



# RECOMMANDATIONS FEDORU

## Collecte et Usages des RPU

Recommandations sur la production, les définitions, la qualité et l'exploitation des données des Résumés de Passage aux Urgences

**GT1**

V1.1 - 03/2015

# Préambule

## Composition du groupe de travail

- AZÉMA Olivier, ORU-MiP
- 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, ORU-MiP
- 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

## Validation des travaux

- Conseil d'administration de la FEDORU

Corrections suggérées par des tiers après sa diffusion sur le site de la FEDORU ([coordination@fedoru.fr](mailto:coordination@fedoru.fr)).

Ce document bénéficie des mises à jour régulières itératives (Version) selon les mêmes modalités et selon une chronologie courte (au minimum annuelle).

# Sommaire

<b>I - HISTORIQUE DES RPU .....</b>	<b>4</b>
<b>II - PRODUCTION ET COLLECTE DES RPU .....</b>	<b>5</b>
Quelles structures sont habilitées à transmettre des RPU ? .....	5
Quels passages aux urgences doivent générer un RPU ? .....	5
Méthodes de collecte et d'import des RPU .....	5
1. Extraction des Résumés de Passage aux Urgences .....	5
1.1. - Les variables RPU à produire .....	5
1.2. - Le nommage du fichier RPU.....	6
1.3. - Période et Fréquence d'extraction des données RPU .....	6
2. Export des données des établissements vers le Collecteur Régional de RPU.....	7
2.1 - Exports par le biais d'un connecteur logiciel .....	7
2.2 - Exports par le biais de la passerelle sécurisée ORUPASS.....	7
3. Démarche Qualité appliquée au Collecteur Régional de RPU .....	8
3.1 - Mise en place des flux RPU d'un établissement .....	8
3.2 - Import des flux RPU, critères de rejet.....	8
3.3 - Veille automatisée.....	9
<b>III - VARIABLES RPU.....</b>	<b>10</b>
Définitions, formats, bornes et analyses .....	10
<b>IV - CONCLUSION.....</b>	<b>21</b>
Contrôles de cohérence appliqués aux données .....	21
Axes d'analyse communs.....	21

# I - HISTORIQUE DES RPU

---

Les premiers Observatoires Régionaux des Urgences ont collecté les Résumés de Passage aux Urgences dès le début des années 2000. Le réseau OSCOUR®, construit initialement sur des communications directes entre Établissement de Santé et InVS, s'est ensuite progressivement adossé sur la compétence régionale de collecte et de transmission des RPU des ORU et structures apparentées, au fur et à mesure de leur mise en place au sein des différentes régions.

**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

L'année 2013 marque la reconnaissance de la maturité du système de collecte des Résumés de Passage aux Urgences. La collecte et la transmission des RPU deviennent désormais obligatoires pour tout service autorisé à l'activité des urgences. L'arrêté RPU du 24 Juillet 2013 et l'instruction N° DGOS/R2/DGS/DUS/2013/315 du 31 juillet 2013 en fixent les conditions d'applications.

Les Agences Régionales de Santé ont, depuis cet arrêté, 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) : 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** ainsi que de la capacité de la région à progresser dans la collecte des indicateurs RPU complémentaires, à même de qualifier les situations de tension sanitaire : vous trouverez plus de détails sur ces recommandations dans le document FEDORU GT2 - Recommandations pour la création d'un Observatoire régional des urgences (ORU).

## II - PRODUCTION ET COLLECTE DES RPU

---

### 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.

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, ...). Cette transmission ne peut être envisagée qu'à la seule condition que les données RPU de cette structure fassent l'objet d'un envoi RPU spécifique (non cumulé aux données RPU du service d'accueil autorisé de ce même établissement).



La FEDORU recommande une identification spécifique du flux RPU des services non soumis à l'arrêté RPU afin de ne pas assimiler ces données à celles du service d'accueil des urgences autorisé dans l'établissement.

Il est par ailleurs rappelé que les établissements non autorisés à accueillir les urgences ne sont pas actuellement autorisés à produire des Résumés de Passage aux Urgences.

### Quels passages aux urgences doivent générer un RPU ?

Toutes les admissions informatiques 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 : elles seront individualisées à l'aide des variables mode de sortie, orientation et du codage diagnostic (*Cf. chapitre Variables RPU*).

### Méthodes de collecte et d'import des RPU

Depuis la parution du format national RPU 2006, les éditeurs de logiciels urgences disposent du format opposable de production des Résumés de Passage aux Urgences. La méthode actuelle d'extraction de ces données est la même que celle définie dans le cadre du réseau OSCOUR®.

#### 1. Extraction des Résumés de Passage aux Urgences

---

##### 1.1. - Les variables RPU à produire

Le format actuellement en vigueur est le format national de 2006 repris par l'arrêté 2013. Cependant, les établissements de santé ou les régions qui le souhaitent peuvent mettre en place un RPU comportant d'autres mentions mais seules celles mentionnées dans l'arrêté sont obligatoires.

Si des RPU plus détaillés sont en vigueur sur la région d'origine de l'établissement siège du service d'urgence, ce dernier devra prendre attache auprès de l'ARS ou de la structure régionale qui dispose de la délégation de gestion de ces RPU (ORU ou structure apparentée), pour convenir des variables complémentaires à transmettre.

## 1.2. - Le nommage du fichier RPU

Hormis certaines spécificités régionales, le nommage des fichiers RPU respecte la charte du réseau OSCOUR® : afin d'éviter tout conflit entre fichiers émis par différents services d'un même établissement géographique, le nom du fichier d'extraction est rendu unique. Il est constitué :

- du caractère "O"
- du **FINESS géographique** de l'établissement producteur
- du caractère " \_ "
- du **numéro d'ordre** du service émetteur (*Cf. glossaire ci-dessous*)
- du caractère " \_ "
- **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 :

### Variable <ORDRE> du RPU

- 0 - Service d'urgences adultes polyvalent
- 1 - Service d'urgences pédiatriques
- 2 - Service d'urgences chirurgicales
- 3 - Services d'urgences médicales
- 4 - Service d'urgences psychiatriques
- 9 - Service non autorisé à l'accueil des urgences mais transmettant des RPU par dérogation ARS

Cette variable <ORDRE> sera remplacée dans le futur format RPU par une variable permettant d'identifier beaucoup plus précisément le service émetteur : vous trouverez plus de détails sur ce point dans le document *FEDORU GT3 - Formats des remontées des données urgences*.

## 1.3. - Période et Fréquence d'extraction des données RPU

Les fréquences et modalités d'extraction des RPU correspondent à des finalités d'usage différentes.

### 1.3.1 - Pilotage instantané et dynamique Hôpital en Tension

La capacité d'extraire les RPU toutes les 10 minutes et de transmettre des indicateurs complémentaires au format RPU en vigueur, permet de disposer d'outils de pilotage affinés des structures d'urgences : vous trouverez plus d'informations sur ces aspects dans les documents suivants : *FEDORU GT3 - Formats des remontées des données urgences* et *FEDORU GT4 - Hôpital en Tension - Synthèse FEDORU*.

### 1.3.2 - Veille sanitaire depuis les urgences – Réseau OSCOUR® de l'InVS

Il est demandé à chaque établissement de produire chaque nuit une extraction de l'ensemble des RPU pour les passages aux urgences, dont la date d'entrée est comprise entre J-1 et J-7 inclus.

Il n'y pas, dans la version actuelle des RPU, de transmission de numéro de séjour des passages aux urgences ce qui n'autorise donc pas des envois partiels de RPU pour une période considérée : c'est en effet l'ensemble des données RPU transmises par l'établissement qui va venir effacer / compléter en base régionale les RPU déjà reçus pour cet établissement sur la même période.

### 1.3.3 - Pilotage de l'Offre de Soins et du premier recours - Programme SYRIUS de l'ATIH

La parution en 2013 de l'arrêté sur les RPU impose une transmission mensuelle des RPU de chaque région vers l'Agence Technique de l'Information Hospitalière : chaque mois, ce sont ainsi tous les RPU de Janvier à M-1 de l'année civile en cours qui doivent être exportés. Ce procédé permet ainsi de consolider les données RPU des établissements de santé afin de disposer de bases mensuelles exhaustives.



**La FEDORU recommande aux établissements de mettre en place des outils d'extractions des RPU suffisamment paramétrables pour permettre les trois types d'extractions ci-dessus, ainsi que toute demande de jeu des données RPU sur une période donnée.**

## 2. Export des données des établissements vers le Collecteur Régional de RPU

Les méthodes de collectes des RPU sont spécifiques sur chaque région (paramètre d'accès du serveur régional, méthode de sécurisation des envois, ...) : il est donc conseillé à chaque établissement de santé de prendre attache avec l'organisme régional, en charge de la collecte des RPU, pour plus de précision sur la qualification de ces transmissions : on retiendra cependant deux grands types d'envoi aux plates-formes régionales :

### 2.1 - Exports par le biais d'un connecteur logiciel

La plupart des éditeurs de solutions métiers urgences intègrent la possibilité de transmettre de façon sécurisée les RPU de l'établissement à destination de la plate-forme régionale de collecte. Cette mise en œuvre passe par le paramétrage du connecteur correspondant.

### 2.2 - Exports par le biais de la passerelle sécurisée ORUPASS

La FEDORU a, dans le cadre des travaux de collaboration avec l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (ATIH), développé un outil de collecte générique des RPU ainsi qu'un serveur régional minimal de gestion des flux RPU. Ces outils gratuits peuvent être mis à disposition des régions intéressées en prenant contact avec l'ATIH. La passerelle ORUPASS est une solution logicielle à installer dans les établissements de santé et qui transmet automatiquement et de façon sécurisée au collecteur régional tout fichier de RPU déposé sur l'environnement local de

l'établissement. La participation de l'établissement à ce flux de RPU consiste donc simplement à savoir extraire, de façon quotidienne et automatisée, un fichier de données RPU.

### 3. Démarche Qualité appliquée au Collecteur Régional de RPU

#### 3.1 - Mise en place des flux RPU d'un établissement



**La FEDORU recommande à chaque région d'identifier des référents techniques de la production des RPU sur chaque établissement.** Après une première phase de test de production du fichier au format RPU opposable faite avec le référent technique local, un passage en production est envisageable : un rappel de la consigne de la nécessité de l'extraction quotidienne de l'ensemble des RPU de la période considérée [J-7 / J-1] doit être précisé : c'est en effet l'ensemble de ces données qui va venir effacer / compléter en base régionale les RPU déjà reçus sur la même période.

Parmi les erreurs fréquemment rencontrées lors de l'initiation de ces flux :

- Extraction des seuls RPU ayant bénéficié d'un codage médical.
- Non inclusion des RPU des patients non encore sortis des urgences, alors même que leur date d'entrée aux urgences est bien dans la fenêtre d'extraction [J- 1 / J- 7].

#### 3.2 - Import des flux RPU, critères de rejet

Les RPU exportés par les établissements de santé peuvent contenir des données de passage de la veille, pour lesquels le patient n'est pas encore sorti des urgences : la non-transmission quotidienne de l'intégralité des données administratives et/ou médicales d'un RPU n'est donc pas le témoin systématique d'une non-qualité.

Les données RPU servant, dans plus en plus de régions, de base au calcul automatisé des données des Serveurs de Veille et d'Alerte (total des passages, des plus de 75 ans, ...), il est donc important que chaque établissement veille à l'exhaustivité des transmissions quotidiennes de l'ensemble de ses RPU pour la période concernée.

##### 3.2.1 - Rejet partiel de RPU

La présence au sein du flux RPU de variables vides ou au format incorrect ne doit pas être un critère de rejet de l'ensemble du fichier transmis.



**La FEDORU recommande ainsi :**

- Un rejet des seuls RPU pour lesquels le triplet [Date d'entrée / Heure d'entrée / Date de naissance] est incorrect => Un stockage de ces RPU dans une table séparée avec conservation de la nature exacte de l'erreur permettra d'informer ensuite par notification mail automatisée le référent technique de l'établissement ainsi que le gestionnaire de flux du concentrateur régional.
- Un import des RPU pour lesquels des autres données sont incomplètes ou dans des formats incorrects mais avec conservation de la trace de non-qualité de ces RPU.

##### 3.2.2 – Rejet complet d'un flux de RPU

Les régions qui collectent les RPU au format non étendu ne disposent pas de la numérotation spécifique de chaque RPU (numéro du passage au sein de l'établissement émetteur) : l'import des données d'un flux RPU remplace donc



les données de cet établissement déjà présentes en base régionale sur les périodes correspondantes.



**La FEDORU recommande de mettre en place des procédures de détection automatisées des fichiers RPU anormalement peu volumineux (suite à un problème d'extraction locale) à même d'effacer toute une période de RPU déjà présente en base de donnée**

régionale pour cet établissement :

- Le fichier RPU en cause mérite dans ces cas d'être stocké sans qu'il soit procédé à la mise à jour des RPU en base régionale
- Un mail de notification doit également être transmis à l'établissement émetteur pour permettre la correction de l'envoi initial.

### 3.2.3 - Le cas particulier des "doublons"

Les RPU de même date heure d'entrée, date de naissance, sexe et code postal d'un établissement de santé donné, sont potentiellement des "doublons", sauf dans les cas où de jeunes vrais jumeaux consultent ensemble aux urgences.



**La FEDORU recommande la détection de ces cas sans procéder à leur exclusion** et qu'un contact secondaire soit pris avec l'établissement pour valider ou infirmer la réalité de ces doublons. Cette rétro-information peut également faite par notification mail automatisée.

### 3.3 - Veille automatisée

La production quotidienne des RPU étant la règle, des procédures de détection des fichiers RPU non reçus méritent d'être mises en place pour prévenir automatiquement les établissements d'un arrêt de ses transmissions.



**A ce titre, la FEDORU recommande aux équipes informatiques locales de veiller à la préservation de la production des flux RPU lors de la mise à jour des versions des logiciels d'urgence** : il est en effet souvent

constaté à l'occasion de ces opérations, une rupture de la capacité d'envoi des RPU pendant plusieurs jours à plusieurs semaines qui pénalise alors grandement la veille sanitaire et le pilotage qui peut être fait à partir des données RPU de ces établissements.

## III - VARIABLES RPU

### Définitions, formats, bornes et analyses

Dans l'objectif de faciliter les comparaisons inter-établissements ou inter-régionales, la FEDORU a souhaité préciser les définitions, les bornes et les usages potentiels ainsi que les limites d'interprétation des différentes variables RPU.

#### DATE ET HEURE D'ENTRÉE / DATE ET HEURE DE SORTIE

##### **Définition, format, bornes et axes d'interprétation**

La DATE et l'HEURE D'ENTRÉE exportées dans les RPU correspondent à celle saisies sur les logiciels lors de la création du dossier informatique des urgences. Si l'enregistrement administratif du patient se fait plus tardivement que son admission aux urgences (attente préalable avant tri et création secondaire du dossier informatique), il est alors recommandé de mettre à jour ces informations avant de valider l'admission informatique du patient.

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 : la date et heure de sortie du RPU correspondra dans ces cas à la date et heure d'entrée en UHCD.

Le format exigible pour ces dates est de type "JJ/MM/AAAA" et celui des heures "HH:MM".



La FEDORU recommande l'usage des dénominations et des tranches horaires ci-dessous :

##### Dénomination des tranches horaires de journées

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

Le lien étroit entre les horaires d'ouverture des cabinets médicaux et certains recours aux urgences est manifeste. La possibilité d'assurer une continuité des soins post urgence dépend par ailleurs également de l'organisation de la permanence des soins en établissements de santé.

La caractérisation des périodes de Permanence de Soins est donc un élément fondamental de pondération des analyses d'activité des services d'urgence : il a été considéré comme indispensable que les horaires de permanence de soins ambulatoire et celle des établissements de santé soient les mêmes (PDS=PDSA=PDSSES).

**Les périodes retenues pour caractériser l'activité de Permanence de Soins sont les suivantes :**

**PÉRIODE D'ACTIVITÉ DE PERMANENCE DE SOINS**

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

*Les ponts PDSA 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 PDSA sur cette période. Si un pont PDSA ou un Jour Férié survient un Vendredi, le Samedi matin suivant sera dès lors intégré à l'activité PDSA.*

**Qualité et réserves d'interprétation**

Les problèmes de qualité les plus fréquemment rencontrés sur ces champs sont :

- *Date et/ou Heure non respectueuse(s) du format RPU*
  - Exemples : Date de sortie "01102013", Heure de sortie "03h50"
  - Origine => Permissivité trop grande du logiciel source installé aux urgences
  - Palliatif => Des procédures de corrections automatiques peuvent être intégrées au niveau régional pour recomposer ses variables au format RPU (transformation des caractères "h" en ":", ...)
- *Date / Heure de Sortie incomplète(s) ou valeur aberrante*
  - Exemple : Heure de sortie vide, Date et Heure de sortie antérieure à la date et heure d'entrée
  - Origine => Permissivité trop grande du logiciel source installé aux urgences
  - Palliatif => Exclure ces cas des exploitations statistiques
- *Problème d'"étanchéité" des logiciels Urgences / UHCD*

C'est le cas de certains logiciels Urgences gérant à la fois les prises en charge à l'accueil des urgences et celles en UHCD sans être en capacité d'extraire le moment où le patient quitte le service d'accueil. La date et heure de sortie communiquée est alors dans ces cas celle de l'UHCD.



**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.**

## DURÉE DE PASSAGE AUX URGENCES

### **Définition, format, bornes et axes d'interprétation**

Il s'agit d'un indicateur calculé : c'est la différence entre Date et Heure de Sortie et Date et Heure d'entrée aux urgences. Les durées de passages négatives, nulles ou supérieures à 72 heures doivent être exclues des analyses de durée.

### **Les tranches de Durée de Passages**

<b>MOINS DE 4 HEURES</b>	Moins d'une heure
	Entre 1 et 2 heures
	De 2 à 4 heures
<b>4 HEURES ET PLUS</b>	De 4 à 8 heures
	De 8 à 12 heures
	Entre 12 et 72 heures

Bornes supérieures exclues

### **Durées Moyenne et Médiane de Passage**

La MOYENNE permet d'approcher le temps total consommé aux urgences quand elle est multipliée par la valeur de l'effectif. Elle demeure cependant très sensible aux valeurs extrêmes et perd rapidement de son intérêt quand la qualité des données de date et heure de sortie est sujette à caution.

LA MÉDIANE qualifie quant à elle le temps intermédiaire le plus représentatif de la majorité des prises en charge. Moins sensible aux valeurs extrêmes elle est donc recommandée lorsque certains centres sont dotés de logiciel Urgences / UHCD incapables de différencier la fin de la prise en charge à l'accueil des urgences en cas de poursuite des soins en UHCD.

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

En compléments de ces analyses, des répartitions par Quartile sont également possibles.

### **Réserves d'interprétation**

Le suivi annuel des durées de passages d'un établissement ayant progressé dans la qualité de la production des dates et heures de sortie sera artificiellement majoré ou minoré, si on le qualifie à travers l'usage de la seule moyenne de passage : il est recommandé d'utiliser également la durée médiane de passage.

On a trop souvent tendance à analyser la "performance" des services de spécialités dans la continuité des soins post-urgences par le suivi de la Durée Moyenne de Passage avant mutation : cette donnée est certes utile mais doit être pondérée au vu des limites d'interprétation suivantes :

- Les comparaisons de durées de passage doivent être faites en tenant compte de plusieurs facteurs : âge de la patientèle (activité pédiatrique ou non), type des pathologies (traumatologique ou non), ...

- Une augmentation de la durée moyenne de passage avant mutation dans un service de spécialité donné n'est pas systématiquement le témoin d'une baisse de la "performance" de ce service : il se peut notamment qu'il joue au contraire plus son rôle de 2<sup>ème</sup> recours quand les hospitalisations initialement souhaitées dans des services de spécialités autres ont échoué. (le futur format des RPU qualifiera mieux ces aspects, d'ici à sa mise en œuvre il est également recommandé d'associer une analyse des durées médianes avant mutation).

## DATE DE NAISSANCE, ÂGE, SEXE

### Définition, format, bornes et axes d'interprétation

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. Les âges de plus de 120 ans sont considérés comme des valeurs aberrantes et doivent être exclus des analyses.

Le sexe doit être au format "M / F / I" certains centres peuvent envoyer des codes en "H" "h" "m"... une conversion automatique dès l'import des données est alors possible.



La FEDORU recommande l'harmonisation des analyses de cette donnée selon les tranches d'âge suivantes :

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

Les décomptes des patients de moins de 1 an et de ceux de plus de 75 ans, déductibles de la sommation de certaines de ces tranches, demeurent exigibles dans le cadre des remontées quotidiennes des données des Serveurs Régionaux de Veille et d'Alerte.

<b>SEX-RATIO</b>	Effectif de la patientèle <b>M</b> asculine divisé par celui de la patientèle <b>F</b> éminine
------------------	--

La comparaison de la pyramide des âges de la patientèle des urgences à celle de la population de la même zone géographique est également très informative.

### Qualité et réserves d'interprétation

Même si le sex-ratio demeure une donnée incontournable dont la représentation graphique selon l'âge est classique,



La FEDORU recommande également pour plus de facilité d'interprétation l'usage de Taux de Masculinité (% H) notamment au sein des tableaux de synthèse.

**Taux de  
Masculinité**

Effectif de la patientèle **M**asculine  
divisé par le total la patientèle (**H+F**)

## CODE POSTAL / COMMUNE

### **Définition, format, bornes et axes d'interprétation**

Il s'agit du code postal et de la commune de résidence du patient. La transmission des codes postaux pose actuellement peu de problèmes d'exploitation, contrairement à la variable commune de résidence 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.

Le croisement des codes postaux de résidence avec les bases populationnelles Insee permet d'approcher la notion de taux de recours aux urgences.

Le **TAUX DE RECOURS THÉORIQUE AUX URGENCES** d'une population se définit ainsi :

*Nombre de patient différents résidant dans une zone géographique donnée passés aux urgences*

*Estimation de la population de la zone géographique concernée pour la période donnée*

L'usage de cette définition se heurte en pratique à des difficultés de collecte de données, elle nécessite en effet de pouvoir disposer :

- de l'ensemble des passages aux urgences d'une population donnée, y compris ceux réalisés dans des services d'une autre région que celle dont est originaire le patient : il s'agit des *fuites extrarégionales* ;
- de l'identification précise des patients afin d'éliminer de l'analyse les venues itératives d'un même patient au sein des différents services d'urgences pour la période d'étude donnée.



La FEDORU recommande pour les analyses cartographiques l'utilisation des taux suivants :

<b>Taux de Passage</b> Régional ou Départemental	Nb de passages dans les Sces d'Urgence d'une zone donnée (région ou dépt) divisé par la population estimée de cette zone sur la période donnée
<b>Taux de Recours</b> Régional ou Départemental	Nb de passages dans les Sces d'Urgences (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

L'usage combiné des Taux de Passage et de Recours permet de mieux qualifier l'activité des services d'urgences 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. Des cartographies des taux de recours aux urgences régionales par code postal de résidence peuvent ainsi être produites et déclinées au fil des ans.

### **Qualité et réserves d'interprétation**

Les réserves d'interprétation de ces taux tiennent aux limites sus citées. Une approche plus fine des taux de recours pourrait ainsi être envisagée par :

- le partage des données RPU entre régions
- le meilleur repérage au sein des RPU des venues itératives des patients.

## **MODE DE TRANSPORT / TYPE DE PRISE EN CHARGE LORS DU TRANSPORT**

Le type de prise en charge est une variable peu utile et en partie redondante avec le mode de transport à l'arrivée aux urgences. Le seul intérêt serait pour la valeur "paramed", mais cette situation est rare et parfois difficile à identifier (présence éventuelle d'un infirmier sapeur-pompier dans un VSAV par exemple). En corollaire, le maintien de ce champ sera à discuter.

## **MODE D'ENTRÉE, PROVENANCE / MODE DE SORTIE, DESTINATION / ORIENTATION**

### **Définition, format, bornes et axes d'interprétation**

<b>MODE D'ENTRÉE / MODE DE SORTIE</b>	<b>PROVENANCE / DESTINATION</b>
<b>6 : MUTATION</b> depuis/dans l'établissement siège du Service d'Urgence (SU)	1 : Etablissement ou Service MCO
	2 : Etablissement ou Service SSR
<b>7 : TRANSFERT</b> depuis/vers un autre établissement que celui du SU	3 : Etablissement ou Service SLD
	4 : Etablissement ou Service PSY
<b>8 : DOMICILE</b> au sens large (lieu de résidence, lieu privatif, voie publique, structure hors établissement de santé)	5 : PE autre qu'organisationnelle*
	7 : Structure Médico-Sociale
	8 : PE organisationnelle*
<b>9 : DÉCÈS AUX URGENCES</b> : utilisée uniquement en mode de sortie	

L'usage des variables MODE D'ENTRÉE et PROVENANCE se limite à certains focus car la majorité des urgences proviennent du domicile ou de la voie publique. On peut citer l'intérêt de repérer :

- les transferts aux urgences depuis un autre établissement => Mode d'entrée 7 : la provenance précise alors la typologie d'activité du service d'amont,
- les urgences internes à l'établissement vues au SU => Mode d'entrée 6,
- les venues aux urgences de patients résidant en EHPAD => Mode d'entrée 8 + Provenance 7.

## ORIENTATION : précise des éléments non déductibles des variables mode de sortie et destination

FUGUE	Fugue avant prise en charge	REA	Service de Réanimation
SCAM	Sortie Contre Avis Médical	SI	Soins Intensifs
REO	Réorientation directe sans soin	SC	Surveillance Continue
UHCD	Mutation post-urgences en UHCD	CHIR	Service type Chirurgical
HDT	Hospitalisation à la demande d'1/3	MED	Service type Médical
HO	Hospitalisation d'Office	OBST	Service type Gynéco-Obstétrique

### Qualité et réserves d'interprétation de ces champs

Les champs PROVENANCE de type 5 et 8, qui précisent la nature purement organisationnelle de la prise en charge et réservée 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), ...

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,
- le code de l'Unité Administrative (de provenance ou de destination) en cas de MUTATION.

Des propositions sont faites dans les recommandations sur le RPU étendus pour intégrer ces aspects. Le fait de disposer des codes FINESS et d'unité permettra aux collecteurs régionaux de RPU, en lien avec les Répertoires Opérationnels de Ressources, de recomposer la typologie d'activité de l'établissement ou du service de provenance ou de destination.

## CCMU – Classification Clinique des Malades aux Urgences

### Définition, format, bornes et axes d'interprétation

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)



- **CCMU P** : Patient présentant/souffrant d'un problème psychologique et/ou psychiatrie dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable associée.
- **CCMU 1** : État clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique en dehors d'un ECG ou d'actes réalisables et interprétable au lit du patient.
- **CCMU 2** : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable. Décision d'acte complémentaire diagnostique (Prise de sang, Radiographie conventionnelle) ou thérapeutique (suture, réduction) à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
- **CCMU 3** : État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé pouvant s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
- **CCMU 4** : Situation pathologique engageant le pronostic vital sans gestes de réanimation immédiat.
- **CCMU 5** : Pronostic vital engagé. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
- **CCMU D** : Patient déjà décédé à l'arrivée du SMUR ou du service des urgences. Pas de réanimation entreprise.

Les axes d'interprétation de cet indicateur les plus fréquemment utilisés sont limités à deux focus :

- les simples consultations aux urgences sans acte complémentaire CCMU 1,
- le repérage des urgences vitales CCMU 4 et 5.

### ***Qualité et réserves d'interprétation***

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 :

- Le recueil de la CCMU se fait encore trop souvent à la fin du passage aux urgences alors qu'elle est censée être posée, au contraire, au début de la prise du patient.
- La CCMU 1 n'est pas codée de façon uniforme :
  - la notion de consultation spécialisée demandée aux urgences faisant passer le score CCMU 1 à CCMU 2 n'est pas toujours respectée,
  - la CCMU 1 comprend la réalisation éventuelle d'un ECG : certains centres ont également tendance à surcoter en CCMU 2 des simples passages avec consultations et ECG sans examen complémentaire.
- La distinction entre CCMU 2 et 3, par exemple, n'est pas toujours évidente
  - état lésionnel et/ou fonctionnel jugés stables ou non : cette notion s'avère très opérateur dépendante. Les séniors des urgences ont ainsi plus tendance à plus coder des CCMU 2 là où des jeunes médecins pressentent des risques évolutifs et codent alors une CCMU 3.
- La codification en CCMU P est ambivalente :
  - elle suppose de considérer qu'une consultation spécialisée de psychiatrie n'est pas un "un acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique",

- la notion de pathologie somatique "non instable", associée à un trouble psychiatrique dominant, permettant cette cotation est trop souvent interprétée comme une notion de trouble psychiatrique isolé sans atteinte somatique associée et limite ainsi l'intérêt de son exploitation.

L'utilisation de la CCMU comme critère de gravité est ainsi sujette à caution. Le futur format RPU intégrera donc la possibilité de collecter un indicateur de gravité réalisé lors du tri par l'Infirmier ou le Médecin Organisateur de l'Accueil (IOA /MOA).

## MOTIFS DE RECOURS

Le motif de recours est le diagnostic ou la symptomatologie motivant l'admission du patient aux urgences.

Il peut correspondre :

- Au diagnostic du médecin adressant le patient. Si plusieurs diagnostics sont évoqués par le médecin, choisir le plus sévère ou choisir un diagnostic d'orientation englobant les hypothèses formulées.
- A la principale plainte du patient en l'absence de prise en charge médicalisée préalable à l'admission.<sup>1</sup>

Ce champ est utilisé d'une façon très variable en fonction des logiciels mais aussi des services. Par ailleurs, le thésaurus actuel associe des motifs de recours, des diagnostics et des circonstances. Une refonte de ce champ en au moins deux champs séparant motifs et circonstances est à terme indispensable ; il est en cours de validation par la commission évaluation de la SFMU et la FEDORU dans le cadre de la publication d'une échelle de tri infirmier rénovée.

## DIAGNOSTICS PRINCIPAUX ET ASSOCIES

### **Définition, format, bornes et axes d'interprétation**

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.



**La FEDORU recommande ainsi que ces diagnostics soient codés à l'aide du Thésaurus National de la Société Française de Médecine d'Urgence** : ce thésaurus permet de limiter les temps de recherches en proposant une sous sélection des codes pathologies et symptômes les plus fréquemment rencontrés dans les services d'urgences. Il est par ailleurs maintenu à jour dans les suites de chaque modification de la classification CIM10.

Au-delà du palmarès des codes diagnostiques les plus fréquemment utilisés, le besoin de regrouper ces différents codes au sein de catégories à même de décrire les différentes filières de prise en charge a incité la FEDORU à proposer un outil d'analyse commun de ces données.

<sup>1</sup> Source SFMU "Thésaurus de médecine d'urgence Avril 2000"



La FEDORU recommande l'utilisation de cet outil de regroupement, téléchargeable sur le site internet de la FEDORU <http://www.fedoru.fr/> . Il permet notamment de classer les différents passages par grandes disciplines de prise en charge.

Pour des analyses thématiques ciblées, la FEDORU pourra proposer des regroupements de codes spécifiques (AVC, ...).

Les grandes disciplines de prise en charge :

- Douleurs thoraciques, pathologies cardio-vasculaires
- Douleurs abdominales, pathologies digestives
- Douleurs pelviennes, pathologies uro-génitales
- Dyspnées, pathologies des voies aériennes inférieures
- ORL, ophtalmo, stomato et carrefour aéro-digestif
- Traumatologie Tête et Cou
- Traumatologie de Membre
- Traumatologie thoraco-abdomino-pelvienne

Il permet également de décliner par discipline les différents types de pathologies en cause :

#### **Douleurs abdominales, pathologies digestives**

- Appendicite et autre pathologie appendiculaire
- Ascite, ictère et hépatopathie
- Constipation et autre trouble fonctionnel intestinal
- Diarrhée et gastro-entérite
- Douleur abdominale sans précision
- Gastrite, Ulcère Gastro-duodéal non hémorragique
- Hémorragie digestive sans mention de péritonite
- Lithiase, infection et autre atteinte des voies biliaires
- Nausées, vomissements
- Occlusion toute origine
- Œsophagite et reflux gastro-œsophagien
- Pancréatite aiguë et autre atteinte du pancréas
- Péritonite toute origine
- Proctologie

#### **Qualité et réserves d'interprétation**

Le codage diagnostique des urgences est trop souvent décrié, en ce sens qu'il manque de précision quand on le compare avec ce qui est réalisé dans le cadre de la collecte des données PMSI.

Il s'agit en effet de deux exercices totalement différents et à ce titre non comparables :

- Les codages diagnostiques PMSI
  - ont une finalité première de tarification des séjours hospitaliers et leur recueil passe par la saisie d'autres items Diagnostiques Reliés, Diagnostiques Associés Significatifs : le choix des codes à utiliser est par ailleurs bordé par les consignes du guide méthodologique PMSI
  - la précision des codages diagnostiques est rendue possible par le fait qu'à l'issue du séjour hospitalier la plupart des bilans étiologiques sont à disposition du médecin et lui permettent donc de porter un diagnostic précis

- Les codages diagnostiques des RPU
  - sont réalisés le plus souvent en temps réel à l'issue de la prise en charge dans les services d'accueil des urgences : à ce stade il est donc très fréquent de ne pas disposer de tous les éléments diagnostiques à même de qualifier précisément la pathologie en cause : le codage se limite ainsi souvent à une symptomatologie pour laquelle les urgences ont déjà écarté certaines étiologies et en confient ensuite l'exploration plus approfondie aux services de spécialités
  - sont étroitement dépendant de l'ergonomie logicielle : le flux important des passages aux urgences ne permet pas contrairement au PMSI de pérenniser une codification à posteriori de tous les RPU, cette codification est donc faite par les médecins urgentistes en même temps que la prise en charge de leurs patients. Le temps est donc précieux et ce n'est qu'en améliorant l'ergonomie logicielle que des gains sur la qualité du codage pourront être obtenus.

La codification des diagnostics associés est actuellement très limitée, voire inexistante, sur un grand nombre de services d'urgence. Elle pâtit également, à ce stade, d'un manque d'ergonomie logicielle à la saisie, ainsi que d'un manque de collecte automatisée de données, par ailleurs présentes dans le dossier médical informatisé.

## ACTES\_CCAM

### **Définition, format, bornes et axes d'interprétation**

Ils sont codés au moyen de la Classification Commune des Actes Médicaux. Tout comme pour la CIM10, cette classification mérite pour être exploitée aux urgences de disposer d'un thésaurus plus limité.



La FEDORU recommande l'usage du Thésaurus CCAM de la Société Savante de Médecine d'Urgence

### **Qualité et réserves d'interprétation**

Les contraintes de facturation en temps réel des consultations aux urgences font que beaucoup de services ne collectent désormais plus ces données au sein de leur logiciel urgences, mais directement sur le logiciel administratif de facturation de l'établissement. Leur production au sein des RPU en est donc difficile et nécessite la mise en place de connecteurs informatiques. Pour d'autres, ils existent encore des démarches de double saisie (Facturation versus RPU) mais qui s'avèrent par essence peu efficaces. Ces champs ACTES souffrent donc d'un défaut chronique d'exhaustivité rendant leur analyse très difficile.



La FEDORU recommande d'éviter toute double saisie de données d'actes et de favoriser les processus d'interconnexion et d'optimisation ergonomique des logiciels d'urgences.

## IV - CONCLUSION

### Contrôles de cohérence appliqués aux données

Il ne s'agit pas ici d'altérer les données produites par l'établissement au sein de ces RPU mais d'être capable de détecter des anomalies, d'en avertir les producteurs de données et d'en prendre acte lors de l'interprétation des données

- les non conformités mono-champ : variable non respectueuse du format en vigueur
- les non conformités multi-champs :
- association mode d'entrée / provenance incorrecte
- CCMU D (patient arrivé décédé) et mode de sortie en 8 (retour au domicile)
- Diagnostic principal Gynécologique pour un patient de sexe masculin,
- ....

### Axes d'analyse communs

La FEDORU a souhaité, toujours dans l'idée de permettre une comparaison entre régions d'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 plus spécifiques.



La FEDORU recommande les exploitations systématiques des axes et critères suivants :

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

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

- toutes les analyses produites à partir des données 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 croisés 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 précisé 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.





