charge mais aussi de décliner par discipline les différents types de pathologies en cause*

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU

Diagnostiques principaux et associés



- Le codage diagnostique des urgences est trop souvent décrié et ce en comparaison de ce qui est réalisé dans le cadre de la collecte des données PMSI mais il s'agit de deux exercices totalement différents et à ce titre non comparables
- En effet, le codage PMSI est réalisé dans une finalité première de tarification des séjours et à la suite d'une hospitalisation avec son corollaire en terme de précision diagnostique
- Le codage diagnostique des RPU est réalisé en temps réel à l'issue de la prise en charge dans les services d'accueil des urgences et donc sans avoir tous les éléments complémentaires à même de qualifier précisément la pathologie en cause. De plus, ce codage est étroitement dépendant de l'ergonomie logicielle compte tenu du temps disponible à cet effet
- Ces éléments doivent être pris en compte dans l'interprétation de ces variables

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU

Actes CCAM



- Ils sont codés au moyen de la Classification Commune des Actes Médicaux avec comme pour la CIM10, un thésaurus SFMU limité
- Les contraintes de facturation en temps réel des consultations aux urgences font que beaucoup de services ne collectent pas ou peu ces données au sein de leur logiciel des urgences mais font l'objet d'une saisie sur le logiciel administratif de facturation de l'établissement
- *La FEDORU recommande de tenir compte dans les analyse de la très faible exhaustivité de cette variable et de favoriser les processus d'interconnexion et d'optimisation ergonomique des logiciels des urgences (pas de double saisie)*

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU

Contrôle de cohérence des données



- Les contrôles de cohérence peuvent déceler des non conformités mono-champ (variable non respectueuse du format en vigueur) ou multi-champs (association de deux variables incompatibles : mode d'entrée / provenance incorrecte , CCMU D (patient arrivé décédé) et mode de sortie en 8 (retour au domicile))
- *La FEDORU recommande de ne pas altérer les données produites par l'établissement au sein de ces RPU mais d'être capable de détecter les anomalies, d'en avertir les producteurs de données et d'en prendre acte lors de l'interprétation des données*

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU

Contrôle de cohérence des données



La FEDORU attire l'attention des utilisateurs et des producteurs de données sur les éléments de vigilance suivants :

- Les analyses produites à partir des RPU doivent tenir compte de l'exhaustivité des différentes données notamment dans le suivi annualisé de celles-ci
- Les très faibles échantillons issus de certaines analyses croisées doivent faire pondérer l'interprétation de leur pourcentage d'évolution : il est ainsi recommandé de toujours associer dans les tableaux de synthèses les % évolutifs et le décompte du nombre de passages concernés
- La notion de périmètre d'analyse doit être précisée dans les interprétations dès que nécessaire : intégration d'un nouvel établissement, rupture partiel de flux, intégration de passages pédiatriques...
- Les comparaisons d'activité d'un mois à l'autre méritent d'être redressées en tenant compte du nombre de jours non égal sur chaque mois de l'année, il en va de même des comparaisons d'activité par jour de semaine

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU

Axes d'analyse communs



- La FEDORU a souhaité, toujours dans l'idée de permettre une comparaison entre les régions, établir une liste d'axes d'analyse que chaque membre de la fédération s'engage à utiliser
- Il s'agit d'une liste volontairement limitée, chaque ORU pouvant bien sûr analyser ses données selon d'autres axes complémentaires
- Par ailleurs, des travaux ultérieurs porteront sur des thématiques communes plus spécifiques
- *La FEDORU recommande les exploitations systématiques des axes et critères suivants: géographiques, chronologiques, par typologie de SU, par type de patientèle et de parcours*

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU

Axes d'analyse communs



Géographique		Chronologique		Typologie SU		Patientèle		Passage	
Région		Annuel		Public, Privé, ESPIC		Âge : tranches, moyenne, médiane, pyramide des âges		Mode de transport	
								Provenance	
Département		Mois / Saison						Durée de passage	
Bassin de santé		Jour de Semaine							
		PDS / Hors PDS				Sexe, Sex ratio, %H		Diagnostic principal	
Code Postal		Tranches Horaires		Siège de SAMU, Siège de SMUR, Autre		Taux de Recours, Taux de Passages		Devenir : mode de sortie, orientation	
		Heure							

Recommandations sur la collecte et les usages des RPU

Conclusion



- Une collecte pas toujours évidente malgré une standardisation des modalités d'extraction et des obligations réglementaires. La mobilisation des établissements de santé reste primordiale.
- Une collecte à objectifs multiples, stratégique mais aussi de veille sanitaire et de veille d'activité
- Un enjeu fondamental : la qualité des données
- Une interprétation des données parfois délicate
- Un périmètre d'analyse national mais aussi régional
- Un échelon régional incontournable autant en terme de réalisation d'objectifs que d'optimisation de la qualité des données