

RECOMMANDATIONS FEDORU

Collecte et Usages des RPU

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

02 [Format des éléments collectés et règles de codage](#)

03 [Aide à la mise en œuvre technique de la remontée des données](#)

04 [Critères de cohérence des RPU](#)

05 [Fiche de validation des données RPU établissement](#)

06 [Mode de calcul des indicateurs](#)

 [« La Charte Qualité FEDORU »](#)

01

GT1

V02 - 11/2016

Versions

V02	11/2016
V1.1	03/2015
V01	10/2014

Table des matières

1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE.....	6
1.1 La FEDORU	6
1.2 Les RPU.....	6
1.3 Définition de la qualité	7
2. PRODUCTION ET COLLECTE DES RPU.....	8
2.1 Règles de création d'un RPU 	8
2.2 Saisie des données 	8
2.3 Modalités de transmission des RPU 	10
2.4 Réseau des référents établissements 	10
3. PRÉALABLE À L'UTILISATION DES DONNÉES.....	11
3.1 Vérification des données	11
3.1.1 Au fil de l'eau.....	11
3.1.2 À échéance.....	12
3.2 Évaluation de la qualité des données.....	14
3.2.1 Cohérence des données 	14
3.2.2 Pertinence des données 	14
3.3 Leviers pour améliorer la qualité des données.....	15
3.3.1 Engagement des acteurs 	15
3.3.2 Retour d'informations aux établissements 	15
3.3.3 Actions de sensibilisation 	15
4. DÉFINITIONS / FORMATS / BORNES ET ANALYSES.....	16

ANNEXE 1 : PROPOSITION D'UNE CHARTE QUALITÉ

ANNEXE 2 : DOUBLONS RPU - MÉTHODE ET DÉNOMBREMENT

Les pictogrammes permettent d'orienter le lecteur sur les parties qui lui sont plus particulièrement destinées.



Les Agences Régionales de Santé



Les professionnels des services d'urgences des établissements de soins



Les acteurs techniques des établissements de soins associés au traitement des RPU



Les ORU ou structures apparentées

Introduction

Vers une démarche qualité ...

Justification

Il faut garantir que les RPU reflètent la réalité de l'activité, ou à défaut pouvoir identifier des restrictions/limitations dans l'usage qui en est fait (savoir écarter les données ne satisfaisant pas un seuil qualitatif minimum).

Les enjeux concernant la qualité des données sont considérables. Sans un dispositif de contrôle structuré et adapté, partagé et harmonisé, l'utilisation des RPU est délicate, voire périlleuse. C'est un travail de contrôle au quotidien qui s'accompagne de la mise en œuvre de mesures/actions visant l'amélioration ou à minima au maintien d'un niveau qualitatif cible.

Les RPU sont utilisés aussi bien en région qu'au niveau national (panorama FEDORU, études nationales, ...) Sans normes communes de production et de traitement, ils sont difficilement superposables sans risque de mauvaise utilisation. Une mauvaise qualité des données et l'utilisation qui en découle peut induire des impacts à divers niveaux :

- Directement sur la qualité de la prise en charge du patient : par exemple une mauvaise donnée sur le triage initial du patient par l'IOA peut engendrer une priorisation inadaptée et une orientation dans un mauvais circuit de prise en charge.
- Des conséquences organisationnelles également : mal évaluer la gravité des patients ayant recours aux services d'urgences (difficulté d'interprétation de la CCMU), mal mesurer les durées de présence des patients (date de sortie faussée ou non codée en temps réel).
- Un impact économique : le coût de la mal cotation des actes, ou de la bascule de patients en UHCD virtuel.
- Autres types d'impacts : le codage des patients partis sans attendre, servant aussi bien comme évaluation de la satisfaction des usagers que comme mesure de la tension d'activité dans un service.

OBJECTIFS

Ce document doit répondre à un triple objectif :

- 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.
- Identifier des données non utilisables en l'état par défaut de qualité.
- Aider à la mise en œuvre d'actions ciblées pour combler et faire diminuer ces défauts de qualité.

MODALITÉS

Une charte qualité est proposée en annexe. Les ORU/structures apparentées peuvent la co-signer avec les établissements de leur région et l'Agence Régionale de Santé (en tant que responsable de la mission de traitement des RPU).

En parallèle, l'agence nationale de santé publique, Santé publique France (anciennement l'InVS) est informée des établissements qui se sont engagés dans cette démarche.

PUBLICS CONCERNES

Ce document s'adresse à l'ensemble des structures qui partagent la production ou l'exploitation des données transmises dans les RPU :



Les ARS

Les établissements de santé :



Les personnels des urgences



Les personnels des services informatiques

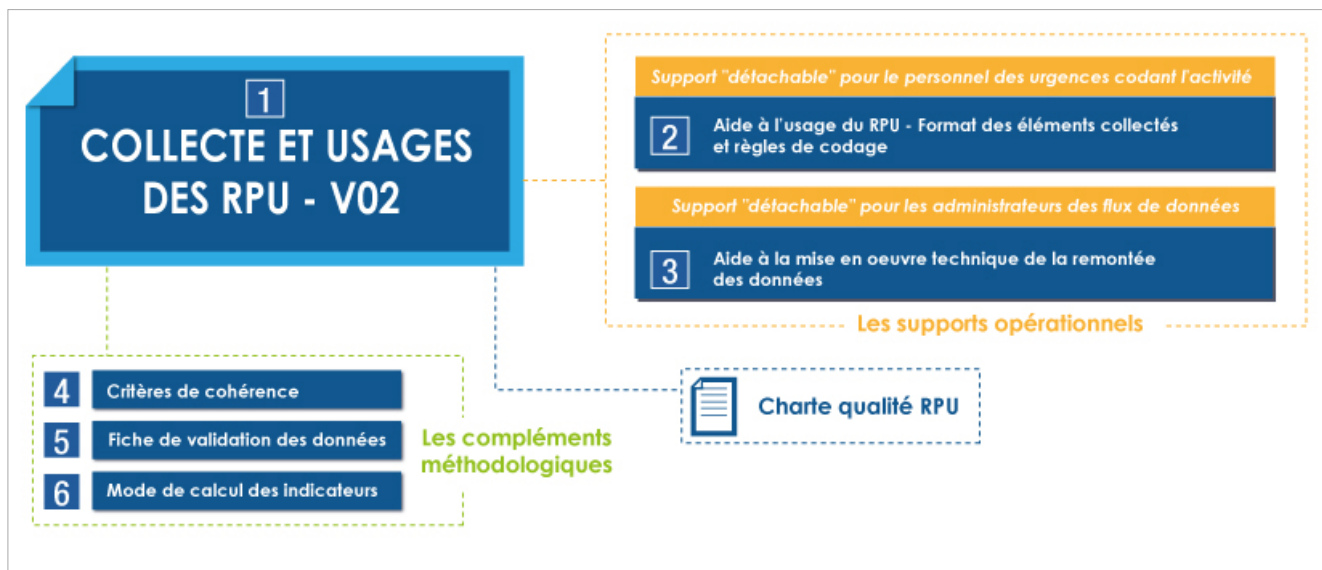


Les Observatoires Régionaux des Urgences et structures apparentées...

Des pictogrammes dans la table des matières permettent d'orienter le lecteur sur les parties qui lui sont plus particulièrement destinées. Les membres de la FEDORU se sont fixés comme règle commune la mise en application de ces recommandations. Si d'autres modes de gestion de données sont appliqués, des restrictions peuvent s'imposer et doivent être signalées lors de travaux en commun.

Ce travail se décline en plusieurs supports dont certains sont plus particulièrement destinés aux producteurs de données (charte qualité, aide au codage du RPU, aide à la mise en œuvre technique...) : ce sont les établissements de soins et indirectement les éditeurs des logiciels qui ont un rôle à jouer dans la production de données de qualité de par leur engagement contractuel avec les établissements.

Supports documentaires disponibles en version 2 des travaux sur la collecte et usages des RPU



1. Présentation générale

1.1 La FEDORU

La Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences (FEDORU) est une association créée en 2013. Ses objectifs sont :

- **Promouvoir** les observatoires régionaux des urgences et les structures ayant une activité similaire.
- **Promouvoir** toutes les actions visant à améliorer la connaissance sur les soins de premiers secours.
- **Partager** les expertises dans le domaine du recueil, de l'analyse et de l'évaluation de la qualité des données relatives à l'activité des urgences.
- **Assurer** toutes les actions de représentations pour ce domaine d'expertise.

Plus d'informations : <http://www.fedoru.fr/vie-de-lassociation/>

1.2 Les RPU

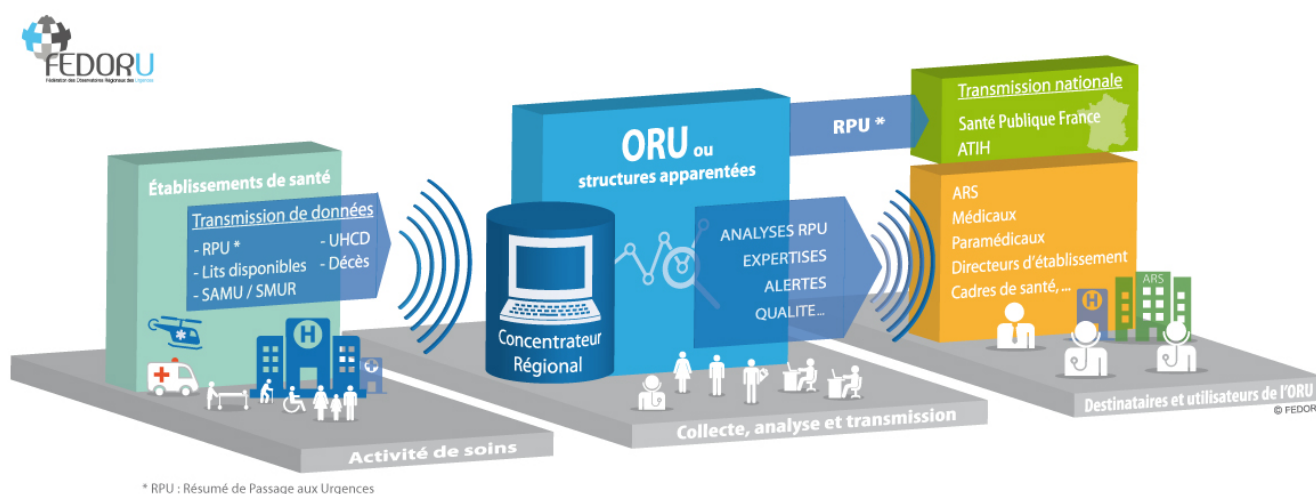
La définition du format national du RPU sous l'égide de la DHOS, de l'INVS (nouvellement Santé publique France) et de la SFMU est réalisée en 2006. En 2013, l'arrêté du 24 juillet et l'instruction l'accompagnant¹, rendent obligatoires la collecte et la transmission des RPU.

Les Agences Régionales de Santé ont, depuis cet arrêté, la responsabilité de la collecte régionale (ainsi que de la déclaration CNIL s'y rapportant), qu'elles peuvent déléguer en gestion à une structure régionale de type ORU. Elles ont la mission de mettre en œuvre les remontées au niveau national :

- À l'agence nationale de santé publique, Santé publique France (ex Institut national de Veille Sanitaire) dans le cadre du réseau OSCOUR®.
- À l'Agence Technique de l'Information Hospitalière (dans le cadre du programme SYRIUS - SYstème de Recueil de l'Information des Urgences).

Un comité de suivi (COSUI) spécifique, piloté par la DGOS, a permis la montée en charge de la collecte des RPU et de leur qualité. Ce pilotage au niveau national a montré une amélioration, dans sa phase initiale, de l'exhaustivité de la collecte.

Schématisation des processus liés à la collecte et à la transmission des données



L'ensemble des données RPU remontées provient du système d'information (SI) des urgences, qu'il soit un logiciel métier ou non. Ceci se fait grâce à un flux automatisé entre les SU et les concentrateurs régionaux ou leurs substituts. Le SI impact sur la qualité de la collecte des RPU, plusieurs mécanismes y sont liés : ergonomie du logiciel, formation des personnels, mise en place de connecteurs fiables, paramétrage de l'outil, ...

¹ Instruction DGOS/R2/DGS/DUS/2013/315 du 31 juillet relatifs aux RPU

Acteurs impliqués :

- Gestionnaire de flux régional
- Référents RPU établissement (urgentiste, DIM, cadre de santé...)
- DSI établissements
- Direction d'établissement
- Acteurs de saisie des données (urgentistes, infirmiers, secrétaires...)
- Éditeurs des logiciels utilisés par les SU

1.3 Définition de la qualité

Définition de la qualité (ISO) : aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences. Il est nécessaire de disposer de référentiels socles décrivant les éléments attendus, de définitions et règles de codage à associer à ces paramètres et enfin de procédures de contrôle et de vérification. Des actions d'améliorations peuvent ensuite être envisagées sur des points particuliers. Tous ces processus demandent une coordination multi-acteurs montrant ainsi que la qualité est une responsabilité partagée, par les producteurs et utilisateurs de données, et également par les gestionnaires de systèmes d'information.

Il est possible d'utiliser différents critères de mesure de la qualité d'une donnée. On notera entre autres :

- **Exhaustivité** : référence au volume de données recueillies, à la complétude des champs RPU, à la quantité d'informations disponibles.
- **Conformité** : référence au respect du format demandé, repose sur l'utilisation de référentiel déjà identifié (RPU, FINISS, recommandations FEDORU,...).
- **Exploitabilité** : pour un critère donné pour lequel une réponse est systématiquement attendue, part des RPU pour lesquels un élément est renseigné au bon format (exhaustivité + conformité) sur le total des RPU.
- **Cohérence** : mesure de la qualité de la donnée en jugeant du respect d'une certaine logique. Elle repose sur des principes édictés, presque mathématiques comme cela est fait dans le cadre des contrôles inter champ.
- **Pertinence** : évalue la fiabilité même de la donnée dans son sens métier, elle suppose une expertise métier et ne peut être réalisée par des contrôles automatiques.

Une donnée peut être considérée de qualité si elle est validée pour les 5 mesures énoncées ci-dessus. Elle devient alors pleinement analysable. Toute la démarche détaillée dans ce document est de décrire des méthodes, règles et moyens permettant de conduire à cet objectif.

2. Production et collecte des RPU

2.1 Règles de création d'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 provenance, mode de sortie, orientation et du codage diagnostique. Les reconvoctions devraient être limitées au maximum, ce n'est pas l'activité attendue d'un SU. Ces passages doivent être identifiés comme le permet le format du RPU V2 (champ provenance code 8).

Le RPU commence lorsque le patient se présente aux urgences et s'arrête après l'orientation du patient (l'UHCD n'en fait pas partie).

L'arrêté du 24 juillet 2013 précise : " les établissements de santé publics et privés ayant une activité autorisée en médecine d'urgence produisent et traitent des données d'activité médicale ".

À 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, neuro-sensorielles, 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).

L'activité de soins non programmé en dehors d'un site d'urgence ne rentre pas dans le champ du RPU, pour autant c'est un champ de développement à envisager.

RECO

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.

RECO

La **FEDORU recommande** que seuls les RPU des services autorisés de médecine d'urgence soient intégrés dans les analyses réalisées. On intègre ici les centres SOS mains, les centres de consultations non programmées à partir du moment où ils sont affiliés à un service d'urgence. Les RPU produits par les antennes SMUR, sans service d'accueil physique des patients, ne sont pas intégrés dans les analyses.

2.2 Saisie des données

Cette étape clef conditionne la qualité future des données recueillies. Une bonne saisie dans le dossier informatisé des urgences sera facilitée et améliorée sous 2 conditions :

- Le partage des définitions des éléments demandés, du format attendu et des règles de codage, ceci afin de recueillir une information harmonisée et d'en faciliter la saisie. En parallèle, l'utilisateur/codeur doit comprendre ce qui lui est demandé, savoir ce qui va être fait de l'information saisie, mesurer l'intérêt de son action.
- Disposer d'un système d'information adapté et paramétré pour faciliter la saisie au format attendu dans le respect de la perception métier. **QUELQUES EXEMPLES :**
 - avoir des thésaurus recommandés par la Société Française de Médecine d'Urgence et à jour (diagnostics, actes,...), disposer d'un module de recherche facilité parmi les codes CIM10 ou CCAM ;
 - affichage ordonné dans des menus déroulants ;
 - affichage conditionnel de certaines informations (demande du service d'aval uniquement pour un patient hospitalisé dans la structure) ;
 - appellation (nommage) du champ dans l'outil, aide contextuelle, positionnement du champ dans le dossier (CCMU au début ou à la fin du dossier médical).

Les champs du format RPU sont exigibles (format national de 2006 repris par l'arrêté 2013) et donc obligatoires à chaque fois qu'ils doivent être saisis. Un dossier ne doit pouvoir être clôturé s'il celui-ci n'est pas complet. On distingue ici la sortie du patient réalisée en temps réel et la clôture du dossier qui peut être différée lorsque le dossier est (idéalement) totalement complété. Les établissements de santé ou les régions qui le souhaitent peuvent mettre en place un RPU comportant d'autres mentions pour répondre à des besoins spécifiques.

Il appartient à chaque établissement de s'assurer auprès de son éditeur logiciel (ou de son service informatique en cas de développement local) de la disponibilité des champs de saisie des données et de leur paramétrage. L'établissement est garant de la bonne complétude des champs du RPU. Tout dossier patient créé doit être transmis au niveau régional, à partir du moment où il contient une date/heure d'entrée. Ce dossier est initié dès l'admission du patient aux urgences et sera complété au fur et à mesure de la prise en charge et mis à jour automatiquement sur le serveur régional.

PROPOSITION

La **FEDORU propose** le [document](#) "Aide à l'usage du RPU - format des éléments collectés et règles de codage"

RECO

La **FEDORU recommande** la diffusion et l'utilisation de ce document de synthèse qui doit être porté à la connaissance de tout codeur et des utilisateurs des données.

RECO

La **FEDORU recommande** l'utilisation d'un système d'information adapté au recueil des RPU et une prise de contact à périodicité définie avec les établissements afin de permettre de faire le point sur les informations transmises (exhaustivité des critères, conformité, ...).

Les principales causes de failles dans la remontée des RPU sont :

- Mauvais flux
- Mauvais paramétrage
- Mauvais codage, etc

De meilleures remontées des RPU sont constatées suite à l'utilisation de logiciel au sens métier de la prise en charge en urgence, le paramétrage de champs bloquants et une visibilité des utilisateurs métier sur les champs qui remontent dans les RPU.

RECO

La **FEDORU recommande** l'utilisation par les services d'urgences d'un logiciel métier (avec une interface entre le DPI et le logiciel métier opérationnel).

Documents références :

Charte OSCOUR® de l'InVS V8 (page 8 à 10) : http://www.fedoru.fr/wp-content/uploads/2016/02/cahier-des-charges-oscour-v8_vf.pdf

Cahier des charges RPU en vigueur : <http://www.fedoru.fr/wp-content/uploads/2016/03/RPU-National-V2006.pdf>

Plateforme SYRIUS : <http://sap.atih.sante.fr/syrius/>.

2.3 Modalités de transmission des RPU

Le processus d'intégration des données a un impact sur la qualité finale des informations disponibles. Les modalités définissant cette transmission sont soit :

- **DES ÉLÉMENTS CONNUS ET ENCADRÉS** : les références sont le format RPU 2006, mis à jour en 2013, le cahier des charges des remontées de l'agence nationale de santé publique, Santé publique France, dans le cadre du dispositif SurSaUD® et à l'ATIH pour le programme SYRIUS. On y trouve entre autres les paramètres d'envoi des fichiers (Cf. documents en lien au paragraphe précédent).
- **DES ÉLÉMENTS TECHNIQUES COMPLÉMENTAIRES**, pour lesquels la FEDORU propose des recommandations, qui concernent les établissements et le gestionnaire du concentrateur.
- **UNE MÉTHODE** d'insertion des données, de sécurisation, traitement des rejets, des notifications, gestion des dysfonctionnements, des anomalies...

Le paramétrage des dispositifs techniques doit permettre un flux RPU fiable et respectant les fréquences de remontée définie en région.

PROPOSITION

La FEDORU propose le [document](#) "RPU : aide à la mise en œuvre technique de la remontée des données"

RECO

La FEDORU recommande la diffusion et l'utilisation de ce document qui doit être porté à la connaissance de tous les acteurs techniques qui participent à la mise en œuvre et au fonctionnement du flux.

RAPPEL

La FEDORU rappelle la nécessité de l'extraction à minima quotidienne de l'ensemble des RPU de la période considérée [J-7 / J-1] avant 4 heures du matin : c'est en effet l'ensemble de ces données qui va venir effacer / remplacer en base régionale les RPU déjà reçus sur la même période.

2.4 Réseau des référents établissements

Dans certaines régions, il est identifié dans chaque établissement un référent professionnel de santé (du service des urgences) et un référent technique : le premier pour apporter sa vision métier sur la qualité des données produites en vue des analyses ; le second pour répondre aux questions techniques et aux problèmes rencontrés lors de la remontée des données. Ces deux profils sont complémentaires.

Même si l'impact sur la qualité des données n'est pas aisément mesurable, le bénéfice de ce type d'organisation en réseau est réel. Cette organisation permet d'explicitier les attentes autour du RPU, d'identifier les acteurs et relais locaux, de

favoriser le partage d'expérience et de fonctionnement. L'animation de ce réseau peut être facilitée par la formalisation en comité ou club régional RPU et en programmant des temps d'échanges dédiés.

RECO

La FEDORU recommande à chaque région d'identifier des référents professionnels de santé et technique de la production des RPU sur chaque établissement.

3. Préalable à l'utilisation des données

3.1 Vérification des données

3.1.1 Au fil de l'eau

3.1.1.1 IDENTIFICATION ET TRAITEMENT 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 vrais jumeaux consultent ensemble aux urgences.

RECO

La **FEDORU recommande** la surveillance quotidienne d'apparition de doublons par un processus automatique (à réaliser par l'ORU). Si la détection révèle :

- des doublons en masse : une prise de contact au plus vite avec l'établissement est souhaitable pour les exclure des fichiers d'import après expertise ;
- des doublons isolés : l'expérience montre que leur impact sur les résultats d'activité sont négligeables. Ils peuvent néanmoins être nettoyés périodiquement, en général annuellement.

(Cf. Annexe 2 : Taux de présence relevé)

3.1.1.2 IDENTIFICATION ET TRAITEMENT DES "CREUX" DANS LES CUMULS DE RPU DISPONIBLES

Les variations journalières des nombres de passages aux urgences par établissement, calculées au niveau du concentrateur, peuvent être le reflet d'une fluctuation réelle de l'activité mais également d'un dysfonctionnement dans la remontée de l'information.

RECO

La **FEDORU recommande** de repérer, par un processus automatique, à fréquence restreinte, les jours sans RPU, ou en quantité trop faible pour être cohérente (à réaliser par l'ORU). Les données seront réintégrées automatiquement si les corrections sont faites dans les 7 jours, ou à rejouer par l'établissement a posteriori (en fonction de leur capacité) sur la période manquante.

3.1.1.3 SUIVI "D'INDICATEURS REPÈRES" PAR STRUCTURE

Le suivi, idéalement quotidien, d'indicateurs repères par établissement, permet d'identifier un dysfonctionnement de la remontée d'information. En pratique, il s'agit de comparer les valeurs de certains champs du RPU par rapport à la moyenne habituellement observée pour ce champ et pour cet établissement.

PROPOSITION

La **FEDORU propose** une liste d'indicateurs (extraite de la fiche de validation des données présentée ci-après). Les éléments de surveillance sont les principales variables du RPU : la répartition par classe d'âge, par sexe, par mode de transport à l'entrée, orientation post urgences. La valeur repère, pour chaque indicateur, est la moyenne observée, sur la dernière année, à jour de semaine identique.

RECO

La **FEDORU recommande** la détection automatique, idéalement quotidienne, de variations sur des "indicateurs repères" (à réaliser par l'ORU), et la transmission vers l'établissement concerné des anomalies suspectées. Les données seront réintégrées automatiquement si les corrections sont faites dans les 7 jours, ou à rejouer par l'établissement a posteriori (en fonction de leur capacité) sur la période manquante.

3.1.2 À échéance

3.1.2.1 MESURE DE L'EXHAUSTIVITÉ DU FLUX RPU

Donne une indication de la quantité d'informations disponibles. Pour un établissement, se calcule de la manière suivante : nombre de RPU transmis par l'établissement / nombre de passages aux urgences de cet établissement (SAE ou SRVA suivant les régions).

RECO

La **FEDORU recommande** l'utilisation d'un taux d'exhaustivité uniquement pour quantifier le volume de RPU remonté en regard de l'activité totale du service.

3.1.2.2 MESURE DE L'EXPLOITABILITÉ

Associée à un résultat, elle donne, en une seule mesure, une indication composite sur l'exhaustivité et la conformité de la donnée ; c'est-à-dire qu'elle tient compte à la fois de la quantité d'information disponible et du respect du format attendu.

Pour un critère donné du RPU : nombre de RPU pour lesquels le critère est complété et conforme / nombre total de RPU de l'échantillon considéré.

RECO

La **FEDORU recommande** que le taux d'exploitabilité d'un item du RPU soit associé à la publication d'un indicateur d'activité, à minima dans les panoramas annuels.

3.1.2.3 VALIDATION DES DONNÉES

Elle doit se faire à minima une fois par an, notamment avant de produire le panorama annuel. Elle découle de la confrontation des données du concentrateur aux autres sources existantes (base de données des établissements, SRVA si non alimenté par les RPU, SAE).

- Rapprochement avec les données en possession de l'établissement, par le biais d'une fiche de contrôle normalisée, pré-remplie par l'ORU, puis adressée aux référents technique et professionnel de santé de la structure concernée. En cas d'écart, un travail est mené pour en déterminer les causes, les corriger ou au moins les expliquer (ex : informatisation d'une partie des urgences, non remontée d'une catégorie de passages, ...).
- Rapprochement avec les données saisies dans la SAE et les SRVA (à réaliser par les gestionnaires des concentrateurs régionaux).

Il est important, dans cette phase, d'expliquer aux producteurs de données les règles et méthodes de calcul utilisées pour qu'ils puissent reproduire la requête de leur côté avec les mêmes critères. Suivant la capacité locale de la structure, cela se fera en partenariat avec l'éditeur de l'applicatif en

fonctionnement aux urgences. Cela revient à disposer d'un langage commun explicitant les formules de calculs des indicateurs d'activité utilisés. Plus la fréquence des ces validations est importante, plus elles sont faciles à mener.

PROPOSITION

- ▶ La FEDORU propose un modèle de [fiche de validation des données](#).
- ▶ La FEDORU propose un [document descriptif des méthodes de calculs](#) en décomposant les formules à utiliser.

RECO

La FEDORU recommande d'effectuer une validation des données avec chaque établissement, au moins une fois par an, le plus tôt possible dans l'année, en étant transparent sur la manière d'opérer.

3.2 Évaluation de la qualité des données

3.2.1 Cohérence des données

La cohérence des données est évaluée en croisant plusieurs critères du RPU, en vérifiant que les informations conservent un sens "logique", ne se contredisent pas.

Par exemple : l'heure de sortie du patient doit être postérieure à l'heure d'arrivée, la date de naissance doit être antérieure ou égale à celle du jour, la destination peut être non remplie si le mode de sortie du patient est le retour à domicile... Les incohérences relevées peuvent être traitées comme une anomalie : elles nécessitent un échange avec le ou les établissement(s) concerné(s).

Suivant le volume ou l'organisation interne, certains établissements préféreront ce suivi à une fréquence prévue à l'avance. Toute modification de dossier réalisée dans les sept jours sera automatiquement prise en compte sur le serveur régional limitant ainsi les contraintes de renvoi des informations corrigées.

PROPOSITION

La FEDORU propose un [listing de critères](#) de contrôle de la cohérence des données.

RECO

La FEDORU recommande le contrôle automatique et régulier de la cohérence des données dont la fréquence sera définie avec chaque établissement.

3.2.2 Pertinence des données

Cette étape, souvent en bout de processus, est néanmoins d'une importance capitale. Elle valide la fiabilité métier qui accompagne la donnée ou permet d'identifier des restrictions à son usage.

Elle ne peut être évaluée autrement que par une expertise médicale ayant une connaissance fine du métier et du terrain d'application de la donnée : ici la sphère des urgences, que ce soit le fonctionnement de l'ensemble des services d'accueil ou la prise en charge patient qui y est réalisée. Cette compétence se retrouve habituellement au sein de l'ORU. Les bulletins de rétro-information sont un moyen pour déceler des défauts de pertinence. Cette évaluation est réalisée dans le cadre de commissions spécialisées impliquant les professionnels producteurs de données. Cette concertation est idéalement réalisée dans le cadre des ORU.

À titre d'exemple, il peut s'agir d'une fréquence anormale d'un diagnostic ou d'un mode de transport étonnant eu égard au plateau technique d'un établissement donné ou encore d'un mode de sortie inhabituel mais cohérent avec une organisation locale spécifique.

RECO

La FEDORU recommande le contrôle en continu de la pertinence des données.

3.3 Leviers pour améliorer la qualité des données

3.3.1 Engagement des acteurs

Contractualisation avec l'ARS (CPOM) : il s'agit de définir des objectifs d'exhaustivité des champs stratégiques des RPU, de cohérence entre RPU et SAE...

Contractualisation entre les acteurs : Une Charte qualité RPU : Elle est à la fois un outil de sensibilisation, de communication et un levier d'action. Elle fixe l'organisation autour de la remontée des RPU au-delà des personnes présentes à un instant T, c'est un gage d'investissement des parties prenantes à cette charte pour assurer la meilleure continuité du fonctionnement.

PROPOSITION

La FEDORU propose un modèle de charte qualité RPU pouvant être utilisé par les ORU et les établissements de la région concernée (Cf. [Annexe 1](#) et également téléchargeable [ici](#)).

RECO

La FEDORU recommande l'utilisation d'une charte qualité RPU signée conjointement par les établissements, l'ORU et l'ARS. Cette charte précise les engagements des parties afin de disposer d'une qualité des données la meilleure possible, la plus proche possible de la réalité de l'activité "urgences".

3.3.2 Retour d'informations aux établissements

L'ORU doit proposer et organiser la rétro-information, sous une forme adaptée et répondant aux besoins des utilisateurs/codeurs, afin de partager l'information disponible et d'en faciliter l'usage.

RECO

La FEDORU recommande :

- à minima la production de bulletins périodiques d'indicateurs d'activité (annuaire des bulletins régionaux disponible par la FEDORU) ;
- l'utilisation d'un outil décisionnel permettant la production automatique de bulletins planifiés facilitant la production de résultats en continu (SAS/tableau/jaspersoft/...).

3.3.3 Actions de sensibilisation

Elles peuvent prendre des formes variées : plaquettes d'information, rencontres, etc. Elles s'adressent à minima aux référents établissements et concernent aussi bien l'actualisation des règles de codage, des critères de contrôles, des bulletins de suivi, etc... et permettent d'entretenir la dynamique d'amélioration de la qualité du dispositif.

4. Définitions / Formats / Bornes et analyses

DÉFINITIONS

Dénomination des tranches horaires de journées

JOUR CIVIL [00h00 - 23h59]	JOURNÉE [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]

Le week-end est la période qui s'étend du samedi 00:00 au dimanche 23:59 et concerne toutes les admissions réalisées sur cette période.

Période d'activité de PDSA

WEEK-END PDSA	Du Samedi 12h00 au Lundi 07h59
EN SEMAINE	Du Lundi au Vendredi de [20h00 - 07h59 le lendemain
EN JOUR FÉRIÉ	De 00h00 à 23h59
PONT PDSA*	De 00h00 à 23h59

*Les ponts PDSA sont ceux qui sont qualifiés comme tels 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.

Les tranches de Durée de Passages

MOINS DE 4 HEURES	Moins d'une heure
	Entre 1 et 2 heures
	De 2 à 4 heures
4 HEURES ET PLUS	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, plus robuste, 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.

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

Les passages en dehors de la plage [0;72 heures] sont exclus des calculs de moyenne et médiane.

Date de naissance, âge, sexe

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

Les patients en dehors de l'intervalle [0;120 ans] sont exclus et doivent être traités comme des anomalies.
Le calcul de l'âge moyen s'appuie sur les âges des patients calculés en jours et non pas sur les âges arrondis en années.

SEX-RATIO	Effectif de la patientèle Masculine divisé par celui de la patientèle Féminine
Taux de Masculinité	Effectif de la patientèle Masculine divisé par le total la patientèle (H+F)
Taux de Passage sur un territoire donné	Nb de passages dans les services d'urgences d'un territoire divisé par la population estimée de ce territoire sur la période donnée
Taux de Recours sur un territoire donné	Nb de passages dans les services d'urgences (du territoire) de <u>patients résidant dans ce territoire</u> (code postal ou commune) divisé par la population estimée de ce territoire sur la période donnée

Mode d'entrée / mode de sortie	Provenance / Destination
6 : MUTATION depuis/dans l'établissement siège du Service d'Urgences (SU) 7 : TRANSFERT depuis/vers un autre établissement que celui du SU	1 : Établissement ou Service MCO 2 : Établissement ou Service SSR 3 : Établissement ou Service SLD 4 : Établissement ou Service PSY
8 : DOMICILE au sens large (lieu de résidence, lieu privatif, voie publique, structure hors établissement de santé)	5 : PEC autre qu'organisationnelle 6 : Hospitalisation à domicile 7 : Structure d'hébergement Médico-sociale 8 : PEC organisationnelle
9 : DÉCÈS AUX URGENCES : utilisée uniquement en mode de sortie	

MÉTHODES DE CALCUL DES INDICATEURS D'ACTIVITÉ RÉALISÉS PAR LES ORU

Les calculs effectués à partir des RPU qui portent une même appellation (ex : taux de passage) doivent non seulement renvoyer à une seule définition mais également à un mode unique de calcul. Ce travail, pour au moins tous les indicateurs apparaissant dans le panorama d'activité, a été réalisé et est disponible dans le document "6 - Mode de calcul des indicateurs" : [à consulter ici](#)

Annexe 1

CHARTRE QUALITÉ RPU

Objet de la charte qualité RPU

Cette charte qualité décrit les engagements à tenir pour disposer d'une qualité des données la meilleure possible, la plus proche possible de la réalité de l'activité "urgences".

Cette charte qualité énumère donc des principes de gestion, de traitement et d'analyse des données que s'engagent à respecter l'ensemble des professionnels intervenant dans le processus. Elle vient en complément du cahier des charges fourni par le réseau OSCOUR®.

Dans les régions volontaires et dotées d'un ORU ou d'une structure apparentée, cette charte est signée conjointement par :

- le Directeur, ou son représentant désigné, de l'établissement de santé doté d'une autorisation d'activité de la médecine d'urgence qui transmet des RPU ;
- l'Observatoire Régional des Urgences ou la structure apparentée ;
- l'ARS en tant que responsable de la mission de traitement des RPU.

Cette charte concerne les données du RPU dans leur globalité soit l'ensemble des informations contenues dans les RPU : celles définies par l'arrêté de juillet 2013 mais également les critères complémentaires du RPU ajoutés par certaines régions.

Cette charte est un des leviers de l'amélioration de la qualité des données. Elle s'enrichira au fur et à mesure de l'évolution des données recueillies : intégration des données SAMU / SMUR, etc.

Définition de la qualité et du processus pour la mesurer

Définition de la qualité (ISO) : *aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences.*

Pour cela, il est nécessaire de disposer de référentiels socles décrivant les éléments attendus, de définitions et règles de codages à associer à ces paramètres et enfin de procédures de contrôle et de vérification pour valider que l'on tende bien vers la cible souhaitée. Des actions d'améliorations peuvent ensuite être envisagées sur des points particuliers. Tous ces processus demandent une coordination multi-acteurs montrant ainsi que la qualité est une responsabilité partagée, par les producteurs et utilisateurs de données, également par les gestionnaires de systèmes d'information.

Il est possible d'utiliser différents critères de mesure de la qualité d'une donnée. On notera entre autres :

- **Exhaustivité** : référence au volume de données recueillies, à la complétude des champs RPU, à la quantité d'informations disponibles.
- **Conformité** : référence au respect du format demandé, repose sur l'utilisation de référentiel déjà identifié (RPU, FINISS, recommandations FEDORU, ...).
- **Exploitabilité** : pour un critère donné pour lequel une réponse est systématiquement attendue, c'est la part des RPU pour lesquels un élément est renseigné au bon format (exhaustivité + conformité) rapporté au total des RPU.
- **Cohérence** : mesure de la qualité de la donnée en jugeant du respect d'une certaine logique. Elle repose sur des principes édictés, presque mathématiques comme c'est fait dans les contrôles inter champ.
- **Pertinence** : évalue la fiabilité même de la donnée dans son sens métier, elle suppose une expertise métier et ne peut être réalisée par des contrôles automatiques.

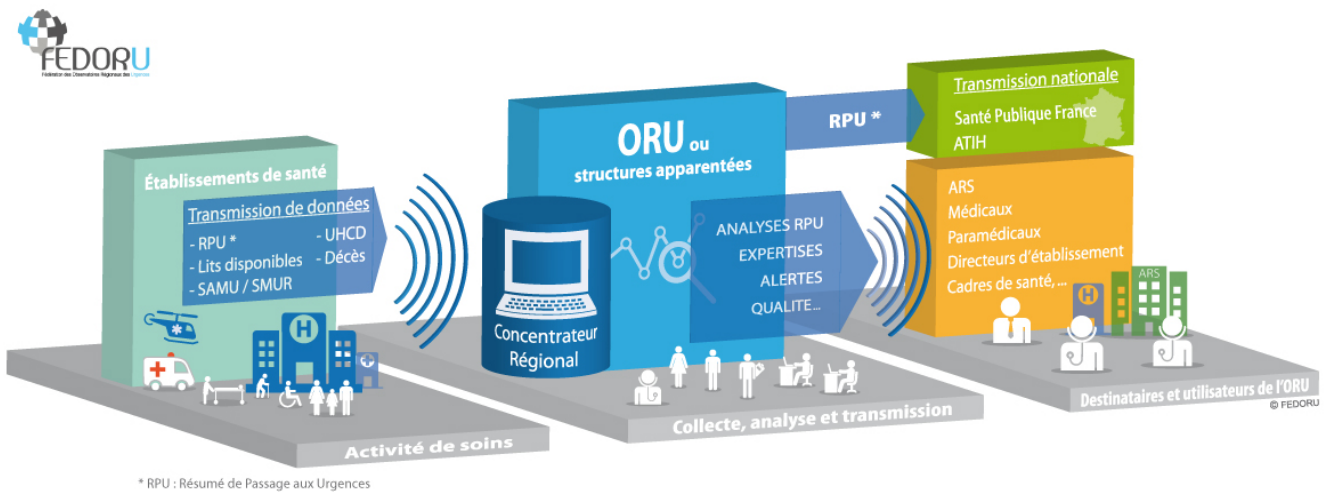
Une donnée peut être considérée de qualité si elle est validée pour les 5 mesures énoncées ci-dessus. Elle devient alors pleinement analysable. Toute la démarche détaillée dans ce document est de décrire des méthodes, règles, et moyens permettant de conduire à cet objectif.

Réglementation associée au traitement et à l'usage des RPU

La définition du format national du RPU sous l'égide de la DHOS, de l'INVS (nouvellement Santé publique France) et de la SFMU est réalisée en 2006. En 2013, [l'arrêté du 24 juillet](#) et [l'instruction DGOS/R2/DGS/DUS/2013/315 du 31 juillet relatifs aux RPU](#) rendent obligatoire la collecte et la transmission des RPU (une modification du format national a été apportée au 16/09/2013).

Les Agences Régionales de Santé ont, depuis cet arrêté, la responsabilité de la collecte régionale et des envois nationaux à l'Agence Nationale de Santé Publique, Santé publique France (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.

Schématisation des processus liés à la collecte et à la transmission des données



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 SU et les concentrateurs régionaux ou leurs substituts.

Acteurs impliqués :

- Gestionnaire de flux régional
- Référents RPU établissement (urgentiste, DIM, cadre de santé...)
- DSI établissements
- Direction d'établissement
- Acteurs de saisie des données (urgentistes, infirmiers, secrétaires...)
- Éditeurs des logiciels utilisés par les SU

Engagements

Règles de création d'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 provenance, mode de sortie, orientation et du codage diagnostic. Les reconvoctions devraient être limitées au maximum, ce n'est pas l'activité attendue d'un SU. Ces passages doivent être identifiés comme le permet le format du RPU V2 (champ provenance code 8).

Le RPU commence lorsque le patient se présente aux urgences et s'arrête après l'orientation du patient (l'UHCD n'en fait pas partie).

L'arrêté du 24 juillet 2013 précise : " les établissements de santé publics et privés ayant une activité autorisée en médecine d'urgence produisent et traitent des données d'activité médicale ".

À 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).

L'activité de soins non programmé en dehors d'un site d'urgence ne rentre pas dans le champ du RPU, pour autant c'est un champ de développement à envisager.

Saisie des données

Cette étape clef conditionne la qualité future des données recueillies. La bonne saisie dans le dossier informatisé des urgences sera facilitée et améliorée sous 2 conditions :

- Le partage des définitions des éléments demandés, du format attendu et des règles de codage, ceci afin de recueillir une information harmonisée et d'en faciliter la saisie. En parallèle, l'utilisateur/codeur doit comprendre ce qui lui est demandé, savoir ce qui va être fait de l'information saisie, mesurer l'intérêt de son action.
- Disposer d'un système d'information adapté et paramétré pour faciliter la saisie au format attendu dans le respect de la perception métier.

Les champs du format RPU sont exigibles (format national de 2006 repris par l'arrêté 2013) et donc obligatoires à chaque fois qu'ils doivent être saisis. Un dossier ne doit pouvoir être clôturé si celui-ci n'est pas complet.

Il appartient à chaque établissement de s'assurer auprès de son éditeur logiciel (ou de son service informatique en cas de développement local) de la disponibilité des champs de saisie des données et de leur paramétrage. L'établissement est garant de la bonne complétude des champs du RPU.

Tout dossier patient créé doit être transmis au niveau régional, à partir du moment où il contient une date/heure d'entrée. Ce dossier est initié dès l'admission du patient aux urgences et sera complété au fur et à mesure de la prise en charge et mis à jour automatiquement sur le serveur régional.

Le document "aide à l'usage du RPU - format des éléments collectés et règles de codage" est diffusé à l'ensemble des utilisateurs afin que la saisie des données soit explicitée, facilitée et harmonisée. Les utilisateurs s'engagent à en prendre connaissance et à l'appliquer.

Chaque établissement en lien avec l'ORU vérifie à périodicité définie que le système d'information est correctement paramétré pour que les données soient saisies et transmises au format attendu.

Transmission des RPU au collecteur régional

Le processus d'intégration des données a un impact sur la qualité finale des informations disponibles. Le paramétrage des dispositifs techniques doit permettre un flux RPU fiable et respectant les fréquences de remontée définie en région.

Les recommandations pour la transmission des RPU de l'établissement vers le collecteur régional sont les suivantes :

- Envoi au minimum une fois par jour (avant 4 heures du matin) de tous les passages (pas de filtre au moment de l'envoi) des 7 jours glissants, au format XML. Dans les régions où le RPU est un outil de suivi de la tension hospitalière, la fréquence d'actualisation devient infra horaire pour permettre un suivi en temps réel de l'activité.
- Le flux doit être automatisé. Aucune intervention humaine n'est nécessaire pour la remontée des données sauf en cas de problème ou lors d'un rattrapage.
- En cas d'anomalie ou de coupure du flux, il doit être planifié un rattrapage de données en concertation notamment avec l'ORU. La continuité du flux RPU doit être assurée même en cas de coupure électrique prolongée dans l'établissement. Dans le cas d'un rattrapage à plus de 45 jours, l'ORU informera l'agence nationale de santé publique, Santé publique France, pour leur permettre la prise en compte de ces modifications.
- Chaque changement de version d'un outil doit être précédé à minima de la communication à l'ORU des horaires et des impacts attendus et suivi d'un contrôle systématique du retour au fonctionnement normal du dispositif de remontée.
- Il est nécessaire d'anticiper les migrations en cas de changement de système d'information afin de mettre en place le nouveau flux et d'assurer au mieux la continuité de l'alimentation du serveur régional.
- Identifier des référents techniques dans les établissements en tant que contact privilégié pour toute intervention technique sur le RPU. Pour la gestion des dysfonctionnements, la création d'une adresse générique `alerte_rpu@nom_de_domaine_deletablissement` est souhaitable.
- Les établissements doivent disposer d'une interface pour rejouer les données sur une période donnée, récente ou non. Ce dispositif est par ailleurs exigé dans le cadre des validations mensuelles du flux ATIH.

Le document "RPU : aide à la mise en œuvre technique de la remontée des données" est diffusé à l'ensemble des acteurs qui participent à la mise en œuvre et au bon fonctionnement du flux, qui s'engagent à en prendre connaissance et à l'appliquer.

Le dispositif technique doit respecter le cahier des charges régional (déterminé par l'ARS et l'ORU, en partenariat possible avec l'hébergeur de données).

Identification de référents établissement

Chaque établissement doit désigner un référent professionnel de santé (du service des urgences) et un référent technique de la production des RPU. Le premier pour apporter sa vision métier sur la qualité des données produites en vue des analyses ; le second pour répondre aux questions techniques et aux problèmes rencontrés lors de la remontée des données. Ces deux profils sont complémentaires.

Vérification des données au fil de l'eau :

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".

Lorsque des doublons sont identifiés, les référents établissements seront contactés pour valider ou infirmer la réalité de ces doublons, et en identifier la cause (par exemple la consultation simultanée de vrais jumeaux). **La mise à jour de la base régionale doit alors se faire dans un délai maximum de 7 jours (si ce délai est dépassé contacter l'ORU).**

“CREUX” DE DONNÉES

L'ORU détecte des anomalies **dans les volumes de RPU journaliers** transmis par établissement. Le cas échéant, les référents de l'établissement sont contactés pour effectuer les corrections nécessaires et une mise à jour de la base régionale (automatique si réalisée dans les sept jours).

SUIVI “D'INDICATEURS REPÈRES”

L'ORU détecte quotidiennement des anomalies **sur les variables principales des RPU** transmises par établissement. Le cas échéant, les référents de l'établissement sont contactés pour effectuer les corrections nécessaires (automatique si réalisée dans les sept jours).

Vérification des données à échéance

MESURE DE L'EXHAUSTIVITÉ DU FLUX RPU

Elle se limite au calcul, par l'ORU, du taux d'exhaustivité du flux, au moins une fois par an : *nombre de RPU transmis par l'établissement / nombre de passages aux urgences de cet établissement (SAE ou SRVA suivant les régions).*

MESURE DE L'EXPLOITABILITÉ DES DONNÉES

Le taux d'exploitabilité d'une variable du RPU doit être associé à la publication de traitement utilisant cette variable. Ceci permet entre autre de donner une lisibilité aux lecteurs sur les restrictions éventuelles d'interprétation.

Formule de calcul du taux d'exploitabilité pour un critère donné du RPU : nombre de RPU pour lesquels le critère est complété et conforme / nombre total de RPU de l'échantillon considéré.

VALIDATION DES DONNÉES

Elle doit se faire à minima une fois par an, en début d'année, avant de produire le panorama annuel. Elle découle de la confrontation des données du concentrateur à celles de l'établissement. **Ceci doit se faire par le biais d'une fiche de contrôle normalisée** (modèle FEDORU disponible) **pré-remplie par l'ORU et adressée aux référents** (technique et professionnel de santé) **des établissements en début d'année**. En cas d'écart, un travail est mené pour en déterminer les causes, les corriger ou au moins les expliquer (ex : informatisation d'une partie des urgences, non remontée d'une catégorie de passages, ...). Il est important, dans cette phase, d'expliquer au producteur de données les règles et méthodes de calcul utilisées pour qu'il puisse faire la requête de son côté avec les mêmes critères (référentiel des méthodes de calcul FEDORU disponible). Plus la fréquence de ces validations est importante, plus elles sont faciles à mener.

Cohérence des données

La cohérence des données est évaluée en croisant plusieurs critères du RPU, en vérifiant que les informations conservent du sens, ne se contredisent pas. Par exemple : l'heure de sortie du patient doit être postérieure à l'heure d'arrivée, la date de naissance doit être antérieure ou égale à celle du jour, la destination peut être non remplie si le mode de sortie du patient est le retour à domicile. **Un listing de critères de contrôle est mis à disposition par la FEDORU. Ces critères doivent être contrôlés automatiquement et périodiquement par l'ORU.**

Les incohérences relevées peuvent être traitées comme une anomalie. Les référents de l'établissement sont contactés pour effectuer les corrections nécessaires (automatique si réalisée dans les sept jours).

Pertinence des données

C'est la validation **en continu** de la fiabilité de la donnée au sens métier. Elle ne peut être évaluée autrement que par une expertise médicale ayant une connaissance fine du métier, du fonctionnement des urgences, et de la prise en charge patient qui y est réalisée. Cette compétence est celle du **réfèrent professionnel de santé de l'établissement et du coordonnateur médical de l'ORU**. Les bulletins de rétro-information sont un moyen pour déceler des défauts de pertinence.

Rétro-information issue des RPU et amélioration

L'ORU doit proposer et organiser la rétro-information, sous une forme adaptée et répondant aux besoins des codeurs, afin de partager l'information disponible et d'en faciliter l'usage. Cela correspond à minima à la production de **bulletin périodique d'indicateurs d'activité**.

DOUBLONS RPU - MÉTHODE ET DÉNOMBREMENT

POURCENTAGES DE DOUBLONS OBSERVÉS DANS LES BASES RÉGIONALES EN FONCTION DE LA MÉTHODE MISE EN ŒUVRE

	Méthode 1 (GT1 FEDORU V1)	Méthode 2	Méthode 3	Méthode 4
CRITÈRES	Même date heure d'entrée, date de naissance, sexe et code postal d'un établissement de santé donné (les 5 indicateurs cités doivent être non-vides)	Même date et heure d'entrée et même établissement	Deux passages qui se suivent dans un même établissement avec la même date de naissance	Tous les champs strictement identiques (en prenant en compte les champs vides)
AQUITAINE	0,455%	2,09%	0,48%	0,41%
BOURGOGNE	2,332%	3,88%	2,43%	2,32%
CENTRE	0,027%	NP	NP	NP
CHAMPAGNE-ARDENNE	NP	1,74%	0,11%	NP
FRANCHE-COMTÉ	0,038%	1,19%	NP	0,01%
LIMOUSIN	0,007%	0,83%	0,05%	0,00%
MIDI PYRÉNÉES	NP	NP	0,09%	NP
NORD-PAS-DE-CALAIS	0,226%	2,96%	0,00%	0,00%
PACA	0,096%	2,81%	0,00%	0,00%
POITOU-CHARENTES	0,053%	2,13%	1,12%	0,00%

"Calculs réalisés sur les RPU 2014, sauf pour Nord-Pas-de-Calais (2015) et Franche-Comté (2015)"
 NP : Non précisé

Directeur de la publication

Dr Gilles VIUDES

Impression

COREP, 10 rue Brantome, 75003 PARIS.

ISSN

2491-8903

Dépôt légal

Novembre 2016

Date de publication

Novembre 2016

