



# Panorama URGENCES 2016

Activité des services d'urgences des Pays de la Loire

## Auteurs

Dr Jean-François Buyck, Françoise Lelièvre, Dr Anne Tallec, ORS Pays de la Loire,  
Dr Mélanie Goument, CHU Nantes, avec l'appui du groupe technique ORU Pays de la Loire.

## Groupe technique ORU Pays de la Loire

- ▶ **ARS** : Dr Jacques Denis-Laroque, Dr Jacques Bacher.
- ▶ **ORS** : Dr Jean-François Buyck, Françoise Lelièvre, Dr Anne Tallec, Dr Mélanie Goument (référente CHU Nantes).
- ▶ **GCS e-santé** : Anthony Lehee, Jérémie Catherine.
- ▶ **Cire Santé publique France** : Noémie Fortin, Dr Bruno Hubert.

## Remerciements

Merci au personnel des services d'urgences des Pays de la Loire qui collecte quotidiennement les informations à la base de ce panorama.

Merci aux Drs Jacques Choukroun (CH Le Mans), Betty Mazet (CHU Angers) et Bruno Poujol (CH Cholet) pour leur relecture.

## Financement

Agence régionale de santé Pays de la Loire.

## Citation suggérée

ORU Pays de la Loire. (2017). Panorama Urgences 2016. Activité des services d'urgences des Pays de la Loire. 47 p.

## Pour en savoir plus

- ▶ **Site internet** : [www.oru-paysdelaloire.fr](http://www.oru-paysdelaloire.fr)
- ▶ **Compte twitter** : @ORU\_PdL
- ▶ **Lettre électronique** : inscription sur demande à [oru@orspaysdelaloire.com](mailto:oru@orspaysdelaloire.com)



Version mise à jour le 14 décembre 2017

L'ORU Pays de la Loire autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cette étude sous réserve de la mention des sources des données utilisées et de leur analyse par l'ORU.

ORU Pays de la Loire. Tél. 02 51 86 05 60 - [oru@orspaysdelaloire.com](mailto:oru@orspaysdelaloire.com)

ISBN : 978-2-908417-77-7

Crédit photo : sfam\_photoa/shutterstock.com

## L'ESSENTIEL

► Ce Panorama 2016 réalisé par l'Observatoire régional des urgences (ORU) a une double vocation. D'une part, celle d'exposer le bilan de l'activité de l'ORU à travers la présentation de l'ensemble des actions d'amélioration de la qualité du recueil des résumés de passages aux urgences (RPU) entreprises par l'Observatoire. D'autre part, celle d'apporter un état des lieux détaillé de l'activité des trente services d'urgences (SU) de la région, à travers la présentation d'indicateurs portant sur des données RPU consolidées et fiables.

► L'année 2016 a été marquée par une **nette amélioration de la qualité de la transmission des RPU** par les établissements. Tous transmettent désormais leurs résumés vers le concentrateur régional, et les ruptures de transmission sont maintenant des événements assez rares.

Parmi les RPU transmis, la qualité du recueil est assez stable par rapport à 2015 avec des taux d'exploitabilité des informations sociodémographiques et de celles liées aux mouvements des patients relativement bons, mais une qualité du recueil des informations cliniques encore en retrait par rapport à d'autres régions.

Dans ce contexte, l'ORU a plus particulièrement axé sa démarche qualité en 2016 sur la **mise à disposition d'outils d'aide au recueil des diagnostics et de la gravité clinique CCMU**. Cette action semble porter ses fruits en 2017, avec un intérêt porté par le personnel des SU et une nette amélioration de l'exploitabilité des informations cliniques dans certains établissements. L'ORU a en outre poursuivi et intensifié ses actions de partage d'informations auprès des correspondants régionaux des établissements (notamment à travers une mise à jour des tableaux de bord trimestriels et de l'outil Service RPU, et l'enrichissement de son site internet), ainsi que les échanges d'expertise au plan national dans le cadre de sa participation aux travaux de la Fédération des ORU (FÉDORU).

► Près de **906 000 RPU ont été transmis par les SU des Pays de la Loire en 2016**, ce qui correspond à 99 % du nombre de passages aux urgences estimé à partir d'autres systèmes d'information (Ardah, SAE). Parmi ces RPU, près de 850 000 correspondent aux passages de patients domiciliés dans les Pays de la Loire.

Le nombre de RPU transmis en 2016 est **en augmentation de 2,6 % par rapport à l'année précédente**. Cette tendance évolutive concerne tous les groupes d'âge, et plus particulièrement les adultes âgés de 18 à 74 ans (+3,5 %, vs +1,5 % chez les moins de 18 ans et +1,4 % chez les 75 ans et plus).

**Les variations saisonnières d'activité sont majeures dans certains SU, notamment vendéens**, qui pour certains voient leur nombre quotidien de passages plus que doubler lors de pics d'activité (essentiellement estivaux), par rapport à leur activité journalière moyenne.

**Les prises en charge en horaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA) correspondent à près de la moitié des passages dans les SU**. Ce niveau d'activité fluctue assez peu selon le département de localisation des SU, mais apparaît plus important parmi les services situés dans les grandes agglomérations.

Une majorité (55 %) des passages sont liés à un diagnostic médicochirurgical, 38 % sont d'origine traumatologique, 3 % psychiatrique, 2 % toxicologique, et 2 % d'une autre nature. Cette répartition globale varie nettement en fonction de l'âge des patients, mais également selon l'heure d'entrée dans le SU ou la saison. **Un peu plus d'un passage sur sept correspond à une gravité CCMU1** (c'est-à-dire qu'aucun acte complémentaire autre que les examens simples réalisables au lit du patient n'a été effectué dans le SU), **et un sur 100 à une urgence vitale** (CCMU 4 ou 5).

**Près de trois passages sur dix se concluent par une hospitalisation**, y compris une prise en charge en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Cette proportion augmente progressivement avec l'âge pour concerner deux tiers des patients au-delà de 85 ans. Les décès restent des événements assez rares dans les SU (moins de 0,1 % des RPU le notifient) et concernent très majoritairement des personnes âgées.

**La moitié des passages aux urgences durent moins de 3 heures** (moins de 2h45mn s'agissant des patients retournant à leur domicile, et moins de 5h30mn pour les patients hospitalisés). La durée de passage augmente nettement avec l'âge des patients, en lien avec la complexité croissante des prises en charge. Au-delà de 90 ans, les patients restent en moyenne 6h aux urgences lorsqu'ils retournent au domicile, et 7h30mn lorsqu'ils sont hospitalisés.

► Les données RPU des SU des Pays de la Loire, couplées à celles transmises par les quatre régions limitrophes, permettent une **première approche fiable des disparités territoriales de recours aux urgences des Ligériens**. À structure d'âge comparable, ce recours varie dans des proportions très significatives selon le code géographique de domicile, de -67 % à +124 % par rapport à la moyenne régionale. Les territoires concernés par un recours élevé aux SU se situent principalement en Sarthe, Nord-Mayenne et Sud-Vendée, alors que la Loire-Atlantique concentre la plupart des territoires ayant un recours significativement inférieur à la moyenne régionale.

## SOMMAIRE

<b>L'ESSENTIEL .....</b>	<b>3</b>
<b>1. LE RÉSEAU DES SERVICES D'URGENCES ET L'ORU .....</b>	<b>6</b>
1.1. LES SERVICES D'URGENCES DES PAYS DE LA LOIRE EN 2016 .....	6
1.2. L'ORU PAYS DE LA LOIRE.....	8
<i>Gouvernance de l'ORU .....</i>	8
<i>Une évolution importante des modalités d'accès de l'ORU aux données RPU .....</i>	9
<b>2. BILAN QUALITÉ 2016 .....</b>	<b>10</b>
<i>Tous les services d'urgences de la région transmettent désormais leurs RPU vers le concentrateur régional ...</i>	10
<i>Des incidents et ruptures de transmission des RPU qui nécessitent une veille régulière .....</i>	10
<i>Une qualité de transmission des différents items RPU assez stable par rapport à 2015 .....</i>	10
<i>L'ORU poursuit sa démarche d'appui des établissements, à travers plusieurs outils d'aide au recueil et d'exploitation des données... ..</i>	12
<i>... et à l'occasion d'échanges directs avec les établissements .....</i>	13
<i>Une démarche qualité enrichie par les échanges d'expertise dans le cadre de la FÉDORU .....</i>	14
<i>Une connaissance de plus en plus fine des possibilités d'analyses offertes par les RPU, et de leurs limites.</i>	14
<b>3. ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCES EN 2016.....</b>	<b>16</b>
3.1. CHIFFRES CLÉS .....	16
3.2. RÉSULTATS DÉTAILLÉS .....	17
<b>3.2.1. ACTIVITÉ GLOBALE ET PROFIL DES PATIENTS.....</b>	<b>18</b>
<i>Près de 918 000 passages dans les services d'urgences de la région en 2016 .....</i>	18
<i>Une surreprésentation des patients des âges extrêmes, par rapport au profil de la population régionale.....</i>	19
<i>Près de 48 000 passages de Ligériens dans les SU des quatre régions limitrophes.....</i>	20
<i>Des transmissions de RPU en progression de 2,6 % par rapport à 2015 .....</i>	22
<b>3.2.2. VARIATIONS TEMPORELLES .....</b>	<b>23</b>
<i>Des variations saisonnières d'activité d'amplitude assez limitée au plan régional... ..</i>	23
<i>... mais des profils de variations saisonnières très différents selon la localisation des SU .....</i>	24
<i>Un nombre de passages de patients de moins de 18 ans fortement influencé par le calendrier scolaire.....</i>	24
<i>Le lundi est le jour de la semaine où l'activité des SU est la plus élevée .....</i>	25
<i>Un flux important d'entrées dès 8h, et qui reste stable à un niveau élevé de 9h à 19h.....</i>	25
<b>3.2.3. MOUVEMENTS DES PATIENTS .....</b>	<b>28</b>
<i>La part des patients arrivant aux urgences par leurs moyens personnels diminue fortement avec l'âge.....</i>	28
<i>À partir de 75-79 ans, l'hospitalisation est le mode de sortie des urgences le plus fréquent .....</i>	29
<b>3.2.4. CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES DES PATIENTS .....</b>	<b>31</b>
<i>Une part importante des RPU notifient une symptomatologie douloureuse en diagnostic principal .....</i>	31
<i>Les types de diagnostics diffèrent nettement selon l'âge des patients .....</i>	32
<i>Des effets de saisonnalité importants pour certains groupes de diagnostics .....</i>	33
<i>Plus de traumatologie en journée, et d'intoxications en nuit profonde.....</i>	34
<i>Plus d'un passage sur sept correspond à une CCMU1, et un sur 100 à une urgence vitale .....</i>	35

<b>3.2.5. DURÉE DE PASSAGE AUX URGENCES .....</b>	<b>38</b>
<i>La moitié des patients ont une durée de passage aux urgences inférieure à 3h .....</i>	38
<i>Une durée moyenne de passage nettement corrélée à l'âge des patients.....</i>	39
<i>La charge d'occupation des SU est maximale entre 15h et 16h.....</i>	40
<b>4. TAUX DE RECOURS AUX SERVICES D'URGENCES .....</b>	<b>41</b>
<b>4.1. VARIABILITÉ SELON L'ÂGE ET LE SEXE.....</b>	<b>41</b>
<b>4.2. DISPARITÉS TERRITORIALES .....</b>	<b>42</b>
<i>Le taux de recours aux SU varie de manière importante selon le lieu de domicile des patients.....</i>	42
<i>Des disparités territoriales d'origines multifactorielles .....</i>	43
<b>ANNEXES .....</b>	<b>45</b>
<b>Annexe 1. Liste des items du RPU Pays de la Loire.....</b>	<b>45</b>
<b>REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>47</b>

---

## LISTE DES ENCADRÉS

<b>Encadré 1</b> Les membres du groupe technique ORU Pays de la Loire .....	8
<b>Encadré 2</b> Méthodes de contrôle qualité des informations RPU.....	11
<b>Encadré 3</b> Première édition de la brochure "Les 500 diagnostics les plus utilisés aux urgences" .....	12
<b>Encadré 4</b> Retour d'information de l'ORU via le site internet, la lettre électronique et le compte twitter @ORU_PdL .	13
<b>Encadré 5</b> Les correspondants ORU des établissements disposant d'un service d'urgences .....	14
<b>Encadré 6</b> Fiches de profil d'activité des services d'urgences des Pays de la Loire en 2015.....	15
<b>Encadré 7</b> Analyse de l'activité des services d'urgences : sources de données et éléments de méthodologie .....	17
<b>Encadré 8</b> Focus sur les passages aux urgences en horaires de PDSA .....	26
<b>Encadré 9</b> Caractéristiques des séjours en UHCD après passage aux urgences .....	30
<b>Encadré 10</b> Prise en charge des maladies vasculaires cérébrales dans les UNV et les SU de la région .....	36
<b>Encadré 11</b> Taux de recours aux services d'urgences : éléments de méthodologie.....	41

# 1. LE RÉSEAU DES SERVICES D'URGENCES ET L'ORU

## 1.1. LES SERVICES D'URGENCES DES PAYS DE LA LOIRE EN 2016

► En 2016, trente points d'accueil, dont trois unités d'urgences pédiatriques (CHU de Nantes et Angers, Centre hospitalier du Mans) sont autorisés par l'Agence régionale de santé (ARS) pour exercer une activité d'urgences hospitalières dans la région des Pays de la Loire. Ces services d'urgences (SU) sont répartis dans vingt-cinq établissements différents, dont cinq privés [Fig1 et 2].

Selon l'enquête SAE (Statistique annuelle des établissements de santé), les SU de la région emploient 252 médecins (en équivalent temps plein, ETP) en moyenne sur l'année 2016, dont 17 ETP pédiatres et 5 psychiatres. Les effectifs non-médicaux représentent 1 096 emplois (ETP), dont 34 cadres de santé, 702 infirmiers et 441 aides-soignants. Les SU disposent de 211 lits d'UHCD, 187 pour les urgences adultes, et 24 pour les urgences pédiatriques [1].

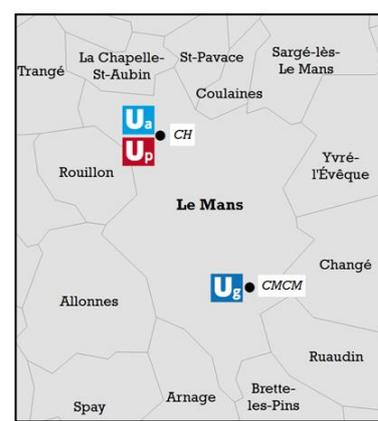
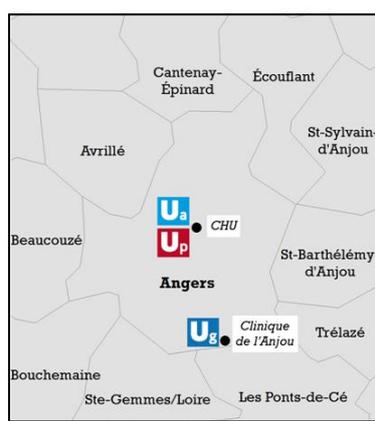
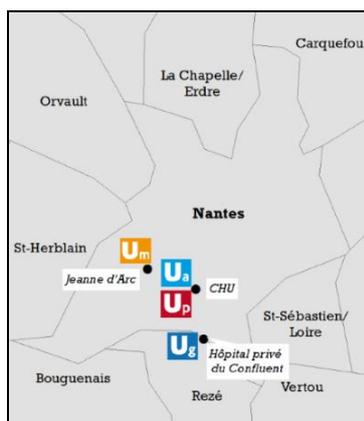
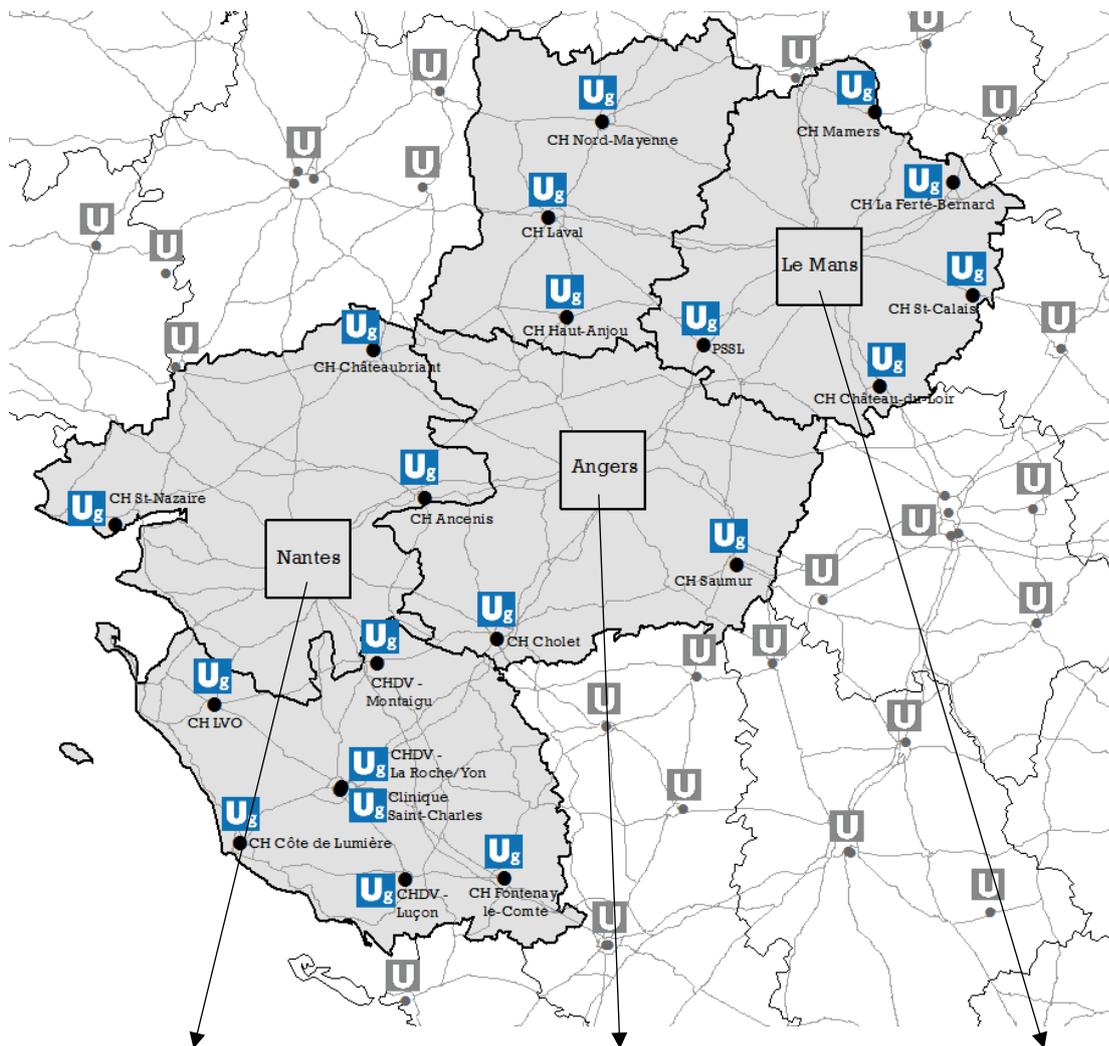
**Fig1 Établissements et services d'urgences des Pays de la Loire (2016)**

Départements	Villes	Établissements	Statuts	Types de SU
<b>Loire-Atlantique</b>	Nantes	CHU de Nantes	Public	SU pédiatriques SU adultes
		Hôpital privé du Confluent	Privé	SU générales
		Clinique Jeanne d'Arc (1)	Privé	SU mains
	Saint-Nazaire	Centre hospitalier de Saint-Nazaire	Public	SU générales
	Châteaubriant	Centre hospitalier de Châteaubriant	Public	SU générales
	Ancenis	Centre hospitalier d'Ancenis	Public	SU générales
<b>Maine-et-Loire</b>	Angers	CHU d'Angers	Public	SU pédiatriques SU adultes
		Clinique de l'Anjou	Privé	SU générales
	Cholet	Centre hospitalier de Cholet	Public	SU générales
	Saumur	Centre hospitalier de Saumur	Public	SU générales
<b>Mayenne</b>	Laval	Centre hospitalier de Laval	Public	SU générales
	Mayenne	Centre hospitalier du Nord-Mayenne	Public	SU générales
	Château-Gontier	Centre hospitalier du Haut-Anjou	Public	SU générales
<b>Sarthe</b>	Le Mans	Centre hospitalier du Mans	Public	SU pédiatriques SU adultes
		Centre médico-chirurgical du Mans (CMCM)	Privé	SU générales
	Château-du-Loir	Centre hospitalier de Château-du-Loir	Public	SU générales
	Saint-Calais	Centre hospitalier de Saint-Calais	Public	SU générales
	La Ferté-Bernard	Centre hospitalier de La Ferté-Bernard	Public	SU générales
	Le Bailleul	Pôle Santé Sarthe et Loir (PSSL)	Public	SU générales
	Mamers	Centre hospitalier de Mamers	Public	SU générales
<b>Vendée</b>	La Roche-sur-Yon	Centre hospitalier départemental Vendée	Public	SU générales
		Clinique Saint-Charles	Privé	SU générales
	Luçon	Centre hospitalier départemental Vendée	Public	SU générales
	Montaigu	Centre hospitalier départemental Vendée	Public	SU générales
	Challans	Centre hospitalier Loire-Vendée-Océan (LVO)	Public	SU générales
	Les Sables d'Olonne	Centre hospitalier Côte de Lumière	Public	SU générales
Fontenay-le-Comte	Centre hospitalier de Fontenay-le-Comte	Public	SU générales	

Source : ORU Pays de la Loire

1. La clinique Jeanne d'Arc (urgences spécialisées de la main) fait partie du réseau des services d'urgences de la région, dans le cadre d'une convention avec le CHU de Nantes.

**Fig2 Cartographie des services d'urgences des Pays de la Loire et départements limitrophes en 2016**



- Service d'urgences générales
- Service d'urgences adultes
- Service d'urgences pédiatriques
- Service d'urgences spécialisées "mains"
- Service d'urgences situé dans les départements limitrophes

Source : ORU Pays de la Loire

## 1.2. L'ORU PAYS DE LA LOIRE

### Gouvernance de l'ORU

► L'ensemble des établissements de santé qui disposent d'une autorisation pour un SU ont l'obligation de renseigner, pour chaque patient qui y passe, un certain nombre de données selon un format standardisé, le résumé de passages aux urgences (RPU) [2].

L'Agence régionale de santé a souhaité mettre en place un Observatoire régional des urgences (ORU), à la fin de l'année 2014, afin de faciliter le déploiement des RPU et développer leur utilisation. L'ORU des Pays de la Loire a été créé en s'appuyant sur les compétences déjà existantes dans la région, et notamment sur celles de l'Observatoire régional de la santé (ORS) et du Groupement de coopération sanitaire (GCS) e-santé qui en assurent la maîtrise d'œuvre. L'ORS assure l'animation générale de l'ORU, la démarche qualité, l'analyse des données et le partage d'informations. Le GCS e-santé est en charge de l'organisation des transmissions des données issues des RPU, extraites des systèmes d'information des établissements, vers le concentrateur régional.

► Le pilotage de l'ORU est assuré par un groupe technique régional (GT-ORU) composé de l'ORS, du GCS e-santé, de l'ARS et de la Cire, cellule d'intervention en région de Santé publique France [Encadré 1]. Ce groupe entretient une dynamique d'échanges réguliers, et se réunit trois à quatre fois par an à l'ORS pour définir les grandes orientations des travaux de l'Observatoire, en restituer l'avancée et les difficultés rencontrées, et acter certaines décisions.

► Les personnels des établissements et plus particulièrement ceux des SU sont des acteurs essentiels du dispositif de recueil RPU. La gouvernance de l'ORU est assurée en étroite collaboration avec eux, notamment à travers l'organisation de réunions plénières annuelles, au cours desquelles les représentants des établissements (directeurs, chefs de pôles/services d'urgences, responsables des départements des systèmes d'information (DSI), personnels de ces services...) peuvent échanger sur l'orientation des travaux de l'ORU [voir partie Bilan qualité 2016].

#### Encadré 1 Les membres du groupe technique ORU Pays de la Loire

► Au sein de l'ARS, l'activité de l'ORU est placée sous la responsabilité du Dr Jacques Denis-Laroque, conseiller médical au sein de la Direction de la prévention et de la protection de la santé (DPPS), dirigée par le Dr Christophe Duvaux. Le Dr Jacques Bacher (Direction de l'accompagnement et des soins) participe aux travaux de l'ORU.

► L'ORS est un organisme scientifique indépendant créé au début des années 1980, qui contribue à l'observation de la santé à travers la production de connaissances sur l'état de santé des habitants de la région et les différents facteurs qui le déterminent. Au sein de l'ORS, les travaux relatifs à l'ORU sont assurés par le Dr Jean-François Buyck, chef de projet, et Françoise Lelièvre, assistante d'études chargée des traitements de la base RPU, sous la responsabilité du Dr Anne Tallec, directrice de l'ORS. Le Dr Mélanie Goument, praticien hospitalier, médecin urgentiste au CHU de Nantes, est mise à disposition de l'ORS à temps partiel pour apporter une compétence métier.

► Le GCS e-santé Pays de la Loire a été créé en juillet 2011, afin de répondre aux problématiques régionales de déploiement de systèmes d'information partagés au bénéfice des professionnels de santé et du médicosocial dans la région. Les questions relatives à l'ORU sont prises en charge par Anthony Lehee, chef de projet, et Jérémie Catherine sous la responsabilité de François Tesson, directeur du GCS e-santé.

► La Cire Pays de la Loire assure les missions en région de Santé publique France, tout en apportant à l'ARS une expertise scientifique opérationnelle, disponible et réactive, pour la veille et l'alerte sanitaire. Depuis 2004, les données issues des RPU alimentent quotidiennement le réseau OSCOUR®, mis en place pour contribuer à la surveillance épidémiologique, à la veille et aux alertes sanitaires. Ce réseau est intégré dans le dispositif SURSAUD® qui prend en compte, outre les données du réseau OSCOUR®, celles provenant des associations SOS Médecins, et les données de mortalité (Insee-Inserm CépiDC) [3]. Le Dr Bruno Hubert, responsable de la Cire, et Noémie Fortin, épidémiologiste, participent aux travaux de l'ORU.

### Une évolution importante des modalités d'accès de l'ORU aux données RPU

► La transmission des RPU pour les besoins de l'ORU doit s'effectuer quotidiennement et de manière automatique par les établissements disposant d'un SU, vers un concentrateur régional hébergé sur un serveur respectant les contraintes propres aux "données de santé" (société IBO) [Fig3]. L'administration et la maintenance du concentrateur Pays de la Loire sont gérées par le GCS e-santé, en lien avec un prestataire externe (société OpenDev).

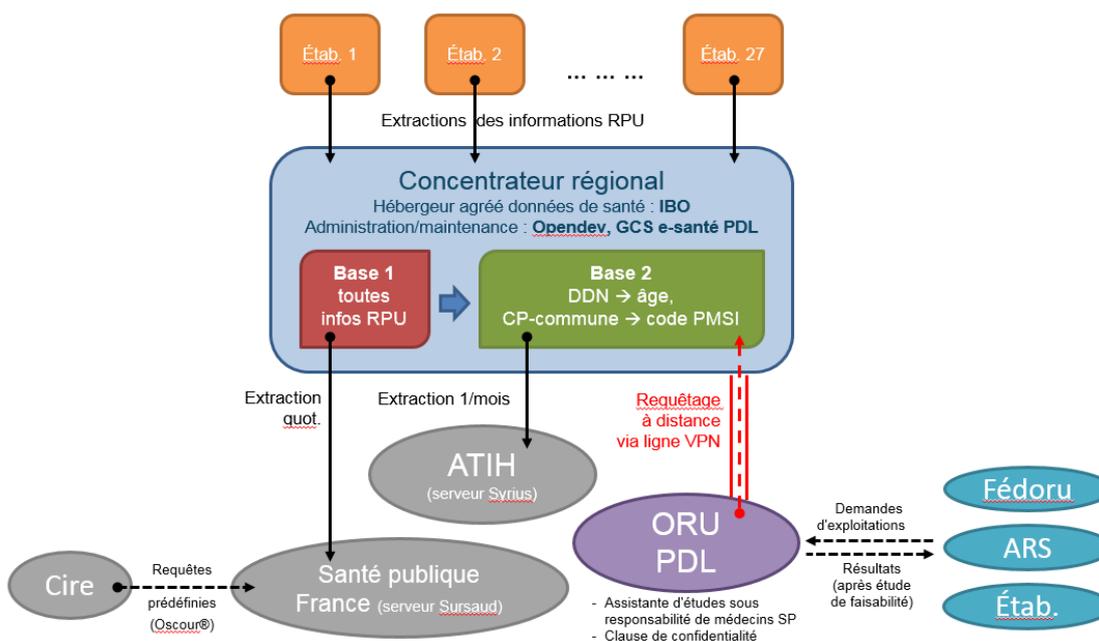
Une fois parvenues sur le concentrateur régional, les données des établissements sont transmises, elles aussi de manière automatique :

- quotidiennement vers Santé publique France (serveur Sursaud) pour alimenter le réseau OSCOUR®. La Cire accède à distance à ces données (à J+1) via des requêtes prédéfinies, à travers un certain nombre de sélections et de tris effectués par la direction de Santé publique France ayant en charge ce système [4].
- mensuellement à l'ATIH (serveur Sirius). À la différence des données transmises à Santé publique France, cette extraction repose sur une copie des données RPU où les informations potentiellement identifiantes (date de naissance, code postal et commune de domicile du patient) ont été remplacées par des données agrégées (âge et code géographique PMSI de domicile) [5].

► En 2016, l'ORS a engagé une réflexion, avec l'appui technique du GCS e-santé, autour des questions de sécurisation de l'hébergement et des accès aux données des RPU. Cette démarche a abouti à une évolution des modalités techniques d'accès de l'ORU à la base RPU, effective au mois de novembre 2016. Désormais, l'ORU accède à distance à des extractions de la base RPU du même type que celles dont dispose l'ATIH (date de naissance remplacée par l'âge, code postal/commune de domicile du patient remplacés par le code géographique PMSI).

Ces extractions restent hébergées sur le serveur de la société IBO, dans un espace de stockage sécurisé. L'accès à distance est lui-même sécurisé par une connexion de type VPN (virtual private network). À ce jour, seul l'ORU (un poste de travail d'une assistante d'études ORS, sous la responsabilité de médecins de santé publique) a la possibilité d'effectuer les requêtes à distance.

**Fig3** Circuit de transmission des données RPU dans les Pays de la Loire



Source : ORU Pays de la Loire  
DDN : date de naissance ; CP : code postal

## 2. BILAN QUALITÉ 2016

### Tous les services d'urgences de la région transmettent désormais leurs RPU vers le concentrateur régional

Un des objectifs prioritaires de l'ORU est de parvenir à ce que l'ensemble des établissements communiquent leurs données RPU sur le concentrateur régional, de manière quotidienne et sans incidents ou ruptures de transmission.

Depuis mai 2016, **la totalité des SU de la région participent à cette remontée**. L'ORU dispose ainsi désormais, dès J+1, d'une vision globale de l'activité régionale des urgences hospitalières à travers le système d'information des RPU.

### Des incidents et ruptures de transmission des RPU qui nécessitent une veille régulière

► De multiples facteurs d'origine technique (changements de logiciels métiers, de paramétrages...), humaine et/ou organisationnelle peuvent être à l'origine de problèmes de transmission des RPU, ces incidents pouvant aller d'un simple défaut temporaire de recueil d'un des items des résumés, à l'absence totale d'intégration des RPU sur le concentrateur régional sur une période prolongée.

Une veille de ces incidents est effectuée par les membres du GT-ORU, en particulier par la Cire dans le cadre de ses missions de veille sanitaire et du dispositif Sursaud, et par l'ORS à l'occasion d'analyses qualité et d'exploitations régulières portant sur l'activité des SU.

En outre, les établissements sont tenus informés, via un dispositif d'alertes emails automatiques, en cas de problèmes de transmissions des RPU détectés au niveau du concentrateur régional.

► En collaboration avec le GCS e-santé et la Cire, l'ORS a établi en juillet 2016 une **procédure de gestion des incidents de transmission des RPU**, définissant notamment les rôles de chacun des membres du GT-ORU dans la résolution de ces problèmes. Cette procédure s'appuie sur un outil de signalement et de suivi d'incident, permettant une prise en charge plus réactive des problèmes rencontrés.

De juillet à décembre 2016, 16 incidents concernant 13 établissements ont été signalés, dont une grande majorité ont pu être résolus rapidement, soit directement par le GCS e-santé et/ou OpenDev en lien avec les DSI des établissements concernés, soit avec l'appui complémentaire de l'ORS pour débloquer certaines situations.

### Une qualité de transmission des différents items RPU assez stable par rapport à 2015

Le taux d'exploitabilité [Encadré 2] de chacun des items issus des RPU [Annexe 1] est en 2016, de manière générale, très satisfaisant pour les variables démographiques (proche de 100 %), mais il l'est moins pour les informations relatives aux mouvements de patients (modes d'entrée et de sortie, mode de transport, provenance/destination/orientation, date/heure de sortie...), et beaucoup moins pour celles dont le recueil nécessite une expertise médicale (diagnostics principaux, gravité CCMU) [Fig4].

Entre 2015 et 2016, le taux d'exploitabilité est resté stable ou a eu tendance à augmenter pour la plupart des items RPU, hormis la CCMU (-3 %) et le motif de recours (-1 %).

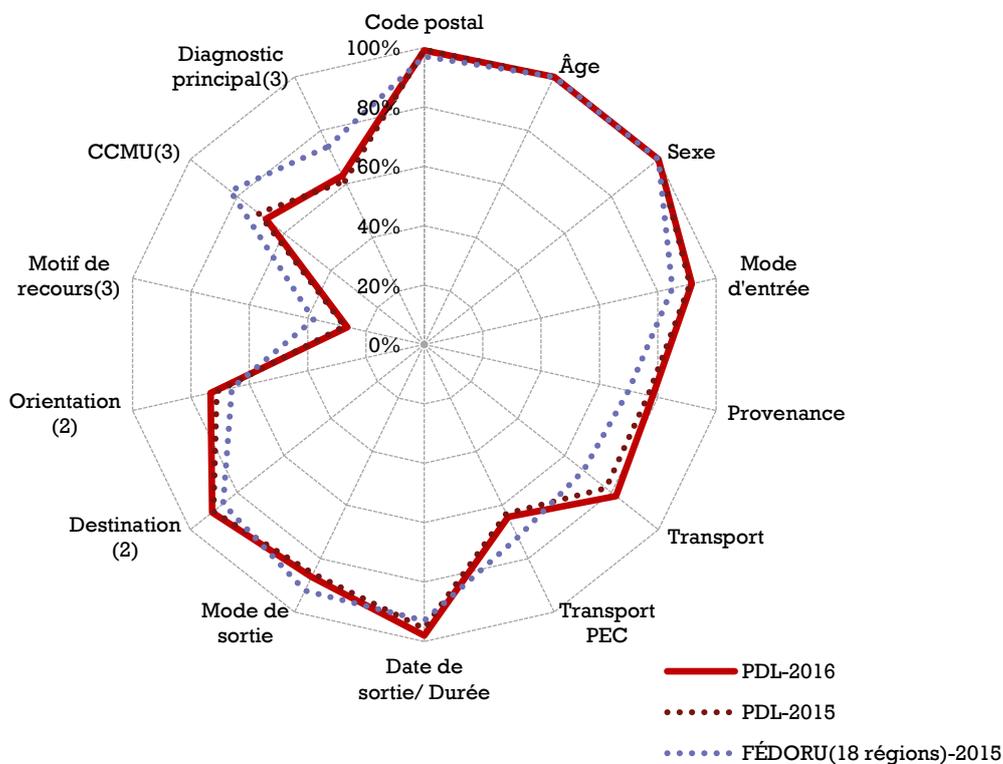
Par rapport aux taux d'exploitabilité observés en moyenne en 2015 parmi les 18 régions<sup>1</sup> ayant participé au Panorama national de la FÉDORU [6], les Pays de la Loire présentent une situation plutôt favorable pour le recueil des données relatives aux mouvements des patients (mode d'entrée, provenance, mode de transport, destination et orientation notamment).

L'exploitabilité des informations cliniques (diagnostics principaux, CCMU) est par contre nettement moindre en Pays de la Loire, notamment par rapport à celles observées dans les régions où un ORU est présent et structuré depuis de nombreuses années (Midi-Pyrénées, PACA, Limousin).

<sup>1</sup> Ancien découpage administratif de la France métropolitaine en 22 régions.

**Fig4 Radar d'exploitabilité des items RPU<sup>1</sup>**

Services d'urgences Pays de la Loire et 18 régions FÉDORU (2015-2016)



Sources : RPU (ORU Pays de la Loire, FÉDORU)

Champ Pays de la Loire : ensemble des RPU transmis par les SU en 2015 (hors CH de Mamers et données partielles pour le CH du Haut-Anjou) et en 2016 (données partielles pour le CH de Mamers).

PEC : prise en charge médicale ou paramédicale.

1. Tous les passages aux urgences ne donnent pas lieu à la réalisation d'actes, ou à la spécification de diagnostics associés. Les items RPU correspondants ne sont donc pas inclus dans cette analyse.

2. Parmi les RPU avec mode de sortie transfert ou mutation.

3. Hors RPU avec orientation 'fugue', 'parti sans attendre' et 'réorientation'.

## Encadré 2 Méthodes de contrôle qualité des informations RPU

► Deux niveaux de contrôle, basés sur une méthodologie de la FÉDORU, sont mobilisés pour évaluer la qualité de transmission de chacun des items des RPU, pour chaque établissement :

- Le **taux d'exhaustivité**<sup>2</sup>, correspondant au taux de remplissage : il est égal au nombre de RPU pour lesquels une information pour l'item est renseignée par l'établissement, divisé par le nombre total de RPU qu'il a transmis.
- Le **taux d'exploitabilité**<sup>2</sup>, correspondant au taux de "bon" remplissage : il est égal au nombre de RPU pour lesquels l'information pour l'item est renseignée et conforme au cahier des charges régional [7], divisé par le nombre total de RPU transmis.

► La **fiabilité** des informations transmises est par ailleurs appréciée par l'ORU dans le cadre de l'analyse de l'activité des SU [Encadré 7], notamment à travers des vérifications de cohérence entre items RPU et des comparaisons entre établissements. Ces analyses laissent parfois apparaître des répartitions atypiques qui reflètent souvent un problème de transcodage entre l'information contenue dans le système d'information de l'établissement et celle transmise sur le concentrateur régional. Ces atypies peuvent également refléter des problèmes de compréhension du codage de certains items du RPU (comme cela est le cas par exemple pour la classification CCMU).

<sup>2</sup> Par souci de clarté, seul le taux d'exploitabilité est présenté dans ce document.

## L'ORU poursuit sa démarche d'appui des établissements, à travers plusieurs outils d'aide au recueil et d'exploitation des données...

► Dans ce contexte, l'ORU a débuté en 2016 la **mise à disposition d'outils nationaux d'aide au codage RPU** sur son site internet<sup>3</sup>.

L'ORU a en outre présenté, lors de la Journée du Collège de médecine d'urgences des Pays de la Loire (CMUPL) de mai 2016, le projet d'une **brochure "Les 500 diagnostics les plus utilisés aux urgences"** destinée à appuyer le personnel des SU dans le recueil du diagnostic principal et de la CCMU. L'accueil de ce document ayant été très positif, la brochure a été éditée à 1 000 exemplaires **[Encadré 3]**.

### Encadré 3 Première édition de la brochure "Les 500 diagnostics les plus utilisés aux urgences"

► Cette brochure a pour objectifs d'aider le personnel des SU à coder les diagnostics dans leur logiciel-métier, et de permettre ainsi une meilleure homogénéité des données collectées. Une aide au codage de la CCMU à l'aide d'un arbre décisionnel est également proposée. Ce document, qui s'inspire d'un travail de l'ORU Aquitaine, a été élaboré avec l'appui de médecins urgentistes de plusieurs établissements de la région qui ont testé la liste de diagnostics et proposé quelques réajustements.

► La brochure a été éditée et diffusée dans les SU au printemps 2017, et mise en ligne sur le site internet de l'ORU. Elle a également été distribuée au personnel des SU participant à la Journée du CMUPL de mai 2017.

► Les premiers retours sur ce travail sont très positifs puisque plusieurs SU proposent désormais un lien vers un fichier PDF de la brochure au sein de leur logiciel-métier. Plusieurs services ont demandé de nouvelles brochures à l'occasion de l'arrivée des nouveaux internes. Certains autres ont directement intégré la liste des diagnostics dans les thésaurus de leur logiciel.

► Une brochure du même type, axée sur les diagnostics pédiatriques les plus fréquents, est projetée par l'ORU.



► L'ORU a poursuivi en 2016 l'élaboration des **tableaux de bord trimestriels à destination des directions des établissements, chefs des services/pôles urgences et correspondants ORU** : ces documents rassemblent les principaux indicateurs de suivi-qualité, avec une comparaison de la situation des établissements entre eux. Ils permettent notamment d'identifier les variables dont le codage nécessiterait d'être amélioré. Trois tableaux de bord ont été envoyés au cours de l'année, correspondant aux données du 4<sup>e</sup> trimestre 2015, du 1<sup>er</sup> trimestre 2016, et des 2<sup>e</sup>-3<sup>e</sup> trimestres 2016 regroupés.

► L'outil en ligne Service RPU, accessible via le site internet de l'ORU **[Encadré 4]**, permet aux établissements de consulter les données issues des RPU transmis au concentrateur régional. À travers des rapports de synthèse et la possibilité de réaliser des requêtes par indicateur, il permet de vérifier la bonne intégration des données produites par les SU, et de visualiser d'éventuelles atypies, dès J+1. Ces données sont brutes, c'est-à-dire non corrigées des valeurs aberrantes ou mal renseignées. Ce service est accessible aux chefs de SU et responsables des DSI des établissements (connexion par identifiant et mot de passe) ainsi qu'aux personnes désignées par ces responsables.

<sup>3</sup> Thésaurus de la SFMU notamment.

En lien avec la société prestataire de ce service (OpenDev), l'ORU a engagé en 2016 une **importante mise à jour du contenu du Service RPU** : correction de requêtes erronées, modifications de terminologie, nouvelle arborescence de menus plus lisible...

#### Encadré 4 Retour d'information de l'ORU via le site internet, la lettre électronique et le compte twitter @ORU\_PdL

► Le **site internet de l'ORU [www.oru-paysdelaloire.fr](http://www.oru-paysdelaloire.fr)** centralise toutes les informations et les outils relatifs au recueil RPU. Il propose, outre une présentation de l'ORU et des SU de la région, des liens vers les différentes publications de l'Observatoire et de ses partenaires régionaux et nationaux (Cire, FÉDORU...), des textes de références et des documents d'aide au recueil RPU. Ce site dispose en outre d'un espace collaboratif accessible uniquement aux membres du groupe technique ORU et aux correspondants des établissements **[Encadré 5]**. Ces derniers peuvent notamment y retrouver l'ensemble des analyses et résultats d'exploitations propres à leur service d'urgences.

L'ORU a poursuivi en 2016 l'enrichissement du contenu du site : publication du Panorama 2015, de la brochure "500 diagnostics", des fiches de profil d'activité des SU... Le lien vers l'outil "Service RPU" a en outre été basculé du site internet du GCS e-santé vers le site de l'ORU.

► La **lettre électronique** de l'ORU vise actuellement à communiquer autour des principales actualités de l'Observatoire. À ce jour, deux lettres ont été adressées aux correspondants ORU, à l'occasion des parutions du Panorama régional 2015 et de la brochure "500 diagnostics". Il est projeté que cette lettre d'information propose désormais, à fréquence régulière, une sélection de l'actualité des publications et travaux nationaux et régionaux en rapport avec les urgences.

La liste des destinataires des lettres électroniques ORU a vocation à être élargie à l'ensemble des personnes (correspondants ORU ou non) ayant le souhait d'être tenues informées des travaux relatifs à l'ORU, et plus généralement de l'actualité concernant l'activité des services d'urgences. Ces personnes peuvent s'inscrire sur demande à l'adresse : **[oru@orspaysdelaloire.com](mailto:oru@orspaysdelaloire.com)**

► Un **compte twitter** (@ORU\_PdL) a en outre été créé afin d'apporter une information plus réactive sur ces différentes actualités.

#### ... et à l'occasion d'échanges directs avec les établissements

► Comme chaque fin d'année, l'ORU a organisé une **réunion plénière au CHU d'Angers**. Cette réunion a rassemblé l'ensemble des partenaires de l'Observatoire : les membres du GT-ORU, ainsi que 18 personnes (dont 2 directeurs d'établissements, 12 chefs de pôle/service d'urgences, trois responsables DSI et un responsable DIM) représentant 13 des 25 établissements de la région disposant d'un SU.

Cette réunion a notamment permis d'échanger sur les premiers résultats régionaux d'activité des SU, l'évolution des modalités d'information des établissements sur les indicateurs d'activité de leur SU et sur la qualité de leur recueil RPU, ainsi que sur les outils et pistes d'amélioration du recueil des informations cliniques dans les RPU.

► L'ORU est également venu à la **rencontre des différentes parties prenantes du système d'informations des RPU** afin de présenter le fonctionnement de l'Observatoire et les résultats de ses premiers travaux.

En 2016, l'ORU a ainsi participé à l'une des Journées bi-annuelles organisées par le Collège de médecine d'urgence des Pays de la Loire (CMUPL), ainsi qu'à une journée de travail de l'Association des responsables de l'information médicale des Pays de Loire (ARIMPL). Cette activité se poursuit en 2017, notamment par une nouvelle participation de l'ORU aux Journées du CMUPL, et une présentation de l'Observatoire et des fiches de profil d'activité des SU **[Encadré 6]** lors de l'une des réunions de l'interface de concertation sur les urgences et les soins non programmés portées par l'ARS. Cette interface rassemble les différentes parties prenantes dans ce domaine : représentants des établissements de santé, des SAMU, Unions régionales des professionnels de santé (URPS), associations départementales pour l'organisation de la permanence des soins (ADOPS), SOS médecins...

► **Des échanges ont également lieu tout au long de l'année, de manière plus informelle** (contacts téléphoniques, emails...), à l'initiative de l'ORU ainsi qu'à celles de certains établissements. Dans le cadre des contrôles qualité préalables aux analyses publiées dans le Panorama, l'ORU a notamment contacté l'ensemble des

établissements afin de disposer d'un état des lieux de la fiabilité des données d'horodatage des RPU. Ces contacts ont permis de mieux qualifier les problèmes de recueil rencontrés par les établissements<sup>4</sup>, et ont abouti à l'exclusion de plusieurs SU des analyses de l'ORU portant sur le calcul des durées moyennes de passages aux urgences.

► La bonne qualité des échanges de l'ORU avec les établissements ne peut être obtenue sans une connaissance précise des personnes ressources au sein de ces structures. Dans ce cadre, l'ORU a recontacté en mars 2017 l'ensemble des directions d'établissements afin de disposer d'une **liste actualisée des "correspondants ORU"** [Encadré 5]. Cette démarche sera renouvelée de manière régulière.

#### Encadré 5 Les correspondants ORU des établissements disposant d'un service d'urgences

Ces correspondants sont les directeurs d'établissements, chefs de pôle ou de service d'urgences, et les personnes désignées par ces responsables pour pouvoir bénéficier des informations et résultats des travaux de l'ORU concernant leur établissement (notamment via l'outil "Service RPU"). L'ORU s'appuie en outre sur cette liste de correspondants lorsque des prises de contact avec les établissements sont nécessaires (par exemple lors de demandes de précisions sur les modalités et la fiabilité du recueil de certains items RPU).

Actuellement, l'ORU dispose des coordonnées de près de 200 correspondants, dont 28 directeurs d'établissements, 36 chefs de service et/ou de pôle urgences, 41 personnels des urgences, 20 des DSI, 19 des DIM, et 56 d'autres directions (finances, ressources humaines...). Tous les établissements sont représentés par au moins trois correspondants (dont au moins la direction et un personnel des urgences, chef de service le plus souvent).

### Une démarche qualité enrichie par les échanges d'expertise dans le cadre de la FÉDORU

La Fédération des ORU, mise en place en 2013, rassemble la plupart des structures régionales existantes en France, sachant toutefois que toutes les régions ne disposent pas encore d'un ORU, et que l'étendue des missions confiées aux ORU est assez différente d'une région à l'autre. Le Conseil d'administration de la FÉDORU a entériné l'adhésion de l'ORU Pays de la Loire en janvier 2016.

Au cours de cette année, l'ORU a participé à plusieurs des réunions de travail mensuelles de la FÉDORU (actualités de la Fédération, point sur l'avancement de travaux et restitution des résultats d'enquêtes, échanges autour de l'élaboration de recommandations FÉDORU : qualité des données RPU, prochain format national "V3" des RPU...), ainsi qu'aux discussions de nature plus méthodologique dans le cadre de réunions du groupe de travail "exploitation des données".

L'ORU a en outre contribué à l'élaboration du Panorama national de la FÉDORU par la transmission de données et indicateurs agrégés d'activité des SU des Pays de la Loire, et a participé à deux autres travaux portés par la Fédération : une enquête portant sur l'organisation des SU réalisant moins de 15 000 passages annuels, et une enquête portant sur l'organisation des SU pédiatriques (les premiers résultats de ces travaux ont été rendus publics lors de la réunion plénière 2016 de la FÉDORU<sup>5</sup>).

### Une connaissance de plus en plus fine des possibilités d'analyses offertes par les RPU, et de leurs limites

► En 2016, l'ORU a été amené à exploiter la base régionale RPU dans différents contextes d'études : essentiellement pour des missions et travaux propres (production des tableaux de bord trimestriels, du Panorama régional, de la brochure "500 diagnostics"...), mais aussi dans le cadre de demandes d'exploitations de l'ARS (fiches de profil d'activité des SU [Encadré 6]), d'enquêtes de la FÉDORU, et des analyses réalisées pour le rapport ORS "La santé des habitants des Pays de la Loire" produit à la demande

<sup>4</sup> Dans ces établissements, les dates/heures de sortie d'une part importante voire de la totalité des patients étaient renseignées de manière incorrecte en lien le plus souvent avec des problèmes de paramétrage de logiciels et de clôture automatique des dossiers à heure fixe, sans lien avec l'heure réelle de sortie du patient.

<sup>5</sup> Voir [www.fedoru.fr/reunion-18-novembre-2016/](http://www.fedoru.fr/reunion-18-novembre-2016/) pour télécharger les diaporamas relatifs à ces études.

de l'ARS dans le cadre du Projet régional de santé 2018-2022 [8].

Ces différents travaux ont permis d'acquérir une connaissance de plus en plus précise des données RPU et de mieux appréhender l'éventail des possibilités d'analyses offertes par ce système d'information, à l'échelle de la région et de chacun des SU concernés.

Ces travaux ont également permis de mieux cerner les problèmes de qualité de la base RPU et certaines limites actuelles d'interprétations. Les analyses par établissement effectuées dans le cadre des fiches de profil d'activité des SU ont, par exemple, mis en lumière l'extrême diversité du recueil de la CCMU et le défaut de fiabilité de ce type d'information.

► Ces différents constats, positifs comme négatifs, font l'objet d'un retour d'informations aux établissements, afin de contribuer à l'amélioration progressive de ce système d'informations.

S'agissant du recueil de la CCMU, l'aide au codage proposée par l'ORU dans la brochure "500 diagnostics" semble à cet égard porter ses fruits puisque le taux d'exploitabilité de cet item a nettement progressé dans certains SU depuis la mise à disposition de cette brochure (mai 2017).

### Encadré 6 Fiches de profil d'activité des services d'urgences des Pays de la Loire en 2015

► L'ORU a été sollicité par l'ARS au cours de l'été 2016, afin de produire des documents de synthèse de l'activité de chacun des SU de la région. Ces "fiches profil" s'appuient sur les données RPU transmises en 2015, et portent sur le volume d'activité annuel (global et selon l'âge des patients), les variations temporelles, les durées moyennes de passage, les caractéristiques cliniques des patients (gravité CCMU, type de diagnostic principal), et le mode de sortie.

Pour chaque indicateur, la valeur observée dans le service est mise en regard des valeurs minimales, maximales et moyennes observées parmi l'ensemble des SU de la région disposant de données considérées comme fiables.

► Ces documents ont été transmis à l'ARS et à chacun des établissements concernés au printemps 2017. Ils ont également été mis en ligne sur le site internet de l'ORU.

Ces fiches ont vocation à être renouvelées de manière régulière (fréquence annuelle).



## 3. ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCES EN 2016

### 3.1. CHIFFRES CLÉS

#### RECUEIL DES DONNÉES

905 855 RPU transmis en 2016 (pour 918 000 passages\*)  
 98,7% Exhaustivité du recueil  
 +2,6% Évolution 2015 / 2016

#### PATIENTS 100%\*\*

1,12 Sex-ratio (H/F)  
 39,9 Age moyen  
 3% Moins de 1 an  
 27% Moins de 18 ans  
 16% 75 ans et plus

#### MODE DE SORTIE 75%\*\*

28% Hospitalisation post-urgences  
 26% Mutation interne  
 2% Transfert externe  
 72% Retour au domicile

#### ARRIVÉES

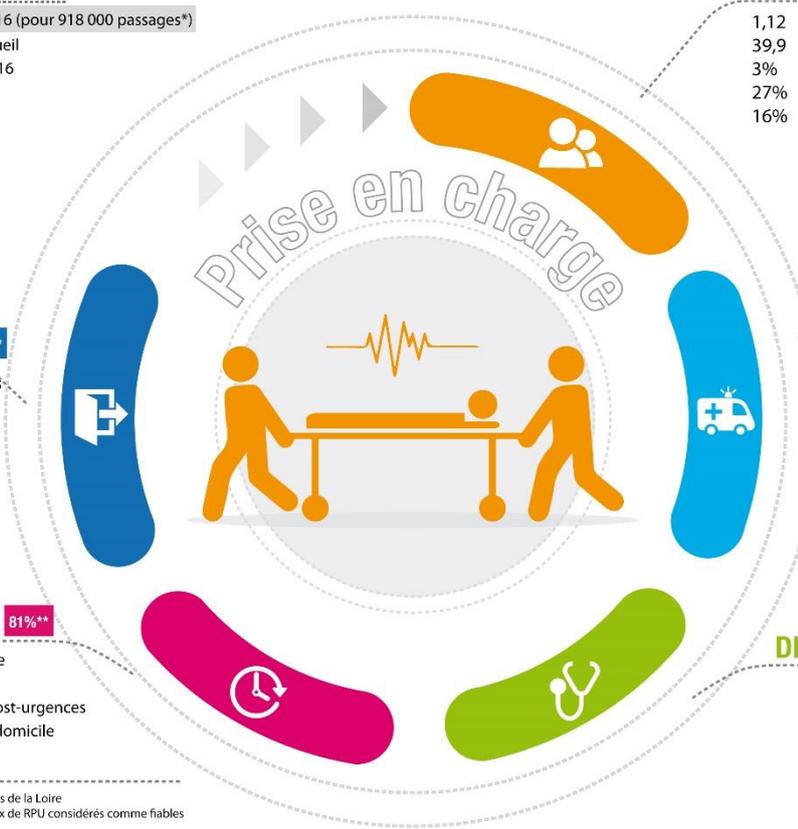
46% PDSA  
 26% Nuit [20h - 08h]  
**Mode de transport 73%\*\***  
 69% Moyen personnel  
 1% SMUR (y c transport hélicoptéré)  
 11% VSAV  
 18% Ambulance privée  
**CCMU 55%\*\***  
 15% CCMU 1  
 1% CCMU 4-5 (urgences vitales)

#### DURÉE DE PASSAGE 81%\*\*

3h Durée médiane de passage  
 62% Passages en moins de 4h  
 35% Lors d'une hospit. post-urgences  
 68% Lors d'un retour au domicile

#### DIAGNOSTIC PRINCIPAL 63%\*\*

55% Médico-chirurgical  
 38% Traumatologique  
 3% Psychiatrique  
 2% Toxicologique  
 3% Autres recours



Sources : RPU, Ardah, SAE - Exploitation ORU Pays de la Loire  
 \* estimation basée sur Ardah et SAE 2016 / \*\* taux de RPU considérés comme fiables  
 PDSA : permanence des soins ambulatoires  
 SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation (comprend le transport en hélicoptère héli-SMUR)  
 VSAV : véhicule de secours et d'assistance aux victimes des services de santé et de secours médical des sapeurs-pompiers  
 CCMU : Classification clinique des malades aux urgences

## 3.2. RÉSULTATS DÉTAILLÉS

### Encadré 7 Analyse de l'activité des services d'urgences : sources de données et éléments de méthodologie

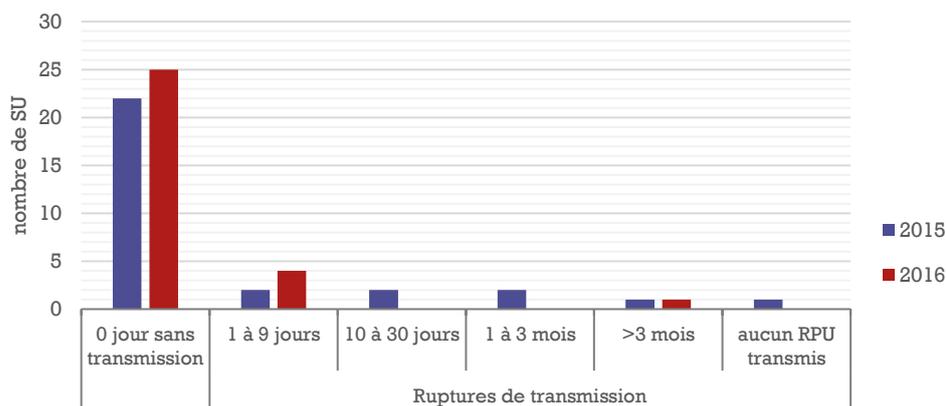
► Les résultats d'activité qui suivent reposent sur l'exploitation des 905 855 RPU transmis par l'ensemble des 30 SU des Pays de la Loire en 2016, et correspondent à des patients domiciliés dans la région ou non.

Les transmissions de RPU se sont nettement améliorées dans la région par rapport à l'année précédente : 25 SU ont transmis sans discontinuer sur l'ensemble de l'année 2016 (contre 22 en 2015) [Fig5]. Quatre autres ont eu des ruptures de transmission portant au total sur moins de 10 jours dans l'année. Seul un service a transmis des RPU sur une période limitée de l'année 2016 (moins de 8 mois).

Par rapport aux données d'activité déclarées par les établissements (via Ardah<sup>6</sup> ou dans le cadre de la SAE lorsque la donnée n'est pas disponible dans Ardah), **le taux d'exhaustivité du recueil RPU atteint 98,7 % des passages aux urgences dans les SU des Pays de la Loire.**

**Fig5 Répartition des services d'urgences selon le nombre de jours sans transmission de RPU dans l'année**

Services d'urgences des Pays de la Loire (2015-2016)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

► Aux défauts de transmission s'ajoutent une complétude et une qualité des informations variables selon les établissements et selon le type de données. Pour mener à bien l'analyse de l'activité des SU, les exploitations statistiques ont été effectuées à partir des données considérées comme exploitables selon les règles établies par la FÉDORU. En outre, pour chaque item RPU, les SU pour lesquels les données étaient considérées comme peu fiables (en raison d'une répartition aberrante des passages selon les valeurs de l'item, ou d'une information de l'établissement sur la mauvaise qualité des données) ont été exclus de l'analyse.

Aucun redressement statistique, visant à s'assurer que ces données partielles soient représentatives de l'activité de l'ensemble des SU de la région, n'a été effectué.

► Quelques indicateurs basés sur les RPU sont mis en regard et/ou complétés par des informations apportées par l'enquête SAE (qui rassemble de nombreuses données relatives à l'activité et aux ressources de ces établissements (notamment un "bordereau de synthèse" concernant l'activité des SU).

► Des précisions sur les choix méthodologiques, les définitions des indicateurs et leurs limites d'interprétation sont apportées dans les encadrés introduisant chacune des parties suivantes.

<sup>6</sup> Application Recueil des Données d'Activités Hospitalières. Cet outil a pour objectif de donner une vue d'ensemble de l'activité hospitalière, à travers des informations déclarées quotidiennement par les établissements. Ces données concernent l'activité des services d'urgences et du SAMU centre 15, l'occupation des lits et la mortalité.

### 3.2.1. ACTIVITÉ GLOBALE ET PROFIL DES PATIENTS

#### Définitions et limites d'interprétation des indicateurs

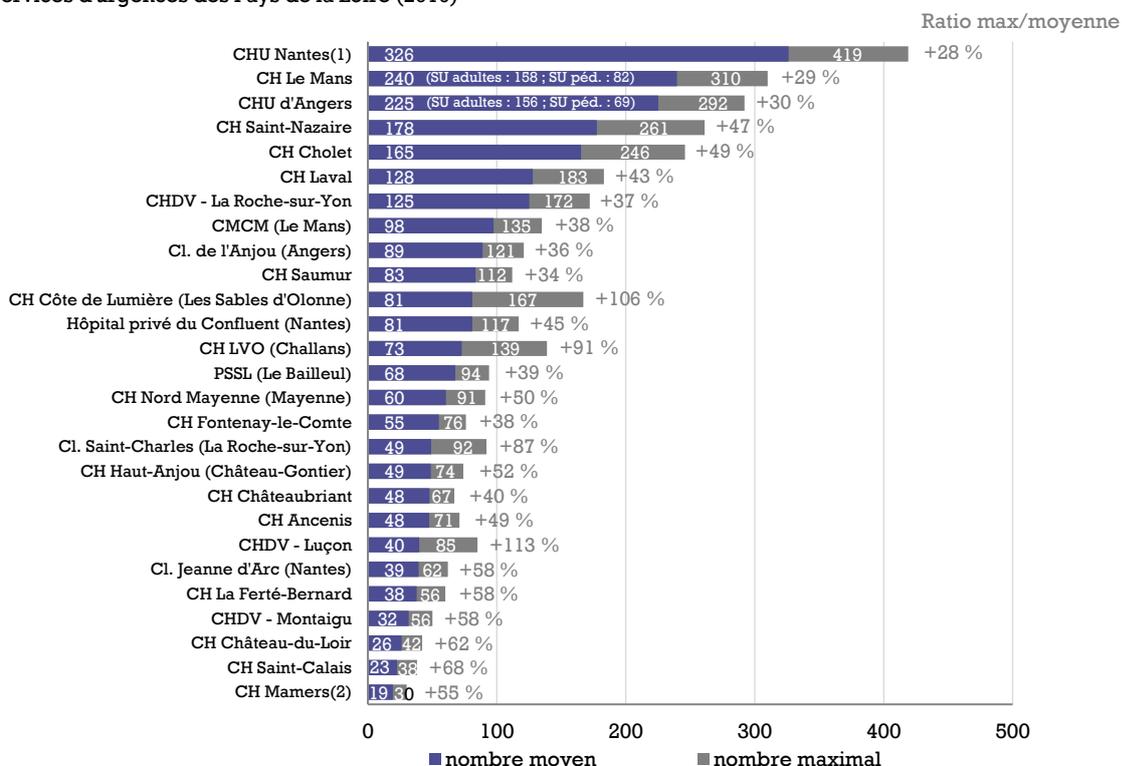
- **Évolution de l'activité** : le taux de croissance annuelle de l'activité des SU basé sur les RPU ne peut être calculé qu'à partir de 2015, et doit être interprété avec précaution compte tenu de la montée en charge progressive de ce système d'information.
- **Activité par SU** : les CHU de Nantes et d'Angers, et le CH du Mans, disposent chacun de deux SU (urgences adultes et pédiatriques). En l'absence de flux RPU séparés pour ces deux services au CHU de Nantes, il n'est toutefois pas possible d'y distinguer l'activité de ces deux types d'accueil en 2016.

#### Près de 918 000 passages dans les services d'urgences de la région en 2016

- Le nombre de passages dans les SU de la région peut être estimé à près 918 000 en 2016, d'après les déclarations des établissements (via Ardah, ou dans le cadre de la SAE lorsque la donnée n'est pas disponible dans Ardah). Près de 99 % de ces passages (905 855) ont fait l'objet d'un RPU. Selon les données RPU, 87 % des passages aux urgences ont lieu dans des établissements publics, dont près du tiers (32 %) aux CHU de Nantes et d'Angers et au CH du Mans.
- L'ensemble des établissements prennent en charge en moyenne chaque jour près de 2 500 patients. Cette moyenne varie de 19 pour le CH de Mamers à 326 au CHU de Nantes [Fig6].

**Fig6 Nombres moyen et maximal de passages quotidiens, par établissement**

Services d'urgences des Pays de la Loire (2016)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

1. Il n'est pas possible, avec les données RPU transmises par cet établissement, de distinguer les passages correspondant au SU adultes de ceux correspondant au SU pédiatriques.

2. Nombre moyen de passages quotidiens déclaré par l'établissement ; nombre maximal de passages calculé sur la base des RPU transmis entre le 3 mai et le 31 décembre 2016.

Lire la figure : au CH de Saint-Nazaire, le pic d'activité correspond à 261 passages quotidiens, soit un surcroît de 47 % par rapport à l'activité quotidienne moyenne (178 passages).

Ces effectifs journaliers moyens recouvrent des situations très variables selon les jours de la semaine et les mois (en raison notamment des périodes épidémiques et de vacances scolaires) [voir chapitre Variations temporelles]. Plusieurs établissements (en particulier vendéens) voient ainsi certains jours leur nombre de passages plus que doubler par rapport à leur activité quotidienne moyenne.

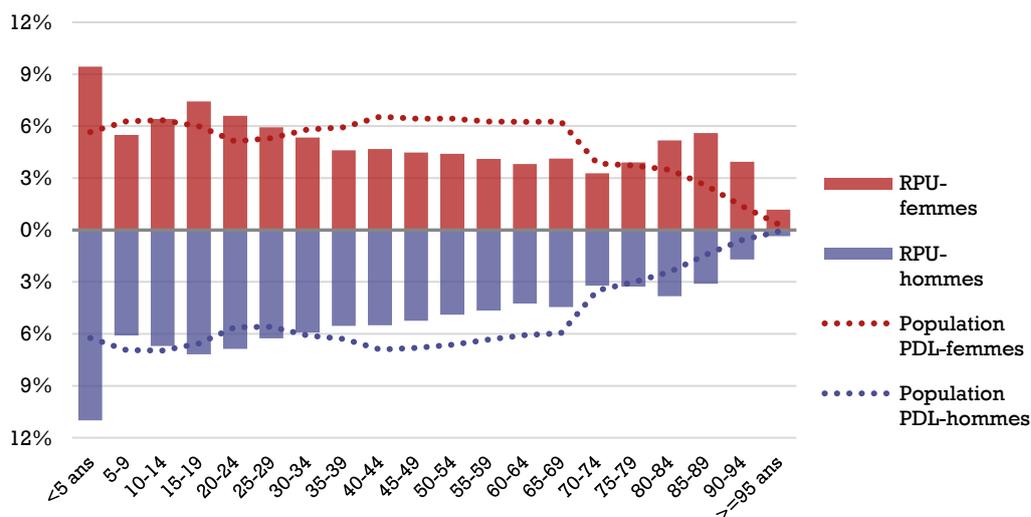
### Une surreprésentation des patients des âges extrêmes, par rapport au profil de la population régionale

► Les personnes passant aux urgences sont âgées en moyenne de 39,9 ans. La majorité sont des adultes âgés de 18 à 74 ans (57 %), un peu plus d'un sur quatre (27 %) sont des jeunes de moins de 18 ans, et 16 % sont des personnes âgées de 75 ans ou plus.

Les enfants de moins de 5 ans représentent à eux seuls 10 % des passages aux urgences, et les enfants de moins d'un an près de 3 % (soit 25 300 passages). Cette classe d'âge est ainsi très nettement surreprésentée dans les SU de la région par rapport à son poids dans la population ligérienne<sup>7</sup>, chez les garçons comme chez les filles [Fig8].

Les personnes âgées de 80 ans ou plus, et dans une moindre mesure celles de 15-29 ans, sont également surreprésentées. À l'inverse, les parts des passages d'enfants de 5-9 ans et d'adultes de 30 à 74 ans sont moins élevées que les poids de ces groupes d'âge dans la population régionale.

**Fig8 Répartitions par âge des patients passant aux urgences et des habitants des Pays de la Loire**  
Services d'urgences des Pays de la Loire (2016)



Sources : RPU (ORU Pays de la Loire), Insee (estimation de population 2016)  
Champ : ensemble des SU des Pays de la Loire.

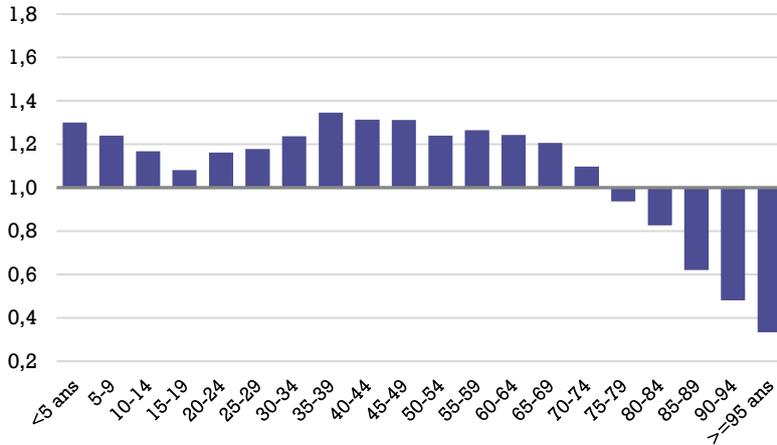
► Un peu plus de la moitié (53 %) des passages aux urgences concernent des hommes, soit un sex-ratio de 1,12.

La surreprésentation des hommes s'observe à toutes les classes d'âge avant 75 ans, mais est un peu moins marquée chez les adolescents (notamment entre 15 et 19 ans) et les jeunes adultes [Fig9]. Au-delà de 75 ans, les femmes occupent progressivement une part prépondérante dans les passages aux urgences, constat qui peut en grande partie être rapproché du profil démographique de la population : 62 % des Ligériens de 75 ans et plus sont des femmes (et près de 80 % des 95 ans et plus).

<sup>7</sup> La mise en regard des âges des patients passant dans les SU de la région et des Ligériens doit être interprétée avec précaution étant donné que ces deux populations ne sont pas totalement superposables. Ce biais est toutefois limité : moins de 7 % des patients passant dans les SU de la région ne sont pas Ligériens.

**Fig9 Sex-ratio des patients passant aux urgences, selon la classe d'âge**

Services d'urgences des Pays de la Loire (2016)



Sources : RPU (ORU Pays de la Loire), Insee  
 Champ : ensemble des SU des Pays de la Loire.

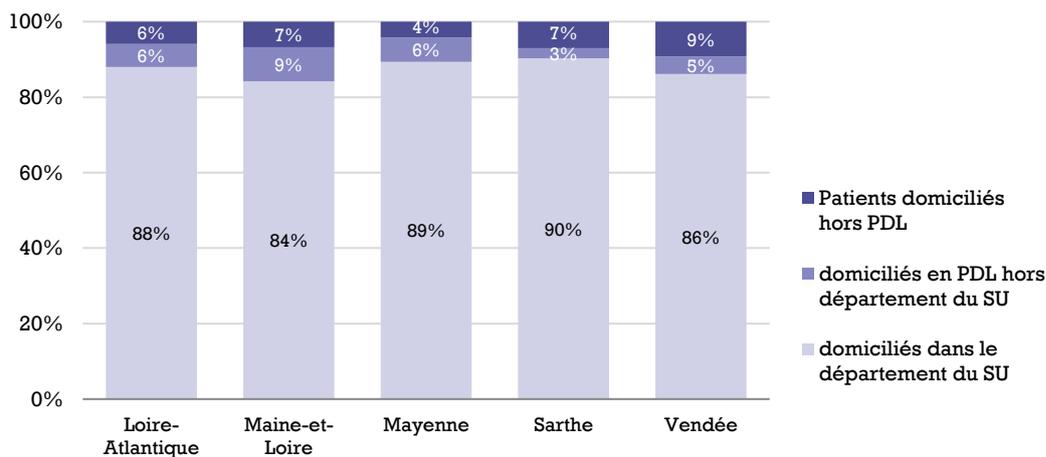
**Près de 48 000 passages de Ligériens dans les SU des quatre régions limitrophes**

► Plus de 93 % des passages dans les SU des Pays de la Loire (soit environ 848 500<sup>8</sup>) sont le fait de personnes domiciliées dans les Pays de la Loire, et 7 % correspondent à des personnes domiciliées en dehors de la région.

Cette dernière proportion est plus importante dans les services situés en Vendée (9 %, en lien principalement avec l'important afflux touristique dans ce département en période estivale [voir chapitre **Variations temporelles**]), que dans les SU de Sarthe, Maine-et-Loire et Loire-Atlantique (respectivement 7, 7 et 6 %) [Fig10]. Les SU de Mayenne ont la plus faible part de passages de patients non Ligériens (4 %). Ce dernier constat pourrait être notamment rapproché de l'absence dans ce département de SU proches des bassins de population des régions limitrophes.

**Fig10 Origine des patients passant aux urgences, selon le département des services d'urgences**

Services d'urgences des Pays de la Loire (2016)



Sources : RPU (ORU Pays de la Loire), Insee  
 Champ : ensemble des SU des Pays de la Loire.  
 PDL : Pays de la Loire

<sup>8</sup> Passages faisant l'objet d'un RPU.

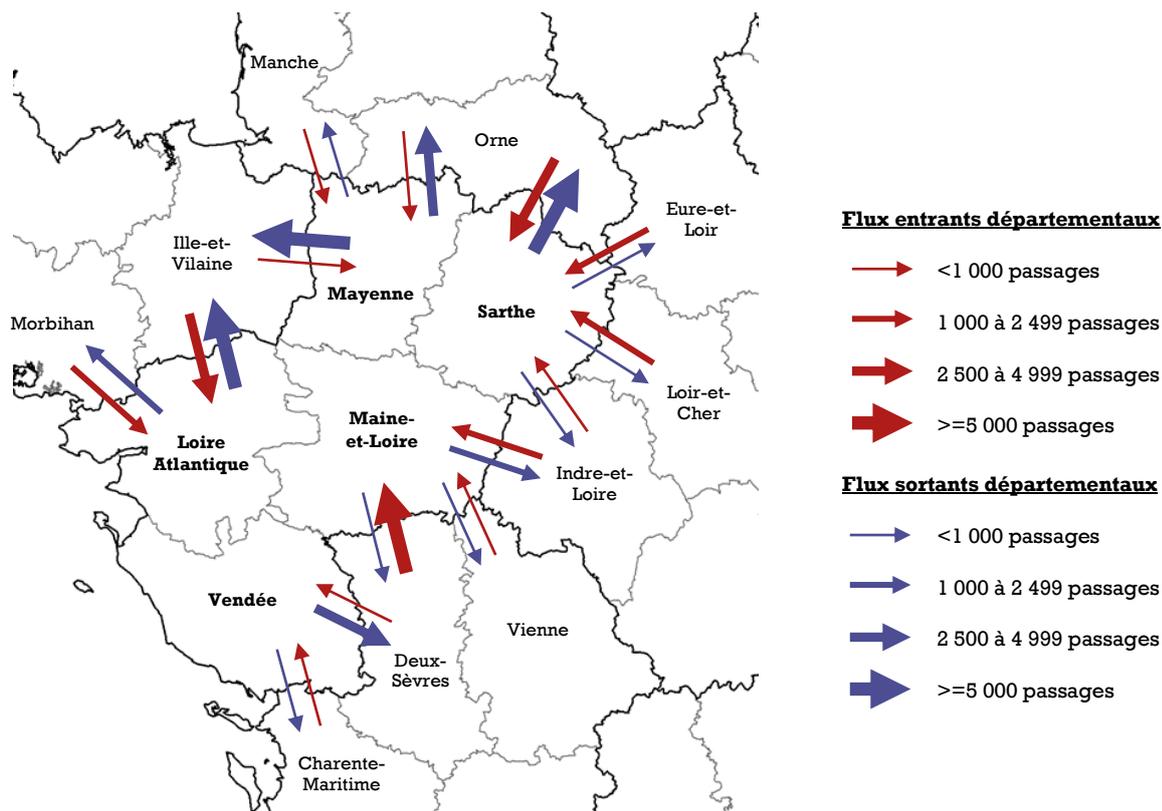
Les passages de non Ligériens correspondent essentiellement à des personnes domiciliées dans les départements limitrophes des Deux-Sèvres (7 500 passages), Orne (5 200), Ille-et-Vilaine (5 000), Indre-et-Loire (2 800), Loir-et-Cher (2 300), Morbihan (2 200), Eure-et-Loir (1 600), et Vienne (1 300), ainsi que de Paris (2 300) et des autres départements d'Ile-de-France (1 000 à 1 900 passages).

Les situations les plus fréquentes correspondent d'une part aux passages d'habitants des Deux-Sèvres dans les SU du Maine-et-Loire, d'habitants de l'Orne dans les SU de Sarthe, et d'habitants d'Ille-et-Vilaine dans les SU de Loire-Atlantique (liées à la proximité du domicile de ces patients avec certains SU en périphérie des Pays de la Loire) [Fig11], et d'autre part aux entrées d'habitants de région parisienne dans les SU de Loire-Atlantique et de Vendée (liées au tourisme et aux résidences secondaires).

► Par ailleurs, on dénombre 47 900 passages de Ligériens dans les SU des quatre régions limitrophes<sup>9</sup> : 17 400 en Bretagne, 15 900 en Normandie, 10 300 en Nouvelle-Aquitaine et 4 300 en Centre-Val de Loire. Ceci porte donc à 896 400 le nombre de passages<sup>10</sup> de Ligériens dans les services d'urgences des Pays de la Loire et des quatre régions limitrophes.

Les situations les plus fréquentes correspondent aux sorties d'habitants de Sarthe vers les SU de l'Orne (principalement vers le CHI d'Alençon), d'habitants de Loire-Atlantique vers les SU d'Ille-et-Vilaine (CH de Redon principalement), et d'habitants de Mayenne également vers les SU d'Ille-et-Vilaine (CH de Fougères et de Vitré principalement) [Fig11].

**Fig11 Flux entrants et sortants départementaux de patients dans les services d'urgences**  
Services d'urgences de Bretagne, Centre-Val de Loire, Nouvelle-Aquitaine, Normandie et Pays de la Loire (2016)



Sources : RPU (ORU Pays de la Loire, Réseau Bretagne Urgences, GCS Télésanté Basse-Normandie, ARS Normandie, GCS Télésanté Centre, ARS Centre-Val de Loire, ORU Nouvelle-Aquitaine)

Lire la figure : moins de 1 000 passages dans les SU de Mayenne (730 exactement) correspondent à des patients domiciliés en Ille-et-Vilaine (flux entrants pour les Pays de la Loire), et plus de 5 000 passages dans les SU d'Ille-et-Vilaine (5 044 exactement) correspondent à des patients domiciliés en Mayenne (flux sortants).

<sup>9</sup> Sources : Réseau Bretagne Urgences, GCS Télésanté Basse-Normandie et ARS Normandie, GCS Télésanté Centre et ARS Centre-Val de Loire, ORU Nouvelle-Aquitaine.

<sup>10</sup> Passages faisant l'objet d'un RPU.

### Des transmissions de RPU en progression de 2,6 % par rapport à 2015

► Entre 2015 et 2016, le nombre de RPU transmis par les SU de la région<sup>11</sup> a augmenté de 2,6 %. Cette augmentation concerne particulièrement les adultes de 18-74 ans (+3,5 %), et dans une moindre mesure les jeunes de moins de 18 ans (+1,5 %) et les personnes âgées de 75 ans et plus (+1,4 %).

Ce constat régional recouvre des situations territoriales assez différentes, puisque l'évolution du nombre de RPU transmis varie de -1,7 à +7,6 % selon les SU. La tendance à l'augmentation des transmissions est majoritaire parmi les SU, et concerne 18 des 23 services inclus dans l'analyse.

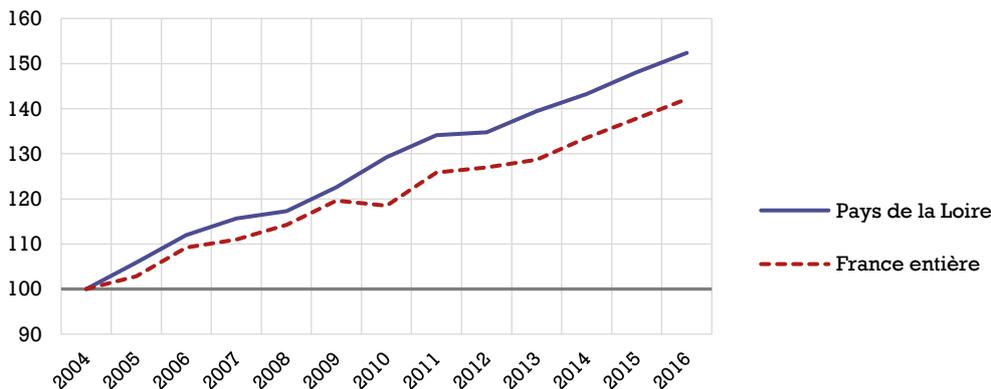
► L'évolution de ces transmissions doit être interprétée avec prudence compte tenu de la montée en charge de ce recueil. Toutefois, les données issues de la SAE confortent le constat porté par les RPU au plan régional : entre 2015 et 2016, le nombre de passages dans les SU de la région enregistrés dans ce dispositif d'enquête a également progressé de 2,6 % [1], [9].

Selon la SAE, le recours aux SU a augmenté de manière assez continue dans la région au cours des 12 dernières années, au rythme annuel moyen de + 3,6 % (de 591 000 passages en 2004 à 901 000 en 2016), contre + 3,0 % au plan national [Fig12].

Le taux de recours aux SU de la région, historiquement inférieur à la moyenne nationale, s'en approche ainsi nettement tout en lui restant inférieur (respectivement 241 et 314 passages pour 1 000 habitants en 2016).

**Fig12 Évolution en base 100 du nombre annuel de passages aux urgences**

Services d'urgences des Pays de la Loire et de France entière (2004-2016)



Source : SAE (Drees)

► L'attractivité démographique régionale peut en partie expliquer la tendance à la hausse du recours aux SU (selon les estimations de l'Insee, la population ligérienne a progressé de 0,7 % entre 2015 et 2016, cette augmentation concernant essentiellement les habitants âgés de 60 à 74 ans : +3,2 %). D'autres facteurs (épidémiologiques, socioéconomiques, sociologiques, mais également liés à l'organisation des soins non programmés sur les heures d'ouverture des cabinets médicaux et aux horaires de la PDSA) concourent également à cette tendance, à des degrés divers [voir partie Taux de recours aux services d'urgences].

<sup>11</sup> Champ : 23 (/30) SU des Pays de la Loire ayant transmis des RPU sur l'ensemble des années 2015 et 2016, et pour lesquels l'augmentation du nombre de RPU transmis entre ces deux années ne dépasse pas 10 %. Une pondération est appliquée aux passages de l'année 2016, cette année étant bissextile.

### 3.2.2. VARIATIONS TEMPORELLES

#### Définitions et limites d'interprétation des indicateurs

- **Variations saisonnières** : cette analyse s'appuie sur les seuls SU ayant transmis des RPU sur la quasi-totalité de l'année.
- **Permanence des soins ambulatoires (PDSA)** : les passages en horaires de PDSA correspondent aux prises en charge du lundi au vendredi de 20h00 à 7h59 le lendemain, du samedi 12h00 au lundi 7h59, et les jours fériés et ponts PDSA de 8h00 à 19h59.

#### Des variations saisonnières d'activité d'amplitude assez limitée au plan régional...

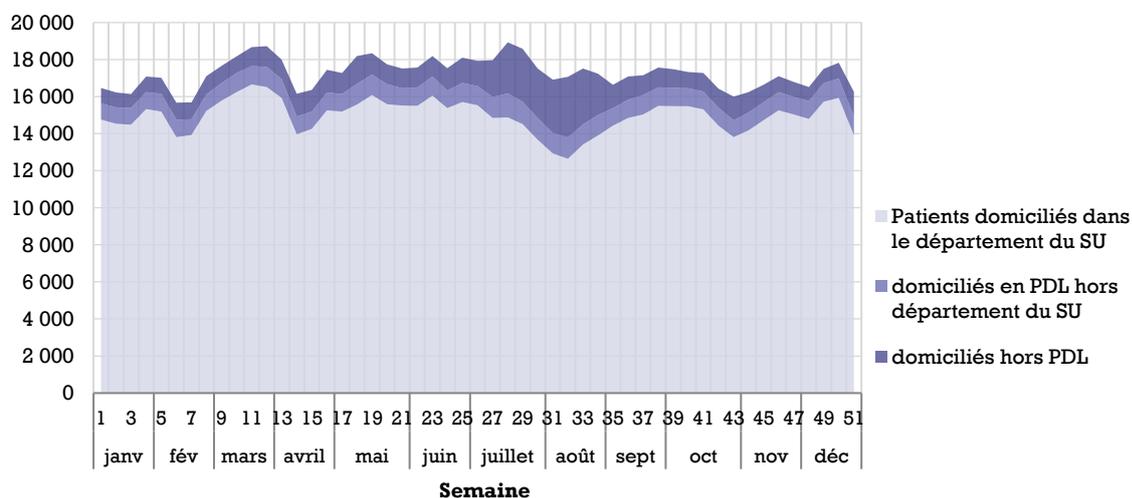
► Le nombre hebdomadaire de passages dans les SU de la région s'établit en moyenne à 17 300 et fluctue selon les semaines de 15 700 à près de 19 000, soit une variation d'amplitude relativement limitée (coefficient de variation<sup>12</sup> de 5 %) [Fig13].

Ce constat est lié à la compensation de la diminution des passages de Ligériens classiquement observée lors des vacances scolaires (notamment parmi les enfants), par l'augmentation très nette des prises en charge de personnes n'habitant pas la région (touristes et habitants de résidences secondaires) sur ces périodes.

Les vacances d'été restent une période de forte activité des SU, en lien avec un afflux considérable de patients n'habitant pas la région. Sur la période du 4 juillet au 28 août (semaines 27 à 34), le nombre hebdomadaire de passages de ces personnes atteint 2 700 en moyenne, contre 1 000 en dehors de cette période.

**Fig13 Nombre hebdomadaire de passages dans les services d'urgences**

Services d'urgences des Pays de la Loire (2016)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

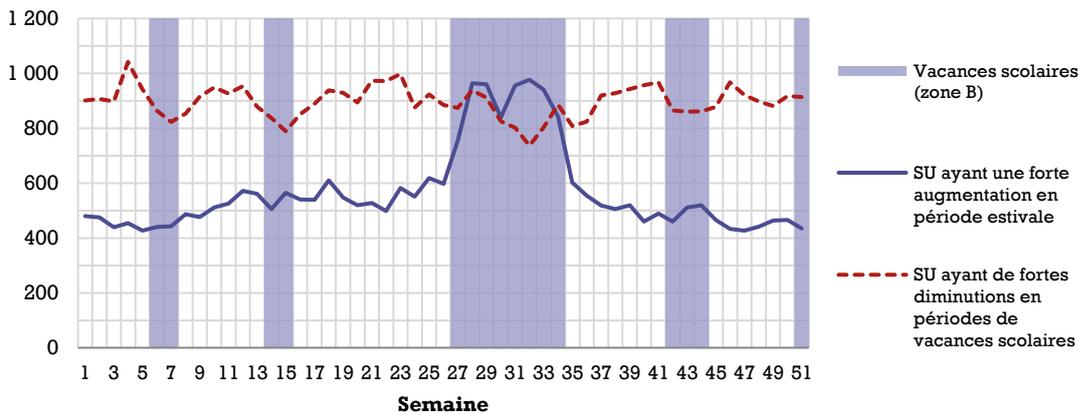
Champ : SU des Pays de la Loire ayant transmis des RPU sur l'ensemble de l'année 2016, soit 29 SU (/30).

<sup>12</sup> Le coefficient de variation est une mesure statistique de dispersion relative, définie comme le rapport entre l'écart-type et la moyenne d'une distribution.

... mais des profils de variations saisonnières très différents selon la localisation des SU

► Si à l'échelle de la région les flux de passages de Ligériens et de non Ligériens semblent aboutir à d'assez faibles variations saisonnières d'activité, les situations varient toutefois fortement selon les SU. Certains services et en particulier ceux proches de la côte atlantique voient ainsi leur activité nettement augmenter (passant du simple à plus du double) pendant l'été en lien avec l'afflux touristique, alors que d'autres situés dans des zones moins touristiques voient au contraire leur activité baisser en lien notamment avec les départs en vacances dans leur bassin de population. Le graphique ci-dessous illustre ce constat à travers l'exemple de deux SU ayant parmi les plus fortes variabilités saisonnières d'activité [Fig14].

**Fig14 Nombre hebdomadaire de passages dans deux SU ayant une forte variabilité saisonnière d'activité**  
Services d'urgences des Pays de la Loire (2016)



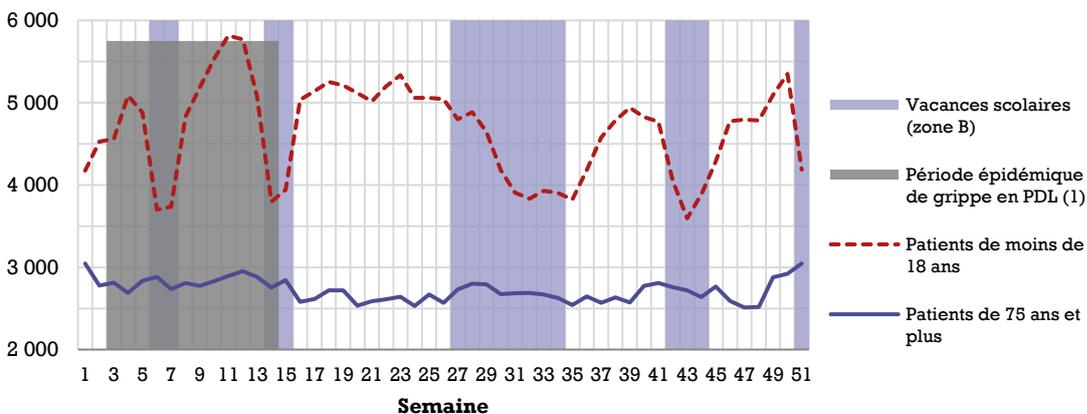
Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Champ : 2 (/30) SU ayant parmi les plus fortes variations saisonnières du nombre hebdomadaire de passages.

Un nombre de passages de patients de moins de 18 ans fortement influencé par le calendrier scolaire

► Les diminutions d'activité des SU en périodes de vacances scolaires sont en grande partie liées à la chute du nombre de passages de jeunes de moins de 18 ans (notamment liés à de la traumatologie) [Fig15]. Environ 4 000 passages hebdomadaires sont observés en moyenne durant ces périodes contre près de 5 000 les autres semaines, soit une diminution de près de 18 % de l'activité concernant ce groupe d'âge.

**Fig15 Nombres hebdomadaires de passages de patients âgés de moins de 18 ans et de 75 ans et plus**  
Services d'urgences des Pays de la Loire (2016)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Champ : SU des Pays de la Loire ayant transmis des RPU sur l'ensemble de l'année 2016, soit 29 SU (/30).

1. Franchissement du seuil d'alerte pour les syndromes grippaux dans l'activité de SOS Médecins Nantes/Saint-Nazaire [10].

► Les variations saisonnières des passages aux urgences sont également liées aux épidémies hivernales, notamment de grippe et d'infections respiratoires aiguës basses à virus respiratoire syncytial (VRS). Les épidémies de grippe sont d'ampleur variable selon les saisons et impactent des groupes d'âge différents selon les types de virus grippaux circulants. Le début de l'année 2016 a été marqué par une épidémie grippale de type B touchant particulièrement les enfants [10]. Durant cette période, le nombre de passages d'enfants de moins de 18 ans a ainsi augmenté (hors vacances scolaires) [Fig15]. La fin de l'année 2016 a vu, quant à elle, la prépondérance d'un virus A(H3N2), impactant de manière importante les personnes âgées, comme lors de la saison 2015-2016 [11], [12].

### Le lundi est le jour de la semaine où l'activité des SU est la plus élevée

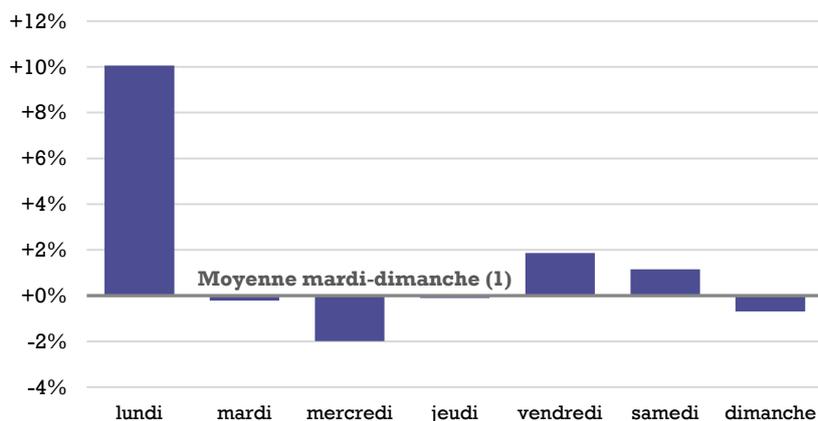
► Le nombre de passages aux urgences le lundi est supérieur de 10 % à celui observé en moyenne les autres jours de la semaine [Fig16].

Ce surcroît d'activité concerne aussi bien les jeunes de moins de 18 ans (+6 %), que les adultes de 18-74 ans (+12 %) et les personnes plus âgées (+10 %).

Le volume d'activité fluctue relativement peu entre le mardi et le dimanche. Il apparaît toutefois légèrement moindre le mercredi et dans une moindre mesure le dimanche, et au contraire un peu plus élevé les vendredi et samedi.

**Fig16 Variation du nombre de passages, selon le jour de la semaine**

Services d'urgences des Pays de la Loire (2016)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Champ : ensemble des SU des Pays de la Loire. RPU du lundi 4 janvier au dimanche 25 décembre (semaines complètes)

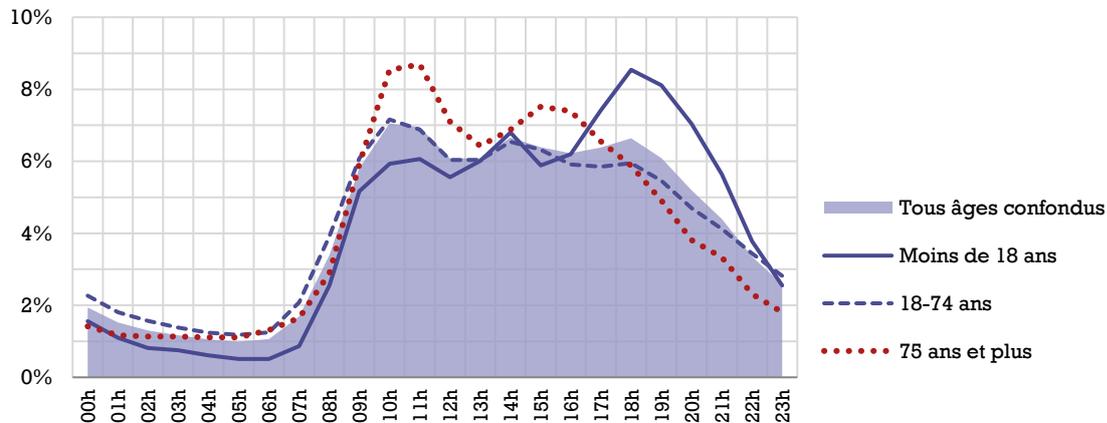
1. Le niveau d'activité de base est égal à la moyenne journalière des nombres de passages allant du mardi au dimanche.

### Un flux important d'entrées dès 8h, et qui reste stable à un niveau élevé de 9h à 19h

► Le nombre d'entrées dans les SU augmente très nettement à partir de 8h, cette tendance concernant tous les groupes d'âge [Fig17].

Ce flux reste ensuite globalement stable à un niveau élevé entre 9h et 19h, mais le profil des entrants diffère très nettement selon l'heure d'arrivée. Les personnes âgées de 75 ans et plus entrent ainsi plus fréquemment en fin de matinée puis en milieu d'après-midi, alors que le flux d'entrée des adultes de 18-74 ans est plus continu (avec néanmoins un pic centré sur 10h un peu plus marqué). Chez les jeunes de moins de 18 ans, les entrées prédominent largement après les heures de cours, au-delà de 17h et jusqu'en début de soirée.

**Fig17 Répartition des passages selon l'heure d'entrée, par groupe d'âge**  
Services d'urgences des Pays de la Loire (2016)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)  
Champ : ensemble des SU des Pays de la Loire.

► Le répartition des passages selon l'heure d'entrée diffère également nettement selon le jour de la semaine. Le lundi se caractérise notamment par un flux important de patients entre 8h et 12h, expliquant à lui seul la majeure partie du surcroît d'activité de cette journée par rapport aux autres jours de la semaine [Fig16]. Le week-end, le nombre d'entrées s'élève plus tardivement, entre 8h et 9h, et est maximal de 11h à 12h avant de décroître tout au long de l'après-midi et de la soirée.

### Encadré 8 Focus sur les passages aux urgences en horaires de PDSA

► La permanence des soins ambulatoires (PDSA) consiste à organiser l'offre de soins libérale afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés des patients, en dehors des heures d'ouverture des cabinets. Elle permet notamment aux patients d'avoir accès à un médecin la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés. La PDSA s'appuie plus particulièrement sur une régulation médicale téléphonique, pivot du dispositif, et sur des consultations de médecine générale.

Les Pays de la Loire se sont inscrits en 2012 dans une expérimentation sur les nouveaux modes de rémunération de la permanence des soins des médecins libéraux. Cette expérimentation a porté sur une réorganisation de la PDSA et de ses déclinaisons locales, sans déroger aux textes en vigueur concernant son fonctionnement général, qui repose notamment sur le volontariat des médecins généralistes et une définition précise des plages horaires à couvrir.

Un cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'ARS précise les principes d'organisation et de rémunération de la PDSA dans les Pays de la Loire. Le dernier en date, qui porte sur la période 2017-2019, a vocation à stabiliser le fonctionnement de la PDSA défini dans la région depuis l'expérimentation de 2012 [13].

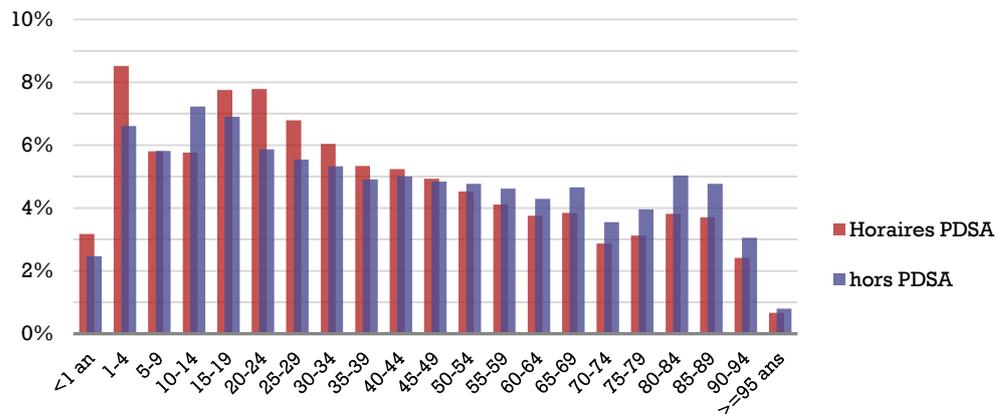
► En 2016, près de la moitié (46 %) des passages aux urgences ont lieu en horaires de PDSA<sup>13</sup>, dont 16 % en soirée (20h-23h59), 11 % en nuit profonde (00h-7h59), 8 % le samedi après-midi ou jour de pont, et 11 % le dimanche ou jour férié.

La proportion de passages en horaires de PDSA diffère très peu selon le département de localisation du SU. Les SU ayant les volumes d'activité les plus élevés (au moins 50 000 passages annuels), situés dans les grandes agglomérations de la région, sont toutefois plus fréquemment concernés par les passages en horaires de PDSA (47 %) que les SU ayant une activité plus faible (41 % parmi les SU ayant moins de 20 000 passages annuels).

Le profil des patients pris en charge en horaires de PDSA diffère assez peu de celui des autres patients. Il s'agit un peu plus fréquemment d'hommes (54 %, vs 52 % en horaires hors PDSA), de jeunes enfants (moins de 5 ans), et d'adolescents et de jeunes adultes. Les passages d'enfants de 10-14 ans et de personnes âgées de 50 ans et plus sont un peu plus fréquents en horaires hors PDSA [Fig18].

<sup>13</sup> Définis par une date/heure d'entrée de ces types : du lundi au vendredi de 20h00 à 7h59 le lendemain, du samedi 12h00 au lundi 7h59, et les jours fériés et ponts PDSA de 8h00 à 19h59.

**Fig18 Répartition par âge des patients passant aux urgences, selon le type d'horaire de passage**  
Services d'urgences des Pays de la Loire (2016)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Champ : ensemble des SU des Pays de la Loire.

PDSA : permanence des soins ambulatoires.

Lire la figure : 8,5 % des passages en horaires de PDSA correspondent à des patients âgés de 1-4 ans ; 6,5 % des passages hors PDSA correspondent à des patients de cette classe d'âge.

De manière cohérente avec le profil d'âge des patients, la part des diagnostics de type toxicologique (principalement liés à la consommation d'alcool) est près de trois fois plus importante en horaires de PDSA (3 %, vs 1,2 %). Ce surcroît de diagnostics toxicologiques est essentiellement observé en soirée (3,4 %) et en nuit profonde (5,2 %).

Les patients arrivent majoritairement par leur moyens personnels (66 %, vs 71 % hors PDSA), mais l'intervention des sapeurs-pompiers (13 vs 10 %) et dans une moindre mesure celles des ambulances privées (18,5 vs 17,8 %) et des forces de l'ordre (1,3 vs 0,6 %) sont plus importantes qu'en dehors des horaires de PDSA.

### 3.2.3. MOUVEMENTS DES PATIENTS

#### Définitions et limites d'interprétation des indicateurs

► **Mode d'entrée et provenance** : ces deux informations permettent en théorie de connaître l'origine précise des patients arrivant aux urgences (domicile incluant les structures d'hébergement médicosociales, et transfert ou mutation d'un établissement de santé) **[Annexe 1]**. Toutefois, l'analyse de la répartition des passages selon ces différentes origines amène à fortement pondérer l'intérêt de leur utilisation dans l'état actuel de leur recueil. Les entrées en provenance des structures d'hébergement médicosociales apparaissent notamment largement sous-repérées. De ce fait, seul le **mode de transport** est étudié dans le cadre de ce Panorama pour décrire le contexte d'arrivée des patients dans les SU.

► **Destination et orientation** : en raison d'un taux élevé d'incohérences entre ces deux informations, seul le **mode de sortie** est étudié pour décrire le devenir des patients. Le mode 'hospitalisation' regroupe les mutations (sortie du patient vers une unité médicale - y compris UHCD - appartenant à la même entité juridique que le SU) et les transferts (vers une unité appartenant à une autre entité juridique).

#### La part des patients arrivant aux urgences par leurs moyens personnels diminue fortement avec l'âge

► La grande majorité des patients (69 %) se rendent aux urgences par leurs "moyens personnels", 18 % sont transportés par une ambulance privée, et 11 % bénéficient d'un transport par les services de santé et de secours médical des sapeurs-pompiers (VSAV, véhicule de secours et d'assistance aux victimes<sup>14</sup>). Environ 1 % des patients font l'objet d'une intervention SMUR (structure mobile d'urgence et de réanimation). La proportion de patients amenés aux urgences par les forces de l'ordre est similaire.

Cette répartition varie selon l'heure d'entrée des patients. En nuit profonde (de minuit à 7h59), les proportions de transport par ambulance privée (26 %), VSAV (16 %), SMUR (1,5 %) et forces de l'ordre (3 %) sont ainsi plus élevées que le reste de la journée (respectivement 17, 10, 1 et 0,7 %). À l'inverse, la part des patients arrivant par leurs propres moyens est plus élevée en journée (71 %) qu'en nuit profonde (54 %).

► Le mode de transport diffère en outre très nettement selon l'âge. La proportion de patients arrivant par leurs moyens personnels, prédominante chez les jeunes, diminue fortement à partir de 15-19 ans pour devenir minoritaire au-delà de 75-79 ans **[Fig19]**.

Cette chute se fait au profit de l'utilisation d'ambulances privées, dont la part augmente fortement à partir de 70-74 ans. Au-delà de 85 ans, plus d'un patient sur deux arrivant aux urgences est amené par ce type de transport.

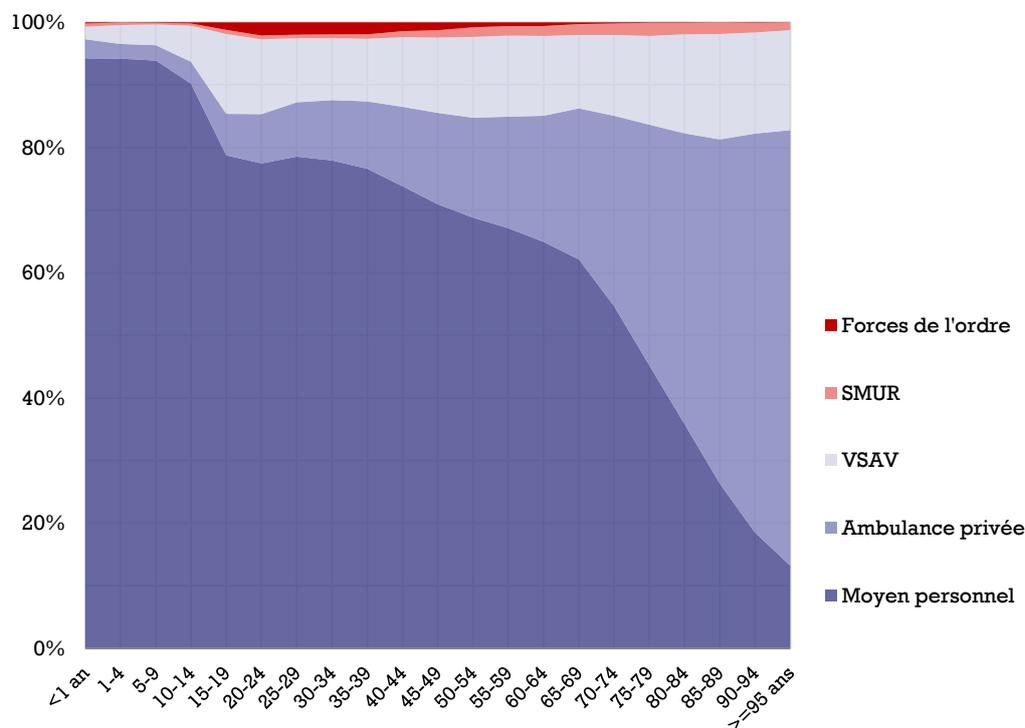
La part des patients transportés par VSAV augmente fortement à partir de 15-19 ans, puis évolue assez peu (de 10 à 17 %) après cette classe d'âge.

La fréquence des admissions faisant suite à une intervention SMUR dépasse 1 % à partir de 45-49 ans, en lien avec la plus grande gravité des affections survenant à cet âge (syndromes coronariens aigus et accidents vasculaires cérébraux en particulier) **[voir chapitre Caractéristiques cliniques des patients]**.

La part des patients amenés par les forces de l'ordre est maximale chez les adultes jeunes, autour de 2 % des 20-39 ans (3,3 % chez les hommes et 0,5 % chez les femmes).

<sup>14</sup> Auparavant appelé VSAB, véhicule de secours aux asphyxiés et aux blessés.

**Fig19 Répartition des passages selon le mode de transport, par classe d'âge**  
Services d'urgences des Pays de la Loire (2016)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Champ : SU des Pays de la Loire avec mode de transport exploitable et pour lesquels la répartition des passages selon le mode de transport n'est pas considérée aberrante, soit 24 SU (/30).

SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation (comprend le transport en hélicoptère héli-SMUR) ; VSAV : véhicule de secours et d'assistance aux victimes des services de santé et de secours médical des sapeurs-pompiers.

### À partir de 75-79 ans, l'hospitalisation est le mode de sortie des urgences le plus fréquent

► La grande majorité (72 %) des passages aux urgences se concluent par un retour au domicile du patient, et près de trois sur dix par une hospitalisation (incluant le passage en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD [Encadré 9]). Parmi les 680 000 RPU disposant de données exploitables pour le mode de sortie, un peu plus de 440 (<0,1 %) notifient le décès du patient aux urgences.

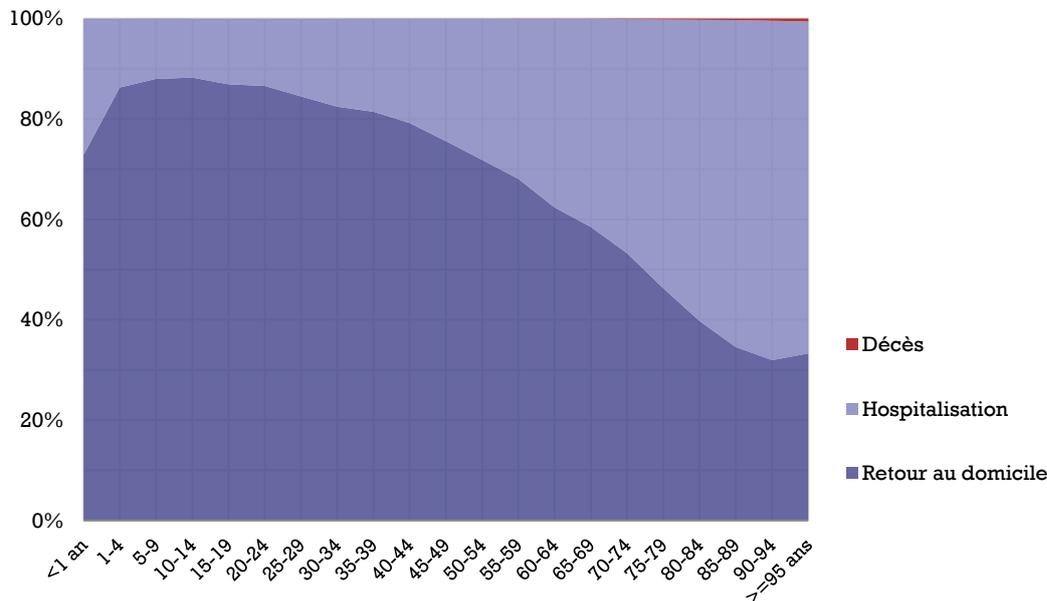
À l'instar du mode de transport, cette répartition varie nettement selon l'âge des patients. Plus du quart (27 %) des passages aux urgences d'enfants de moins d'un an aboutissent à une hospitalisation, cette proportion contrastant avec celle observée chez les enfants plus âgés (12 à 14 % chez les 1-14 ans) [Fig20].

Passé 25 ans, la part des passages se concluant par une hospitalisation augmente progressivement, pour devenir majoritaire à partir de 75-79 ans, et concerne deux patients sur trois au-delà de 85 ans.

► La proportion de décès tend à augmenter avec l'âge, mais reste largement minoritaire. Elle dépasse 0,1 % à partir de 70-74 ans, et atteint au maximum 0,6 % parmi les patients âgés de 95 ans et plus. Trois décès aux urgences sur quatre concernent des personnes âgées de 75 ans ou plus.

**Fig20 Répartition des passages selon le mode de sortie, par classe d'âge**

Services d'urgences des Pays de la Loire (2016)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Champ : SU des Pays de la Loire avec mode de sortie exploitable et pour lesquels la répartition des passages selon le mode de sortie n'est pas considérée aberrante, soit 22 SU (/30).

### Encadré 9 Caractéristiques des séjours en UHCD après passage aux urgences

► L'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) est une unité accueillant les patients du SU 24h/24h et 7j/7 pour une durée de séjour maximum de 24 heures, avec des locaux dédiés, et gérée par le personnel médical et paramédical des urgences. L'objectif de l'UHCD est d'assurer les soins et d'affiner les diagnostics pour orienter les patients vers les services adaptés à leur état clinique, ou de permettre le retour à domicile dans les 24 heures si la surveillance et les traitements sont efficaces [14], [15].

Lors d'une prise en charge en UHCD, une facturation<sup>15</sup> ne peut être établie que si l'état de santé du patient présente certaines caractéristiques : un caractère instable, où le diagnostic reste incertain ; nécessité d'une surveillance médicale et d'un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation ; nécessité de réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques [16].

En revanche, les prises en charge pour des symptômes observés au SU imposant de réaliser d'emblée des examens complémentaires diagnostiques sans que l'état du patient ne nécessite une surveillance en hospitalisation, ne relèvent pas de l'UHCD.

► Selon les données du PMSI MCO<sup>16</sup>, il y a eu près de 90 000 passages dans les UHCD des établissements des Pays de la Loire en 2016 [17]. Ces séjours concernent un peu plus fréquemment des hommes (52 %), et près d'une fois sur trois des personnes âgées de 75 ans ou plus.

Dans près de la moitié des séjours en UHCD, le DP correspond à des "Symptômes, signes et résultats anormaux non classés ailleurs" (23 %) notamment en lien avec les appareils circulatoire, respiratoire et digestif, ou à des "Lésions traumatiques et empoisonnements" (22 %) : traumatisme crânien, plaie ouverte du poignet et de la main, luxation et entorse, intoxication médicamenteuse...

Viennent ensuite des diagnostics en lien avec les troubles mentaux et du comportement (11 %, dont 7 % pour les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives dont l'alcool), maladies de l'appareil circulatoire (8 %), maladies de l'appareil digestif (7 %), et maladies de l'appareil respiratoire (7 %).

Plus de la moitié des séjours en UHCD (57 %) se concluent par le retour au domicile du patient. Dans 42 % des cas, le patient est transféré vers un autre service hospitalier (le plus souvent dans un service de spécialité médicale adulte ou une unité de médecine indifférenciée, un service de médecine gériatrique, ou de chirurgie adulte).

<sup>15</sup> Facturation d'un groupe homogène de séjours (GHS), transmise à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

<sup>16</sup> Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine-chirurgie-obstétrique.

### 3.2.4. CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES DES PATIENTS

#### Définitions et limites d'interprétation des indicateurs

► Les **diagnostics principaux** (DP) sont codés dans les RPU selon la Cim-10 (Classification internationale des maladies dans sa 10<sup>e</sup> version). Ils sont classés en cinq grands types (médocochirurgical, traumatologie, psychiatrie, intoxication, autres) et en 27 groupes selon une méthodologie de regroupement de la FÉDORU.

► La **CCMU** (Classification clinique des malades aux urgences) est une codification évaluant l'état du patient à son entrée dans le SU, à l'issue de l'examen clinique initial incluant les examens complémentaires simples réalisables au lit du patient. Les CCMU 1 et 2 correspondent à un état clinique jugé stable, sans (CCMU 1) ou avec (CCMU 2) la réalisation d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques (autres que les examens complémentaires simples au lit du patient). La CCMU 3 correspond à un patient dont l'état clinique est susceptible de s'aggraver aux urgences mais dont le pronostic vital n'est pas engagé. Les CCMU 4 et 5 signifient que le pronostic vital est engagé, sans (CCMU 4) ou avec (CCMU 5) indication de gestes de réanimation immédiats.

Des contrôles qualité effectués par les ORU de différentes régions amènent à pondérer l'intérêt de la CCMU dans l'état actuel de son recueil, en raison d'une part du caractère subjectif de cette classification, et d'autre part d'une mauvaise connaissance des conditions et critères de classement.

#### Une part importante des RPU notifiant une symptomatologie douloureuse en diagnostic principal

► La plupart des passages aux urgences disposant de données diagnostiques exploitables sont liés à un DP de type médocochirurgical (55 %) ou traumatologique (38 %). Les diagnostics d'origine psychiatrique (3 %), liés à une intoxication (2 %), ou d'une autre nature (3 %) sont nettement moins fréquents.

Cette répartition diffère légèrement selon le sexe, les hommes étant plus concernés que les femmes par les diagnostics traumatologiques (40 % vs 34 %).

► Parmi les **DP médocochirurgicaux**, les codes évoquant des symptômes et signes généraux - aux premiers rangs desquels figurent les douleurs - sont les plus fréquents [Fig21], en lien avec le caractère souvent inaugural de la prise en charge aux SU, et en l'absence de confirmation diagnostique avant les résultats d'examens complémentaires et d'avis spécialisés obtenus en aval des urgences.

Parmi les **DP traumatologiques**, les lésions des membres supérieurs et inférieurs sont les plus fréquentes et représentent à elles seules un peu plus du quart des passages aux urgences (26 %), devant les traumatismes de la tête et du cou (7 %).

Un peu plus d'un RPU sur 100 évoque un diagnostic d'intoxication alcoolique. Cette proportion sous-estime certainement l'ampleur de ces intoxications parmi les patients passant aux urgences. En effet, une part des RPU concernés notifiant sans doute prioritairement en DP les conséquences - notamment traumatologiques - de l'alcoolisation, plus que l'intoxication en elle-même<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> Il est possible qu'un code d'intoxication alcoolique soit notifié en diagnostic associé (DA) pour un certain nombre de RPU. Les DA sont toutefois peu documentés dans ce recueil.

**Fig21 Répartition des passages selon le groupe de diagnostic principal<sup>1</sup>**

Services d'urgences des Pays de la Loire (2016)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Champ : SU des Pays de la Loire avec DP exploitable et pour lesquels la répartition des passages selon le type de DP n'est pas considérée aberrante, soit 25 SU (/30) SU. RPU hors passages avec orientation 'fugue', 'parti sans attendre' ou 'réorientation'.

1. Méthodologie de regroupement FÉDORU.

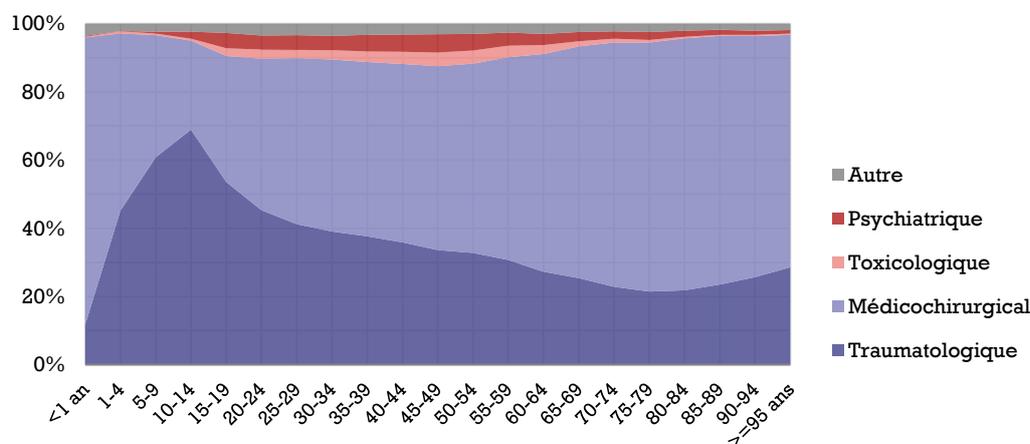
### Les types de diagnostics diffèrent nettement selon l'âge des patients

► Les diagnostics de type médicochirurgical sont majoritaires quelle que soit la classe d'âge, hormis chez les enfants et jeunes adultes âgés de 5 à 24 ans [Fig22].

La part des diagnostics traumatologiques augmente en effet fortement avec l'âge chez les jeunes, passant d'un peu plus de 10 % chez les enfants de moins d'un an à près de 70 % chez ceux âgés de 10 à 14 ans. La fréquence de ces diagnostics se réduit nettement passé cet âge et jusqu'à 75-79 ans (22 %). Chez les personnes plus âgées, la part des diagnostics traumatologiques s'élève de nouveau, en lien notamment avec leurs risques augmentés de chutes et de complications associées (fractures en particulier).

Les diagnostics d'origine psychiatrique ou toxicologique concernent environ 10 % des passages aux urgences quel que soit l'âge entre 15 et 59 ans. Ils sont nettement moins fréquents en dehors de ce groupe d'âge.

**Fig22 Répartition des passages selon le type de diagnostic principal, par classe d'âge**  
Services d'urgences des Pays de la Loire (2016)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

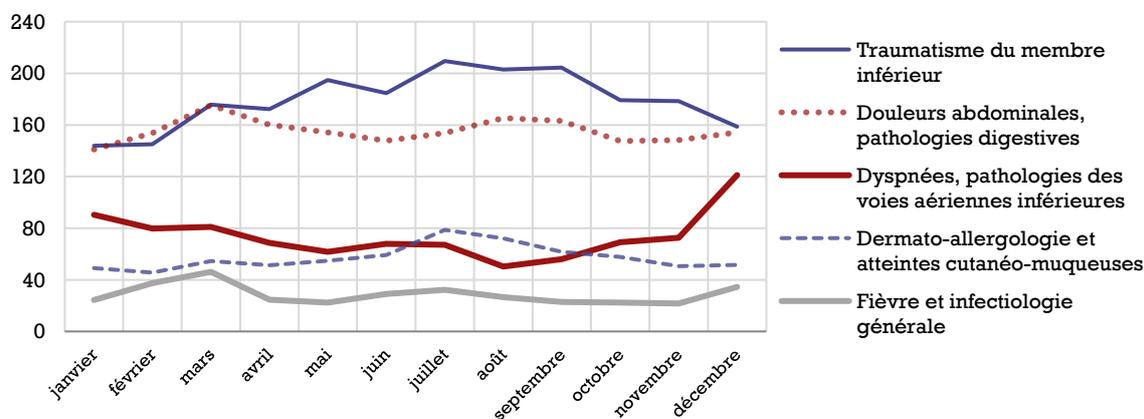
Champ : SU des Pays de la Loire avec DP exploitable et pour lesquels la répartition des passages selon le type de DP n'est pas considérée aberrante, soit 25 SU (/30) SU. RPU hors passages avec orientation 'fugue', 'parti sans attendre' ou 'réorientation'.

### Des effets de saisonnalité importants pour certains groupes de diagnostics

► La part des diagnostics traumatologiques augmente légèrement au printemps et à l'été pour s'établir autour de 40 % des passages entre les mois de mai et septembre (contre 34 à 38 % les autres mois de l'année). Les diagnostics médicochirurgicaux sont, quant à eux, plus fréquents en automne et à l'hiver, notamment au mois de décembre, en lien avec la succession des épidémies virales.

L'étude plus détaillée de certains groupes de diagnostics illustre quelques effets de saisonnalité particulièrement marqués [Fig23] : les traumatismes des membres inférieurs (dont entorses et foulures de la cheville) augmentent par exemple de près de 50 % entre les mois de janvier et de juillet ; les passages pour douleurs abdominales et pathologies digestives présentent plusieurs pics d'affluence et notamment un en mars en lien avec l'épidémie de gastroentérite à rotavirus ; les passages pour dyspnées et pathologies des voies aériennes inférieures passent du simple au double entre septembre et décembre, en raison principalement de l'épidémie de bronchiolite ; l'été, les passages pour dermato-allergologie augmentent nettement en lien avec les piqûres d'arthropodes et insectes.

**Fig23 Nombre quotidien moyen de passages pour certains groupes de diagnostics principaux<sup>1</sup>, selon le mois**  
Services d'urgences des Pays de la Loire (2016)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

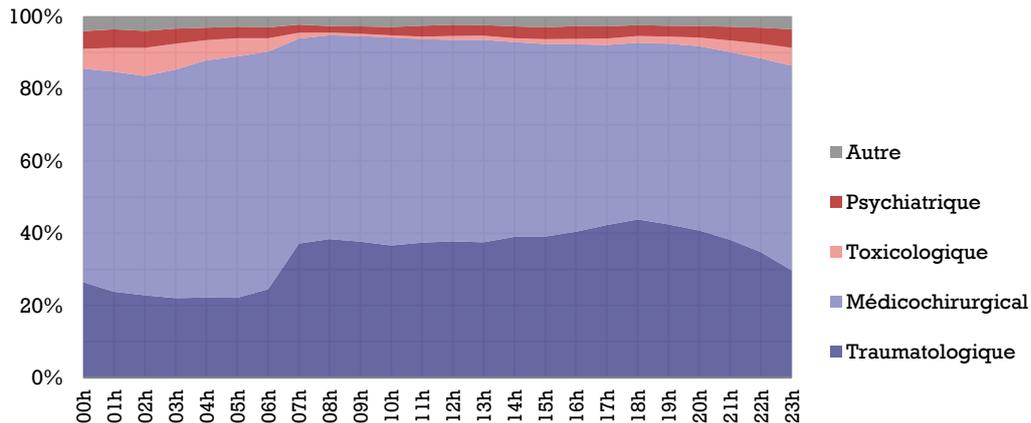
Champ : SU des Pays de la Loire ayant transmis des RPU sur l'ensemble de l'année 2016, avec DP exploitable et pour lesquels la répartition des passages selon le type de DP n'est pas considérée aberrante, soit 24 SU (/30) SU. RPU hors passages avec orientation 'fugue', 'parti sans attendre' ou 'réorientation'.

1. Méthodologie de regroupement FÉDORU.

### Plus de traumatologie en journée, et d'intoxications en nuit profonde

► Au sein de la journée, les diagnostics de type médicochirurgical prédominent (de 49 à 67 %) quelle que soit l'heure d'entrée [Fig24]. Les diagnostics traumatologiques augmentent nettement dès 7h, et restent élevés autour de 40 % des passages en journée jusqu'à 18h, où ils atteignent leur fréquence maximale avant de régresser.

**Fig24 Répartition des passages selon le type de diagnostic principal, par heure d'entrée**  
Services d'urgences des Pays de la Loire (2016)



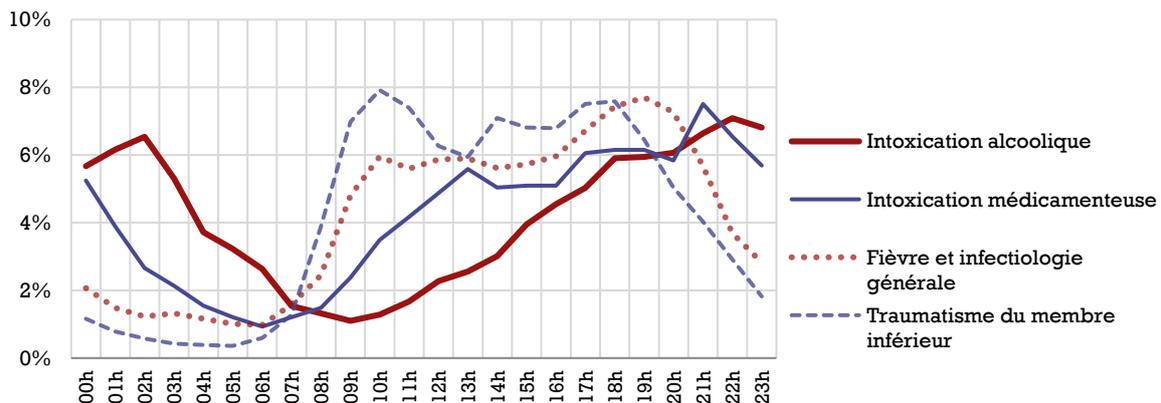
Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Champ : SU des Pays de la Loire avec DP exploitable et pour lesquels la répartition des passages selon le type de DP n'est pas considérée aberrante, soit 25 SU (/30) SU. RPU hors passages avec orientation 'fugue', 'parti sans attendre' ou 'réorientation'.

► Plus tard dans la soirée, la part des diagnostics de type toxicologique s'élève progressivement pour être maximale à 2h du matin, avant de se réduire.

Cette évolution est à rapprocher principalement de la prise en charge des intoxications alcooliques et médicamenteuses, dont le profil d'heure d'entrée aux urgences diffère nettement de celui observé pour d'autres groupes de diagnostics traumatologiques ou médicochirurgicaux [Fig25].

**Fig25 Répartition des passages selon l'heure d'entrée, pour certains groupes de diagnostics principaux<sup>1</sup>**  
Services d'urgences des Pays de la Loire (2016)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Champ : SU des Pays de la Loire avec DP exploitable et pour lesquels la répartition des passages selon le type de DP n'est pas considérée aberrante, soit 25 SU (/30) SU. RPU hors passages avec orientation 'fugue', 'parti sans attendre' ou 'réorientation'

1. Méthodologie de regroupement FÉDORU.

Lire la figure : plus de 6 % des passages aux urgences pour intoxication alcoolique ont lieu entre 2h et 3h du matin, contre 1 % entre 9h et 10h. Pour les passages pour fièvre et infectiologie générale, ces deux proportions sont respectivement de 1,5 et 5 %.

### Plus d'un passage sur sept correspond à une CCMU1, et un sur 100 à une urgence vitale

► Parmi les SU pour lesquels la répartition des passages selon la CCMU n'apparaît pas aberrante, 15 % des passages sont classés en CCMU 1, c'est-à-dire qu'aucun acte complémentaire autre que les examens simples réalisables au lit du patient<sup>18</sup> n'a été effectué durant la prise en charge dans le SU.

Près des trois quarts (73 %) des passages sont classés en CCMU 2, correspondant à des patients dont l'état clinique initial est stable et pour lesquels au moins un acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique<sup>19</sup> a été effectué.

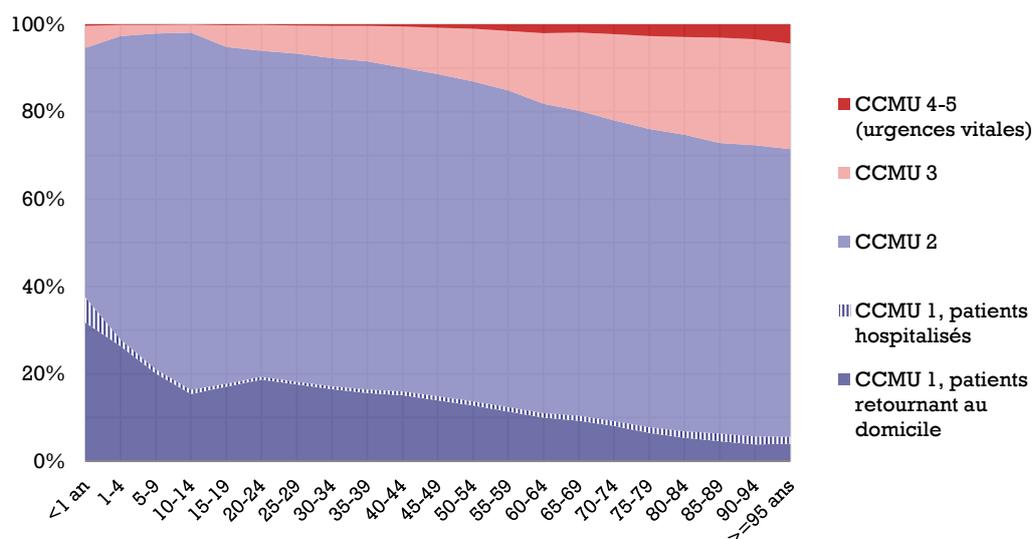
10 % des passages correspondent à des patients dont l'état clinique initial est susceptible de s'aggraver, mais dont le pronostic vital n'est pas engagé (CCMU 3).

Un passage sur 100 correspond à une urgence vitale selon la CCMU, c'est-à-dire que le pronostic vital est engagé, sans indication de gestes de réanimation immédiats (CCMU 4 : 0,8 %), ou avec indication de ces gestes (CCMU 5 : 0,2 %).

► Cette répartition est étroitement liée à l'âge des patients : la part des situations cliniques les plus graves (CCMU 3, 4 et 5) s'élève avec l'âge, aux dépens principalement des passages en CCMU 1, qui sont fréquents chez les enfants (notamment chez ceux de moins d'un an : 40 %) [Fig26].

La proportion de passages en CCMU 2 varie assez peu chez les adultes, passant de 76 % chez les 20-24 ans, à 68 % au-delà de 85 ans.

**Fig26 Répartition des passages selon la CCMU et le mode de sortie pour la CCMU, par classe d'âge**  
Services d'urgences des Pays de la Loire (2016)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Champ : SU des Pays de la Loire avec CCMU et mode de sortie exploitables, et pour lesquels les répartitions des passages selon la CCMU et le mode de sortie ne sont pas considérées aberrantes, soit 17 SU (/30). RPU hors passages avec orientation 'fugue', 'parti sans attendre' ou 'réorientation'.

► La part des patients hospitalisés à l'issue de la prise en charge dans le SU passe de 90 % pour les urgences vitales (CCMU 4-5), à 70 % en CCMU3 et 24 % en CCMU2.

Un peu plus de 7 % des passages en CCMU 1 se concluent par une hospitalisation. Cette proportion est plus élevée chez les enfants de moins d'un an (15 %) et les personnes âgées (de 11 % chez celles âgées de 65-69 ans, à 30 % chez celles de 90 ans et plus) [Fig26].

Près de 4 % des passages en urgence vitale font part du décès du patient.

<sup>18</sup> Électrocardiogramme (ECG), bandelette urinaire, glycémie et hémoglobine capillaires, saturation en oxygène.

<sup>19</sup> Imagerie, bilan biologique, ponction, suture, consultation spécialisée...

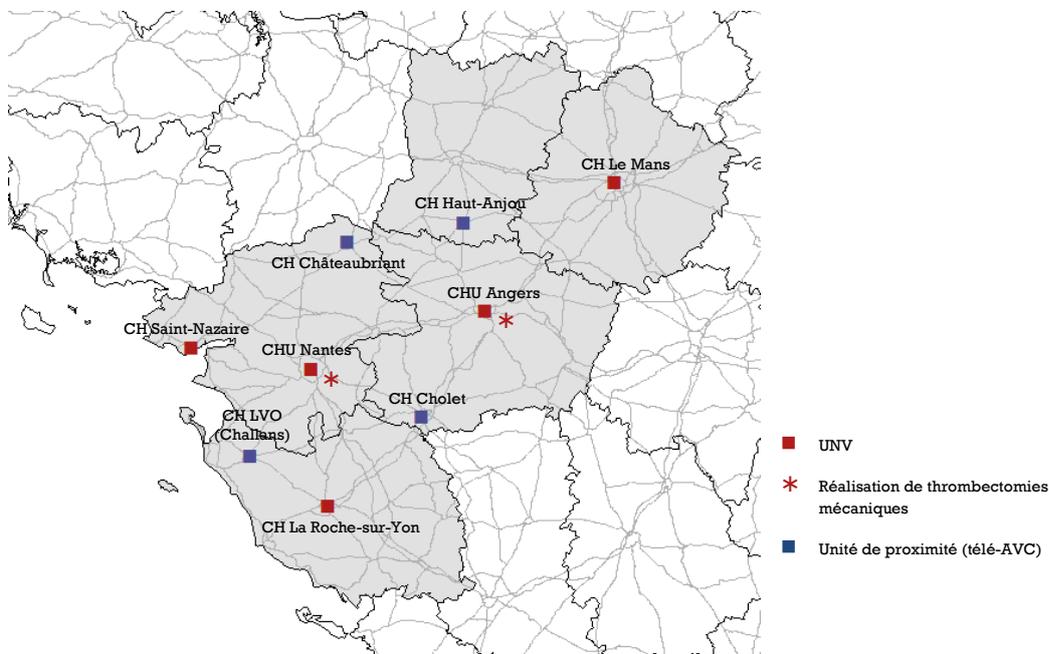
### Encadré 10 Prise en charge des maladies vasculaires cérébrales dans les UNV et les SU de la région

► Les maladies vasculaires cérébrales (MVC) correspondent à des urgences nécessitant une prise en charge au sein de filières de soins organisées, afin d'assurer un traitement global des patients, en phase précoce comme à moyen et long terme. La prise en charge initiale des MVC s'est nettement transformée au cours des dernières années, en lien avec le déploiement et la structuration des unités neurovasculaires (UNV), les progrès thérapeutiques majeurs dans ce domaine (thrombolyse et thrombectomies), mais aussi le développement de la télé-médecine (tables de télé-AVC permettant une expertise neurovasculaire et radiologique à distance).

Les Pays de la Loire comptent cinq UNV en 2016, dont deux présentent un plateau de neuroradiologie interventionnelle permettant la réalisation de thrombectomies mécaniques. Par ailleurs, quatre "unités de proximité AVC" peuvent effectuer des thrombolyse sous télé-AVC [Fig27].

Selon un expert régional, les cinq UNV de la région auraient effectué en 2016 près de 400 thrombolyse, ainsi que 150 thrombectomies mécaniques éventuellement complétées d'une thrombolyse.

**Fig27 Cartographie des UNV et unités de proximité AVC des Pays de la Loire en 2016**



Source : ARS Pays de la Loire

► En amont d'une prise en charge en UNV ou en unité de proximité AVC, les SU constituent souvent le point d'entrée hospitalier des patients pour lesquels une MVC est suspectée.

En 2016, un peu plus de 7 700 passages dans les SU de la région présentent un DP en rapport avec une MVC, dont 4 200 (54 %) notifiant un code diagnostique d'AVC, 2 400 (31%) un code d'AIT, 830 (11 %) un code d'hémorragie intracérébrale non-traumatique, et 350 (4 %) un symptôme évocateur d'AVC<sup>20</sup>. La grande majorité (84 %) de ces passages ont lieu dans des établissements sièges d'UNV ou d'unités de proximité AVC.

Ces passages concernent autant d'hommes que de femmes, et quasi exclusivement des adultes âgés de 18 à 74 ans (47 %) et des personnes âgées de 75 ans ou plus (53 %). Les personnes âgées de 80 à 89 ans sont les plus représentées, composant à elles seules 30 % des passages [Fig28].

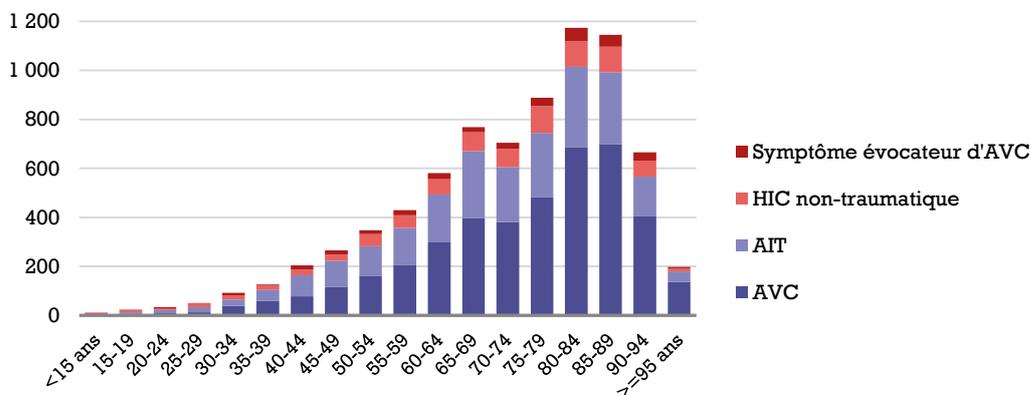
La majorité des patients sont transportés aux urgences par ambulance (41 %), VSAV (23 %) ou SMUR (3 %), et près d'un sur trois arrive par ses moyens personnels.

Près de 7 % des passages correspondent à une urgence vitale (CCMU 4 ou 5). Cette proportion est nettement plus élevée parmi les patients présentant un diagnostic d'hémorragie intracérébrale non-traumatique (25 %) que chez ceux ayant un diagnostic d'AVC (7 %) ou un symptôme évocateur d'AVC (4 %).

<sup>20</sup> Méthodologie de regroupement des codes diagnostiques élaborée par la FÉDORU [6].

**Fig28 Nombre de passages pour MVC ou symptôme évocateur<sup>1</sup>, selon la classe d'âge**

Services d'urgences des Pays de la Loire (2016)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Champ : SU des Pays de la Loire avec DP exploitable et pour lesquels la répartition des passages selon le type de DP n'est pas considérée aberrante, soit 25 SU (/30) SU. RPU hors passages avec orientation 'fugue', 'parti sans attendre' ou 'réorientation'

1. Méthodologie de regroupement FÉDORU.

MVC : maladie vasculaire cérébrale ; AVC : accident vasculaire cérébral ; AIT : accident ischémique transitoire ; HIC : hémorragie intracérébrale.

Les passages aux urgences pour MVC se concluent le plus souvent par une hospitalisation, notamment en cas d'AVC (91 %<sup>21</sup>) ou d'hémorragie intracérébrale (94 %<sup>21</sup>). La part des patients hospitalisés est par contre moins élevée en cas de symptôme évocateur d'AVC (24 % des patients retournant à leur domicile) ou de diagnostic d'AIT (36 %).

Moins de 0,5 % des passages notifient la survenue d'un décès dans le SU. Cette proportion est maximale pour les diagnostics d'hémorragie intracérébrale (2,5 %, contre 0,3 % pour les AVC).

<sup>21</sup> Les autres passages se concluent essentiellement par le retour au domicile du patient, ce qui laisse penser que les diagnostics d'AVC ou d'hémorragies intracérébrales suspectés et indiqués dans les RPU n'ont pas été confirmés à l'issue de la prise en charge dans le SU.

### 3.2.5. DURÉE DE PASSAGE AUX URGENCES

#### Définitions et limites d'interprétation des indicateurs

► La **durée de passage aux urgences** correspond au temps écoulé entre la date/heure d'entrée du patient dans le SU et la date/heure de sortie. Dans la plupart des systèmes d'information des établissements, ces deux informations correspondent respectivement à l'heure d'enregistrement administratif du patient, et à l'heure de clôture du dossier ; elles reflètent donc de manière imparfaite (et ont plutôt tendance à surestimer) la durée réelle de présence des patients dans le SU.

En cas de transfert vers une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), le temps passé par le patient dans cette unité ne doit pas être comptabilisé dans la durée de passage aux urgences. Il ne peut toutefois pas être exclu que ce temps soit pris en compte dans certains établissements en 2016.

Les données de durée de passage présentées concernent uniquement les établissements n'ayant pas signalé à l'ORU de problème de recueil des informations d'horodatage en 2016. Les RPU provenant de ces établissements avec une durée de passage négative, nulle ou supérieure ou égale à 72 heures sont exclus de l'analyse.

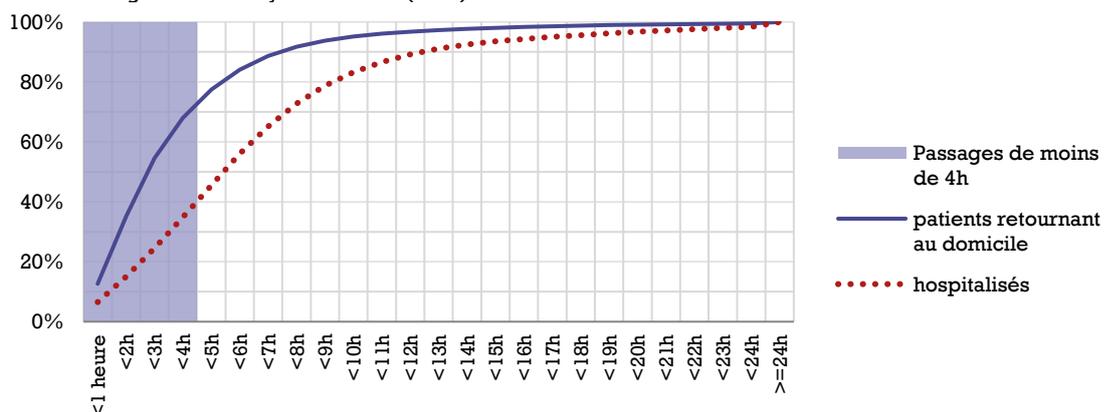
#### La moitié des patients ont une durée de passage aux urgences inférieure à 3h

► La durée moyenne de passage aux urgences est estimée à 4h17<sup>22</sup> en 2016. Cette durée diffère nettement selon si les patients retournent à leur domicile (3h45) ou s'ils sont hospitalisés (6h33). Ces moyennes, qui sont influencées par les valeurs "extrêmes" des durées de passage, doivent toutefois être interprétées avec précaution.

La durée médiane de passage, c'est-à-dire la durée en dessous de laquelle est pris en charge la moitié des passages, apporte à cet égard un regard complémentaire et probablement moins biaisé sur les temps de présence des patients aux urgences. En 2016, la durée médiane de passage s'établit à 3h04mn dans les SU de la région : 2h43mn pour les patients retournant au domicile, et 5h24mn pour ceux hospitalisés. Ces durées sont en légère augmentation par rapport à celles observées en 2015.

Près de 70 % des passages de patients retournant au domicile durent moins de quatre heures. Cette proportion est deux fois moins élevée (35 %) parmi les patients hospitalisés [Fig29].

**Fig29 Proportion cumulée de passages aux urgences, selon la durée de passage et le mode de sortie**  
Services d'urgences des Pays de la Loire (2016)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

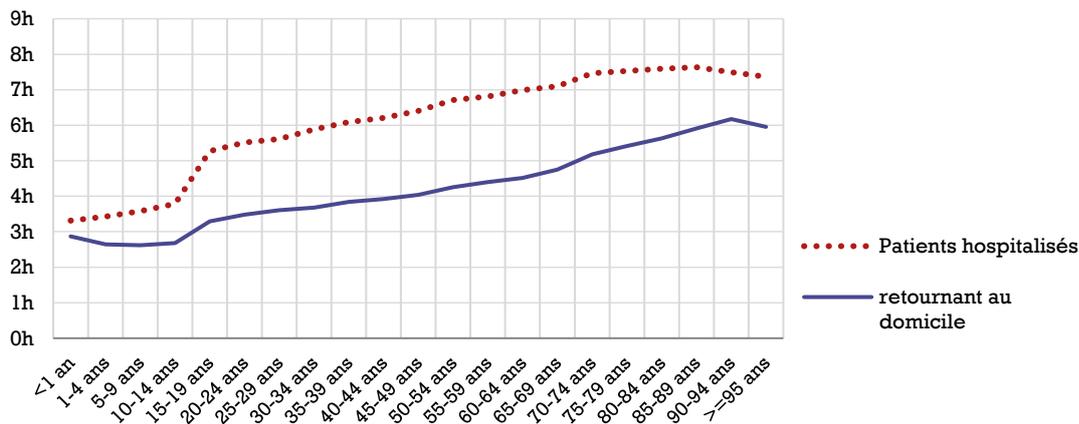
Champ : SU des Pays de la Loire n'ayant pas signalé de problème de recueil des informations d'horodatage en 2016, avec mode de sortie exploitable et pour lesquels la répartition des passages selon le mode de sortie n'est pas considérée aberrante, soit 19 SU (/30). RPU hors durée de passage négative, nulle ou supérieure ou égale à 72 heures.

<sup>22</sup> Parmi 24 (/30) SU n'ayant pas signalé de problème de recueil des informations d'horodatage en 2016. En excluant, en outre, un SU spécialisé "Mains" pour lequel les durées de passage sont nettement plus courtes, la durée moyenne de passage dans les SU de la région s'établit à 4h20mn (3h48mn pour les patients retournant à domicile, et 6h49mn pour les patients hospitalisés).

### Une durée moyenne de passage nettement corrélée à l'âge des patients

► De multiples facteurs liés au patient et au degré de complexité de sa prise en charge (nécessité d'exams complémentaires, d'avis spécialisés...), à l'organisation du SU et aux moyens mobilisables (notamment en cas de forte affluence de patients), et à la gestion de l'aval des urgences (en particulier pour les personnes nécessitant d'être hospitalisées), influent sur la durée de passage aux urgences. Chez les patients retournant à domicile comme chez ceux hospitalisés, la durée moyenne de passage augmente notamment de manière régulière avec l'âge [Fig30].

**Fig30** Durée moyenne de passage, selon la classe d'âge et le mode de sortie  
Services d'urgences des Pays de la Loire (2016)



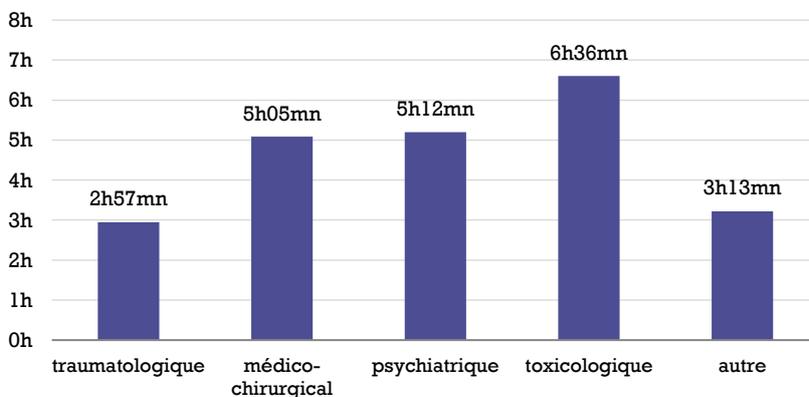
Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Champ : SU des Pays de la Loire n'ayant pas signalé de problème de recueil des informations d'horodatage en 2016, avec mode de sortie exploitable et pour lesquels la répartition des passages selon le mode de sortie n'est pas considérée aberrante, soit 19 SU (/30). RPU hors durée de passage négative, nulle ou supérieure ou égale à 72 heures.

Ce constat peut être rapproché de la complexité croissante avec l'âge des prises en charge aux urgences, cette tendance étant liée à différents facteurs : augmentation de la fréquence des situations de multimorbidités et de fragilité, recours plus important à des actes à visée diagnostique et à des avis spécialisés, difficultés d'interrogatoires chez les personnes les plus âgées... [18]. La part des diagnostics médicochirurgicaux, pour lesquels la durée de passage est en moyenne plus élevée que pour les diagnostics traumatologiques [Fig31], tend en outre à s'élever avec l'âge [Fig22].

**Fig31** Durée moyenne de passage, selon le type de diagnostic principal<sup>1</sup>

Services d'urgences des Pays de la Loire (2016)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire)

Champ : SU des Pays de la Loire n'ayant pas signalé de problème de recueil des informations d'horodatage en 2016, avec DP exploitable, et pour lesquels la répartition des passages selon le type de DP n'est pas considérée aberrante, soit 19 SU (/30). RPU hors durée de passage négative, nulle ou supérieure ou égale à 72 heures.

1. Méthodologie de regroupement FÉDORU.

Les patients qui présentent un diagnostic toxicologique ont la durée moyenne de passage aux urgences la plus élevée (près de 6h40mn), en lien d'une part avec la nécessité d'une surveillance prolongée (la majorité des patients concernés venant pour une intoxication alcoolique ou médicamenteuse), et d'autre part avec le fait que ces personnes sont souvent prises en charge en nuit profonde.

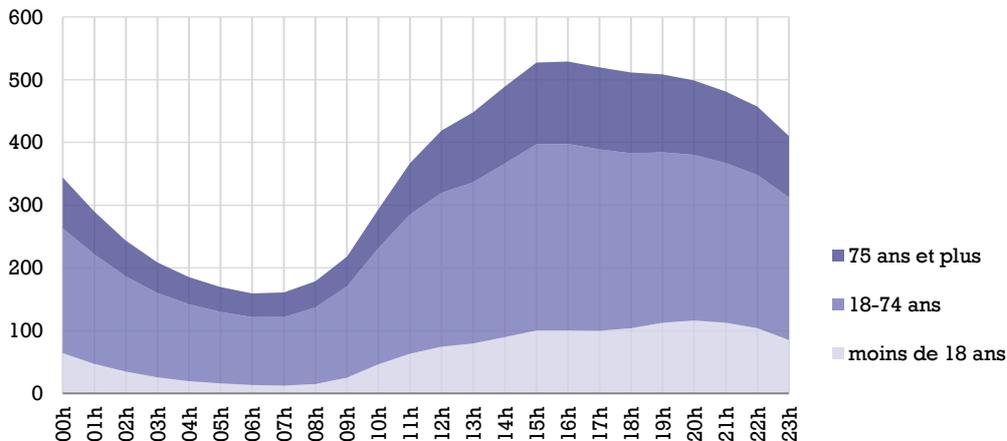
### La charge d'occupation des SU est maximale entre 15h et 16h

► En croisant les données d'heures d'entrées et de durées de passages, il est possible d'estimer le nombre de patients simultanément présents dans les SU de la région, en moyenne à une heure donnée. Selon cette analyse, c'est entre 15h et 16h que la charge d'occupation des SU est la plus importante : en moyenne 530 patients sont présents dans les 24 SU de la région disposant de données fiables, dont près de 20 % de jeunes de moins de 18 ans, 57 % d'adultes de 18-74 ans, et 25 % de personnes âgées de 75 ans ou plus [Fig32]. L'occupation des services reste très importante jusqu'à 20h, heure à partir de laquelle la charge diminue nettement.

► Les variations horaires de cette "prévalence instantanée" de patients peuvent toutefois différer de celles de la charge de travail ressentie par le personnel, cette dernière dépendant de multiples facteurs autres que le nombre de patients présents dans le service : fatigue accumulée tout au long de la journée, variations d'effectifs de personnel, types de pathologies prises en charge, difficultés de gestion de l'aval du passage aux urgences...

**Fig32 Charge d'occupation moyenne des services d'urgences selon l'heure, par groupe d'âge**

Services d'urgences des Pays de la Loire (2016)



Source : RPU (ORU Pays de la Loire).

Champ : SU des Pays de la Loire n'ayant pas signalé de problème de recueil des informations d'horodatage en 2016, soit 24 SU (/30). RPU hors durée de passage négative, nulle ou supérieure ou égale à 72 heures.

Lire la figure : parmi les 24 SU sur lesquels porte l'analyse, on estime en moyenne à près de 530 le nombre de patients présents à 15h : 100 patients âgés de moins de 18 ans, 300 patients âgés de 18 à 74 ans et 130 patients de 75 ans et plus.

## 4. TAUX DE RECOURS AUX SERVICES D'URGENCES

### Encadré 11 Taux de recours aux services d'urgences : éléments de méthodologie

#### ► Données dites "enregistrées" vs "domiciliées"

Les analyses d'activité des SU présentées dans la précédente partie s'appuient quasi exclusivement sur des **données enregistrées**, c'est-à-dire sur l'ensemble des passages aux urgences (enregistrés) dans les SU des Pays de la Loire. Ces passages concernent des habitants des Pays de la Loire, mais aussi des personnes habitant en dehors de la région.

Les recours aux urgences décrits dans cette partie s'appuient sur des **données domiciliées**, c'est-à-dire sur les passages des Ligériens dans les SU des Pays de la Loire ainsi que dans les services des quatre régions limitrophes (Bretagne, Normandie, Centre-Val de Loire, Nouvelle-Aquitaine, données obtenues grâce au concours des ORU, GCS e-santé et/ou ARS de ces régions).

#### ► Taux brut et indice comparatif de recours

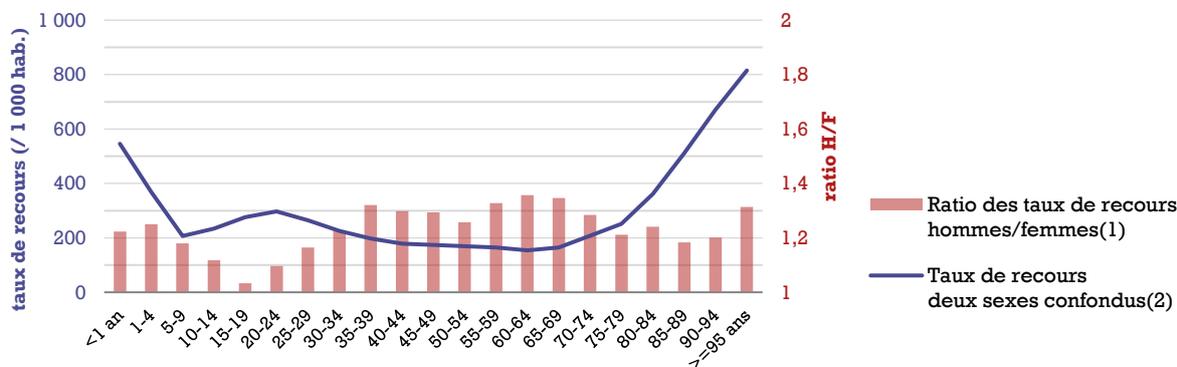
Le **taux brut de recours aux SU** est calculé en rapportant le nombre de passages aux urgences à l'effectif de population correspondant. Ce taux peut être calculé, pour un groupe d'âge, selon le sexe, mais aussi en fonction du domicile (via le code postal de résidence renseigné dans le RPU).

L'**indice comparatif** est utilisé pour comparer la fréquence d'un événement dans une zone géographique donnée (ici le nombre de passages dans les SU), à une zone de référence (ici la région), en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge. Cet indice est un rapport, en base 100, du nombre d'événements observés dans le territoire, au nombre d'événements qui serait obtenu si les taux d'événements pour chaque tranche d'âge dans le territoire étaient identiques aux taux moyens des Pays de la Loire (méthode de standardisation indirecte).

### 4.1. VARIABILITÉ SELON L'ÂGE ET LE SEXE

► Le taux de recours aux urgences des habitants des Pays de la Loire<sup>23</sup> varie fortement selon l'âge, avec des valeurs sensiblement plus élevées aux âges extrêmes [Fig33]. Les différences sont également assez marquées selon le sexe, avec, à tous les âges de la vie, des recours plus fréquents pour les hommes que pour les femmes.

**Fig33 Taux de recours aux services d'urgences selon le sexe et la classe d'âge**  
Pays de la Loire (2016)



Sources : RPU (ORU Pays de la Loire, Réseau Bretagne Urgences, GCS Télésanté Basse-Normandie, ARS Normandie, GCS Télésanté Centre, ARS Centre-Val de Loire, ORU Nouvelle-Aquitaine), estimations de population au 1<sup>er</sup> janvier (Insee)

1. Champ : Ligériens passant dans les SU des Pays de la Loire.

2. Champ : Ligériens passant dans les SU des Pays de la Loire, Bretagne, Normandie, Centre-Val de Loire, Nouvelle-Aquitaine.

<sup>23</sup> Dans les SU des Pays de la Loire, Bretagne, Normandie, Centre-Val de Loire et Nouvelle-Aquitaine.

► Chez les moins d'un an, le taux de recours est respectivement de 565 passages pour 1 000 nouveau-nés de sexe masculin vs 461 pour les nouveau-nés de sexe féminin, soit un taux supérieur de 22 % chez les garçons.

Les personnes âgées ont les taux de recours les plus élevés. Au-delà de 95 ans, le taux de recours atteint pratiquement mille passages pour mille personnes de sexe masculin, contre 750 passages pour les femmes.

Le taux de recours plus élevé des jeunes adultes (de 15 à 29 ans) peut notamment être rapproché de causes accidentelles, fréquentes à cette période de la vie (accidents de la circulation, accidents sportifs...). C'est dans ces âges que le ratio hommes/femmes du recours aux urgences est le plus faible.

## 4.2. DISPARITÉS TERRITORIALES

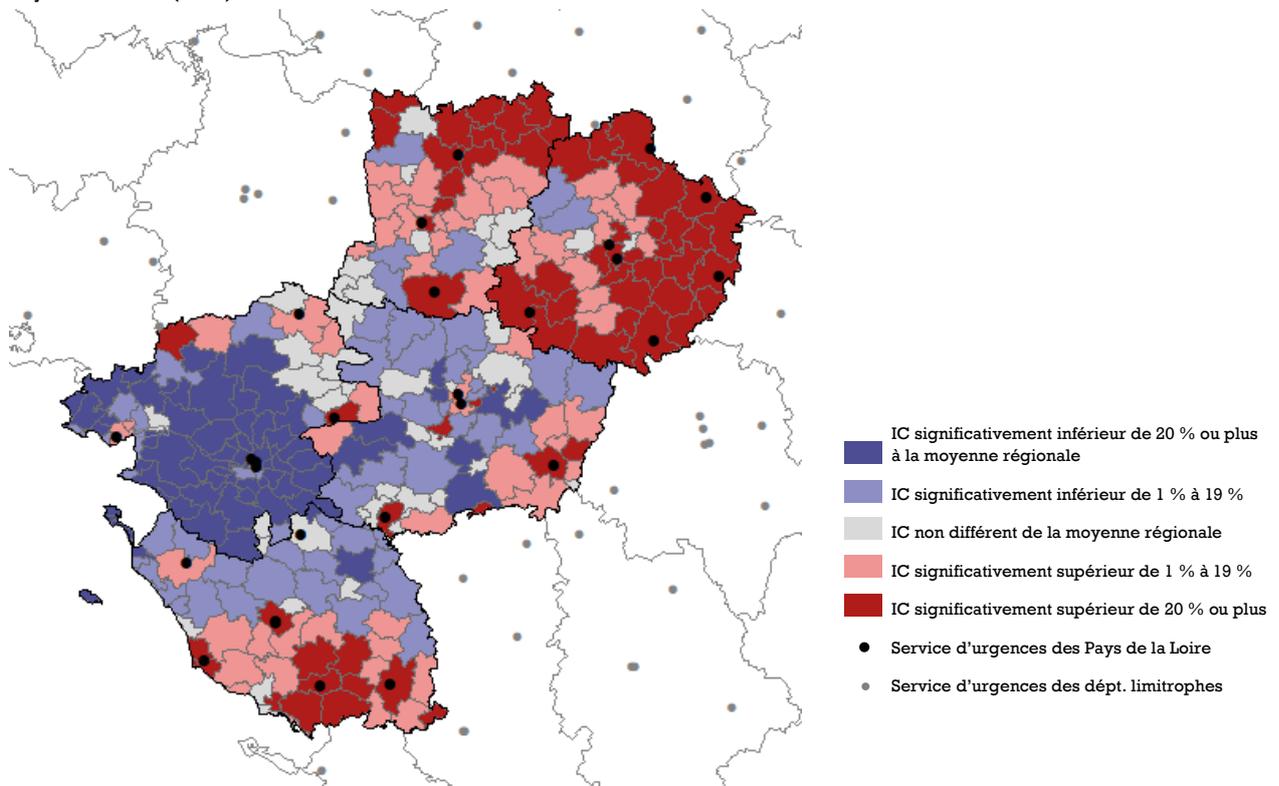
### Le taux de recours aux SU varie de manière importante selon le lieu de domicile des patients

► Le taux brut de recours aux SU<sup>24</sup> de la population ligérienne varie en 2016 de 77 à 556 pour 1 000 habitants selon le territoire de domicile<sup>25</sup>.

À structure d'âge comparable [Encadré 11], cela correspond à des écarts à la moyenne régionale allant de -67 % à +124 % selon le territoire [Fig34].

**Fig34 Indices comparatifs de recours aux services d'urgences, selon le code postal de résidence**

Pays de la Loire (2016)



Sources : RPU (ORU Pays de la Loire, Réseau Bretagne Urgences, GCS Télésanté Basse-Normandie, ARS Normandie, GCS Télésanté Centre, ARS Centre-Val de Loire, ORU Nouvelle-Aquitaine), recensement de la population (Insee)

Champ : population ligérienne passant dans les SU des Pays de la Loire, Bretagne, Normandie, Centre-Val de Loire, Nouvelle-Aquitaine.

IC : indice comparatif de recours aux services d'urgences.

<sup>24</sup> SU des Pays de la Loire, Bretagne, Normandie, Centre-Val de Loire et Nouvelle-Aquitaine.

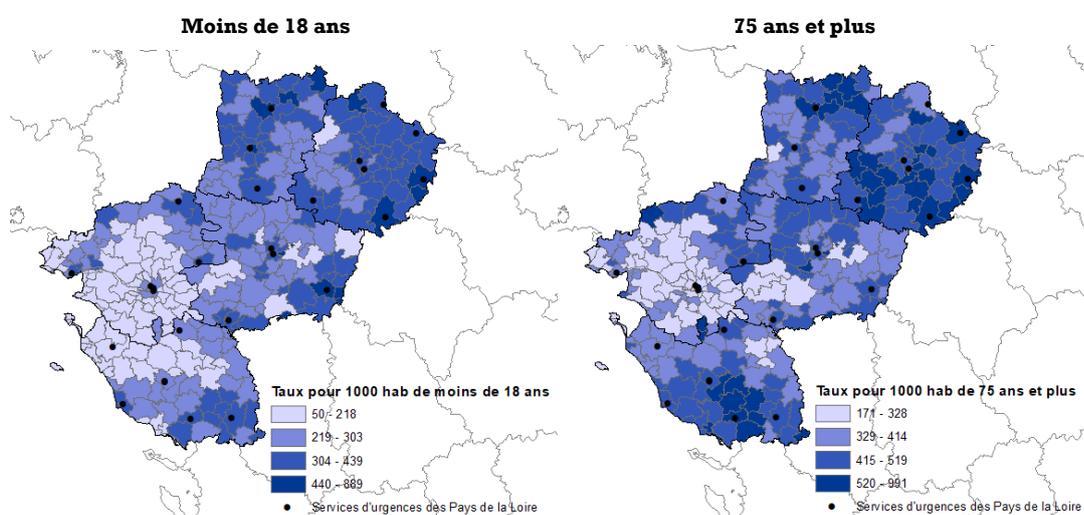
<sup>25</sup> Découpage territorial selon le code postal de résidence renseigné dans le RPU.

Les territoires les plus concernés par un recours élevé aux SU (c'est-à-dire par un indice significativement supérieur d'au moins 20 % à la moyenne régionale) se situent principalement en Sarthe, Nord-Mayenne et en Sud-Vendée, ainsi qu'à l'Est du Maine-et-Loire.

À l'inverse, les territoires concernés par un recours significativement inférieur d'au moins 20 % à la moyenne régionale se situent essentiellement en Loire-Atlantique.

► Les disparités territoriales du recours aux SU sont observées dans les différents groupes d'âge, notamment chez les jeunes de moins de 18 ans et chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Les cartographies de ces disparités sont en partie superposables entre ces deux populations [Fig35], mais les écarts territoriaux apparaissant un peu plus marqués chez les jeunes de moins de 18 ans que chez les personnes âgées.

**Fig35 Taux bruts de recours aux services d'urgences<sup>1</sup> des personnes de moins de 18 ans et de 75 ans et plus**  
Pays de la Loire (2016)



Sources : RPU (ORU Pays de la Loire, Réseau Bretagne Urgences, GCS Télésanté Basse-Normandie, ARS Normandie, GCS Télésanté Centre, ARS Centre-Val de Loire, ORU Nouvelle-Aquitaine), recensement de la population (Insee)

Champ : population ligérienne passant dans les SU des Pays de la Loire, Bretagne, Normandie, Centre-Val de Loire, Nouvelle-Aquitaine.

1. Classification des taux en quatre catégories selon la méthode de Jenks (ruptures naturelles).

### Des disparités territoriales d'origines multifactorielles

► Ces disparités territoriales sont complexes à interpréter, compte tenu du caractère largement multifactoriel du recours aux SU.

Les différents déterminants en cause trouvent certainement pour partie leur origine dans les **caractéristiques démographiques, économiques, sociologiques et épidémiologiques des populations**, mais aussi dans **l'offre et l'organisation des soins non programmés** (en ville et en établissement de santé, et en heures d'ouverture des cabinets comme en heures de permanence des soins).

D'autres hypothèses peuvent également être avancées. **L'organisation propre des établissements de santé et de leurs filières d'admission** pourrait expliquer une partie des disparités territoriales. Dans certains hôpitaux, les plateaux medicotechniques à disposition peuvent directement prendre en charge des patients "en urgence" sans passage par le SU, ce qui peut participer à la diminution du taux de recours à ce service. Dans d'autres établissements, les admissions programmées dans les services hospitaliers s'effectuent systématiquement via les SU, ce qui peut participer à l'amplification du taux de recours aux urgences.

Concernant plus particulièrement la population âgée, les disparités territoriales d'**équipement en Ehpad**<sup>26</sup> peuvent participer aux écarts de recours aux SU. Lorsqu'un patient vit seul à son domicile, son médecin traitant peut en effet être plus facilement amené à demander sa prise en charge par un SU, par rapport au cadre médicalisé plus "protecteur" d'un Ehpad.

En outre, il apparaît d'après l'analyse des RPU que le recours de la population aux SU est corrélé à la **proximité des services**, comme en témoigne la cartographie des indices comparatifs de recours [Fig34] : le recours aux SU est ainsi significativement supérieur d'au moins 20 % à la moyenne régionale dans la plupart des territoires où la population habite à proximité d'un SU (c'est-à-dire dans une zone correspondant au même code postal), à l'exception notable de l'agglomération nantaise qui présente, entre autres facteurs explicatifs, la particularité (avec Saint-Nazaire) de bénéficier de l'implantation de l'association SOS médecins. Ce constat global mériterait toutefois d'être complété par une analyse plus fine de la corrélation entre le recours aux SU et le temps d'accès de la population à ces services.

► Il convient également d'être prudent dans la signification que l'on peut donner à ces disparités de recours, et plus particulièrement aux taux de recours considérés comme élevés dans certains territoires par rapport à un référentiel régional.

Le taux régional de recours aux SU est en effet globalement inférieur à la moyenne nationale. Selon la SAE, au sein des Pays de la Loire seuls les habitants de la Sarthe présentent un taux de recours légèrement supérieur à la moyenne nationale : respectivement 330 et 314 passages pour 1 000 habitants en 2016, contre 186 à 273 pour 1 000 dans les autres départements de la région [1].

---

<sup>26</sup> Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

## ANNEXES

### Annexe 1. Liste des items du RPU Pays de la Loire

**<FINESS>** numéro Finess géographique de l'établissement

**<ORDRE>** numéro d'ordre donné par l'établissement

**<CP>** code postal de résidence

**<COMMUNE>** nom de la commune de résidence

**<NAISSANCE>** date de naissance

Format : JJ/MM/AAAA, vide correspond à incertain

**<SEXE>**

Codes :

M - masculin

F - féminin

I - inconnu

**<ENTREE>** date et heure d'entrée

Format : JJ/MM/AAAA hh:mm:ss

**<MODE\_ENTREE>**

Codes (Mode d'entrée PMSI) :

6 - mutation

7 - transfert

8 - domicile

**<PROVENANCE>**

Codes (Provenance PMSI) :

1 - mutation ou transfert du MCO

2 - mutation ou transfert du SSR

3 - mutation ou transfert du SLD

4 - mutation ou transfert du PSY

5 - prise en charge aux urgences autre que pour des raisons organisationnelles

6 - hospitalisation à domicile

7 - structure d'hébergement médicosociale

8 - prise en charge aux urgences pour des raisons organisationnelles

**<TRANSPORT>** mode de transport

Codes :

PERSO - moyen personnel

AMBU - ambulance publique ou privée

VSAB - véhicule de secours et d'aide aux blessés

SMUR - véhicule de Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

HELI - hélicoptère

FO - force de l'ordre

**<TRANSPORT\_PEC>** mode de prise en charge pendant le transport

Codes :

MED - médicalisée

PARAMED - paramédicalisée

AUCUN - sans prise en charge

**<MOTIF>** motif du recours aux urgences

Format : alphanumérique

Codes : thesaurus SFMU

**<HMED>** date et heure de première identification médicale

Format : JJ/MM/AAAA hh:mm:ss

**<GRAVITE>** classification CCMU modifiée

Codes :

- 1 - état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable après le premier examen clinique éventuellement complété d'actes diagnostiques réalisés et interprétés au lit du malade, abstention d'actes complémentaires ou de thérapeutique, P- idem CCMU 1 avec problème dominant psychiatrique ou psychologique isolé ou associé à une pathologie somatique jugée stable,
- 2 - état lésionnel ou pronostic jugé stable, réalisation d'actes complémentaires aux urgences en dehors des actes diagnostiques éventuellement réalisés et interprétés au lit du malade et/ou d'actes thérapeutiques,
- 3 - état lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver aux urgences sans mettre en jeu le pronostic vital,
- 4 - situation pathologique engageant le pronostic vital aux urgences sans manœuvre de réanimation initiée ou poursuivie dès l'entrée aux urgences,
- 5 - situation pathologique engageant le pronostic vital aux urgences avec initiation ou poursuite de manœuvres de réanimation dès l'entrée aux urgences,
- D - patient décédé à l'entrée aux urgences sans avoir pu bénéficier d'initiation ou poursuite de manœuvres de réanimation aux urgences.

**<DP>** diagnostic principal

Format : CIM 10

**<DA>** diagnostic associé

Format : CIM 10

**<ACTE>** acte réalisé aux urgences

Format : CCAM

**<SORTIE>** date et heure de sortie

Format : JJ/MM/AAAA hh:mm:ss

**<MODE\_SORTIE>**

Codes (Mode de sortie PMSI) :

- 6 - mutation
- 7 - transfert
- 8 - domicile
- 9 - décès

**<DESTINATION>**

Codes (Destination PMSI) :

- 1 - hospitalisation MCO
- 2 - hospitalisation SSR
- 3 - hospitalisation SLD
- 4 - hospitalisation PSY
- 6 - hospitalisation à domicile
- 7 - structure d'hébergement médicosociale

**<ORIENTATION>**

Codes :

- HDT - hospitalisation sur la demande d'un tiers
- HO - hospitalisation d'office
- SC - hospitalisation Unité Surveillance Continue
- SI - hospitalisation Unité de Soins Intensifs
- REA - hospitalisation unité de Réanimation
- UHCD - hospitalisation dans une unité d'hospitalisation de courte durée
- MED - hospitalisation unité de Médecine hors SC, SI, REA
- CHIR - hospitalisation dans une unité de Chirurgie hors SC, SI, REA
- OBST - hospitalisation dans une unité d'Obstétrique hors SC, SI, REA
- FUGUE - sortie du service à l'insu du personnel soignant
- SCAM - sortie contre avis médical
- PSA - parti sans attendre prise en charge
- REO - réorientation directe sans soins

## REPÈRES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1]** Bases SAE - Statistique annuelle des établissements de santé : exploitation ORS Pays de la Loire.
- [2]** Arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires.
- [3]** Fortin N, Ollivier R, Hubert B. (2014). Le système de Surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD®) en Pays de la Loire. *BVS. Bulletin de Veille Sanitaire*. Cire des Pays de la Loire. n° 25. 12 p.
- [4]** Santé publique France. (2015). Surveillance syndromique. SurSaUD® - Réseau OSCOUR®. [En ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Espace-professionnels/Surveillance-syndromique-SurSaUD-R/Reseau-OSCOUR-R>.
- [5]** ATIH. (2014). Sirius : Système de recueil de l'information des urgences. [En ligne]. <http://sap.atih.sante.fr/syrius/>.
- [6]** Fedoru (Fédération des Observatoires régionaux des urgences). (2016). Panorama des Oru. Activités des structures d'urgences 2015. 69 p.
- [7]** GCS e-santé Pays de la Loire. (2014). Cahier des charges RPU Pays de la Loire. Système d'information régional des urgences des Pays de la Loire. Procédure automatique d'extraction et de transmission des données. 12 p.
- [8]** ORS Pays de la Loire. (2017). La santé des habitants des Pays de la Loire. 303 p.
- [9]** Drees. Site de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). [En ligne]. <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr>.
- [10]** Fortin N, Barataud D, Ollivier R. (2016). Épidémie de grippe dans les Pays de la Loire, saison 2015-2016. *BVS. Bulletin de Veille Sanitaire*. Cire des Pays de la Loire. n° 36. pp. 3-7.
- [11]** ORU Pays de la Loire. (2016). Panorama 2015. 62 p.
- [12]** Fortin N, Ollivier R, Barataud D, *et al.* (2017). Épidémie de grippe dans les Pays de la Loire, saison 2016-2017. *BVS. Bulletin de Veille Sanitaire*. Cire des Pays de la Loire. n° 41. pp. 2-9.
- [13]** ARS Pays de la Loire. (2017). Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires. Pays de la Loire. 2017-2019. Sgar, Préfecture de la région des Pays de la Loire. 176 p. (Recueil des actes administratifs n° 50 du 29 mai 2017-Spécial).
- [14]** Gerbeaux P, Bourrier P, Chéron G, *et al.* (2001). Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. *Journal Européen des Urgences*. vol. 14, n° 1-2. pp. 144-152.
- [15]** Anap. (2017). Service d'urgences. Dimensionner et organiser votre UHCD. [En ligne]. <http://urgences.anap.fr/publication/1910-dimensionner-et-organiser-votre-uhcd>.
- [16]** Instruction DGOS/R n° 2010-201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).
- [17]** Bases nationales PMSI MCO, ATIH, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [18]** Boisguérin B, Mauro A. (2017). Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. *Études et Résultats*. Drees. n° 1007. 6 p.

# Panorama **URGENCES** 2016

Activité des services d'urgences des Pays de la Loire

Le Panorama Urgences 2016 réalisé par l'Observatoire régional des urgences (ORU) a une double vocation. D'une part, celle d'exposer le bilan de l'activité de l'ORU à travers la présentation de l'ensemble des actions d'amélioration de la qualité du recueil des résumés de passage aux urgences (RPU) entreprises par l'Observatoire. D'autre part, celle d'apporter un état des lieux détaillé de l'activité des 30 services d'urgences de la région, à travers la présentation d'indicateurs portant sur des données RPU consolidées et fiables.

Il est financé par l'Agence régionale de santé Pays de la Loire.

