2024 PANORAMA DES URGENCES

Activité & Organisation

GRADeS inéa Sant& Numérique Hauts-de-France

Observatoire Régional des Urgences Hauts-de-France

ars Agence Régionale de Santé Hauts-de-France

Sommaire

04
Avant-propos & Méthodologie

Partie 1
08
Offre de soins & Chiffres clés

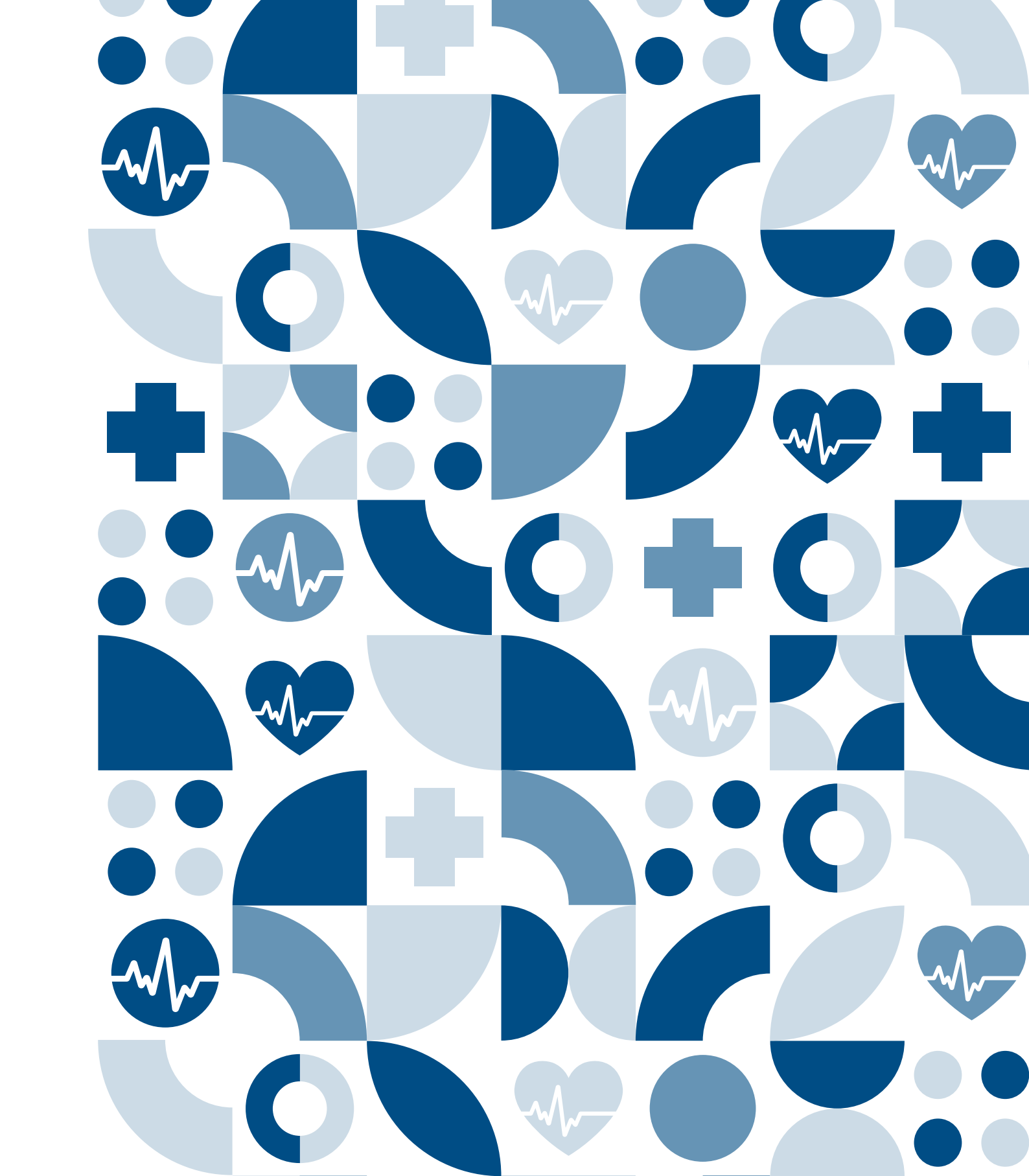
Partie 2
28
Analyse détaillée par tranches d'âge

Partie 3
76
Focus par filière

Partie 4
88
Focus par établissement - Données RPU

Partie 5
212
Focus par SMUR - Données RPIS

Partie 6
260
Organisation des structures



Avant-propos

LE MOT DE LA COORDINATION DE L'ORU HAUTS-DE-FRANCE

Nous avons le plaisir de vous présenter le panorama des structures d'urgence 2024 dont le format a été revu afin, notamment, de permettre une diffusion plus précoce.

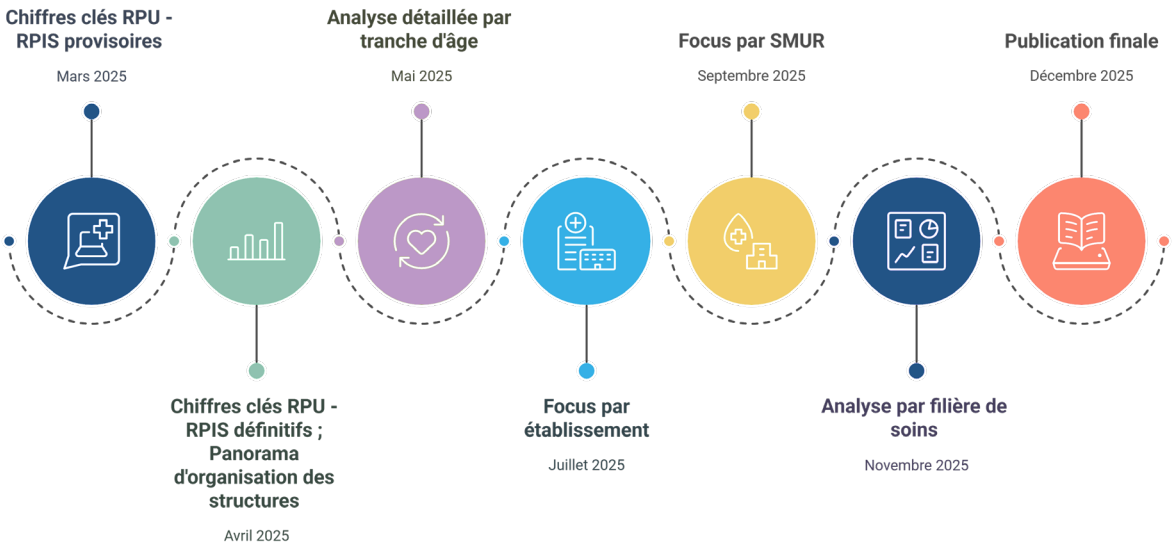
Cette année, nous vous proposons donc une publication au fil de l'eau des analyses effectuées ; analyses permettant de dresser un état des lieux complet de la population ayant recours aux urgences, de l'offre de soins régionale et de l'activité des services d'urgence des Hauts-de-France.

Les données utilisées pour ce document ont été extraites le 24/04/2025 et couvrent la période 2020-2024. Elles intègrent ainsi l'ensemble des mises à jour effectuées par les établissements avant cette extraction.

Vous trouverez également le **panorama d'organisation des structures**, mettant en avant l'organisation des services d'urgence, avec une description des structures, des processus, ainsi que des équipements et outils déployés dans les différents établissements.

Dans ce panorama, vous pourrez retrouver également :

- L'analyse détaillée par tranches d'âges et par territoire d'accès aux soins (TAS) ;
- Le focus par établissement ;
- L'analyse par filière de soin ;
- Et de nouvelles analyses spécifiques.



La production d'un RPU à l'issue d'un passage aux urgence apporte des informations essentielles tant pour les dispositifs de veille régionaux (Observatoires régionaux des urgences, Agences régionales de santé), que pour les dispositifs nationaux (Ministère, Santé publique France, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation - ATIH) ou les professionnels des établissements de santé pour le pilotage de leur service. Rappelons que la qualité de ce panorama est en lien direct avec la qualité des données transmises.
Dans la région, l'ensemble des SU polyvalents et pédiatriques transmet ses RPU. Les établissements - appuyés par l'ORU - travaillent quotidiennement à améliorer la qualité de leurs données, préalable indispensable à toute analyse. Pour appréhender cette qualité, deux indicateurs sont utilisés en routine : l'exhaustivité et l'exploitabilité.

Afin d'analyser cette qualité, l'ORU Hauts-de-France met à disposition des établissements des tableaux de bord périodiques et réalise des analyses à la demande. Par ailleurs, début janvier, des bilans qualité détaillés sont transmis annuellement et une validation systématique des RPU par chaque établissement est demandée en retour avec un renvoi éventuel des données historiques.

En outre, l'ORU développe et/ou déploie plusieurs outils mis à la disposition de l'ensemble de nos partenaires (professionnel de santé, responsable de structure d'urgence, responsable d'établissement, etc.) en appui à la réponse aux enjeux des urgences et à la construction des parcours de soins de demain.

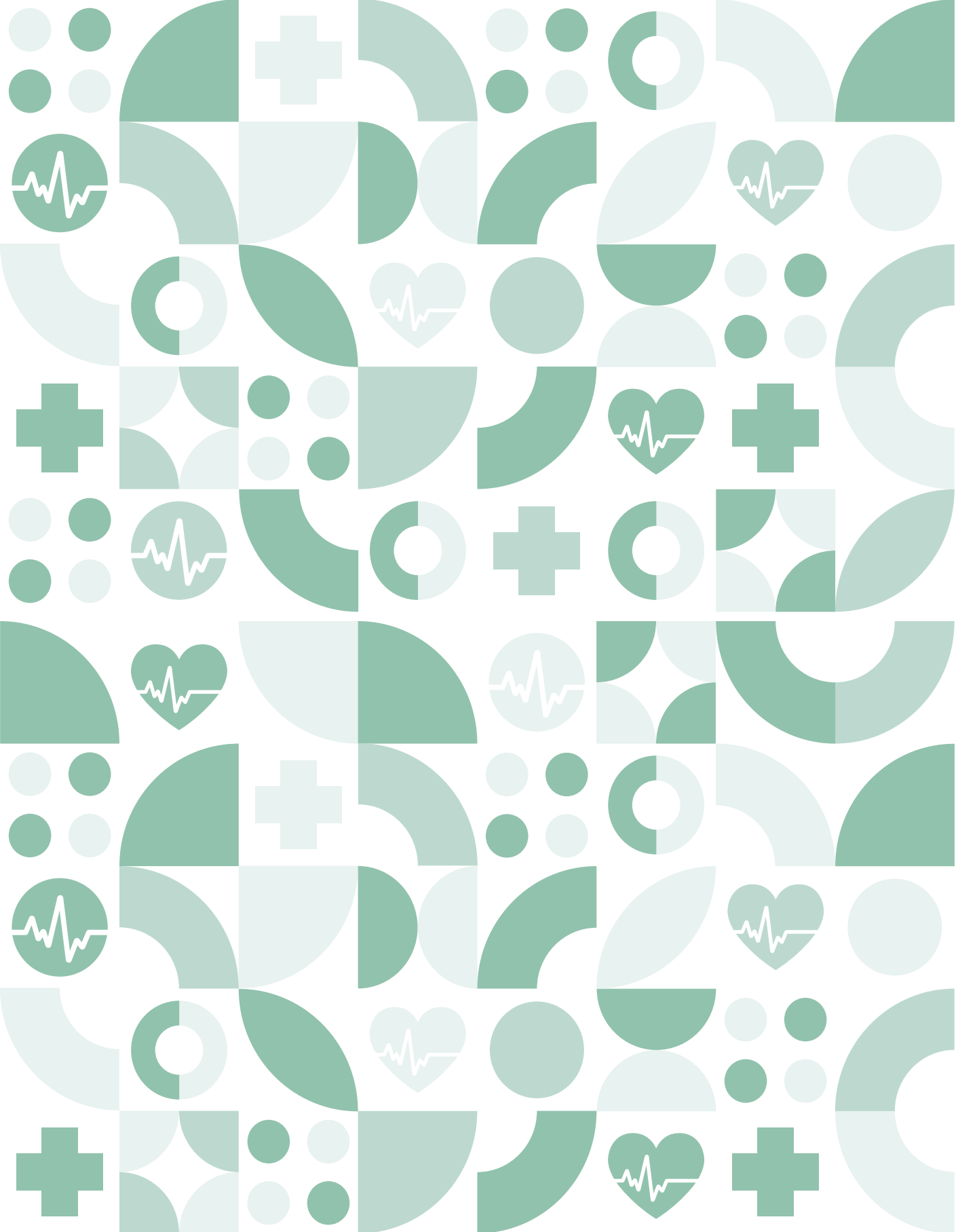
La mission d'installation de nouveaux flux synchrones issus des régulations SAMU/SAS et des SU permettra de bénéficier de données en temps quasi-réel, d'apporter de nouveaux outils via le portail ORU notamment et ainsi, d'anticiper certaines tensions en évaluant les capacités de notre système de soins à prendre en charge les patients.

Nous tenons à nouveau à remercier l'implication des professionnels de l'urgence et de toute la communauté hospitalière, dont la mobilisation et l'investissement ont permis la construction de ce panorama.

Nous vous souhaitons une bonne lecture et restons à votre disposition pour toute explication, remarques ou suggestions.

Dr. Vincent BRULIN, Coordinateur médical et Mme Magali Lainé, Coordinatrice technique
oru@esante-hdf.fr

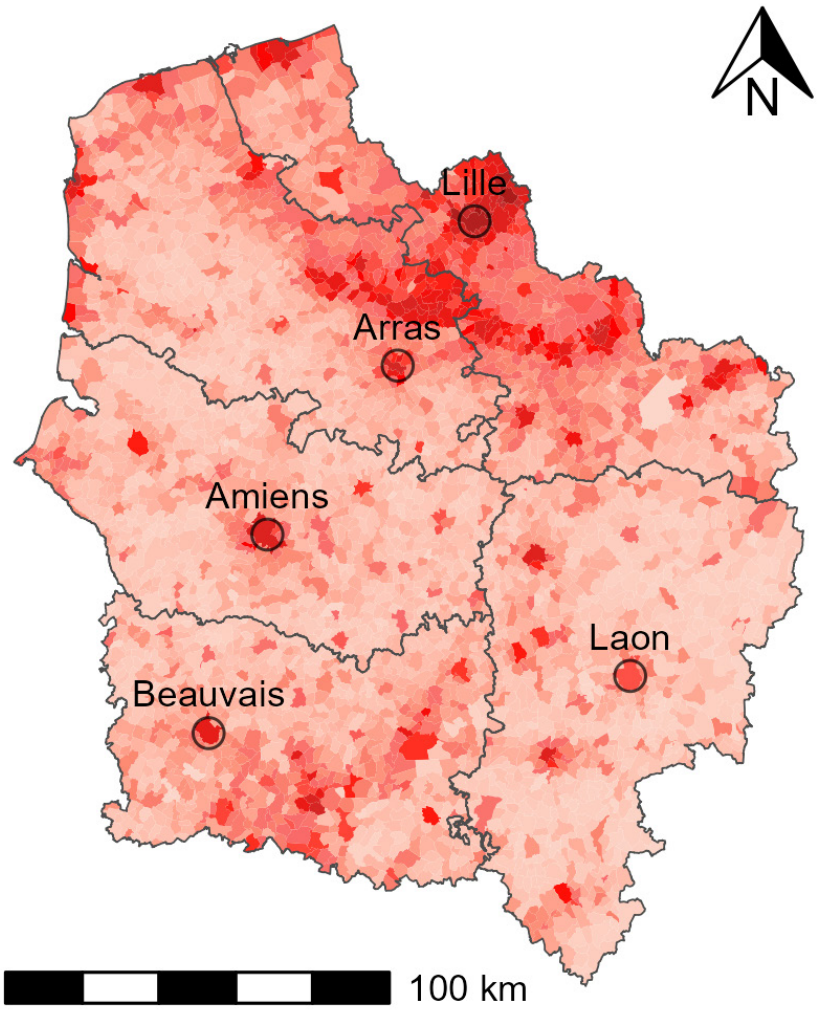
Observatoire Régional des Urgences Hauts-de-France



Partie 1

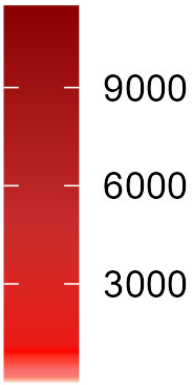
Offre de soins & Chiffres clés

Cartographie de la densité de population



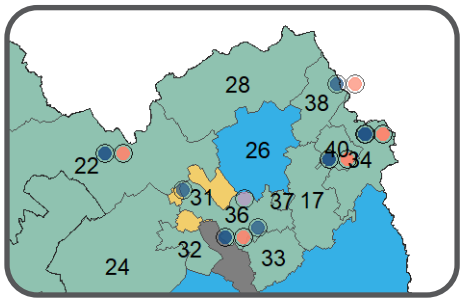
Densité de population (en nombre d'habitants par km²)

Source : INSEE, 2021

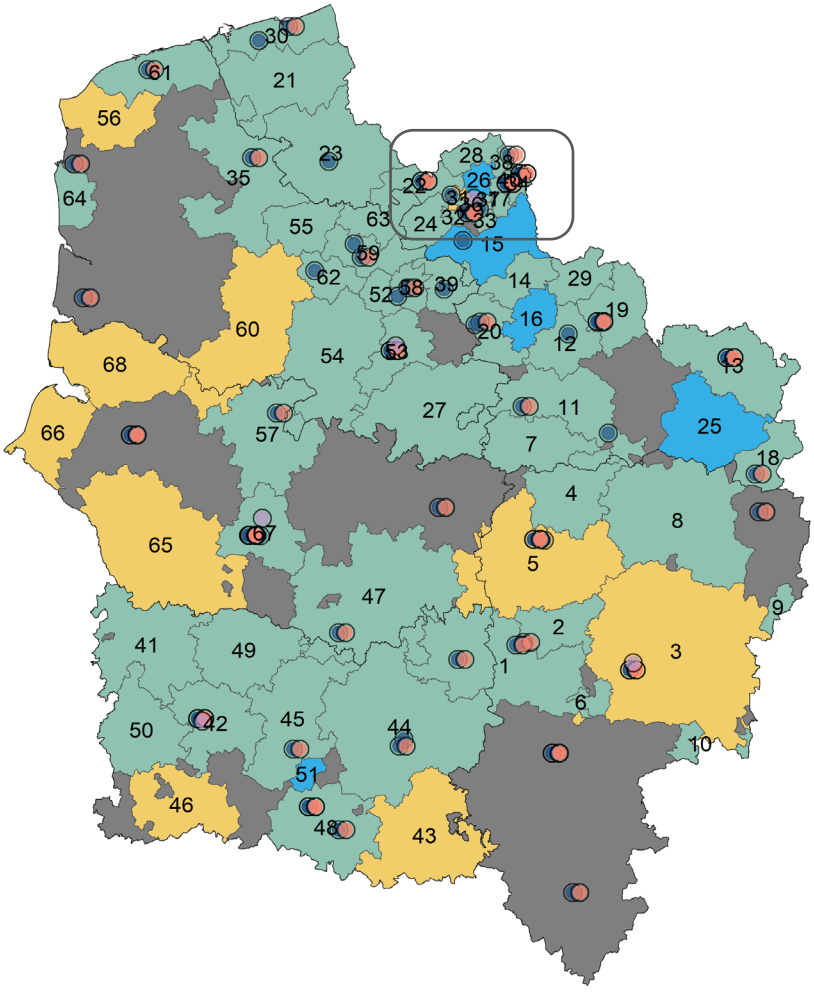


◯ Chef lieu des départements

Cartographie des SU, SAMU, SMUR et CPTS



- Siège de SAMU
- Siège de SMUR
- Service d'urgence
- CPTS en fonctionnement (projet de santé validé, ACI signé)
- CPTS en fonctionnement (projet de santé validé, ACI en cours)
- CPTS en cours de rédaction du projet de santé

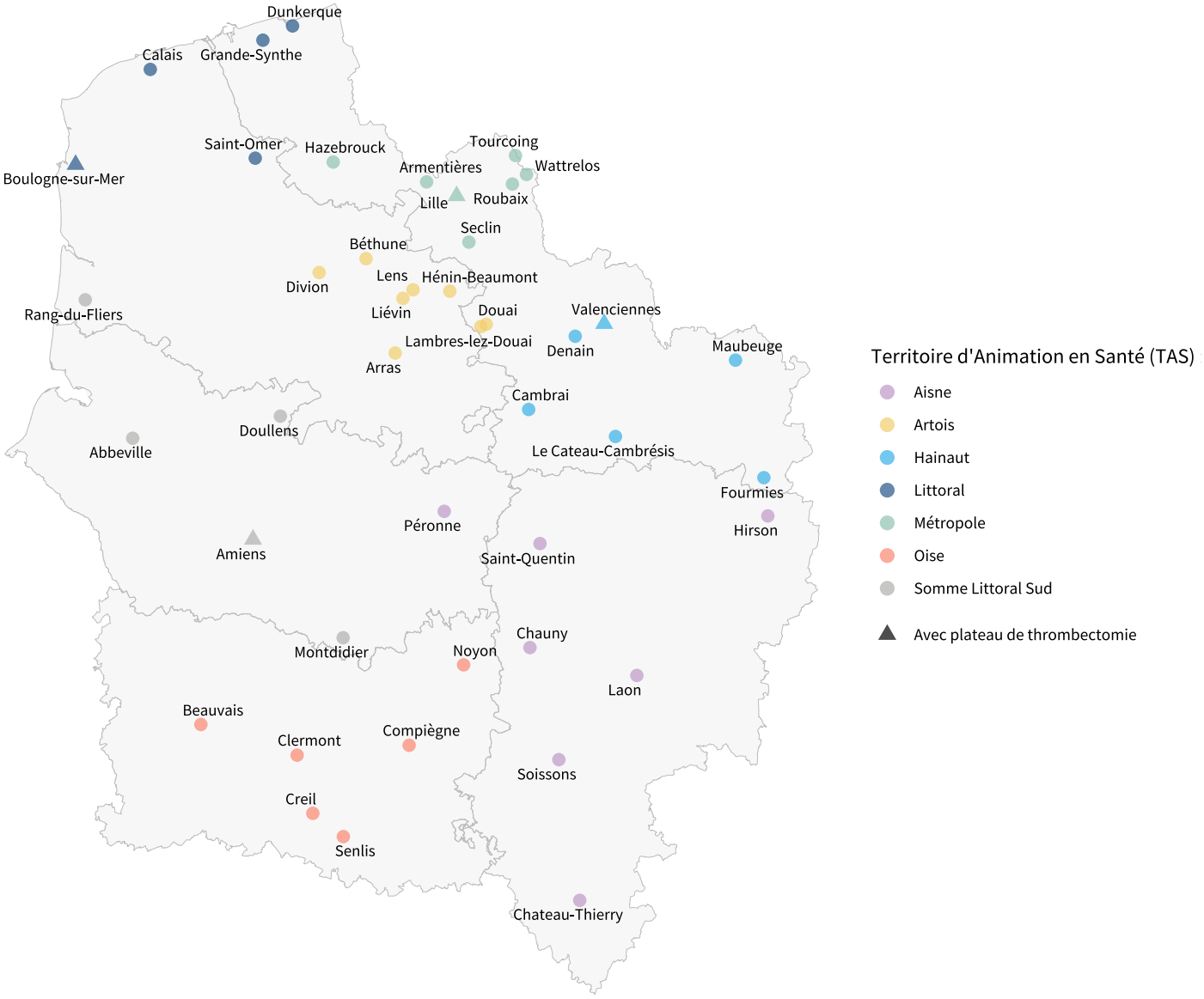


Sources : GRADeS Inéa | ORU, octobre 2024
PAPS, août 2024

Liste des CPTS

1. Charlemagne
2. Cœur de l'Aisne
3. Grand Laonnois
4. Nord Aisne
5. Quentin de la Tour
6. extension Charlemagne
7. Haut Escaut
8. Hauts de l'Aisne
9. Rethelois et ses alentours
10. Val de Suippes
11. Pays du Cambrésis
12. Grand Denain
13. Val de Sambre
14. Pévèle du Douaisis
15. Pévèle Carembault Seclin
16. Ostrevent
17. Marque
18. Sud Avesnois
19. Grand Valenciennes
20. Grand Douai
21. BBH
22. Lys Armentières
23. Cœur des Flandres
24. Weppes
25. Sambre Avesnois
26. Deûle-Marque
27. Sud Artois
28. Vallée de la Lys
29. Amandinois
30. Littoral en Nord
31. Alliance Santé Nord Ouest
32. Porte des Weppes
33. Sud métropole lilloise
34. 7 villes
35. Audomaroise
36. Lille cf. détails Grand Lille, Sud métropole lilloise, Fives Hellemmes Mons, Lille Care
37. Fives Hellemmes Mons
38. Tourcoing - Mouvaux - Neuville en Ferrain
39. Beaumont Artois
40. Roubaix
41. Picardie Verte
42. Beauvaisis
43. Valois
44. Compiègne et sa région
45. TRESOR
46. Sablons
47. Santerre
48. Sud Oise
49. Oise Picarde
50. Pays de Bray
51. Vallée Dorée
52. Liévin - Pays d'Artois
53. Grand Arras
54. Campagnes de l'Artois
55. Val de Lys Romane
56. Territoire des 2 Caps
57. Nord Picardie
58. La Gohelle
59. Béthunois
60. Ternois
61. Grand Calaisis
62. Collines d'Artois
63. Artois Lys
64. Opale Sud
65. Sud Ouest Amiénois
66. Verre et Mer
67. Grand Amiens
68. Ponthieu Marquenterre

Cartographie des Territoires d'Animation en Santé (TAS)



Note : Les points représentent les villes où sont implantés les CH sièges d'un service d'urgence.
Source : GRADeS Inéa | ORU HdF, décembre 2024.

Activité des SAMU | 2024

Appels décrochés : 773 535
DRM total : 403 587
DRM AMU[1] : 293 155
DRM LIB[2] : 110 432

Appels décrochés : 1 133 032
DRM total : 607 653
DRM AMU[1] : 338 523
DRM LIB[2] : 269 130



Appels décrochés : 454 853
DRM total : 150 315
DRM AMU[1] : 77 468
DRM LIB[2] : 72 847

Appels décrochés : 247 333
DRM total : 106 248
DRM AMU[1] : 56 273
DRM LIB[2] : 49 975

Appels décrochés : NC
DRM total : NC
DRM AMU[1] : NC
DRM LIB[2] : NC

[1] **DRM AMU :** dossier de régulation médicale effectué par l'aide médicale urgente

[2] **DRML LIB :** Dossier de régulation médicale effectué par des médecins libéraux

Source : Données transmises par les SAMU de la région

RPU : Description des items

Items	Codage (source FEDORU)
Âge	Calculé comme la différence entre la date d'entrée aux urgences et la date de naissance du patient, conforme s'il est compris **entre 0 et 120 ans.**
Sexe	Accepte trois modalités : **M** (masculin), **F** (féminin), **I** (indéterminé)
Code postal	• Si connu et patient résidant en France (métropolitaine ou DROM-COM) noter le code postal exact*; • Si connu et patient résidant à l'étranger noter « 99 » suivi du code INSEE du pays (ex : 99109 pour l'Allemagne) ; • Si code postal précis inconnu, mais département connu noter le numéro du département suivi de « 999 » (ex : 02999 pour un patient de l'Aisne dont on ignore le code postal exact) ; • Si inconnu, noter « 99999 ».
Mode d'entrée	Accepte trois modalités : **6 – Mutation :** le malade vient d'une unité médicale de la même entité juridique (ex : cas d'un malade muté aux urgences à partir d'un service d'hospitalisation du même établissement mais d'un site différent) ; **7 – Transfert :** le malade vient d'une autre unité médicale d'une autre entité juridique ; **8 – Domicile :** le malade vient de son domicile ou de son substitut telle une structure d'hébergement médico-sociale.
Provenance	Accepte huit modalités, selon le mode d'entrée : • Si mode d'entrée 6 ou 7, accepte quatre modalités de provenance : **1 – MCO** (unité de soins de courte durée), **2 – SSR** (unité de soins de suite ou de réadaptation), **3 – SLD** (unité de soins de longue durée), **4 – PSY** (unité de psychiatrie) ; • Si mode d'entrée 8, accepte quatre modalités de provenance : **5 – Prise en charge autres qu'organisationnelle** (patient qui se présente spontanément aux urgences), **6 – Hospitalisation à domicile (HAD), 7 – Structure d'hébergement médico-sociale, 8 – Prise en charge aux urgences pour des raisons organisationnelles** (enregistrement administratif avant hospitalisation, patient reconvoqué ou déjà attendu).
Mode de transport	Accepte six modalités : **PERSO** (moyen de transport personnel), **AMBU** (ambulance privée ou publique), **VSAB** (véhicule de secours et d'aide aux blessés), **SMUR** (service mobile d'urgence et de réanimation), **HELI** (hélicoptère), **FO** (forces de l'ordre).
Prise en charge durant le transport	Accepte trois modalités : **MED** (prise en charge médicalisée), **PARAMED** (prise en charge paramédicalisée), **AUCUN** (sans prise en charge)
Motif	Accepté en texte libre mais devrait, dans la mesure du possible, correspondre au thesaurus SFMU des motifs de recours. Ce codage n'est attendu que pour des passages dont l'orientation est différente de FUGUE, PSA ou REO (cf. champ orientation).
Gravité	Accepte sept modalités de la **classification CCMU (CCMU 1, P, 2, 3, 4, 5 et D),** détaillée dans la newsletter du mois de mars 2023. Ce codage n'est attendu que pour des passages dont l'orientation est différente de FUGUE, PSA ou REO (cf. champ orientation).
Diagnostic principal	Posé à l'issue de la consultation aux urgences, il doit s'agir d'un **code CIM-10** utilisable en diagnostic principal. Ce codage n'est attendu que pour des passages dont l'orientation est différente de FUGUE, PSA ou REO (cf. champ orientation).
Durée	Calculée à partir de la date et heure de sortie et date et heure d'entrée du patient, et est conforme si la **durée du passage est positive et inférieure à 72 heures.**
Mode de sortie	Accepte quatre modalités : **6 – Mutation :** patient hospitalisé dans une unité de la même entité juridique ; **7 – Transfert :** patient hospitalisé dans une unité d'un autre établissement ; **8 – Retour à domicile** dont sorties non convenues (fugues, parti sans attendre, réorientation, sortie contre avis médical), sorties vers des structures médico-sociales, HAD, centres d'hébergement et autres structures constituant le lieu de vie habituel du patient ; **9 – Décès.**

RPU : Description des items

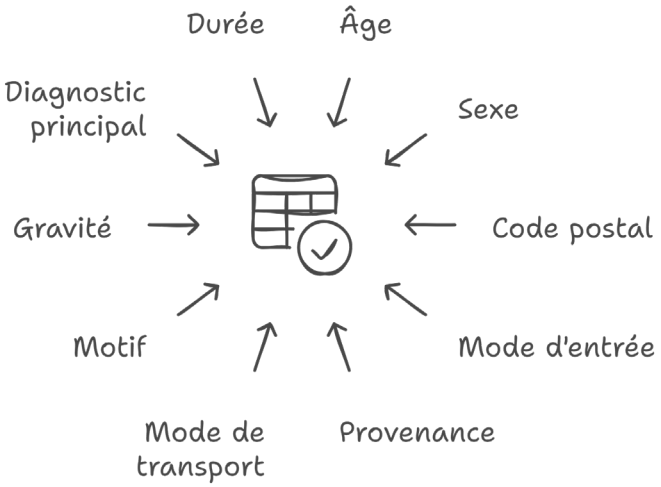
Destination	Dépendant du mode de sortie : • Si mode de sortie 6 ou 7, accepte quatre modalités de destination : **1 – MCO (**unité de soins de courte durée), **2 – SSR** (unité de soins de suite ou de réadaptation), **3 – SLD** (unité de soins de longue durée), **4 – Psychiatrie** ; • Si mode de sortie 8, accepte deux modalités de destination et un champ vide : **6 – Retour à domicile dans le cadre d'une HAD** ; **7 – retour vers une structure médico-sociale** et possibilité de laisser le champ vide si autre type de destination ; • Laisser le champ vide si le mode de sortie 9.
Orientation	Dépendant du mode de sortie : • Si mode de sortie 6 ou 7, accepte neuf modalités de destination : **HDT/SDT** (soins à la demande d'un tiers), **HO/SDRE** (soins à la demande d'un représentant de l'Etat), **SC** (surveillance continue), **SI** (soins intensifs), **REA** (réanimation), **UHCD** (unité d'hospitalisation de courte durée), **MED** (médecine hors SC, SI et REA), **CHIR** (chirurgie hors SC, SI et REA), **OBST** (obstétrique hors SC, SI et REA) ; • Si mode de sortie 8, accepte quatre modalités et un champ vide : **FUGUE** (patient sortie du service à l'insu du personnel), **PSA** (parti sans attendre la prise en charge médicale), **REO** (patient réorienté directement sans soins), **SCAM** (sortie contre avis médical) ; • Laisser le champ vide si le mode de sortie 9.

En 2024, en Hauts-de-France, les établissements de la région ont transmis 2 001 033 RPU, tous âges confondus. Ce nombre est en hausse de 2,7 % par rapport à l'année 2023 et de 2,6 % par rapport à 2022.

À noter : Les calculs d'évolutions ne sont pas réalisés à SU constants et dépendent donc directement des transmissions (ouverture ou fermeture de flux) ainsi il convient de garder à l'esprit les évetuelles modifications de flux.

↗ **2,7 %**

Nombre de RPU transmis par rapport à 2023





RPU : Chiffres clés en Hauts-de-France

Chiffres clés données urgences 2024
Source : RPU, GRADeS Inéa - ORU HdF

Nombre de RPU transmis
2 001 033

↗ + 2,7 %
par rapport à 2023

↗ + 2,6 %
par rapport à 2022

↗ + 11,1 %
par rapport à 2021

Taux d'hospitalisation
19,7 %

Évolution calculée à SU non constants



PATIENTS

- Sex-ratio : **1,02**
- Âge moyen : **39,2 ans**
- Part des moins de 1 an : **3,3 %**
- Part des moins de 18 ans : **27,6 %**
- Part des 75 ans et plus : **13,6 %**

99,9 % d'exploitabilité

HORAIRES D'ARRIVÉE

- Arrivée la nuit 20h-8h : **26,6 %**
- Nuit profonde 0h-8h : **10,8 %**
- Arrivée en horaire de permanence des soins (PDS) : **43,8 %**
- Arrivée le week-end : **26,7 %**

100 % d'exploitabilité

MODE DE TRANSPORT

- SMUR (dont héliporté) : **0,9 %**
- VSAV : **11,7 %**
- Forces de l'ordre : **0,9 %**
- Ambulance : **16,1 %**
- Moyen personnel : **70,4 %**

92,6 % d'exploitabilité

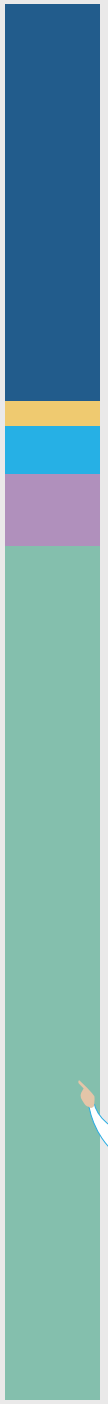
GRAVITÉ

- CCMU 1 et P : **17,1%**
- CCMU 2 : **65,5%**
- CCMU 3 : **15,8 %**
- CCMU 4 et 5 : **1,5 %**
- Décès : **n=374**

91,4 % d'exploitabilité

DIAGNOSTIC PRINCIPAL
(hors fugue / PSA / REO)

85,6 % d'exploitabilité



Traumatologique
27,2 %

Toxicologie
1,7 %

Psychiatrique
3,6 %

Autre recours
4,9 %

Médico-chirurgical
62,7 %

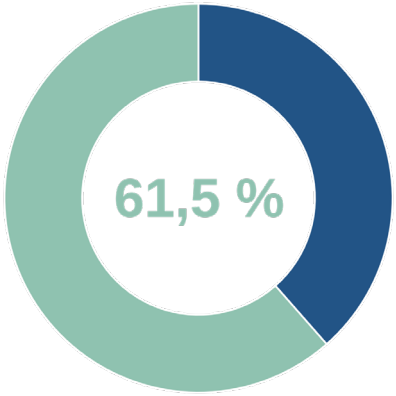


98,9 % d'exploitabilité

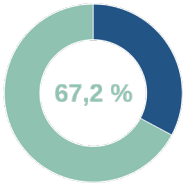
PART DES PASSAGES < 4H



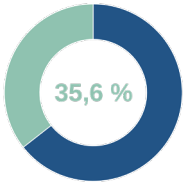
Durée moyenne de passage
4h20



▶ Lors d'un retour à domicile



▶ Lors d'une hospitalisation post-urgence



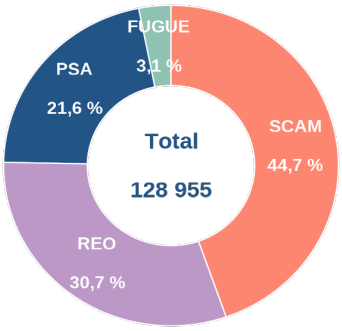
MODE DE SORTIE

Mutation interne	18,5 %
Décès	0,1 %
Retour à domicile	80,2 %
Transfert externe	1,2 %

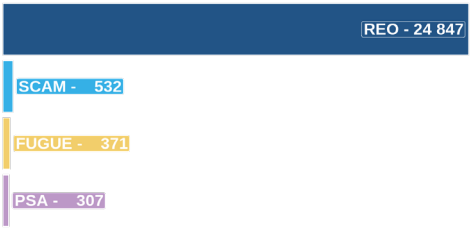
95,2 % d'exploitabilité

RÉORIENTATION ET SORTIES NON CONVENUES

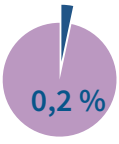
▶ Avec un mode de sortie « 8 » (retour à domicile)



▶ Avec un mode de sortie différent du retour à domicile



Part de REO et SNC parmi les retours à domicile



85,0 % d'exploitabilité

Remarque : Le nombre de sorties non convenues et de réorientations est surévalué. En effet, certains éditeurs ne permettent pas de laisser le champ vide, attribuant par défaut la valeur réorientation (REO). Cette situation est en cours de correction auprès des établissements concernés.

RPU : Chiffres clés par territoire d'animation en santé



	Hauts-de-France	Aisne	Artois	Hainaut	Littoral	Métropole	Oise	Somme Littoral Sud
Nombre de RPU transmis	2 001 033	227 440	350 628	288 670	222 030	420 774	267 011	224 480
Evolution* par rapport à l'année 2023 et 2022	+2,7% | +2,6%	+3,9% | +3,1%	+0,7% | +0,2%	+4,1% | +5,6%	+2,3% | -0,8%	+1,1% | -0,7%	+2,9% | +6,3%	+6,6% | +8,0%



	Hauts-de-France	Aisne	Artois	Hainaut	Littoral	Métropole	Oise	Somme Littoral Sud
Sex-ratio (H/F)	1,02	1,06	0,97	1,06	1,06	0,98	1,02	1,02
Âge moyen	39,2 ans	41,0 ans	40,2 ans	38,8 ans	41,4 ans	36,6 ans	37,4 ans	41,7 ans
Part des moins de 1 an | moins de 18 ans	3,3 % | 27,6 %	3,0 % | 27,4 %	2,7 % | 25,0 %	3,1 % | 28,1 %	2,5 % | 24,0 %	4,5 % | 29,6 %	3,9 % | 32,0 %	2,9 % | 26,2 %
Part des 65-75 ans | part des 75 ans et plus	8,3 % | 13,6 %	9,0 % | 15,7 %	8,5 % | 13,6 %	8,3 % | 13,0 %	9,1 % | 14,7 %	6,9 % | 11,7 %	7,7 % | 12,4 %	9,6 % | 16,0 %

	Hauts-de-France	Aisne	Artois	Hainaut	Littoral	Métropole	Oise	Somme Littoral Sud
Part d'arrivée la nuit (20h-08h)	26,6 %	25,5 %	26,2 %	26,3 %	26,1 %	28,6 %	26,7 %	25,6 %
Part d'arrivée en nuit profonde (00h-08h)	10,8 %	10,6 %	10,6 %	10,3 %	10,3 %	11,7 %	11,1 %	10,4 %
Part d'arrivée en horaire PDS	43,8 %	42,4 %	43,1 %	43,3 %	44,4 %	45,4 %	43,9 %	42,8 %
Part d'arrivée le week-end	26,7 %	26,2 %	26,5 %	26,7 %	28,0 %	26,8 %	26,6 %	26,4 %

RPU : Chiffres clés par territoire d'animation en santé



	Hauts-de-France	Aisne	Artois	Hainaut	Littoral	Métropole	Oise	Somme Littoral Sud
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*92,6 %*	*88,1 %*	*96,8 %*	*94,3 %*	*88,5 %*	*99,3 %*	*96,0 %*	*76,1 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	70,4 %	66,0 %	70,9 %	71,2 %	65,4 %	72,4 %	72,7 %	71,0 %
Part d'arrivée en SMUR (dont hélicoptère)	0,9 %	0,9 %	0,6 %	1,0 %	1,5 %	0,7 %	0,8 %	1,0 %
Part d'arrivée en VSAV	11,7 %	15,8 %	13,3 %	12,0 %	12,0 %	9,6 %	12,7 %	7,0 %
Part d'arrivée en ambulance	16,1 %	16,2 %	14,6 %	13,9 %	20,2 %	16,9 %	13,0 %	20,4 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	0,9 %	1,1 %	0,6 %	1,9 %	0,9 %	0,4 %	0,8 %	0,5 %



	Hauts-de-France	Aisne	Artois	Hainaut	Littoral	Métropole	Oise	Somme Littoral Sud
Taux d'exploitabilité CCMU	*91,4 %*	*98,0 %*	*93,0 %*	*90,5 %*	*74,1 %*	*98,3 %*	*84,0 %*	*93,1 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	17,1 %	22,1 %	17,6 %	15,0 %	12,0 %	15,1 %	21,9 %	15,8 %
Part des passages avec CCMU 2	65,5 %	66,6 %	64,3 %	60,8 %	62,1 %	68,0 %	64,9 %	70,1 %
Part des passages avec CCMU 3	15,8 %	10,2 %	16,9 %	21,2 %	24,7 %	15,2 %	12,4 %	12,6 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	1,5 %	1,0 %	1,2 %	3,1 %	1,2 %	1,6 %	0,8 %	1,5 %

RPU : Chiffres clés par territoire d'animation en santé

	Hauts-de-France	Aisne	Artois	Hainaut	Littoral	Métropole	Oise	Somme Littoral Sud
Taux d'exploitabilité du DP	87,0 %	98,7 %	90,8 %	94,4 %	64,6 %	95,5 %	69,6 %	81,8 %
Part des passages médico-chirugicaux	62,7 %	62,0 %	61,7 %	61,7 %	59,3 %	66,5 %	61,3 %	62,0 %
Part des passages traumatologiques	27,2 %	26,1 %	27,8 %	27,2 %	29,2 %	24,2 %	28,8 %	31,0 %
Part des passages psychiatriques	3,6 %	3,1 %	4,2 %	3,9 %	3,6 %	4,3 %	2,1 %	2,6 %
Part des passages toxicologiques	1,7 %	1,5 %	2,1 %	1,6 %	2,4 %	1,5 %	1,3 %	1,8 %
Part des autres types de recours	4,9 %	7,2 %	4,2 %	5,6 %	5,5 %	3,5 %	6,6 %	2,7 %

	Hauts-de-France	Aisne	Artois	Hainaut	Littoral	Métropole	Oise	Somme Littoral Sud
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*98,9 %*	*99,7 %*	*96,7 %*	*99,9 %*	*97,8 %*	*99,1 %*	*99,8 %*	*99,5 %*
Durée moyenne de passage	4h20	4h19	4h23	3h17	4h01	4h53	4h58	4h11
Part des passages dont la durée est < à 4h	61,5 %	65,1 %	62,7 %	70,6 %	61,1 %	57,0 %	54,8 %	61,1 %
Lors d'une hospitalisation post-urgences	35,6 %	38,1 %	34,4 %	46,1 %	31,5 %	29,1 %	30,3 %	39,7 %
Lors d'un retour à domicile	67,2 %	71,3 %	70,0 %	77,3 %	63,6 %	64,3 %	58,3 %	64,9 %

RPU : Chiffres clés par territoire d'animation en santé

	Hauts-de-France	Aisne	Artois	Hainaut	Littoral	Métropole	Oise	Somme Littoral Sud
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*95,2 %*	*99,6 %*	*97,7 %*	*98,4 %*	*80,0 %*	*99,6 %*	*97,5 %*	*87,0 %*
Part des passages avec hospitalisation post-urgence	19,7 %	18,7 %	18,1 %	22,1 %	18,6 %	20,7 %	14,9 %	25,4 %
Part des passages avec mutation interne	18,5 %	17,3 %	16,8 %	20,9 %	17,5 %	19,5 %	14,3 %	23,3 %
Part des passages avec transfert externe	1,2 %	1,4 %	1,3 %	1,2 %	1,1 %	1,2 %	0,6 %	2,2 %
Part des passages avec retour à domiciles	80,2 %	81,2 %	81,7 %	77,8 %	81,2 %	79,3 %	85,0 %	74,6 %
Part des décès	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %



SMUR : Données des RPIS

Tablettes embarquées

Les tablettes embarquées déployées dans les SMUR de la région permettent la production d'un bilan dématérialisé SMUR intégrable au dossier patient informatisé des établissements de soins ainsi que la transmission de RPIS (résumé patient d'intervention SMUR).

Ces outils numériques participent à l'amélioration des prises en charge de patients dans les situations particulièrement sensibles ou périlleuses du préhospitalier notamment grâce aux actes de télé-expertise dans le contexte de la médecine aigue, à la qualification renforcée de l'urgence avec la documentation enrichie du dossier (ECG, biologie embarquée, boucle d'échographie, photos). Ils permettent également de sécuriser les Transports Infirmier Inter Hospitalier (TIIH) ainsi que les interventions des Unité Mobile Hospitalière Paramédicalisées (UMH-P) ceux-ci pouvant être accompagné à distance par le médecin régulateur avec des outils de visio-conférence ou de messagerie sécurisée.

Limites d'interprétation

Pour cette année 2024, seuls les départements du Nord, de l'Oise et du Pas-de-Calais transmettent les RPIS. Des mesures sont en cours pour intégrer l'Aisne et la Somme.

Les TIIH et UMH-P ne sont pas tous représentés car les logiciels ne permettaient pas d'en faire la distinction.

Les résultats présentés dans cette partie ne reflètent donc pas l'ensemble des interventions de la région mais l'usage des tablettes embarquées dans ces trois départements en 2024.



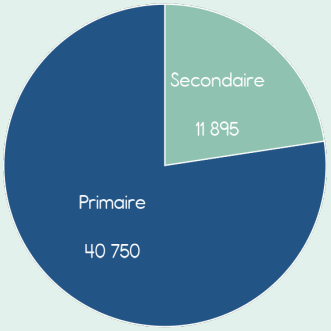
RPIS : Description des items

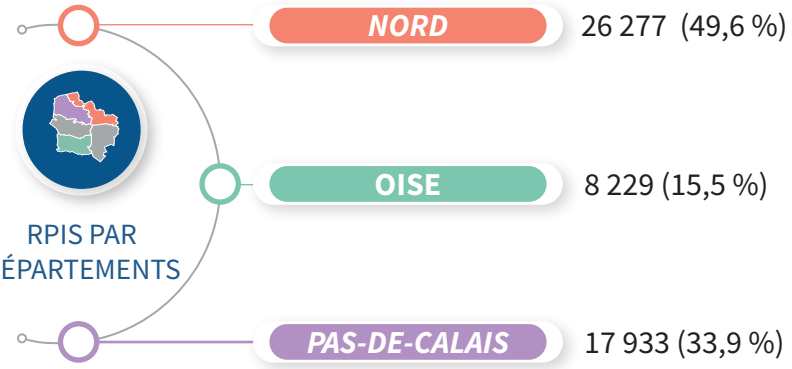
Items	Codage (source FEDORU)
Âge	En cas de méconnaissance de la date de naissance remonter un âge estimé Exemple : valeur **45** / unité **a** (45 ans), valeur **27** / unité j (27j) Unités temps : **a** années, **j** jours, **s** semaines, **h** heures
Sexe	Sexe du patient
Code commune du lieu d'intervention	Code Insee de la commune d'intervention
Transport	**A bord d'un véhicule sanitaire** • SMUR UMH,HL (brancard = BC) • Pompiers VSAV (maritime = VSAVM) • Ambulances privées AMBP (bariatrique = AMBB) **A bord d'un autre type de véhicule** • Secouristes SEC • Forces de l'ordre FO • Moyens Personnels PERSO • Autres Véhic Non Sanitaires AVION, HELICO, AVNS,MOYEN MARITIME
Diagnostic principal	Thésaurus SFMU-FEDORU
Date et heure d'intervention **(depart_smur arrivee_lieux depart_lieux arrivee_dest disponibilite retour_base)**	Les différentes Dates et Heures s'expriment au format ISO 8601 **YYYY-MM-DDThh:mm:ss** (format recommandé par le W3C) 2016-05-30T09:20:03 correspond au 30 Mai 2016 à 09h 20min 03sec Correspondances ANTARES Départ SMUR = 01 / Arrivée sur les Lieux = 02 / Départ des Lieux = 05 Arrivée Etb de Destination = 06 / Disponibilité de l'équipé = 07 / Retour Base = 08
Mission	• Sortie SMUR Primaire **P** • Sortie SMUR Secondaire **S** • Transferts TIIH **T** Une sortie SMUR sous-entend la mobilisation d'une équipe médicalisée d'intervention (SAE 2015)
Destination	**En cas de transfert précision du type de structure de destination** • Etablissement de Santé ES • Cabinet Libéral CAB • Maison Médicale de Garde MMG
Orientation	**Sans transport associé** • Soins Sur Place SSP • Refus De Soins RDS • Refus De Transport RDT • Décédé DCD **Avec transport associé** • Transport Médicalisé TMED • Transport Non Médic. TNME

RPIS : Chiffres clés en Hauts-de-France

Nombre de RPIS transmis

52 933

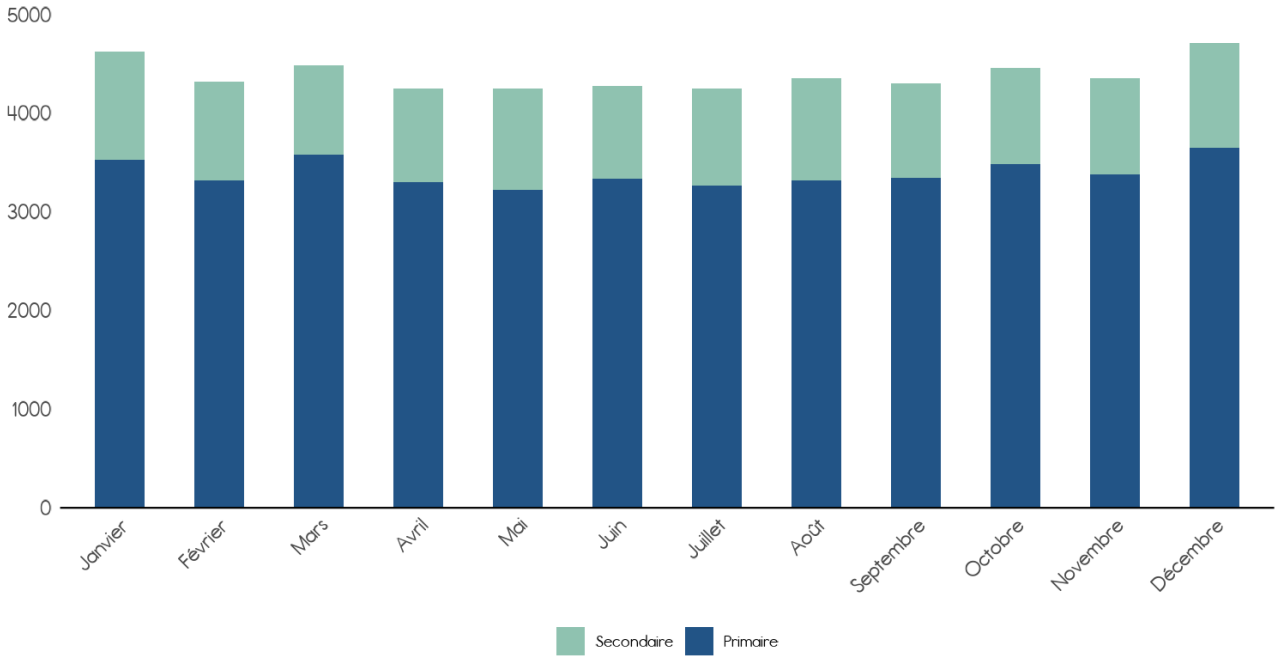




Source : RPIS 2024, GRADeS Inéa - ORU HdF

Répartition mensuelle des missions SMUR selon le type de sortie

RPIS | 2024 | Hauts-de-France | Source : ORU - Inéa



RPIS : Chiffres clés en Hauts-de-France

Nombre de RPIS transmis

52 933

↗ **+ 8,9%**
par rapport à 2023



PATIENTS

- Sex-ratio : **1,33**
- Âge moyen : **56,3 ans**
- Part des moins de 1 an : **1,3 %**
- Part des moins de 18 ans : **7,8 %**
- Part des 75 ans et plus : **25,8 %**

97,3 % d'exploitabilité

HORAIRES D'ARRIVÉE

- Arrivée la nuit 20h-8h : **33,0 %**
- Nuit profonde 0h-8h : **16,3 %**
- Arrivée en horaire de permanence des soins (PDS) : **48,8 %**
- Arrivée le week-end : **27,5 %**

MODE DE TRANSPORT

- SMUR : **32,5 %**
- Forces de l'ordre : **0,2 %**
- Ambulance privée : **10,6 %**
- Pompiers : **56,5 %**

83,2 % d'exploitabilité

Remarque : Le taux d'exploitabilité de l'horaire d'arrivée ne peut pas être calculé, car il s'agit d'une variable essentielle pour l'extraction des données. En effet, il est impossible de déterminer l'année d'origine des données lorsque la date est manquante.

DIAGNOSTIC PRINCIPAL

(données restreintes aux sorties primaires)

13,9 % d'exploitabilité



Autres recours
1,7 %

Toxicologie
3,2 %

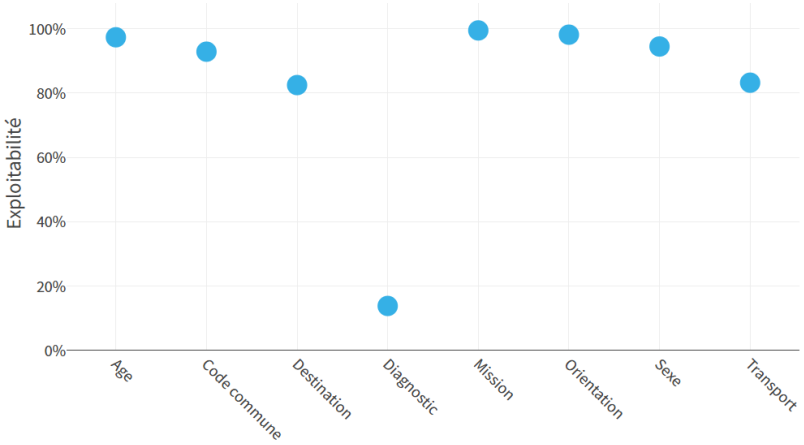
Psychiatrique
2,9 %

Traumatologique
11,8 %

Médico-chirurgical
80,4 %



EXPLOITABILITÉ



Remarque : Le faible taux de codage du diagnostic s'explique en partie par le fait que le dispositif RPIS est encore récent, et son utilisation par certains professionnels de santé l'est également. Un accompagnement à l'amélioration de la qualité des données est mis en place par l'ORU.

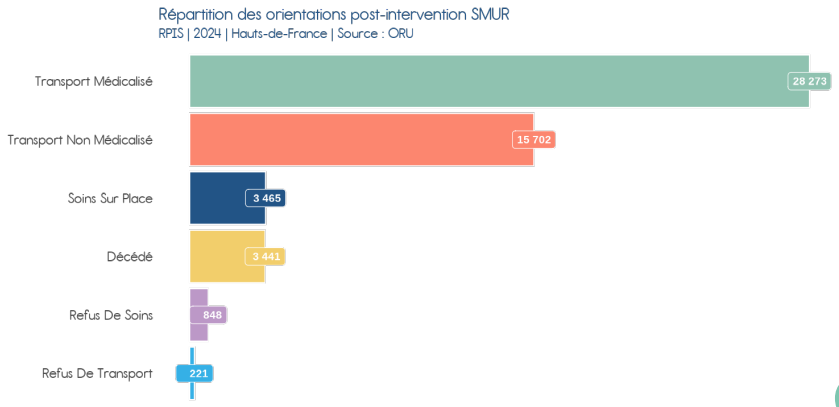
DESTINATION

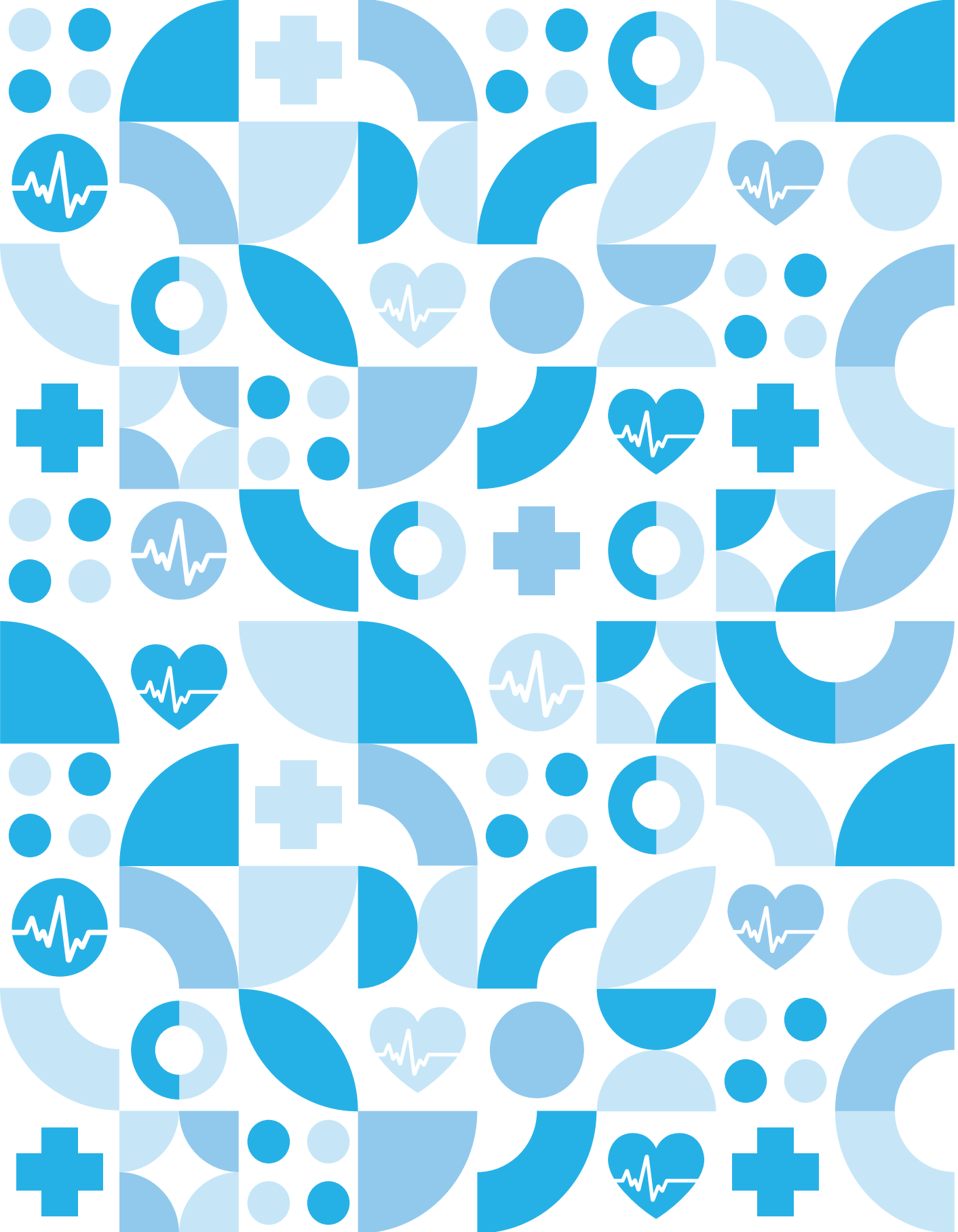
Primaire | Secondaire

Hospit. conventionnelles	1,4 % | 9,3 %
Lits chauds	6,3 % | 40,3 %
Urgences	85,0 % | 20,9 %
Obstétriques	2,2 % | 0,7 %
Plateaux techniques	3,4 % | 6,6 %

Hospit. conventionnelles : médecine, psychiatrie, hôpital, chirurgie et pédiatrie ;
Lits chauds : soins intensifs, soins continus, réanimation et brulés ;
Plateaux techniques : coronarographie, radiologie, thrombectomie, hyperbare et bloc opératoire.

ORIENTATION

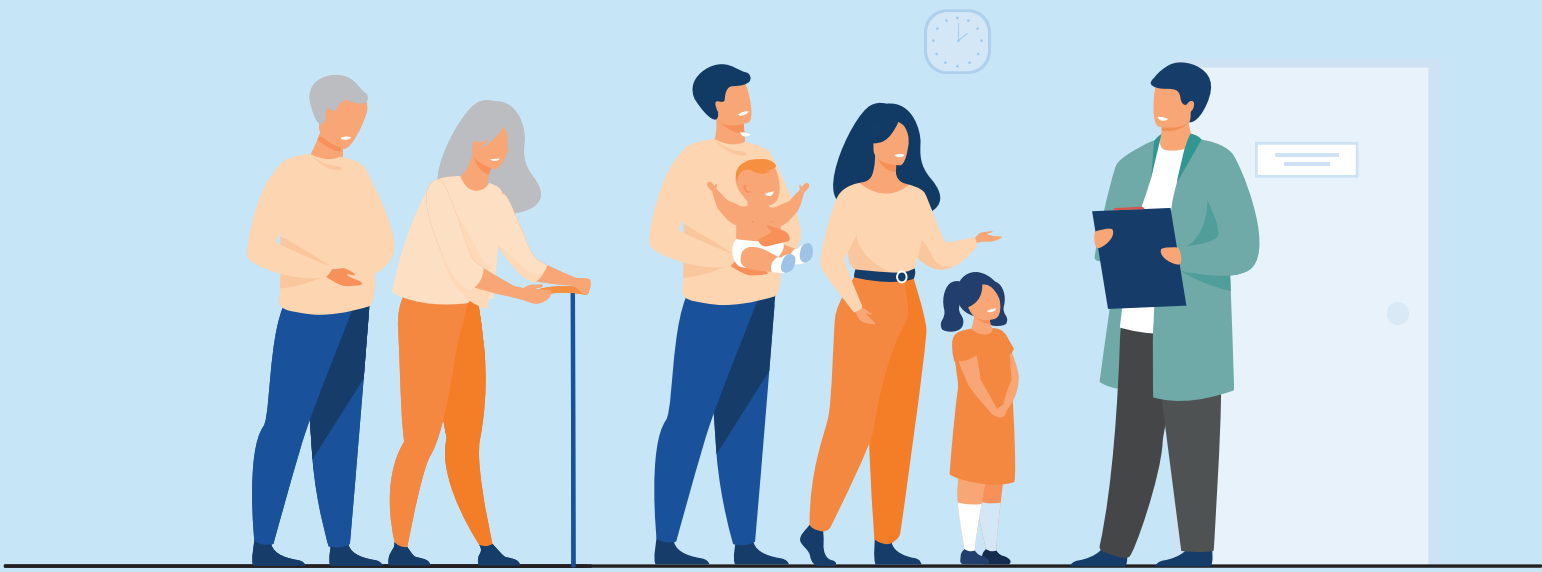




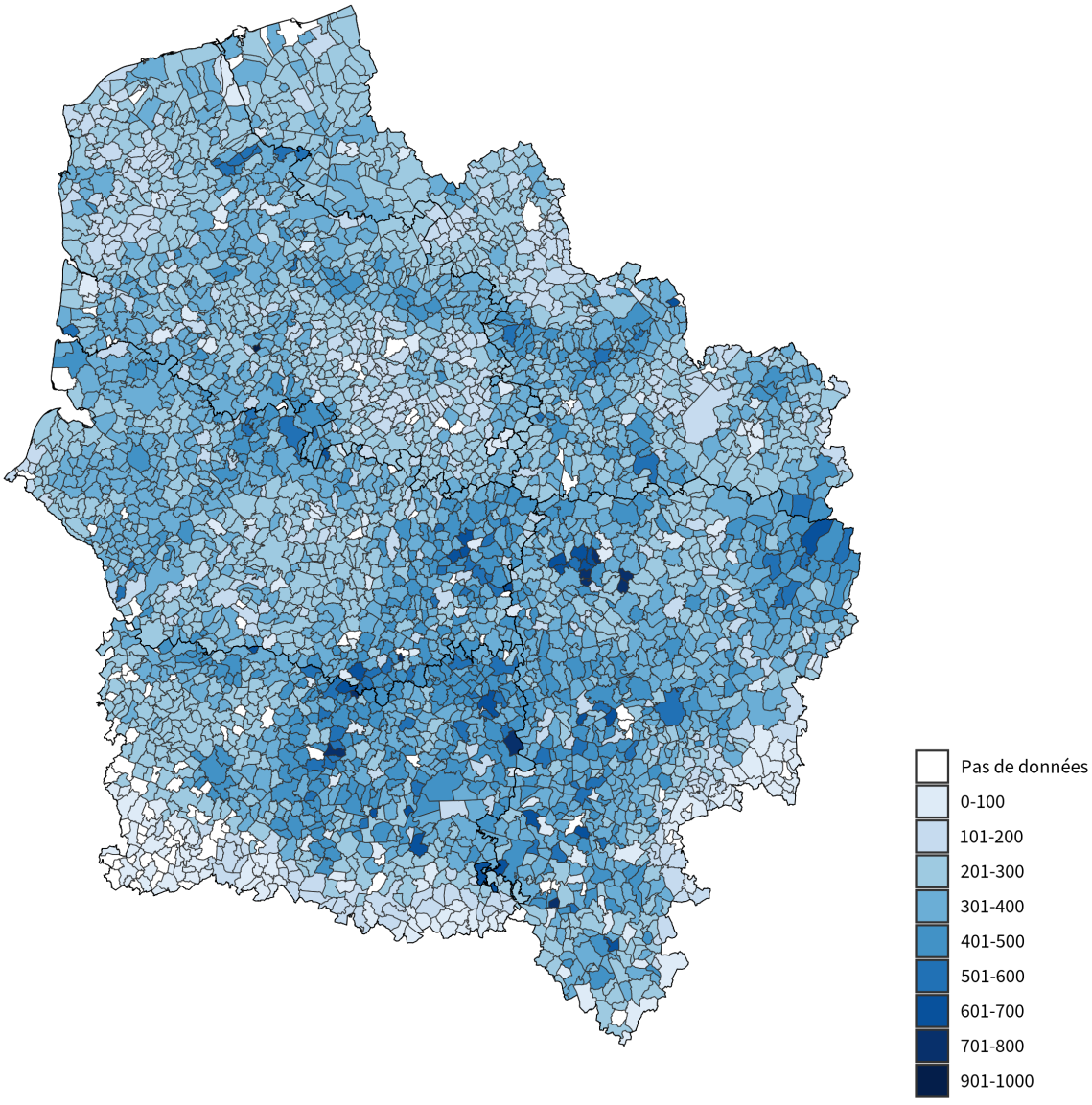
Partie 2

Analyse détaillée par tranches d'âges

TOUS ÂGES - ANALYSE DÉTAILLÉE



Cartographie du taux de recours aux urgences

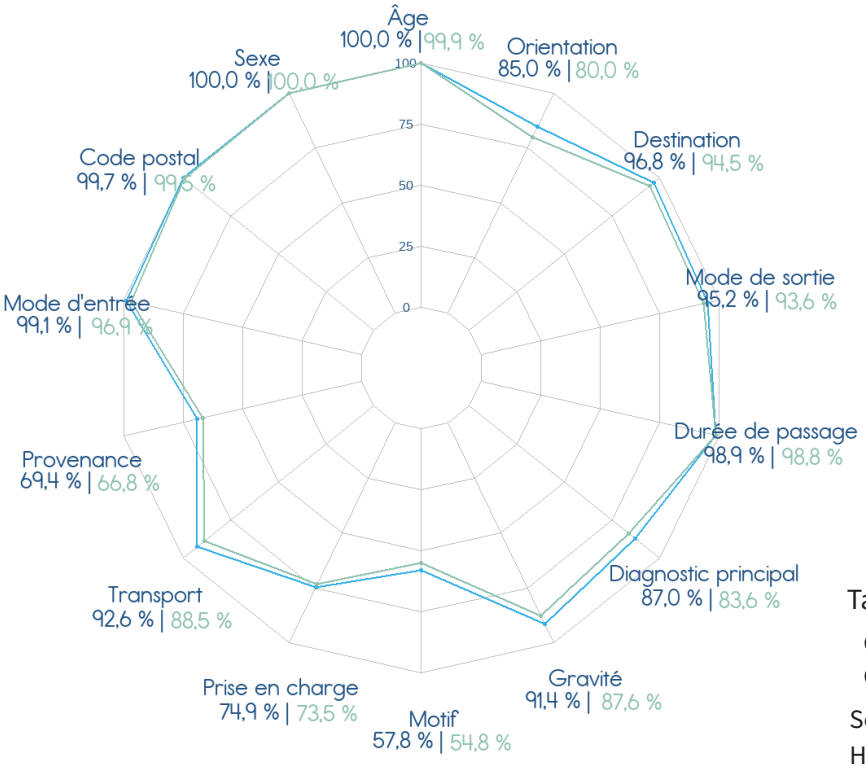


Taux de recours aux urgences des Hauts-de-France, en nombre de passages pour 1 000 habitants par commune de résidence des patients.

Source : GRADeS Inéa | ORU HdF, INSEE 2021

TOUS AGES

Exploitablité régionale



Taux d'exploitabilité :

- 2023
- 2024

Source : GRADeS Inéa | ORU, Hauts-de-France, 2024.

Dans la région, en 2024, l'exploitabilité des items du RPU à globalement progressé par rapport à l'année précédente. Ainsi, l'exploitabilité du diagnostic principal atteignait 87,0 % (contre 83,6 % en 2023), celle du motif de consultation 57,8 % (vs 54,8 % en 2023, codage via le thésaurus SFMU des motifs de recours) ou encore celle de l'orientation 85,0 % (vs 80,0 % en 2023).

Parmi les évolutions les plus significatives, le Littoral enregistre une nette amélioration : son taux d'exploitabilité pour le diagnostic principal passe de 52,2 % en 2023 à 64,6 % en 2024, soit un gain de plus de 12 points. L'Oise suit une dynamique comparable, avec une progression équivalente sur la période. Malgré ces avancées, les écarts entre territoires restent importants : en 2024, l'Aisne atteignait 98,7 %, la Métropole 95,5 %, alors qu'il s'agit de l'item le plus mobilisé dans les analyses – notamment pour le suivi des filières de soins ou à des fins épidémiologiques. On observe toutefois une tendance au resserrement des écarts.

La qualité des données administratives (âge, sexe, date d'entrée et de sortie, code postal) reste stable dans le temps et entre les territoires d'animation santé (TAS) à un niveau quasi optimal.

Exploitablité par territoire

	AISNE		ARTOIS		HAINAUT		LITTORAL		METROPOLE		OISE		SOMME LITTORAL SUD	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Âge	100,0 %	100,0 %	99,5 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Sexe	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Code postal	99,7 %	99,8 %	99,5 %	99,8 %	99,6 %	99,6 %	98,9 %	99,5 %	99,6 %	99,7 %	99,9 %	99,9 %	99,4 %	99,5 %
Mode d'entrée	90,9 %	99,1 %	97,8 %	98,0 %	95,0 %	99,3 %	98,9 %	99,1 %	99,7 %	99,8 %	100,0 %	100,0 %	92,5 %	98,2 %
Provenance	57,1 %	64,2 %	87,6 %	90,2 %	70,9 %	72,3 %	15,2 %	32,0 %	68,8 %	64,0 %	75,4 %	78,6 %	75,7 %	74,4 %
Transport	73,4 %	88,1 %	92,5 %	96,8 %	81,8 %	94,3 %	97,4 %	88,5 %	99,4 %	99,3 %	89,7 %	96,0 %	74,4 %	76,1 %
Prise en charge	60,3 %	59,6 %	57,1 %	57,6 %	81,7 %	94,2 %	80,9 %	74,2 %	88,3 %	88,3 %	70,8 %	75,6 %	69,6 %	67,1 %
Motif	77,9 %	84,5 %	42,3 %	40,3 %	48,6 %	45,8 %	58,3 %	50,6 %	57,1 %	58,0 %	61,8 %	64,1 %	43,5 %	71,0 %
Gravité	96,1 %	98,0 %	90,9 %	93,0 %	91,4 %	90,5 %	62,8 %	74,1 %	97,7 %	98,3 %	77,0 %	84,0 %	81,8 %	93,1 %
Diagnostic principal	98,4 %	98,7 %	89,1 %	90,8 %	94,5 %	94,4 %	52,2 %	64,6 %	97,0 %	95,5 %	57,0 %	69,6 %	77,2 %	81,8 %
Durée de passage	99,7 %	99,7 %	96,8 %	96,7 %	99,8 %	99,9 %	96,4 %	97,8 %	99,5 %	99,1 %	99,8 %	99,8 %	99,6 %	99,5 %
Mode de sortie	99,7 %	99,6 %	93,7 %	97,7 %	99,1 %	98,4 %	69,6 %	80,0 %	99,8 %	99,6 %	98,1 %	97,5 %	87,2 %	87,0 %
Destination	80,6 %	85,9 %	93,1 %	96,3 %	97,7 %	97,5 %	99,9 %	99,3 %	93,3 %	98,5 %	99,8 %	99,7 %	98,4 %	98,9 %
Orientation	52,0 %	54,0 %	76,7 %	89,6 %	86,1 %	87,5 %	72,7 %	90,1 %	86,9 %	88,8 %	91,8 %	95,6 %	82,5 %	83,8 %

Tableau d'exploitabilité des données tous âges par TAS, Hauts-de-France, années 2023-2024, Source : GRADeS Inéa | ORU HdF

Remarque :

Il est important de garder à l'esprit dans l'ensemble des analyses que l'exploitabilité non optimale de certains items et l'hétérogénéité territoriale peut introduire des biais dans les comparaisons inter-territoires ou dans les données régionales en surreprésentant un territoire.

TOUS AGES

Activité par territoire d'animation en santé

Un peu plus de 2 000 000 de RPU ont été transmis par les services d'urgence des Hauts-de-France en 2024 (n = 2 001 033), soit une augmentation d'environ 2,7 % par rapport à 2023. Cette hausse d'activité concerne l'ensemble des territoires.

Concernant les différents indicateurs d'activité, en région, on n'observe pas de différences notables cette année par rapports aux années précédentes.

Les passages en horaire de permanence des soins (PDS) représentent un peu moins de la moitié de l'activité des services d'urgence (43,8 %).

Le mode d'arrivée aux urgences le plus fréquent en 2024 reste le recours à un moyen de transport personnel, représentant 70,4 % des passages. Les arrivées par ambulance représentaient 16,1 %, tandis que les interventions des pompiers (VSAV) comptaient pour 11,7 %.

Les motifs médico-chirurgicaux constituaient la majorité des passages aux urgences, avec 62,7 % des recours. Les causes traumatiques arrivaient en deuxième position avec 27,2 %, suivies par les motifs psychiatriques : 3,6 % et toxicologiques : 1,7 %.

En termes de gravité, environ un passage sur six est classé CCMU 1 ou P, 65,5 % en CCMU 2, et 1,5 % en CCMU 4 ou 5.

Une hospitalisation a été décidée à l'issue d'un cinquième des passages (19,7 %). Ce taux progresse avec l'âge et concernait presqu'un passage sur deux (47,3 %) chez les patients âgées de 75 ans et plus .

En 2024, la durée moyenne d'un passage aux urgences en région s'élevait à 4h20. À l'instar du taux d'hospitalisation, cette durée augmente avec l'âge des patients : elle atteignait en moyenne 6h47 chez les 75 ans et plus, contre 2h37 chez les moins de 18 ans.

Hauts-de-France

TOUS AGES

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de RPU transmis	1 570 496	1 801 090	1 950 315	1 947 578	2 001 033
Évolution par rapport à l'année précédente*		14,7 %	8,3 %	-0,1 %	2,7 %
Sex-ratio (H/F)	1,03	1,03	1,04	1,04	1,02
Âge moyen	40,8 ans	38,5 ans	38,2 ans	38,9 ans	39,2 ans
Part des moins de 1 an | moins de 18 ans	2,8 % | 24,0 %	3,5 % | 27,8 %	3,8 % | 28,9 %	3,6 % | 28,0 %	3,3 % | 27,6 %
Part des [65 - 75 ans[| Part des 75 ans et plus	8,7 % | 13,8 %	8,2 % | 12,5 %	8,1 % | 12,9 %	8,2 % | 13,3 %	8,3 % | 13,6 %
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[	27,0 %	26,1 %	27,0 %	26,8 %	26,6 %
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[	11,2 %	10,6 %	11,0 %	10,8 %	10,8 %
Part d'arrivée en horaire PDS	44,9 %	44,0 %	44,8 %	44,8 %	43,8 %
Part d'arrivée le week-end	27,0 %	26,9 %	27,0 %	27,1 %	26,7 %
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*80,6 %*	*83,9 %*	*83,0 %*	*88,5 %*	*92,6 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	66,1 %	68,7 %	69,4 %	70,5 %	70,4 %
Part d'arrivée en SMUR (dont héliporté)	1,5 %	1,3 %	1,1 %	1,0 %	0,9 %
Part d'arrivée en VSAV	12,6 %	12,8 %	12,3 %	11,4 %	11,7 %
Part d'arrivée en ambulance	18,9 %	16,4 %	16,5 %	16,3 %	16,1 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	0,8 %	0,8 %	0,8 %	0,9 %	0,9 %
Taux d'exploitabilité CCMU	*72,8 %*	*71,8 %*	*78,2 %*	*87,6 %*	*91,4 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	16,1 %	17,3 %	17,6 %	18,3 %	17,1 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	1,5 %	1,3 %	1,4 %	1,4 %	1,5 %
Taux d'exploitabilité du DP	*68,5 %*	*75,3 %*	*78,7 %*	*83,6 %*	*87,0 %*
Part des passages médico-chirurgicaux	60,6 %	61,2 %	61,9 %	61,7 %	62,7 %
Part des passages traumatologiques	29,2 %	29,3 %	28,5 %	28,5 %	27,2 %
Part des passages psychiatriques	3,6 %	3,4 %	3,3 %	3,5 %	3,6 %
Part des passages toxicologiques	2,1 %	1,9 %	1,8 %	1,8 %	1,7 %
Part des autres types de recours	4,4 %	4,2 %	4,5 %	4,5 %	4,9 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*98,4 %*	*97,1 %*	*97,4 %*	*98,8 %*	*98,9 %*
Durée moyenne de passage	4h11	4h24	4h23	4h17	4h20
Part des passages dont la durée est < à 4h	63,8 %	62,3 %	61,4 %	62,3 %	61,5 %
Lors d'une hospitalisation post-urgence	37,5 %	35,3 %	33,3 %	35,7 %	35,6 %
Lors d'un retour à domicile	72,7 %	70,2 %	68,2 %	68,2 %	67,2 %
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*94,3 %*	*93,9 %*	*93,5 %*	*93,6 %*	*95,2 %*
Part des passages avec mutation interne	21,8 %	19,8 %	17,2 %	18,1 %	18,5 %
Part des passages avec transfert externe	1,4 %	1,3 %	1,2 %	1,3 %	1,2 %
Part des passages avec retour à domicile	76,7 %	78,9 %	81,5 %	80,5 %	80,2 %
Part des décès	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %

*Remarque : Les calculs d'évolutions ne sont pas réalisés à SU constants et dépendent donc directement des transmissions (ouverture ou fermeture de flux)

Aisne Haute-Somme

TOUS AGES

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de RPU transmis	181 550	197 860	220 599	218 878	227 440
Évolution par rapport à l'année précédente		9 %	11,5 %	-0,8 %	3,9 %
Sex-ratio (H/F)	1,07	1,09	1,09	1,08	1,06
Âge moyen	42,7 ans	40,7 ans	39,9 ans	40,8 ans	41,0 ans
Part des moins de 1 an | moins de 18 ans	2,4 % | 23,2 %	2,8 % | 26,3 %	3,4 % | 28,9 %	3,0 % | 27,4 %	3,0 % | 27,4 %
Part des [65 - 75 ans[| Part des 75 ans et plus	9,6 % | 15,6 %	9,2 % | 14,4 %	9,0 % | 14,6 %	9,0 % | 15,3 %	9,0 % | 15,7 %
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[	24,9 %	24,2 %	25,3 %	25,4 %	25,5 %
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[	10,4 %	10,1 %	10,5 %	10,5 %	10,6 %
Part d'arrivée en horaire PDS	42,4 %	41,7 %	42,9 %	43,1 %	42,4 %
Part d'arrivée le week-end	26,1 %	26,0 %	26,4 %	26,3 %	26,2 %
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*68,5 %*	*81,3 %*	*74,8 %*	*73,4 %*	*88,1 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	72,9 %	72,6 %	73,1 %	72,5 %	66,0 %
Part d'arrivée en SMUR (dont héliporté)	1,3 %	1,4 %	1,0 %	1,1 %	0,9 %
Part d'arrivée en VSAV	7,0 %	6,1 %	6,6 %	6,4 %	15,8 %
Part d'arrivée en ambulance	17,8 %	18,9 %	18,4 %	18,8 %	16,2 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	1,0 %	1,0 %	1,0 %	1,2 %	1,1 %
Taux d'exploitabilité CCMU	*92,9 %*	*94,7 %*	*94,9 %*	*96,1 %*	*98,0 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	29,7 %	26,4 %	23,1 %	22,3 %	22,1 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	2,4 %	1,2 %	1,1 %	1,0 %	1,0 %
Taux d'exploitabilité du DP	*83,2 %*	*96,9 %*	*97,7 %*	*98,4 %*	*98,7 %*
Part des passages médico-chirurgicaux	61,0 %	60,6 %	62,4 %	61,2 %	62,0 %
Part des passages traumatologiques	27,8 %	28,6 %	27,6 %	28,0 %	26,1 %
Part des passages psychiatriques	3,4 %	3,3 %	3,2 %	3,2 %	3,1 %
Part des passages toxicologiques	1,8 %	1,6 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %
Part des autres types de recours	6,0 %	5,9 %	5,3 %	6,2 %	7,2 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*99,6 %*	*97,5 %*	*99,6 %*	*99,7 %*	*99,7 %*
Durée moyenne de passage	3h51	3h53	4h04	4h03	4h19
Part des passages dont la durée est < à 4h	68,7 %	68,6 %	67,2 %	67,2 %	65,1 %
Lors d'une hospitalisation post-urgence	41,3 %	39,7 %	36,3 %	39,0 %	38,1 %
Lors d'un retour à domicile	76,5 %	76,5 %	74,6 %	74,0 %	71,3 %
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*99,5 %*	*97,5 %*	*99,7 %*	*99,7 %*	*99,6 %*
Part des passages avec mutation interne	20,8 %	19,9 %	18,0 %	17,9 %	17,3 %
Part des passages avec transfert externe	1,2 %	1,2 %	1,1 %	1,2 %	1,4 %
Part des passages avec retour à domicile	77,9 %	78,8 %	80,7 %	80,7 %	81,2 %
Part des décès	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %

CH Château-Thierry, CH Chauny, CH Hirson, CH Laon, CH Péronne, CH Saint-Quentin, CH Soissons, Polyclinique Saint-Claude

Artois - Douaisis

TOUS AGES

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de RPU transmis	284 809	319 330	349 879	348 258	350 628
Évolution par rapport à l'année précédente		12,1 %	9,6 %	-0,5 %	0,7 %
Sex-ratio (H/F)	0,99	0,98	0,98	0,98	0,97
Âge moyen	41,6 ans	39,6 ans	38,9 ans	40,0 ans	40,2 ans
Part des moins de 1 an | moins de 18 ans	2,6 % | 22,8 %	3,0 % | 25,5 %	3,5 % | 26,9 %	3,0 % | 25,3 %	2,7 % | 25,0 %
Part des [65 - 75 ans[| Part des 75 ans et plus	8,8 % | 14,5 %	8,4 % | 13,2 %	8,1 % | 13,1 %	8,4 % | 13,5 %	8,5 % | 13,6 %
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[	26,9 %	26,0 %	26,8 %	26,3 %	26,2 %
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[	11,9 %	10,7 %	11,1 %	10,7 %	10,6 %
Part d'arrivée en horaire PDS	44,8 %	43,4 %	44,2 %	44,0 %	43,1 %
Part d'arrivée le week-end	27,1 %	26,5 %	26,9 %	26,7 %	26,5 %
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*88,1 %*	*90,1 %*	*93,4 %*	*92,5 %*	*96,8 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	68,2 %	70,2 %	71,7 %	71,8 %	70,9 %
Part d'arrivée en SMUR (dont héliporté)	1,3 %	1,1 %	0,9 %	0,6 %	0,6 %
Part d'arrivée en VSAV	15,8 %	16,0 %	15,2 %	14,3 %	13,3 %
Part d'arrivée en ambulance	14,3 %	12,2 %	11,5 %	12,7 %	14,6 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	0,5 %	0,5 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %
Taux d'exploitabilité CCMU	*88,4 %*	*76,3 %*	*76,8 %*	*90,9 %*	*93,0 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	11,8 %	13,3 %	15,0 %	17,8 %	17,6 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	1,1 %	1,2 %	1,4 %	1,1 %	1,2 %
Taux d'exploitabilité du DP	*69,3 %*	*73,0 %*	*75,4 %*	*89,1 %*	*90,8 %*
Part des passages médico-chirurgicaux	57,8 %	58,3 %	58,8 %	59,5 %	61,7 %
Part des passages traumatologiques	31,6 %	31,4 %	30,1 %	29,8 %	27,8 %
Part des passages psychiatriques	4,3 %	3,9 %	3,7 %	4,2 %	4,2 %
Part des passages toxicologiques	2,4 %	2,4 %	2,3 %	2,4 %	2,1 %
Part des autres types de recours	3,9 %	3,9 %	5,2 %	4,2 %	4,2 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*98,5 %*	*98,1 %*	*97,0 %*	*96,8 %*	*96,7 %*
Durée moyenne de passage	4h21	4h36	4h40	4h17	4h23
Part des passages dont la durée est < à 4h	62,3 %	60,9 %	61,1 %	63,7 %	62,7 %
Lors d'une hospitalisation post-urgence	28,1 %	26,7 %	23,0 %	31,6 %	34,4 %
Lors d'un retour à domicile	72,4 %	69,7 %	69,3 %	71,1 %	70,0 %
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*98,3 %*	*96,5 %*	*94,1 %*	*93,7 %*	*97,7 %*
Part des passages avec mutation interne	20,3 %	16,9 %	12,8 %	13,0 %	16,8 %
Part des passages avec transfert externe	1,5 %	1,4 %	1,1 %	1,4 %	1,3 %
Part des passages avec retour à domicile	77,9 %	81,5 %	85,9 %	85,4 %	81,7 %
Part des décès	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %

CH Arras, CH Béthune, CH Douai, CH Lens, Clinique Anne d'Artois, Clinique Saint-Amé, Polyclinique d'Hénin-Beaumont, Polyclinique La Clarence, Polyclinique de Riaumont

Hainaut

TOUS AGES

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de RPU transmis	206 323	244 686	273 235	277 319	288 670
Évolution par rapport à l'année précédente		18,6 %	11,7 %	1,5 %	4,1 %
Sex-ratio (H/F)	1,05	1,1	1,08	1,08	1,06
Âge moyen	40,6 ans	38,8 ans	37,8 ans	38,7 ans	38,8 ans
Part des moins de 1 an | moins de 18 ans	2,8 % | 24,4 %	3,3 % | 27,5 %	3,7 % | 29,8 %	3,4 % | 28,2 %	3,1 % | 28,1 %
Part des [65 - 75 ans[| Part des 75 ans et plus	8,9 % | 13,6 %	8,5 % | 12,4 %	8,3 % | 12,3 %	8,4 % | 12,8 %	8,3 % | 13,0 %
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[	27,0 %	25,9 %	27,1 %	26,5 %	26,3 %
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[	10,7 %	10,3 %	10,7 %	10,3 %	10,3 %
Part d'arrivée en horaire PDS	44,8 %	43,9 %	45,1 %	44,5 %	43,3 %
Part d'arrivée le week-end	27,0 %	27,1 %	27,2 %	27,1 %	26,7 %
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*47,8 %*	*49,9 %*	*49,8 %*	*81,8 %*	*94,3 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	64,8 %	67,6 %	69,6 %	69,0 %	71,2 %
Part d'arrivée en SMUR (dont héliporté)	1,8 %	1,4 %	1,1 %	1,2 %	1,0 %
Part d'arrivée en VSAV	13,5 %	14,7 %	13,7 %	12,8 %	12,0 %
Part d'arrivée en ambulance	17,2 %	13,8 %	13,3 %	15,0 %	13,9 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	2,7 %	2,5 %	2,4 %	2,0 %	1,9 %
Taux d'exploitabilité CCMU	*54,3 %*	*55,7 %*	*61,7 %*	*91,4 %*	*90,5 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	12,6 %	14,5 %	16,4 %	16,9 %	15,0 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	2,1 %	1,8 %	2,2 %	2,6 %	3,1 %
Taux d'exploitabilité du DP	*93,0 %*	*93,5 %*	*93,9 %*	*94,5 %*	*94,4 %*
Part des passages médico-chirurgicaux	61,5 %	61,0 %	62,3 %	61,4 %	61,7 %
Part des passages traumatologiques	26,8 %	27,7 %	27,1 %	27,8 %	27,2 %
Part des passages psychiatriques	4,3 %	4,1 %	3,7 %	3,9 %	3,9 %
Part des passages toxicologiques	2,2 %	1,9 %	1,9 %	1,8 %	1,6 %
Part des autres types de recours	5,1 %	5,3 %	5,0 %	5,1 %	5,6 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*99,8 %*	*99,6 %*	*99,9 %*	*99,8 %*	*99,9 %*
Durée moyenne de passage	3h30	3h28	3h33	3h20	3h17
Part des passages dont la durée est < à 4h	68,5 %	68,8 %	67,6 %	70,0 %	70,6 %
Lors d'une hospitalisation post-urgence	48,3 %	46,3 %	41,8 %	42,9 %	46,1 %
Lors d'un retour à domicile	81,1 %	79,5 %	77,4 %	77,7 %	77,3 %
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*84,3 %*	*87,0 %*	*89,0 %*	*99,1 %*	*98,4 %*
Part des passages avec mutation interne	19,3 %	17,3 %	15,8 %	21,4 %	20,9 %
Part des passages avec transfert externe	0,5 %	0,6 %	0,4 %	1,1 %	1,2 %
Part des passages avec retour à domicile	80,2 %	82,1 %	83,8 %	77,5 %	77,8 %
Part des décès	< 0,1 %	< 0,1 %	< 0,1 %	0,1 %	0,1 %

CH Cambrai, CH Denain, CH Fourmies, CH Le Cateau-Cambrésis, CH Sambre-Avesnois, CH Valenciennes, Polyclinique Vauban

Littoral Nord

TOUS AGES

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de RPU transmis	192 900	217 528	223 856	216 942	222 030
Évolution par rapport à l'année précédente		12,8 %	2,9 %	-3,1 %	2,3 %
Sex-ratio (H/F)	1,01	1,01	1,03	1,09	1,06
Âge moyen	40,5 ans	38,6 ans	39,5 ans	40,3 ans	41,4 ans
Part des moins de 1 an | moins de 18 ans	2,6 % | 22,7 %	3,1 % | 25,6 %	3,2 % | 25,8 %	3,0 % | 26,0 %	2,5 % | 24,0 %
Part des [65 - 75 ans[| Part des 75 ans et plus	8,7 % | 13,2 %	8,2 % | 12,2 %	8,4 % | 13,4 %	8,8 % | 14,1 %	9,1 % | 14,7 %
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[	26,6 %	25,7 %	26,6 %	26,6 %	26,1 %
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[	11,0 %	10,4 %	10,6 %	10,5 %	10,3 %
Part d'arrivée en horaire PDS	44,8 %	44,3 %	45,3 %	45,7 %	44,4 %
Part d'arrivée le week-end	27,3 %	27,6 %	27,9 %	28,1 %	28,0 %
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*77,8 %*	*93,3 %*	*93,8 %*	*97,4 %*	*88,5 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	60,4 %	64,7 %	61,3 %	64,7 %	65,4 %
Part d'arrivée en SMUR (dont héliporté)	2,0 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %	1,5 %
Part d'arrivée en VSAV	18,9 %	17,1 %	15,9 %	13,0 %	12,0 %
Part d'arrivée en ambulance	17,6 %	15,7 %	20,4 %	19,9 %	20,2 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	1,1 %	1,0 %	0,9 %	1,0 %	0,9 %
Taux d'exploitabilité CCMU	*34,0 %*	*28,8 %*	*40,3 %*	*62,8 %*	*74,1 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	5,6 %	6,4 %	17,3 %	13,2 %	12,0 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	0,7 %	0,8 %	1,6 %	1,3 %	1,2 %
Taux d'exploitabilité du DP	*39,9 %*	*29,9 %*	*39,4 %*	*52,2 %*	*64,6 %*
Part des passages médico-chirurgicaux	56,2 %	56,2 %	57,9 %	58,0 %	59,3 %
Part des passages traumatologiques	34,0 %	33,9 %	29,9 %	29,2 %	29,2 %
Part des passages psychiatriques	3,4 %	3,5 %	4,3 %	4,2 %	3,6 %
Part des passages toxicologiques	2,7 %	2,8 %	2,8 %	2,7 %	2,4 %
Part des autres types de recours	3,7 %	3,5 %	5,0 %	5,9 %	5,5 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*98,8 %*	*97,1 %*	*96,9 %*	*96,4 %*	*97,8 %*
Durée moyenne de passage	3h54	3h55	3h57	3h45	4h01
Part des passages dont la durée est < à 4h	65,2 %	63,2 %	62,9 %	64,5 %	61,1 %
Lors d'une hospitalisation post-urgence	43,1 %	38,0 %	38,0 %	35,7 %	31,5 %
Lors d'un retour à domicile	75,8 %	70,4 %	64,9 %	67,2 %	63,6 %
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*79,6 %*	*79,1 %*	*70,4 %*	*69,6 %*	*80,0 %*
Part des passages avec mutation interne	29,3 %	25,1 %	21,5 %	19,2 %	17,5 %
Part des passages avec transfert externe	1,6 %	1,3 %	1,4 %	1,0 %	1,1 %
Part des passages avec retour à domicile	69,0 %	73,5 %	76,9 %	79,6 %	81,2 %
Part des décès	< 0,1 %	< 0,1 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %

CH Boulogne-sur-Mer, CH Calais, CH de la Région de Saint-Omer, CH Dunkerque, Polyclinique de Grande-Synthe

Métropole - Flandres

TOUS AGES

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de RPU transmis	337 729	387 671	423 598	416 165	420 774
Évolution par rapport à l'année précédente		14,8 %	9,3 %	-1,8 %	1,1 %
Sex-ratio (H/F)	1,02	1,01	1,02	1,00	0,98
Âge moyen	38,1 ans	35,9 ans	35,4 ans	36,1 ans	36,6 ans
Part des moins de 1 an | moins de 18 ans	3,9 % | 26,6 %	4,7 % | 30,3 %	5,0 % | 31,5 %	4,8 % | 30,2 %	4,5 % | 29,6 %
Part des [65 - 75 ans[| Part des 75 ans et plus	7,4 % | 12,2 %	6,9 % | 11,0 %	6,7 % | 11,2 %	6,8 % | 11,4 %	6,9 % | 11,7 %
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[	28,8 %	27,9 %	28,7 %	28,5 %	28,6 %
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[	11,8 %	11,4 %	11,8 %	11,6 %	11,7 %
Part d'arrivée en horaire PDS	46,7 %	45,8 %	46,4 %	46,4 %	45,4 %
Part d'arrivée le week-end	27,3 %	27,2 %	27,3 %	27,2 %	26,8 %
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*98,2 %*	*99,0 %*	*98,5 %*	*99,4 %*	*99,3 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	66,0 %	68,9 %	71,4 %	72,4 %	72,4 %
Part d'arrivée en SMUR (dont héliporté)	1,4 %	1,2 %	0,8 %	0,8 %	0,7 %
Part d'arrivée en VSAV	8,6 %	9,6 %	9,5 %	9,4 %	9,6 %
Part d'arrivée en ambulance	23,7 %	19,9 %	18,0 %	17,1 %	16,9 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %
Taux d'exploitabilité CCMU	*92,0 %*	*95,1 %*	*98,1 %*	*97,7 %*	*98,3 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	14,9 %	13,6 %	14,0 %	16,2 %	15,1 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	1,5 %	1,4 %	1,4 %	1,5 %	1,6 %
Taux d'exploitabilité du DP	*84,0 %*	*92,9 %*	*97,5 %*	*97,0 %*	*95,5 %*
Part des passages médico-chirurgicaux	63,9 %	64,7 %	65,8 %	65,8 %	66,5 %
Part des passages traumatologiques	27,1 %	26,7 %	25,3 %	25,1 %	24,2 %
Part des passages psychiatriques	3,3 %	3,2 %	3,4 %	3,8 %	4,3 %
Part des passages toxicologiques	1,8 %	1,7 %	1,7 %	1,4 %	1,5 %
Part des autres types de recours	3,9 %	3,7 %	3,9 %	3,9 %	3,5 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*95,6 %*	*92,8 %*	*92,9 %*	*99,5 %*	*99,1 %*
Durée moyenne de passage	4h47	4h55	4h54	4h56	4h53
Part des passages dont la durée est < à 4h	60,4 %	58,6 %	58,2 %	57,0 %	57,0 %
Lors d'une hospitalisation post-urgence	34,2 %	31,1 %	29,5 %	29,8 %	29,1 %
Lors d'un retour à domicile	68,6 %	66,7 %	65,5 %	63,9 %	64,3 %
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*97,3 %*	*97,0 %*	*99,3 %*	*99,8 %*	*99,6 %*
Part des passages avec mutation interne	21,6 %	20,3 %	18,2 %	18,9 %	19,5 %
Part des passages avec transfert externe	1,8 %	1,7 %	1,4 %	1,4 %	1,2 %
Part des passages avec retour à domicile	76,5 %	77,9 %	80,3 %	79,6 %	79,3 %
Part des décès	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %

CH Armentières, CH Hazebrouck, CH Roubaix, CH Seclin, CH Tourcoing, CHU de Lille, ES Saint-Philibert, ES Saint-Vincent-de-Paul

Oise

TOUS AGES

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de RPU transmis	192 364	236 436	251 260	259 394	267 011
Évolution par rapport à l'année précédente		22,9 %	6,3 %	3,2 %	2,9 %
Sex-ratio (H/F)	1,05	1,06	1,05	1,04	1,02
Âge moyen	40,4 ans	36,3 ans	37,5 ans	37,1 ans	37,4 ans
Part des moins de 1 an | moins de 18 ans	2,5 % | 23,6 %	4,0 % | 31,9 %	3,6 % | 30,2 %	4,0 % | 31,8 %	3,9 % | 32,0 %
Part des [65 - 75 ans[| Part des 75 ans et plus	8,6 % | 12,5 %	7,6 % | 10,8 %	7,8 % | 12,0 %	7,7 % | 12,0 %	7,7 % | 12,4 %
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[	26,7 %	26,1 %	27,1 %	27,0 %	26,7 %
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[	11,2 %	10,7 %	11,3 %	11,1 %	11,1 %
Part d'arrivée en horaire PDS	44,7 %	44,0 %	44,6 %	45,1 %	43,9 %
Part d'arrivée le week-end	26,9 %	26,7 %	26,5 %	27,1 %	26,6 %
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*76,8 %*	*72,7 %*	*73,3 %*	*89,7 %*	*96,0 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	66,9 %	69,5 %	68,3 %	71,3 %	72,7 %
Part d'arrivée en SMUR (dont héliporté)	1,7 %	1,4 %	1,2 %	0,9 %	0,8 %
Part d'arrivée en VSAV	17,6 %	17,7 %	16,6 %	13,8 %	12,7 %
Part d'arrivée en ambulance	12,9 %	10,6 %	12,9 %	13,1 %	13,0 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	0,9 %	0,7 %	1,0 %	0,9 %	0,8 %
Taux d'exploitabilité CCMU	*53,3 %*	*61,3 %*	*72,2 %*	*77,0 %*	*84,0 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	21,2 %	32,6 %	27,6 %	25,9 %	21,9 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	1,2 %	1,0 %	1,2 %	1,0 %	0,8 %
Taux d'exploitabilité du DP	*28,0 %*	*48,6 %*	*45,9 %*	*57,0 %*	*69,6 %*
Part des passages médico-chirurgicaux	57,2 %	61,0 %	57,4 %	60,1 %	61,3 %
Part des passages traumatologiques	32,1 %	32,1 %	35,1 %	32,0 %	28,8 %
Part des passages psychiatriques	2,6 %	1,9 %	1,6 %	1,9 %	2,1 %
Part des passages toxicologiques	1,8 %	1,2 %	1,1 %	1,2 %	1,3 %
Part des autres types de recours	6,3 %	3,8 %	4,8 %	4,8 %	6,6 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*98,5 %*	*98,1 %*	*99,8 %*	*99,8 %*	*99,8 %*
Durée moyenne de passage	4h38	5h40	4h51	4h53	4h58
Part des passages dont la durée est < à 4h	60,3 %	55,2 %	56,6 %	56,6 %	54,8 %
Lors d'une hospitalisation post-urgence	35,7 %	31,8 %	29,9 %	32,2 %	30,3 %
Lors d'un retour à domicile	65,8 %	59,8 %	61,4 %	60,6 %	58,3 %
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*98,8 %*	*97,8 %*	*98,4 %*	*98,1 %*	*97,5 %*
Part des passages avec mutation interne	19,3 %	17,5 %	15,1 %	14,6 %	14,3 %
Part des passages avec transfert externe	0,5 %	0,1 %	0,8 %	0,7 %	0,6 %
Part des passages avec retour à domicile	80,2 %	82,4 %	83,8 %	84,6 %	85,0 %
Part des décès	< 0,1 %	< 0,1 %	0,3 %	0,1 %	0,1 %

CH Beauvais, CH Clermont, CHICN - Site de Compiègne, CHICN - Site de Noyon, GHP-SO - Site de Creil, Polyclinique Saint-Come

Somme Littoral Sud

TOUS AGES

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de RPU transmis	174 821	197 579	207 888	210 622	224 480
Évolution par rapport à l'année précédente		13 %	5,2 %	1,3 %	6,6 %
Sex-ratio (H/F)	1,07	1,06	1,07	1,06	1,02
Âge moyen	43,4 ans	41,5 ans	41,2 ans	41,7 ans	41,7 ans
Part des moins de 1 an | moins de 18 ans	2,4 % | 22,7 %	2,8 % | 25,9 %	3,2 % | 27,3 %	2,9 % | 26,0 %	2,9 % | 26,2 %
Part des [65 - 75 ans[| Part des 75 ans et plus	10,2 % | 16,3 %	9,7 % | 15,3 %	9,4 % | 15,8 %	9,6 % | 15,9 %	9,6 % | 16,0 %
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[	26,5 %	25,1 %	26,0 %	26,0 %	25,6 %
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[	10,6 %	9,9 %	10,5 %	10,5 %	10,4 %
Part d'arrivée en horaire PDS	44,9 %	43,5 %	44,1 %	44,0 %	42,8 %
Part d'arrivée le week-end	27,3 %	27,0 %	27,0 %	27,0 %	26,4 %
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*92,5 %*	*92,2 %*	*86,5 %*	*74,4 %*	*76,1 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	63,4 %	67,0 %	67,4 %	69,4 %	71,0 %
Part d'arrivée en SMUR (dont héliporté)	1,6 %	1,4 %	1,2 %	1,1 %	1,0 %
Part d'arrivée en VSAV	9,3 %	9,3 %	9,5 %	7,8 %	7,0 %
Part d'arrivée en ambulance	25,1 %	21,8 %	21,6 %	21,2 %	20,4 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	0,6 %	0,5 %	0,3 %	0,4 %	0,5 %
Taux d'exploitabilité CCMU	*76,2 %*	*73,5 %*	*84,7 %*	*81,8 %*	*93,1 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	14,3 %	13,1 %	14,3 %	16,2 %	15,8 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	1,3 %	1,2 %	1,1 %	0,9 %	1,5 %
Taux d'exploitabilité du DP	*68,6 %*	*79,2 %*	*79,6 %*	*77,2 %*	*81,8 %*
Part des passages médico-chirurgicaux	59,8 %	60,6 %	60,5 %	60,6 %	62,0 %
Part des passages traumatologiques	31,8 %	31,1 %	32,2 %	32,0 %	31,0 %
Part des passages psychiatriques	3,2 %	3,1 %	2,8 %	2,7 %	2,6 %
Part des passages toxicologiques	2,4 %	2,4 %	1,9 %	2,2 %	1,8 %
Part des autres types de recours	2,8 %	2,7 %	2,6 %	2,6 %	2,7 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*99,8 %*	*99,7 %*	*99,9 %*	*99,6 %*	*99,5 %*
Durée moyenne de passage	3h51	3h48	4h12	4h12	4h11
Part des passages dont la durée est < à 4h	63,9 %	64,0 %	57,9 %	60,3 %	61,1 %
Lors d'une hospitalisation post-urgence	39,8 %	39,5 %	38,5 %	40,7 %	39,7 %
Lors d'un retour à domicile	72,6 %	72,7 %	63,8 %	63,7 %	64,9 %
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*99,8 %*	*99,9 %*	*99,2 %*	*87,2 %*	*87,0 %*
Part des passages avec mutation interne	24,0 %	23,6 %	22,0 %	24,2 %	23,3 %
Part des passages avec transfert externe	2,7 %	2,6 %	2,2 %	2,3 %	2,2 %
Part des passages avec retour à domicile	73,3 %	73,8 %	75,7 %	73,5 %	74,6 %
Part des décès	0,1 %	0,1 %	< 0,1 %	< 0,1 %	< 0,1 %

CH Abbeville, CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer, CH Doullens, CHIMR - Site de Montdidier, CHU d'Amiens, SAS Cardiologie et urgences

Pathologies les plus fréquentes

Passages 2023 | 2024 Hospitalisations 2023 | 2024

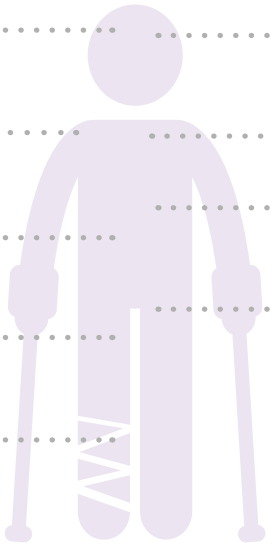
ORL, ophtalmo, stomato et carrefour aéro-digestif
6,4 % | 6,4 % 2,0 % | **2,0 %**

Traumatologie du membre supérieur
10,0 % | 9,5 % 2,8 % | **2,7 %**

Douleurs abdominales, pathologies digestives
11,5 % | 11,3 % 14,6 % | **14,5 %**

Douleurs de membre, rhumatologie, orthopédie, SNP
7,8 % | 8,2 % 3,5 % | **3,6 %**

Traumatologie du membre inférieur
9,5 % | 9,1 % 3,5 % | **3,4 %**



Traumatologie de la tête et du coup
5,7 % | 5,5 % 2,5 % | **2,5 %**

Douleurs thoraciques, pathologies cardio-vasculaires
5,2 % | 5,2 % 8,2 % | **8,2 %**

Dyspnées, pathologies des voies aériennes inférieures
5,5 % | 5,8 % 13,1 % | **13,6 %**

Douleurs pelviennes, pathologies uro-génitales
5,7 % | 5,7 % 7,4 % | **7,6 %**

Signes généraux et autres pathologies
5,6 % | 5,8 % 10,6 % | **10,4 %**

Autres recours aux urgences
4,5 % | 4,9 % 2,0 % | **2,3 %**

Total : 77,4 % | 77,4 % 70,2 % | **70,8 %**

Diagnostics les plus fréquents : Médico-chirurgical

	Code CIM10	Passages 2023	Passages 2024	Hospitalisations 2023	Hospitalisations 2024
Douleurs abdominales, autres et non précisées	R104	5,9 %	5,6 %	4,0 %	3,9 %
Douleur thoracique, sans précision	R074	3,6 %	3,6 %	2,3 %	2,3 %
Malaise	R531	2,7 %	2,7 %	1,9 %	1,9 %
Douleur aiguë	R520	1,7 %	2,1 %	0,8 %	0,8 %
Dyspnée	R060	2,0 %	2,0 %	3,8 %	3,9 %
Constipation	K590	1,7 %	1,6 %	0,6 %	0,6 %
Autres douleurs thoraciques	R073	1,6 %	1,6 %	0,5 %	0,5 %
Fièvre, sans précision	R509	1,6 %	1,6 %	1,5 %	1,5 %
Colique néphrétique, sans précision	N23	1,5 %	1,5 %	1,2 %	1,2 %
Rhinopharyngite (aiguë) [rhume banal]	J00	1,5 %	1,4 %	0,2 %	0,2 %
Total		23,8 %	23,7 %	16,8 %	16,8 %

TOUS AGES

Diagnostics les plus fréquents : Traumatologie

	Code CIM10	Passages 2023	Passages 2024	Hospitalisations 2023	Hospitalisations 2024
Entorse et foulure de la cheville	S934	9,2 %	9,5 %	0,3 %	0,4 %
Plaie ouverte de(s) doigt(s) (sans lésion de l'ongle)	S610	3,1 %	3,3 %	1,5 %	1,7 %
Contusion du genou	S800	3,1 %	3,3 %	0,5 %	0,5 %
Contusion d'autres parties du poignet et de la main	S602	2,8 %	2,8 %	0,2 %	0,2 %
Plaie ouverte d'autres parties de la tête	S018	2,7 %	2,7 %	0,7 %	0,8 %
Commotion cérébrale	S060	2,4 %	2,7 %	5,4 %	6,9 %
Commotion cérébrale, sans plaie intracrânienne	S0600	2,4 %	2,5 %	3,8 %	4,0 %
Contusion de l'épaule et du bras	S400	2,1 %	2,2 %	0,4 %	0,4 %
Contusion de(s) doigt(s) sans lésion de l'ongle	S600	2,1 %	2,2 %	0,1 %	0,1 %
Contusion de parties autres et non précisées du pied	S903	2,2 %	2,2 %	0,1 %	0,1 %
Total		32,1 %	33,4 %	13,0 %	15,1 %

Diagnostics les plus fréquents : Psychiatrie

	Code CIM10	Passages 2023	Passages 2024	Hospitalisations 2023	Hospitalisations 2024
Anxiété généralisée	F411	15,1 %	14,5 %	7,0 %	6,8 %
Autres symptômes et signes relatifs à l'humeur	R458	7,7 %	9,9 %	10,6 %	14,1 %
Épisode dépressif, sans précision	F329	10,1 %	9,6 %	15,4 %	14,8 %
Trouble anxieux, sans précision	F419	7,8 %	6,8 %	3,3 %	2,6 %
Agitation	R451	4,4 %	4,8 %	4,6 %	5,1 %
Trouble panique [anxiété épisodique paroxystique]	F410	5,2 %	4,7 %	1,2 %	1,0 %
Inquiétude et préoccupation exagérées pour les événements sources de tension	R466	2,3 %	2,8 %	0,5 %	0,4 %
Tristesse	R452	2,2 %	2,4 %	3,0 %	3,0 %
Troubles des conduites avec dépression	F920	1,9 %	2,2 %	2,6 %	3,6 %
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, sans précision	F109	1,9 %	2,0 %	1,8 %	2,0 %
Total		58,6 %	59,7 %	50,0 %	53,4 %

Diagnostics les plus fréquents : Toxicologie

	Code CIM10	Passages 2023	Passages 2024	Hospitalisations 2023	Hospitalisations 2024
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : intoxication aiguë	F100	31,9 %	29,1 %	29,3 %	25,7 %
Intoxication par benzodiazépines	T424	9,3 %	9,7 %	13,8 %	13,8 %
Intoxication par médicaments et substances biologiques, autres et sans précision	T509	8,8 %	9,7 %	14,6 %	16,2 %
Troubles mentaux et du comportement dus à une intoxication aigüe par l'alcool, sans complication	F1000	8,5 %	8,8 %	5,4 %	6,6 %
Présence d'alcool dans le sang	R780	1,6 %	2,5 %	0,8 %	1,0 %
Intoxication par dérivés du 4-aminophénol	T391	2,1 %	2,5 %	3,2 %	3,9 %
Effet toxique du monoxyde de carbone	T58	1,8 %	2,2 %	1,0 %	1,0 %
Troubles mentaux et du comportement dus à une intoxication aigüe par l'alcool, avec traumatismes ou autres blessures physiques	F1001	1,9 %	2,1 %	1,3 %	2,1 %
Effet toxique de l'éthanol	T510	1,4 %	1,5 %	0,5 %	0,6 %
Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool	X65	1,5 %	1,5 %	1,6 %	1,5 %
Total		68,8 %	69,6 %	71,5 %	72,4 %

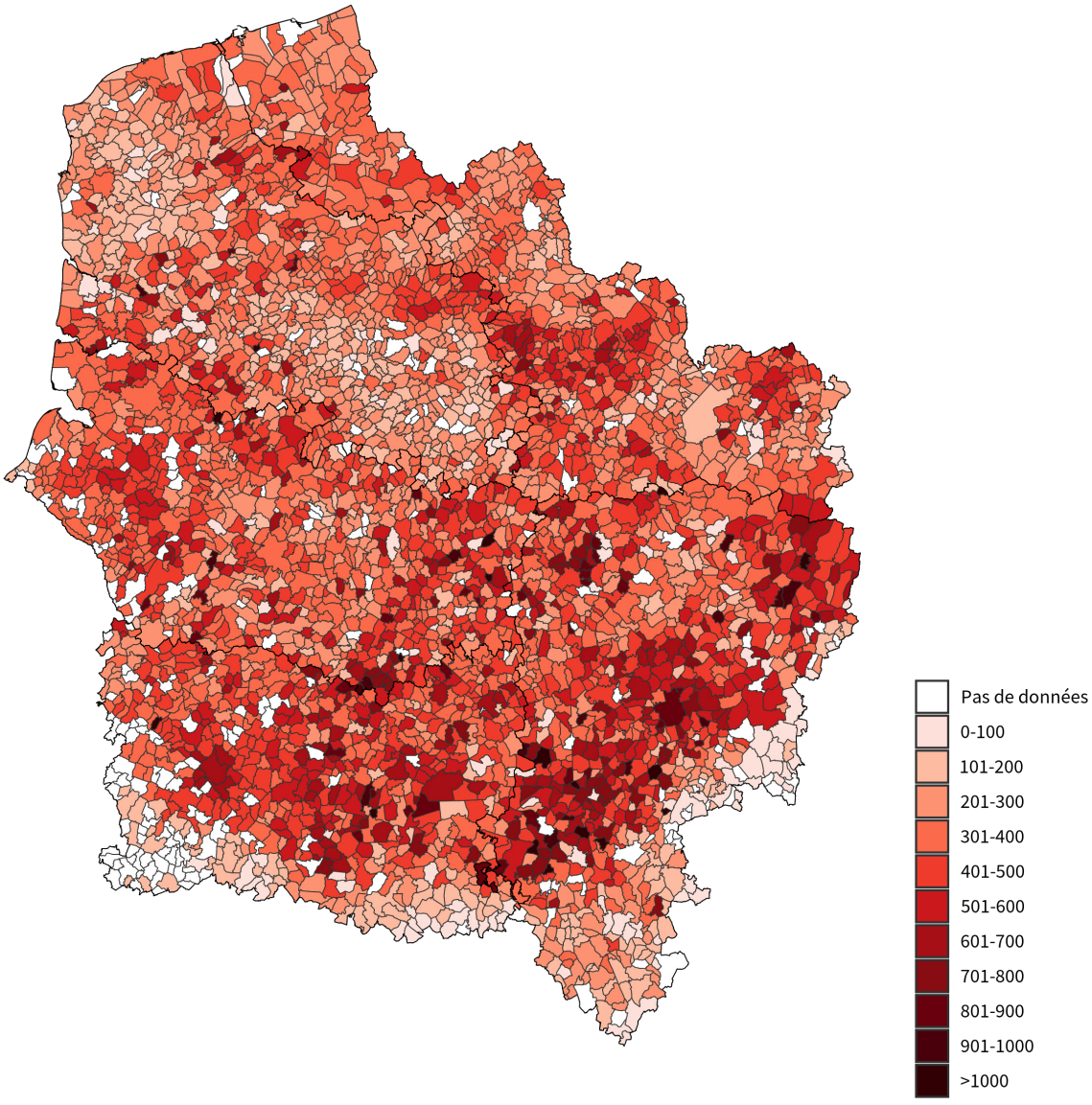
Diagnostics les plus fréquents : Autres recours

	Code CIM10	Passages 2023	Passages 2024	Hospitalisations 2023	Hospitalisations 2024
Acte non effectué par décision du sujet pour des raisons autres et non précisées	Z532	8,5 %	14,3 %	2,4 %	5,5 %
Sujet inquiet de son état de santé (sans diagnostic)	Z711	12,7 %	13,5 %	5,9 %	6,4 %
Examen médical général	Z000	8,5 %	11,7 %	14,7 %	21,8 %
Délivrance d'un certificat médical	Z027	8,8 %	8,5 %	0,5 %	0,4 %
Examen à des fins administratives, sans précision	Z029	9,1 %	8,2 %	0,8 %	0,8 %
Allergie, sans précision	T784	7,5 %	6,5 %	4,6 %	3,9 %
Autres examens à des fins administratives	Z028	5,1 %	5,3 %	0,2 %	0,2 %
Acte non effectué, raison non précisée	Z539	4,6 %	2,3 %	0,2 %	0,2 %
Autres soins de contrôle orthopédiques NCA	Z4788	2,2 %	1,9 %	0,2 %	0,1 %
Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux	Z480	1,8 %	1,7 %	0,7 %	0,6 %
Total		68,8 %	73,9 %	30,2 %	39,9 %

FOCUS PÉDIATRIQUE - ANALYSE DÉTAILLÉE



Cartographie du taux de recours aux urgences

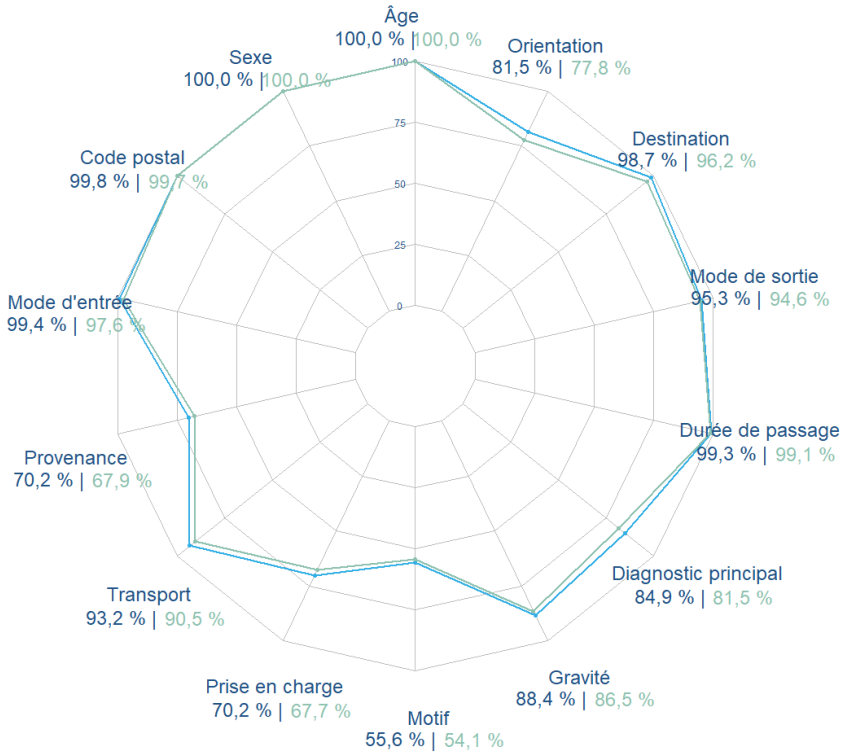


Taux de recours aux urgences des Hauts-de-France, en nombre de passages pour 1 000 habitants par commune de résidence des patients.

Source : GRADeS Inéa | ORU HdF, INSEE 2021

PÉDIATRIE

Exploitablité régionale



Taux d'exploitabilité :

- 2023
- 2024

Source : GRADeS Inéa | ORU, Hauts-de-France, 2024.

Chez les moins de 18 ans, la dynamique d'amélioration de la qualité du codage reste comparable à celle observée tous âges. Le taux d'exploitabilité du diagnostic principal progresse également, bien qu'il demeure légèrement inférieur à la moyenne régionale (tous âges). Les données administratives conservent un niveau de qualité élevé proche de l'optimal.

Exploitablité par territoire

	AISNE		ARTOIS		HAINAUT		LITTORAL		METROPOLE		OISE		SOMME LITTORAL SUD	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Âge	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Sexe	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Code postal	99,7 %	99,8 %	99,6 %	99,8 %	99,8 %	99,8 %	99,1 %	99,7 %	99,7 %	99,8 %	100,0 %	100,0 %	99,7 %	99,7 %
Mode d'entrée	93,2 %	98,8 %	98,6 %	99,1 %	95,3 %	99,3 %	99,8 %	99,8 %	99,6 %	99,7 %	100,0 %	100,0 %	93,7 %	98,4 %
Provenance	58,9 %	64,1 %	91,9 %	94,1 %	75,9 %	76,5 %	13,0 %	31,1 %	74,0 %	69,2 %	67,2 %	68,6 %	75,9 %	72,6 %
Transport	68,3 %	84,0 %	96,4 %	97,0 %	87,7 %	96,4 %	98,1 %	90,6 %	99,4 %	99,3 %	93,3 %	97,5 %	76,2 %	76,2 %
Prise en charge	59,9 %	59,8 %	59,6 %	57,7 %	87,6 %	96,3 %	79,7 %	71,1 %	90,0 %	90,0 %	45,8 %	62,4 %	34,7 %	32,2 %
Motif	88,1 %	92,8 %	46,9 %	47,2 %	31,9 %	27,4 %	58,7 %	49,2 %	59,2 %	60,4 %	55,9 %	57,9 %	46,8 %	58,1 %
Gravité	97,1 %	97,9 %	88,2 %	91,1 %	85,8 %	82,9 %	57,6 %	63,9 %	98,9 %	99,0 %	71,3 %	74,5 %	89,8 %	96,3 %
Diagnostic principal	98,7 %	98,9 %	84,6 %	88,6 %	95,0 %	94,7 %	44,2 %	57,8 %	98,4 %	96,0 %	47,9 %	60,9 %	78,5 %	80,4 %
Durée de passage	99,7 %	99,8 %	98,5 %	98,1 %	99,9 %	100,0 %	96,0 %	98,7 %	99,8 %	99,4 %	99,9 %	99,9 %	99,2 %	98,6 %
Mode de sortie	99,7 %	99,7 %	97,8 %	98,6 %	98,9 %	97,1 %	69,9 %	78,7 %	99,8 %	99,7 %	99,4 %	99,0 %	83,8 %	83,5 %
Destination	93,5 %	95,9 %	96,6 %	98,6 %	98,9 %	99,2 %	100,0 %	99,6 %	91,6 %	98,5 %	99,6 %	99,5 %	98,9 %	99,4 %
Orientation	43,8 %	48,4 %	79,6 %	92,5 %	94,1 %	96,5 %	76,0 %	93,4 %	88,0 %	90,9 %	90,2 %	91,8 %	40,9 %	40,2 %

Tableau d'exploitabilité des données tous âges par TAS, Hauts-de-France, années 2023-2024, Source : GRADeS Inéa | ORU HdF

Remarque :

Il est important de garder à l'esprit dans l'ensemble des analyses que l'exploitabilité non optimale de certains items et l'hétérogénéité territoriale peut introduire des biais dans les comparaisons inter-territoires ou dans les données régionales en surreprésentant un territoire.

Activité par territoire d'animation en santé

Les moins de 18 ans représentaient environ 27,5 % des passages, avec 553 107 RPU transmis par les services d'urgences des Hauts-de-France en 2024, soit une augmentation d'environ 1,5 % par rapport à 2023. Les baisses observées dans certains territoires en 2023 ou 2024 ne reflètent pas nécessairement une diminution de l'activité, mais s'expliquent principalement par la séparation des flux de données entre les services adultes et pédiatriques, qui a parfois engendré des absences de données dans certains établissements.

Concernant les différents indicateurs d'activités, en région, on n'observe pas de différences notables cette année par rapports aux années précédentes.

Les passages en horaires de permanence des soins (PDS) représentent un peu moins de la moitié de l'activité des services d'urgences (45,1 %).

Les motifs médico-chirurgicaux constituaient la majorité des passages aux urgences chez les moins de 18 ans, représentant 57,3 % des recours, un peu en dessous de la proportion observée tous âges confondus. Les causes traumatiques occupaient la deuxième place avec 35,4 % (contre 27,2 % tous âges), suivies des motifs psychiatriques, qui atteignaient 2,6 %. On note par ailleurs une légère hausse des passages liés à des motifs psychiatriques entre 2024 et les années précédentes (2,4 % en 2023 et 2,1 % en 2022).

Les hospitalisations après passage aux urgences concernaient 10,0 % des passages dans cette tranche d'âge, contre 19,7 % tous âges confondus.
Cette proportion d'hospitalisations plus faible s'explique en partie par une prédominance plus élevée des passages de faible gravité chez les enfants. En effet, le nombre d'enfants classés en CCMU 1 ou P atteint 26,2 %, un taux nettement supérieur à celui observé pour tous âges (17,1 %) et pour les plus de 75 ans (7,7 %).

Hauts-de-France

PÉDIATRIE

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de RPU transmis	376 260	500 371	562 556	545 090	553 107
Évolution par rapport à l'année précédente*		33 %	12,4 %	-3,1 %	1,5 %
Sex-ratio (H/F)	1,14	1,14	1,15	1,15	1,12
Âge moyen	7,8 ans	7,5 ans	7,4 ans	7,7 ans	7,9 ans
Part des moins de 1 an	11,8 %	12,6 %	13,1 %	12,7 %	12,0 %
Part des [1 - 5 ans[| [5 - 10 ans[	29,5 % | 20,7 %	31,6 % | 19,5 %	30,4 % | 21,2 %	28,2 % | 21,3 %	28,0 % | 20,9 %
Part des [10 - 15 ans[| [15 - 18 ans[	22,3 % | 15,7 %	21,7 % | 14,5 %	21,4 % | 13,9 %	22,9 % | 14,9 %	23,7 % | 15,4 %
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[	27,2 %	26,7 %	28,0 %	27,5 %	27,2 %
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[	7,8 %	8,0 %	8,6 %	8,0 %	8,0 %
Part d'arrivée en horaire PDS	46,2 %	45,4 %	46,7 %	46,4 %	45,1 %
Part d'arrivée le week-end	27,7 %	27,4 %	27,7 %	27,6 %	27,2 %
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*79,8 %*	*82,8 %*	*81,8 %*	*90,4 %*	*93,2 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	88,2 %	89,4 %	89,6 %	90,4 %	89,3 %
Part d'arrivée en SMUR (dont héliporté)	0,5 %	0,5 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %
Part d'arrivée en VSAV	6,2 %	5,9 %	5,8 %	5,1 %	6,4 %
Part d'arrivée en ambulance	4,7 %	4,1 %	4,0 %	3,9 %	3,8 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
Taux d'exploitabilité CCMU	*68,2 %*	*66,8 %*	*75,9 %*	*86,4 %*	*88,4 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	23,5 %	26,4 %	25,8 %	27,2 %	26,2 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,2 %	0,3 %
Taux d'exploitabilité du DP	*73,6 %*	*76,5 %*	*77,6 %*	*81,4 %*	*84,9 %*
Part des passages médico-chirurgicaux	51,6 %	55,2 %	58,5 %	56,4 %	57,3 %
Part des passages traumatologiques	41,6 %	38,2 %	35,1 %	36,9 %	35,4 %
Part des passages psychiatriques	2,3 %	2,4 %	2,1 %	2,4 %	2,6 %
Part des passages toxicologiques	0,8 %	0,7 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %
Part des autres types de recours	3,7 %	3,5 %	3,7 %	3,6 %	4,2 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*97,6 %*	*96,6 %*	*96,9 %*	*99,2 %*	*99,3 %*
Durée moyenne de passage	2h25	2h54	2h41	2h41	2h37
Part des passages dont la durée est < à 4h	86,3 %	81,7 %	81,9 %	82,8 %	83,1 %
Lors d'une hospitalisation post-urgence	74,0 %	67,0 %	66,4 %	68,8 %	67,9 %
Lors d'un retour à domicile	88,1 %	83,6 %	83,5 %	84,1 %	84,4 %
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*95,3 %*	*95,4 %*	*95,0 %*	*94,6 %*	*95,3 %*
Part des passages avec mutation interne	10,6 %	10,6 %	9,1 %	9,5 %	9,6 %
Part des passages avec transfert externe	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %
Part des passages avec retour à domicile	89,0 %	88,9 %	90,5 %	90,0 %	90,1 %

*Remarque : Les calculs d'évolutions ne sont pas réalisés à SU constants et dépendent donc directement des transmissions (ouverture ou fermeture de flux)

Aisne Haute-Somme

PÉDIATRIE

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de RPU transmis	42 166	52 081	63 638	59 913	62 424
Évolution par rapport à l'année précédente		23,5 %	22,2 %	-5,9 %	4,2 %
Sex-ratio (H/F)	1,12	1,12	1,15	1,14	1,11
Âge moyen	8,2 ans	7,9 ans	7,7 ans	8,0 ans	8,0 ans
Part des moins de 1 an	10,3 %	10,7 %	11,7 %	11,1 %	10,9 %
Part des [1 - 5 ans[| [5 - 10 ans[	28,0 % | 20,9 %	30,4 % | 20,0 %	29,9 % | 21,7 %	27,9 % | 21,5 %	28,5 % | 21,4 %
Part des [10 - 15 ans[| [15 - 18 ans[	23,3 % | 17,5 %	22,8 % | 16,1 %	21,9 % | 14,8 %	23,8 % | 15,6 %	23,6 % | 15,6 %
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[	25,3 %	24,5 %	26,1 %	25,9 %	25,6 %
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[	7,1 %	7,1 %	7,4 %	7,1 %	7,2 %
Part d'arrivée en horaire PDS	43,5 %	42,7 %	44,6 %	44,5 %	43,5 %
Part d'arrivée le week-end	26,3 %	26,3 %	27,0 %	26,6 %	26,6 %
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*66,0 %*	*77,9 %*	*69,2 %*	*68,3 %*	*84,0 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	93,9 %	92,6 %	92,8 %	92,3 %	77,9 %
Part d'arrivée en SMUR (dont héliporté)	0,3 %	0,5 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
Part d'arrivée en VSAV	2,7 %	2,2 %	2,5 %	2,6 %	17,5 %
Part d'arrivée en ambulance	2,7 %	4,3 %	4,2 %	4,4 %	3,9 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,4 %	0,4 %
Taux d'exploitabilité CCMU	*94,1 %*	*96,6 %*	*96,3 %*	*97,1 %*	*97,9 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	39,6 %	35,0 %	31,5 %	30,6 %	29,3 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Taux d'exploitabilité du DP	*87,5 %*	*97,9 %*	*97,4 %*	*98,7 %*	*98,9 %*
Part des passages médico-chirurgicaux	51,9 %	54,5 %	61,2 %	58,6 %	61,0 %
Part des passages traumatologiques	38,6 %	37,4 %	32,4 %	34,4 %	31,5 %
Part des passages psychiatriques	2,2 %	2,0 %	1,9 %	1,9 %	2,2 %
Part des passages toxicologiques	0,8 %	0,6 %	0,6 %	0,7 %	0,7 %
Part des autres types de recours	6,5 %	5,6 %	3,8 %	4,4 %	4,7 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*99,4 %*	*97,7 %*	*99,7 %*	*99,7 %*	*99,8 %*
Durée moyenne de passage	2h01	2h03	2h18	2h14	2h13
Part des passages dont la durée est < à 4h	91,0 %	89,7 %	87,1 %	87,7 %	87,7 %
Lors d'une hospitalisation post-urgence	87,6 %	85,2 %	81,4 %	81,3 %	82,5 %
Lors d'un retour à domicile	91,3 %	90,2 %	87,6 %	88,3 %	88,1 %
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*99,5 %*	*97,7 %*	*99,8 %*	*99,7 %*	*99,7 %*
Part des passages avec mutation interne	8,6 %	9,0 %	8,0 %	7,4 %	7,5 %
Part des passages avec transfert externe	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
Part des passages avec retour à domicile	91,1 %	90,7 %	91,8 %	92,3 %	92,1 %

CH Château-Thierry, CH Chauny, CH Hirson, CH Laon, CH Péronne, CH Saint-Quentin, CH Soissons, Polyclinique Saint-Claude

Artois - Douaisis

PÉDIATRIE

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de RPU transmis	64 955	81 251	93 654	87 518	87 467
Évolution par rapport à l'année précédente		25,1 %	15,3 %	-6,6 %	-0,1 %
Sex-ratio (H/F)	1,13	1,12	1,12	1,12	1,09
Âge moyen	8,1 ans	7,9 ans	7,7 ans	8,2 ans	8,4 ans
Part des moins de 1 an	11,2 %	11,9 %	13,2 %	11,7 %	10,9 %
Part des [1 - 5 ans[| [5 - 10 ans[	28,1 % | 20,2 %	29,5 % | 18,9 %	28,8 % | 20,4 %	26,6 % | 20,2 %	26,1 % | 19,9 %
Part des [10 - 15 ans[| [15 - 18 ans[	23,4 % | 17,0 %	23,7 % | 16,1 %	22,3 % | 15,4 %	24,3 % | 17,1 %	25,4 % | 17,8 %
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[	26,5 %	27,0 %	28,5 %	27,5 %	27,6 %
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[	8,2 %	8,1 %	8,8 %	8,0 %	7,9 %
Part d'arrivée en horaire PDS	45,8 %	45,3 %	47,0 %	46,2 %	45,5 %
Part d'arrivée le week-end	27,9 %	27,2 %	28,0 %	27,6 %	27,3 %
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*92,6 %*	*93,5 %*	*97,1 %*	*96,4 %*	*97,0 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	87,5 %	88,4 %	89,4 %	89,4 %	89,5 %
Part d'arrivée en SMUR (dont héliporté)	0,5 %	0,4 %	0,3 %	0,2 %	0,3 %
Part d'arrivée en VSAV	7,4 %	7,2 %	6,7 %	6,6 %	6,2 %
Part d'arrivée en ambulance	4,3 %	3,7 %	3,4 %	3,5 %	3,8 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
Taux d'exploitabilité CCMU	*92,3 %*	*78,6 %*	*76,7 %*	*88,2 %*	*91,1 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	22,6 %	23,8 %	24,8 %	25,5 %	24,3 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %
Taux d'exploitabilité du DP	*71,9 %*	*74,0 %*	*74,9 %*	*84,6 %*	*88,6 %*
Part des passages médico-chirurgicaux	47,4 %	50,4 %	54,6 %	50,7 %	53,8 %
Part des passages traumatologiques	46,5 %	43,5 %	37,3 %	42,0 %	38,6 %
Part des passages psychiatriques	2,6 %	2,5 %	2,1 %	2,8 %	2,9 %
Part des passages toxicologiques	0,7 %	0,7 %	0,6 %	0,7 %	0,7 %
Part des autres types de recours	2,7 %	2,9 %	5,4 %	3,9 %	4,0 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*98,6 %*	*98,9 %*	*98,7 %*	*98,5 %*	*98,1 %*
Durée moyenne de passage	2h13	2h33	2h33	2h27	2h30
Part des passages dont la durée est < à 4h	87,9 %	84,3 %	84,0 %	85,7 %	84,9 %
Lors d'une hospitalisation post-urgence	71,3 %	62,2 %	59,6 %	65,4 %	65,3 %
Lors d'un retour à domicile	89,6 %	86,4 %	86,0 %	87,2 %	86,5 %
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*98,4 %*	*97,9 %*	*98,5 %*	*97,8 %*	*98,6 %*
Part des passages avec mutation interne	8,0 %	7,3 %	6,2 %	5,5 %	5,9 %
Part des passages avec transfert externe	0,4 %	0,5 %	0,4 %	0,6 %	0,5 %
Part des passages avec retour à domicile	91,6 %	92,2 %	93,4 %	93,9 %	93,7 %

CH Arras, CH Béthune, CH Douai, CH Lens, Clinique Anne d'Artois, Clinique Saint-Amé, Polyclinique d'Hénin-Beaumont, Polyclinique La Clarence, Polyclinique de Riaumont

Hainaut

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de RPU transmis	50 320	67 392	81 310	78 264	81 206
Évolution par rapport à l'année précédente		33,9 %	20,7 %	-3,7 %	3,8 %
Sex-ratio (H/F)	1,11	1,15	1,14	1,17	1,12
Âge moyen	7,8 ans	7,7 ans	7,5 ans	7,9 ans	8,0 ans
Part des moins de 1 an	11,5 %	11,9 %	12,3 %	12,2 %	11,2 %
Part des [1 - 5 ans[| [5 - 10 ans[	29,5 % | 20,9 %	31,0 % | 19,8 %	30,3 % | 21,7 %	28,0 % | 21,2 %	27,6 % | 21,1 %
Part des [10 - 15 ans[| [15 - 18 ans[	22,3 % | 15,8 %	22,0 % | 15,3 %	21,4 % | 14,2 %	23,3 % | 15,4 %	24,5 % | 15,6 %
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[	28,2 %	26,6 %	28,3 %	27,8 %	27,4 %
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[	7,8 %	7,7 %	8,5 %	7,8 %	7,7 %
Part d'arrivée en horaire PDS	47,1 %	45,5 %	47,3 %	46,9 %	45,2 %
Part d'arrivée le week-end	28,0 %	27,8 %	28,0 %	28,0 %	27,1 %
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*45,7 %*	*46,1 %*	*46,4 %*	*87,7 %*	*96,4 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	87,4 %	89,1 %	90,1 %	91,6 %	92,0 %
Part d'arrivée en SMUR (dont héliporté)	0,3 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
Part d'arrivée en VSAV	7,2 %	6,9 %	6,2 %	5,3 %	4,9 %
Part d'arrivée en ambulance	3,8 %	2,7 %	2,6 %	2,3 %	2,3 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	1,2 %	1,0 %	1,0 %	0,6 %	0,5 %
Taux d'exploitabilité CCMU	*45,1 %*	*45,4 %*	*50,8 %*	*85,8 %*	*82,9 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	21,4 %	24,9 %	31,2 %	33,7 %	29,4 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	0,2 %	0,2 %	0,4 %	0,3 %	0,5 %
Taux d'exploitabilité du DP	*95,2 %*	*94,3 %*	*93,4 %*	*95,0 %*	*94,7 %*
Part des passages médico-chirurgicaux	54,3 %	55,4 %	60,5 %	57,7 %	56,4 %
Part des passages traumatologiques	38,8 %	37,5 %	33,2 %	35,3 %	34,6 %
Part des passages psychiatriques	2,7 %	2,7 %	2,3 %	2,6 %	2,8 %
Part des passages toxicologiques	1,0 %	0,8 %	0,8 %	0,7 %	0,6 %
Part des autres types de recours	3,3 %	3,6 %	3,2 %	3,7 %	5,6 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*99,8 %*	*99,8 %*	*99,9 %*	*99,9 %*	*100,0 %*
Durée moyenne de passage	1h59	2h11	2h09	1h59	1h59
Part des passages dont la durée est < à 4h	90,4 %	87,6 %	87,8 %	90,3 %	90,4 %
Lors d'une hospitalisation post-urgence	91,3 %	90,1 %	89,9 %	82,2 %	81,1 %
Lors d'un retour à domicile	92,5 %	89,7 %	89,5 %	91,5 %	91,5 %
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*90,6 %*	*91,0 %*	*91,8 %*	*98,9 %*	*97,1 %*
Part des passages avec mutation interne	8,2 %	6,5 %	6,3 %	12,8 %	12,3 %
Part des passages avec transfert externe	0,5 %	0,5 %	0,3 %	0,4 %	0,3 %
Part des passages avec retour à domicile	91,3 %	93,0 %	93,4 %	86,9 %	87,4 %

CH Cambrai, CH Denain, CH Fourmies, CH Le Cateau-Cambrésis, CH Sambre-Avesnois, CH Valenciennes, Polyclinique Vauban

Littoral Nord

PÉDIATRIE

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de RPU transmis	43 877	55 709	57 845	56 445	53 369
Évolution par rapport à l'année précédente		27 %	3,8 %	-2,4 %	-5,4 %
Sex-ratio (H/F)	1,14	1,14	1,15	1,15	1,14
Âge moyen	7,9 ans	7,6 ans	7,8 ans	8,1 ans	8,5 ans
Part des moins de 1 an	11,4 %	11,9 %	12,4 %	11,5 %	10,2 %
Part des [1 - 5 ans[| [5 - 10 ans[	29,1 % | 20,5 %	32,0 % | 18,9 %	29,2 % | 20,3 %	27,2 % | 20,9 %	26,1 % | 20,4 %
Part des [10 - 15 ans[| [15 - 18 ans[	22,5 % | 16,4 %	21,5 % | 15,7 %	22,2 % | 16,0 %	23,6 % | 16,9 %	24,7 % | 18,6 %
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[	26,7 %	26,3 %	26,8 %	26,6 %	25,9 %
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[	7,3 %	7,5 %	7,1 %	7,0 %	6,8 %
Part d'arrivée en horaire PDS	46,1 %	46,0 %	46,9 %	47,2 %	45,8 %
Part d'arrivée le week-end	27,9 %	28,1 %	28,4 %	28,7 %	28,9 %
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*77,6 %*	*97,5 %*	*97,3 %*	*98,1 %*	*90,6 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	85,5 %	88,0 %	84,4 %	88,2 %	88,2 %
Part d'arrivée en SMUR (dont héliporté)	0,5 %	0,5 %	0,4 %	0,3 %	0,4 %
Part d'arrivée en VSAV	9,5 %	7,6 %	9,0 %	5,7 %	5,2 %
Part d'arrivée en ambulance	4,2 %	3,7 %	5,8 %	5,5 %	5,9 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	0,3 %	0,3 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %
Taux d'exploitabilité CCMU	*29,7 %*	*25,2 %*	*30,8 %*	*57,6 %*	*63,9 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	7,2 %	8,0 %	22,9 %	18,6 %	14,0 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	0,1 %	0,2 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %
Taux d'exploitabilité du DP	*43,0 %*	*27,6 %*	*30,2 %*	*44,2 %*	*57,8 %*
Part des passages médico-chirurgicaux	45,0 %	43,8 %	39,1 %	45,8 %	47,1 %
Part des passages traumatologiques	48,9 %	48,4 %	51,3 %	44,1 %	44,3 %
Part des passages psychiatriques	2,4 %	3,7 %	4,8 %	4,4 %	3,9 %
Part des passages toxicologiques	0,8 %	1,1 %	0,9 %	1,2 %	0,7 %
Part des autres types de recours	2,9 %	3,0 %	3,9 %	4,5 %	4,0 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*98,6 %*	*96,6 %*	*96,0 %*	*96,0 %*	*98,7 %*
Durée moyenne de passage	2h26	2h34	2h33	2h27	2h37
Part des passages dont la durée est < à 4h	85,5 %	82,7 %	83,1 %	84,9 %	81,7 %
Lors d'une hospitalisation post-urgence	74,0 %	68,1 %	64,9 %	64,1 %	59,0 %
Lors d'un retour à domicile	88,1 %	84,4 %	83,5 %	85,7 %	82,2 %
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*76,4 %*	*78,8 %*	*70,5 %*	*69,9 %*	*78,7 %*
Part des passages avec mutation interne	16,3 %	14,6 %	12,4 %	10,1 %	9,2 %
Part des passages avec transfert externe	0,3 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %
Part des passages avec retour à domicile	83,4 %	85,2 %	87,5 %	89,7 %	90,6 %

CH Boulogne-sur-Mer, CH Calais, CH de la Région de Saint-Omer, CH Dunkerque, Polyclinique de Grande-Synthe

Métropole - Flandres

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de RPU transmis	89 909	117 307	133 575	125 764	124 538
Évolution par rapport à l'année précédente		30,5 %	13,9 %	-5,8 %	-1,0 %
Sex-ratio (H/F)	1,16	1,16	1,17	1,16	1,14
Âge moyen	7,1 ans	6,8 ans	6,8 ans	7,1 ans	7,2 ans
Part des moins de 1 an	14,5 %	15,7 %	15,8 %	15,7 %	15,2 %
Part des [1 - 5 ans[| [5 - 10 ans[	32,1 % | 20,2 %	34,1 % | 18,9 %	32,7 % | 21,0 %	30,2 % | 21,2 %	30,0 % | 20,4 %
Part des [10 - 15 ans[| [15 - 18 ans[	19,8 % | 13,4 %	19,0 % | 12,4 %	19,0 % | 11,6 %	20,4 % | 12,4 %	21,3 % | 13,1 %
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[	28,3 %	28,0 %	29,2 %	28,8 %	28,7 %
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[	8,4 %	8,8 %	9,5 %	8,8 %	8,9 %
Part d'arrivée en horaire PDS	47,4 %	46,8 %	47,7 %	47,5 %	46,4 %
Part d'arrivée le week-end	28,0 %	28,0 %	28,0 %	27,8 %	27,4 %
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*98,4 %*	*99,1 %*	*99,2 %*	*99,4 %*	*99,3 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	89,0 %	90,0 %	91,1 %	91,2 %	91,4 %
Part d'arrivée en SMUR (dont héliporté)	0,5 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
Part d'arrivée en VSAV	4,5 %	4,6 %	4,5 %	4,4 %	4,5 %
Part d'arrivée en ambulance	5,9 %	4,9 %	4,0 %	4,0 %	3,8 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Taux d'exploitabilité CCMU	*98,4 %*	*99,0 %*	*99,2 %*	*98,9 %*	*99,0 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	19,2 %	19,6 %	19,7 %	21,9 %	22,6 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %
Taux d'exploitabilité du DP	*96,1 %*	*98,3 %*	*99,0 %*	*98,4 %*	*96,0 %*
Part des passages médico-chirurgicaux	57,2 %	60,9 %	64,8 %	62,5 %	63,1 %
Part des passages traumatologiques	36,8 %	33,0 %	29,4 %	31,4 %	30,4 %
Part des passages psychiatriques	1,7 %	2,2 %	1,9 %	2,2 %	2,7 %
Part des passages toxicologiques	0,6 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,6 %
Part des autres types de recours	3,6 %	3,3 %	3,3 %	3,4 %	3,3 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*92,5 %*	*89,9 %*	*89,8 %*	*99,8 %*	*99,4 %*
Durée moyenne de passage	3h00	3h12	3h09	3h11	3h15
Part des passages dont la durée est < à 4h	81,3 %	78,5 %	78,8 %	78,7 %	77,6 %
Lors d'une hospitalisation post-urgence	59,2 %	53,8 %	53,8 %	54,8 %	55,6 %
Lors d'un retour à domicile	84,8 %	82,4 %	82,1 %	81,9 %	80,6 %
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*99,1 %*	*98,7 %*	*99,5 %*	*99,8 %*	*99,7 %*
Part des passages avec mutation interne	12,9 %	12,5 %	11,1 %	11,2 %	11,5 %
Part des passages avec transfert externe	0,5 %	0,8 %	0,6 %	0,7 %	0,5 %
Part des passages avec retour à domicile	86,5 %	86,7 %	88,3 %	88,1 %	88,0 %

CH Armentières, CH Hazebrouck, CH Roubaix, CH Seclin, CH Tourcoing, CHU de Lille, ES Saint-Philibert, ES Saint-Vincent-de-Paul

Oise

PÉDIATRIE

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de RPU transmis	45 333	75 524	75 820	82 415	85 335
Évolution par rapport à l'année précédente		66,6 %	0,4 %	8,7 %	3,5 %
Sex-ratio (H/F)	1,16	1,14	1,15	1,15	1,14
Âge moyen	7,9 ans	7,2 ans	7,4 ans	7,5 ans	7,5 ans
Part des moins de 1 an	10,6 %	12,4 %	11,9 %	12,7 %	12,1 %
Part des [1 - 5 ans[| [5 - 10 ans[	29,9 % | 21,4 %	34,1 % | 20,3 %	31,5 % | 22,1 %	30,0 % | 21,8 %	30,1 % | 22,1 %
Part des [10 - 15 ans[| [15 - 18 ans[	22,7 % | 15,4 %	20,3 % | 12,9 %	21,5 % | 13,0 %	22,0 % | 13,4 %	22,2 % | 13,6 %
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[	27,2 %	27,2 %	28,0 %	27,7 %	27,5 %
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[	7,9 %	8,7 %	9,0 %	8,8 %	8,9 %
Part d'arrivée en horaire PDS	45,8 %	45,4 %	45,9 %	46,3 %	45,0 %
Part d'arrivée le week-end	27,3 %	27,1 %	26,8 %	27,5 %	26,9 %
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*65,7 %*	*64,1 %*	*63,2 %*	*93,3 %*	*97,5 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	89,6 %	90,3 %	90,8 %	91,4 %	91,7 %
Part d'arrivée en SMUR (dont héliporté)	0,3 %	0,3 %	0,3 %	0,2 %	0,2 %
Part d'arrivée en VSAV	7,0 %	7,0 %	6,0 %	5,2 %	5,0 %
Part d'arrivée en ambulance	2,5 %	2,1 %	2,5 %	2,8 %	2,8 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	0,6 %	0,3 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %
Taux d'exploitabilité CCMU	*31,2 %*	*46,5 %*	*64,1 %*	*71,3 %*	*74,5 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	22,1 %	50,1 %	37,6 %	38,0 %	38,2 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	< 0,1 %	< 0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %
Taux d'exploitabilité du DP	*15,2 %*	*42,5 %*	*32,3 %*	*47,9 %*	*60,9 %*
Part des passages médico-chirurgicaux	15,8 %	54,7 %	39,9 %	52,4 %	56,0 %
Part des passages traumatologiques	78,7 %	40,7 %	54,3 %	42,1 %	36,5 %
Part des passages psychiatriques	0,3 %	1,3 %	1,0 %	1,3 %	1,4 %
Part des passages toxicologiques	0,2 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,6 %
Part des autres types de recours	4,9 %	2,9 %	4,4 %	3,8 %	5,5 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*99,4 %*	*98,9 %*	*99,9 %*	*99,9 %*	*99,9 %*
Durée moyenne de passage	2h26	4h43	2h48	3h08	2h45
Part des passages dont la durée est < à 4h	85,2 %	68,6 %	78,0 %	76,7 %	79,2 %
Lors d'une hospitalisation post-urgence	83,9 %	63,8 %	65,9 %	73,8 %	72,1 %
Lors d'un retour à domicile	85,3 %	69,1 %	79,1 %	77,0 %	79,8 %
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*99,6 %*	*99,2 %*	*99,1 %*	*99,4 %*	*99,0 %*
Part des passages avec mutation interne	10,7 %	10,3 %	7,9 %	7,1 %	6,9 %
Part des passages avec transfert externe	0,2 %	< 0,1 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %
Part des passages avec retour à domicile	89,1 %	89,6 %	91,6 %	92,6 %	92,8 %

CH Beauvais, CH Clermont, CHICN - Site de Compiègne, CHICN - Site de Noyon, GHP-SO - Site de Creil, Polyclinique Saint-Come

Somme Littoral Sud

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de RPU transmis	39 700	51 107	56 714	54 771	58 768
Évolution par rapport à l'année précédente		28,7 %	11 %	-3,4 %	7,3 %
Sex-ratio (H/F)	1,13	1,1	1,14	1,13	1,09
Âge moyen	8,2 ans	8,1 ans	7,9 ans	8,2 ans	8,3 ans
Part des moins de 1 an	10,4 %	10,7 %	11,8 %	11,2 %	11,0 %
Part des [1 - 5 ans[| [5 - 10 ans[	26,9 % | 21,8 %	27,7 % | 20,7 %	27,8 % | 21,6 %	25,4 % | 22,4 %	25,5 % | 21,0 %
Part des [10 - 15 ans[| [15 - 18 ans[	24,6 % | 16,4 %	25,4 % | 15,5 %	24,4 % | 14,4 %	25,7 % | 15,4 %	26,3 % | 16,2 %
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[	26,8 %	25,2 %	27,1 %	26,4 %	25,9 %
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[	7,3 %	7,2 %	8,2 %	7,7 %	7,6 %
Part d'arrivée en horaire PDS	45,9 %	44,2 %	45,7 %	44,8 %	43,4 %
Part d'arrivée le week-end	27,9 %	26,9 %	27,1 %	26,7 %	26,0 %
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*93,5 %*	*93,2 %*	*89,1 %*	*76,2 %*	*76,2 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	85,2 %	87,4 %	87,4 %	87,5 %	88,1 %
Part d'arrivée en SMUR (dont héliporté)	1,1 %	0,8 %	0,8 %	0,9 %	0,7 %
Part d'arrivée en VSAV	6,7 %	6,0 %	6,2 %	5,7 %	5,5 %
Part d'arrivée en ambulance	6,9 %	5,6 %	5,6 %	5,9 %	5,7 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	0,2 %	0,1 %	< 0,1 %	0,1 %	0,1 %
Taux d'exploitabilité CCMU	*47,3 %*	*44,7 %*	*84,2 %*	*89,8 %*	*96,3 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	27,4 %	24,7 %	21,2 %	21,4 %	21,5 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Taux d'exploitabilité du DP	*81,8 %*	*85,1 %*	*83,6 %*	*78,5 %*	*80,4 %*
Part des passages médico-chirurgicaux	49,1 %	50,9 %	54,6 %	51,7 %	51,3 %
Part des passages traumatologiques	43,3 %	41,4 %	39,8 %	42,8 %	43,3 %
Part des passages psychiatriques	3,5 %	3,6 %	2,7 %	2,7 %	2,5 %
Part des passages toxicologiques	0,9 %	0,9 %	0,7 %	0,7 %	0,6 %
Part des autres types de recours	3,2 %	3,2 %	2,1 %	2,1 %	2,3 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*99,5 %*	*99,1 %*	*99,7 %*	*99,2 %*	*98,6 %*
Durée moyenne de passage	2h27	2h21	3h08	2h59	2h34
Part des passages dont la durée est < à 4h	85,9 %	86,2 %	74,9 %	79,1 %	83,6 %
Lors d'une hospitalisation post-urgence	76,2 %	73,3 %	71,0 %	72,5 %	68,6 %
Lors d'un retour à domicile	87,0 %	88,5 %	75,1 %	78,0 %	84,3 %
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*99,5 %*	*99,8 %*	*97,2 %*	*83,8 %*	*83,5 %*
Part des passages avec mutation interne	9,7 %	15,0 %	13,2 %	13,8 %	14,3 %
Part des passages avec transfert externe	0,5 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %	0,3 %
Part des passages avec retour à domicile	89,8 %	84,6 %	86,5 %	86,0 %	85,4 %

CH Abbeville, CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer, CH Doullens, CHIMR - Site de Montdidier, CHU d'Amiens, SAS Cardiologie et urgences

Pathologies les plus fréquentes

Passages 2023 | 2024 Hospitalisations 2023 | 2024

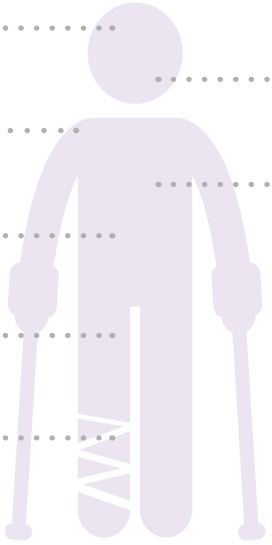
ORL, ophtalmo, stomato et carrefour aéro-digestif
13,1 % | 13,2 % 6,2 % | **6,5 %**

Traumatologie du membre supérieur
12,7 % | 12,0 % 3,4 % | **3,2 %**

Douleurs abdominales, pathologies digestives
13,2 % | 12,8 % 20,6 % | **20,1 %**

Douleurs de membre, rhumatologie, orthopédie, SNP
3,9 % | 4,4 % 1,8 % | **1,7 %**

Traumatologie du membre inférieur
11,7 % | 11,3 % 1,5 % | **1,5 %**



Traumatologie de la tête et du coup
9,8 % | 9,4 % 4,2 % | **4,3 %**

Dyspnées, pathologies des voies aériennes inférieures
5,9 % | 5,4 % 17,5 % | **15,5 %**

Fièvre et infectiologie générale
5,6 % | 6,4 % 7,4 % | **8,1 %**

Dermato-allergologie et atteintes cutanéo-muqueuses
4,9 % | 5,0 % 2,6 % | **2,5 %**

Autres recours aux urgences
3,6 % | 4,2 % 2,9 % | **3,6 %**

Total : 84,4 % | 84,1 % 68,1 % | **67,0 %**

Diagnostics les plus fréquents : Médico-chirurgical

	Code CIM10	Passages 2023	Passages 2024	Hospitalisations 2023	Hospitalisations 2024
Douleurs abdominales, autres et non précisées	R104	5,9 %	5,7 %	4,9 %	4,5 %
Rhinopharyngite (aiguë) [rhume banal]	J00	5,5 %	5,3 %	1,6 %	1,7 %
Fièvre, sans précision	R509	5,0 %	5,1 %	6,8 %	7,4 %
Asthme, sans précision	J459	3,2 %	3,1 %	6,7 %	6,7 %
Constipation	K590	3,4 %	3,0 %	0,8 %	0,5 %
Nausées et vomissements	R11	2,6 %	2,4 %	4,3 %	4,6 %
Toux	R05	1,6 %	2,2 %	1,0 %	1,4 %
Bronchiolite (aiguë), sans précision	J219	2,8 %	2,1 %	7,1 %	5,0 %
Gastroentérites et colites d'origine non précisée	A099	2,1 %	2,0 %	2,5 %	2,6 %
Gastroentérites et colites d'origine infectieuse, autres et non précisées	A090	2,2 %	1,9 %	3,2 %	2,9 %
Total		34,3 %	32,8 %	38,9 %	37,3 %

PÉDIATRIE

Diagnostics les plus fréquents : Traumatologie

	Code CIM10	Passaages 2023	Passages 2024	Hospitalisations 2023	Hospitalisations 2024
Entorse et foulure de la cheville	S934	10,3 %	10,8 %	0,5 %	0,7 %
Plaie ouverte d'autres parties de la tête	S018	4,3 %	4,3 %	0,7 %	0,9 %
Commotion cérébrale	S060	3,4 %	3,6 %	11,4 %	13,5 %
Contusion du genou	S800	3,1 %	3,4 %	0,3 %	0,4 %
Commotion cérébrale, sans plaie intracrânienne	S0600	3,4 %	3,3 %	9,8 %	10,2 %
Contusion de(s) doigt(s) sans lésion de l'ongle	S600	3,1 %	3,3 %	0,2 %	0,2 %
Contusion d'autres parties du poignet et de la main	S602	3,1 %	3,3 %	0,4 %	0,2 %
Contusion de parties autres et non précisées du pied	S903	2,6 %	2,7 %	0,2 %	0,2 %
Entorse et foulure de doigt(s)	S636	2,4 %	2,5 %	0,1 %	0,2 %
Entorse et foulure du poignet	S635	2,5 %	2,4 %	0,2 %	0,1 %
Total		38,2 %	39,6 %	23,8 %	26,6 %

Diagnostics les plus fréquents : Psychiatrie

	Code CIM10	Passages 2023	Passages 2024	Hospitalisations 2023	Hospitalisations 2024
Autres symptômes et signes relatifs à l'humeur	R458	11,7 %	13,9 %	17,7 %	21,4 %
Anxiété généralisée	F411	10,8 %	9,9 %	6,8 %	5,9 %
Agitation	R451	7,7 %	8,6 %	5,9 %	7,3 %
Épisode dépressif, sans précision	F329	9,0 %	8,4 %	14,0 %	15,2 %
Inquiétude et préoccupation exagérées pour les événements sources de tension	R466	5,3 %	7,3 %	0,6 %	0,5 %
Trouble anxieux, sans précision	F419	6,0 %	5,6 %	3,3 %	2,8 %
Tristesse	R452	4,7 %	3,9 %	9,6 %	6,7 %
Trouble panique [anxiété épisodique paroxystique]	F410	4,7 %	3,8 %	1,1 %	0,8 %
Trouble de l'alimentation non organique du nourrisson et de l'enfant	F982	2,2 %	2,1 %	1,9 %	1,8 %
Trouble du comportement et trouble émotionnel apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence, sans précision	F989	2,0 %	2,1 %	3,4 %	4,5 %
Total		64,1 %	65,6 %	64,3 %	66,9 %

Diagnostics les plus fréquents : Toxicologie

	Code CIM10	Passages 2023	Passages 2024	Hospitalisations 2023	Hospitalisations 2024
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : intoxication aiguë	F100	13,6 %	13,1 %	17,7 %	17,9 %
Intoxication par benzodiazépines	T424	7,8 %	11,8 %	11,8 %	17,2 %
Intoxication par médicaments et substances biologiques (autres et sans précision)	T509	6,2 %	6,2 %	5,1 %	3,8 %
Troubles mentaux et du comportement dus à une intoxication aigüe par l'alcool, sans complication	F1000	5,1 %	5,6 %	7,4 %	7,7 %
Intoxication alcoolique modérée	Y911	4,5 %	4,7 %	2,9 %	2,3 %
Présence d'alcool dans le sang	R780	3,2 %	3,7 %	3,2 %	4,4 %
Troubles mentaux et du comportement dus à une intoxication aigüe par l'alcool, avec traumatismes ou autres blessures physiques	F1001	1,9 %	3,7 %	3,6 %	6,2 %
Effet toxique du monoxyde de carbone	T58	3,0 %	3,0 %	2,5 %	2,3 %
Effet toxique d'un contact avec un animal venimeux, sans précision	T639	6,6 %	2,6 %	0,2 %	0,2 %
Intoxication par dérivés du 4-aminophénol	T391	2,4 %	2,5 %	2,5 %	2,7 %
Total		54,3 %	56,9 %	56,9 %	64,7 %

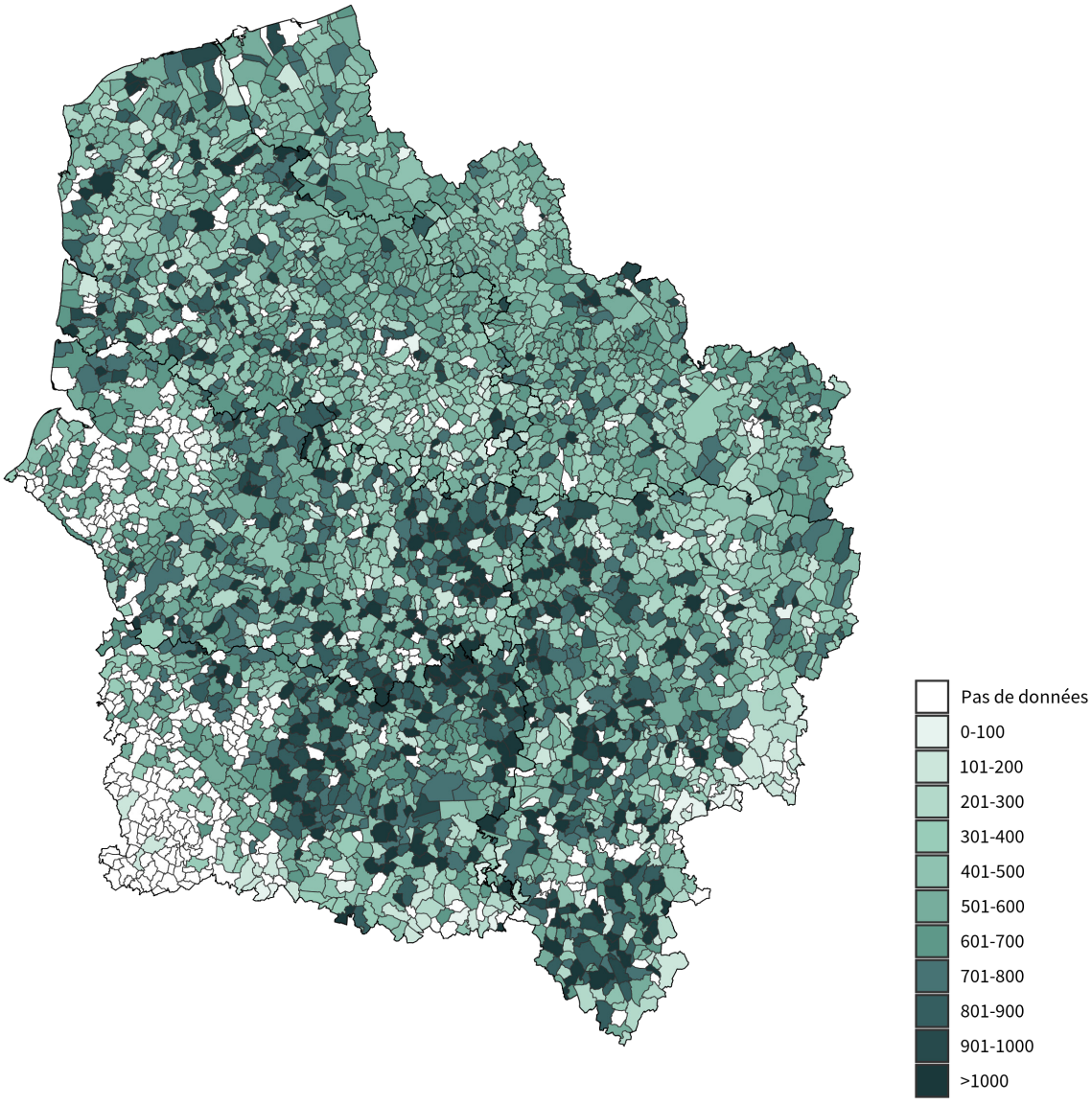
Diagnostics les plus fréquents : Autres recours

	Code CIM10	Passages 2023	Passages 2024	Hospitalisations 2023	Hospitalisations 2024
Acte non effectué par décision du sujet pour des raisons autres et non précisées	Z532	11,6 %	23,4 %	8,6 %	8,7 %
Sujet inquiet de son état de santé (sans diagnostic)	Z711	13,6 %	13,3 %	5,2 %	4,8 %
Examen médical général	Z000	10,3 %	9,5 %	7,1 %	4,4 %
Allergie, sans précision	T784	8,3 %	6,9 %	5,0 %	3,6 %
Autres soins de contrôle orthopédiques NCA	Z4788	5,9 %	5,3 %	< 0,1 %	0,3 %
Délivrance d'un certificat médical	Z027	4,6 %	4,4 %	0,2 %	0,1 %
Examen à des fins administratives, sans précision	Z029	5,0 %	3,8 %	0,8 %	0,5 %
Séjour prolongé en apesanteur, au domicile	X520	1,8 %	3,3 %	21,7 %	38,3 %
Acte non effectué pour d'autres raisons	Z538	4,1 %	2,0 %	< 0,1 %	< 0,1 %
Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux	Z480	2,0 %	1,9 %	0,8 %	0,3 %
Total		67,2 %	73,8 %	49,4 %	61,0 %

FOCUS GÉRIATRIQUE - ANALYSE DÉTAILLÉE



Cartographie du taux de recours aux urgences

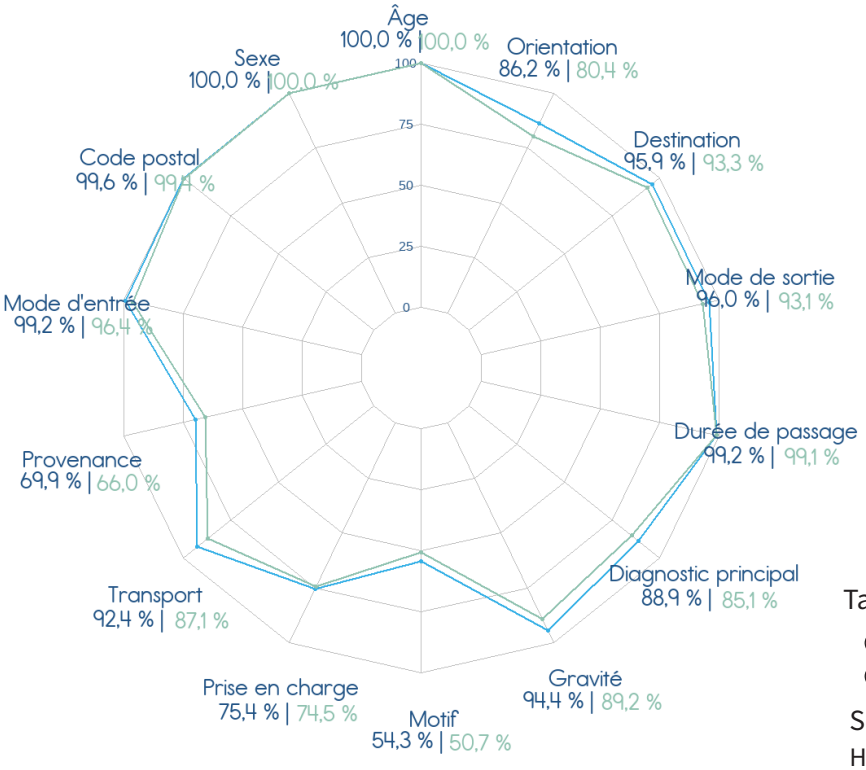


Taux de recours aux urgences des Hauts-de-France, en nombre de passages pour 1 000 habitants par commune de résidence des patients.

Source : GRADeS Inéa | ORU HdF, INSEE 2021

GÉRIATRIE

Exploitablité régionale



Source : GRADeS Inéa | ORU, Hauts-de-France, 2024.

Chez les plus de 75 ans, la dynamique d'amélioration de la qualité du codage reste comparable à celle observée tous âges. Le taux d'exploitabilité du diagnostic principal progresse également. Les données administratives conservent un niveau de qualité élevé proche de l'optimal.

Exploitablité par territoire

	AISNE		ARTOIS		HAINAUT		LITTORAL		METROPOLE		OISE		SOMME LITTORAL SUD	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024
Âge	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Sexe	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
Code postal	99,6 %	99,6 %	99,6 %	99,8 %	99,4 %	99,4 %	99,0 %	99,7 %	99,5 %	99,6 %	99,8 %	99,9 %	98,9 %	99,1 %
Mode d'entrée	89,5 %	98,6 %	99,4 %	99,5 %	92,1 %	98,8 %	99,9 %	99,9 %	99,4 %	99,6 %	100,0 %	100,0 %	92,9 %	98,2 %
Provenance	54,3 %	62,4 %	87,6 %	90,0 %	66,1 %	70,7 %	14,0 %	32,1 %	68,3 %	63,6 %	80,0 %	84,9 %	78,6 %	79,0 %
Transport	75,2 %	92,9 %	86,8 %	96,9 %	82,0 %	94,9 %	98,9 %	89,1 %	99,7 %	99,7 %	91,1 %	95,0 %	72,3 %	73,9 %
Prise en charge	59,7 %	59,6 %	56,0 %	58,3 %	81,9 %	94,7 %	83,7 %	77,4 %	86,9 %	86,5 %	76,6 %	75,6 %	79,5 %	76,4 %
Motif	66,4 %	73,2 %	38,0 %	35,0 %	51,5 %	49,4 %	51,8 %	46,8 %	53,1 %	53,3 %	58,2 %	60,1 %	40,6 %	67,8 %
Gravité	95,7 %	98,5 %	94,7 %	96,3 %	97,6 %	97,8 %	69,9 %	83,2 %	98,0 %	98,9 %	81,3 %	91,4 %	75,7 %	89,1 %
Diagnostic principal	98,5 %	99,1 %	92,9 %	94,3 %	98,1 %	98,3 %	61,0 %	70,6 %	97,1 %	96,1 %	57,5 %	73,7 %	74,6 %	79,8 %
Durée de passage	99,7 %	99,8 %	97,6 %	98,0 %	99,8 %	99,8 %	98,3 %	98,8 %	99,0 %	98,7 %	99,8 %	99,8 %	99,8 %	99,8 %
Mode de sortie	99,4 %	99,4 %	83,5 %	94,4 %	99,6 %	99,1 %	79,4 %	89,4 %	99,8 %	99,3 %	98,5 %	98,3 %	91,6 %	91,0 %
Destination	73,8 %	80,1 %	93,9 %	96,6 %	96,9 %	96,3 %	99,9 %	99,7 %	92,8 %	99,2 %	100,0 %	99,9 %	99,0 %	99,3 %
Orientation	50,8 %	53,4 %	79,3 %	91,6 %	88,5 %	89,5 %	72,2 %	91,0 %	87,0 %	89,3 %	89,9 %	96,4 %	89,2 %	91,6 %

Tableau d'exploitabilité des données tous âges par TAS, Hauts-de-France, années 2023-2024, Source : GRADeS Inéa | ORU HdF

Remarque :

Il est important de garder à l'esprit dans l'ensemble des analyses que l'exploitabilité non optimale de certains items et l'hétérogénéité territoriale peut introduire des biais dans les comparaisons inter-territoires ou dans les données régionales en surreprésentant un territoire.

Activité par territoire d'animation en santé

Les personnes âgées de 75 ans et plus représentaient environ 13,5 % de l'ensemble des passages aux urgences en 2024, soit 271 794 RPU transmis par les services d'urgences des Hauts-de-France. Cela correspond à une augmentation d'environ 5,2 % par rapport à 2023.

Concernant les différents indicateurs d'activité, aucune variation majeure n'est observée cette année à l'échelle régionale par rapport aux années précédentes. On note toutefois une baisse progressive de la part des patients très âgés (85 ans et plus) parmi les passages aux urgences : ils représentaient 48,3 % en 2022, 47,3 % en 2023 et 46,2 % en 2024.

Chez les 75 ans et plus, les motifs médico-chirurgicaux représentaient une large majorité des passages aux urgences, avec 76,6 % des recours. Les causes traumatiques suivaient avec 18,3 % des passages, devant les motifs psychiatriques (1,5 %). Les recours pour motifs toxicologiques restaient très rares dans cette classe d'âge (0,4 %), sans évolution notable par rapport aux années précédentes.

En 2024, en région, la durée moyenne d'un passage aux urgences pour les patients âgés de 75 ans et plus s'élevait à 6h47. Cette durée, plus élevée que pour les autres classes d'âge, s'explique principalement par la présence fréquente de pathologies multiples (polypathologies) chez ces patients, nécessitant une prise en charge plus longue et plus complexe. Toutefois, cette durée varie selon les territoires : elle s'élèvait à près de 8h30 dans l'Oise, alors qu'elle atteignait environ 5 heures dans l'Hainaut.

Les hospitalisations après passage aux urgences concernaient 47,3 % des passages, bien supérieur aux taux observés dans les autres classes d'âges.

Hauts-de-France

GÉRIATRIE

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de RPU transmis	216 932	225 634	251 572	258 332	271 794
Évolution par rapport à l'année précédente*		4 %	11,5 %	2,7 %	5,2 %
Sex-ratio (H/F)	0,63	0,63	0,65	0,65	0,67
Âge moyen	85,1 ans	85,0 ans	84,9 ans	84,7 ans	84,5 ans
Part des [75 - 85 ans[	50,8 %	51,3 %	51,7 %	52,7 %	53,8 %
Part des [85 - 120 ans[	49,2 %	48,7 %	48,3 %	47,3 %	46,2 %
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[	20,9 %	20,2 %	20,7 %	20,5 %	20,5 %
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[	10,0 %	9,5 %	9,8 %	9,7 %	9,8 %
Part d'arrivée en horaire PDS	38,3 %	37,8 %	38,2 %	38,5 %	37,5 %
Part d'arrivée le week-end	25,0 %	25,1 %	25,3 %	25,6 %	25,2 %
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*81,1 %*	*84,8 %*	*83,3 %*	*87,1 %*	*92,4 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	26,7 %	28,1 %	29,3 %	31,2 %	34,0 %
Part d'arrivée en SMUR (dont héliporté)	3,1 %	2,7 %	2,2 %	2,0 %	1,7 %
Part d'arrivée en VSAV	20,6 %	23,1 %	21,8 %	19,8 %	18,7 %
Part d'arrivée en ambulance	49,6 %	46,1 %	46,7 %	47,0 %	45,5 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	< 0,1 %	< 0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Taux d'exploitabilité CCMU	*75,1 %*	*73,9 %*	*80,3 %*	*89,2 %*	*94,4 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	7,4 %	7,9 %	7,8 %	8,4 %	7,7 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	3,8 %	3,4 %	3,6 %	3,5 %	3,6 %
Taux d'exploitabilité du DP	*67,2 %*	*74,7 %*	*79,4 %*	*85,1 %*	*88,9 %*
Part des passages médico-chirurgicaux	76,2 %	75,8 %	76,0 %	76,2 %	76,6 %
Part des passages traumatologiques	18,8 %	19,4 %	19,2 %	18,9 %	18,3 %
Part des passages psychiatriques	1,7 %	1,6 %	1,6 %	1,6 %	1,5 %
Part des passages toxicologiques	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,4 %	0,4 %
Part des autres types de recours	2,8 %	2,8 %	2,8 %	2,9 %	3,2 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*98,5 %*	*98,0 %*	*98,4 %*	*99,1 %*	*99,2 %*
Durée moyenne de passage	6h32	6h50	7h10	6h47	6h47
Part des passages dont la durée est < à 4h	34,6 %	31,9 %	29,9 %	32,6 %	32,7 %
Lors d'une hospitalisation post-urgence	26,3 %	23,4 %	21,1 %	24,1 %	25,0 %
Lors d'un retour à domicile	45,4 %	42,0 %	38,1 %	39,4 %	39,2 %
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*93,2 %*	*92,4 %*	*91,3 %*	*93,1 %*	*96,0 %*
Part des passages avec mutation interne	51,9 %	49,2 %	44,5 %	44,6 %	44,7 %
Part des passages avec transfert externe	3,0 %	2,8 %	2,7 %	2,7 %	2,6 %
Part des passages avec retour à domicile	44,7 %	47,6 %	52,4 %	52,2 %	52,2 %
Part des décès	0,4 %	0,3 %	0,5 %	0,5 %	0,4 %

*Remarque : Les calculs d'évolutions ne sont pas réalisés à SU constants et dépendent donc directement des transmissions (ouverture ou fermeture de flux)

Aisne Haute-Somme

GÉRIATRIE

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de RPU transmis	28 297	28 455	32 141	33 406	35 633
Évolution par rapport à l'année précédente		0,6 %	13 %	3,9 %	6,7 %
Sex-ratio (H/F)	0,65	0,64	0,66	0,67	0,69
Âge moyen	85,2 ans	85,2 ans	85,1 ans	85,0 ans	84,9 ans
Part des [75 - 85 ans[	49,4 %	49,8 %	50,0 %	50,8 %	51,5 %
Part des [85 - 120 ans[	50,6 %	50,2 %	50,0 %	49,2 %	48,5 %
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[	20,3 %	19,9 %	20,6 %	20,7 %	20,8 %
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[	9,9 %	9,6 %	10,2 %	10,1 %	10,4 %
Part d'arrivée en horaire PDS	37,4 %	37,2 %	37,8 %	39,1 %	37,8 %
Part d'arrivée le week-end	24,4 %	24,6 %	25,1 %	25,6 %	25,2 %
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*69,3 %*	*82,0 %*	*76,8 %*	*75,2 %*	*92,9 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	35,7 %	35,3 %	37,4 %	39,3 %	45,4 %
Part d'arrivée en SMUR (dont héliporté)	2,7 %	2,5 %	1,8 %	2,1 %	1,5 %
Part d'arrivée en VSAV	10,9 %	10,2 %	10,6 %	9,8 %	12,9 %
Part d'arrivée en ambulance	50,6 %	52,0 %	50,1 %	48,7 %	40,2 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	< 0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	< 0,1 %
Taux d'exploitabilité CCMU	*94,6 %*	*94,3 %*	*94,1 %*	*95,7 %*	*98,5 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	18,0 %	14,3 %	11,7 %	12,0 %	13,1 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	5,2 %	3,2 %	2,7 %	2,4 %	2,5 %
Taux d'exploitabilité du DP	*83,2 %*	*96,5 %*	*98,0 %*	*98,5 %*	*99,1 %*
Part des passages médico-chirurgicaux	76,0 %	75,1 %	75,6 %	74,4 %	74,0 %
Part des passages traumatologiques	17,9 %	18,7 %	18,5 %	18,7 %	17,9 %
Part des passages psychiatriques	1,8 %	1,8 %	1,9 %	1,7 %	1,6 %
Part des passages toxicologiques	0,4 %	0,5 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %
Part des autres types de recours	3,8 %	4,0 %	3,7 %	4,9 %	6,2 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*99,6 %*	*98,1 %*	*99,3 %*	*99,7 %*	*99,8 %*
Durée moyenne de passage	6h06	6h23	6h53	6h38	6h45
Part des passages dont la durée est < à 4h	40,3 %	37,7 %	35,2 %	37,8 %	35,8 %
Lors d'une hospitalisation post-urgence	30,8 %	26,9 %	23,8 %	27,3 %	27,1 %
Lors d'un retour à domicile	51,5 %	49,6 %	46,5 %	47,5 %	43,6 %
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*99,1 %*	*97,8 %*	*99,3 %*	*99,4 %*	*99,4 %*
Part des passages avec mutation interne	50,7 %	49,8 %	46,9 %	45,5 %	43,8 %
Part des passages avec transfert externe	2,6 %	2,5 %	2,4 %	2,4 %	2,7 %
Part des passages avec retour à domicile	46,1 %	47,3 %	50,2 %	51,6 %	53,1 %
Part des décès	0,6 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,4 %

CH Château-Thierry, CH Chauny, CH Hirson, CH Laon, CH Péronne, CH Saint-Quentin, CH Soissons, Polyclinique Saint-Claude

Artois - Douaisis

GÉRIATRIE

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de RPU transmis	41 423	42 045	45 545	46 890	47 749
Évolution par rapport à l'année précédente		1,5 %	8,3 %	3,0 %	1,8 %
Sex-ratio (H/F)	0,54	0,57	0,58	0,59	0,62
Âge moyen	85,3 ans	85,1 ans	85,0 ans	84,9 ans	84,6 ans
Part des [75 - 85 ans[	49,3 %	49,8 %	50,2 %	50,6 %	53,1 %
Part des [85 - 120 ans[	50,7 %	50,2 %	49,8 %	49,4 %	46,9 %
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[	21,1 %	19,6 %	20,4 %	20,2 %	20,1 %
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[	11,0 %	9,5 %	10,0 %	10,1 %	9,7 %
Part d'arrivée en horaire PDS	38,3 %	37,1 %	37,6 %	38,1 %	36,9 %
Part d'arrivée le week-end	25,0 %	24,7 %	25,1 %	25,7 %	25,1 %
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*81,2 %*	*83,6 %*	*85,7 %*	*86,8 %*	*96,9 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	33,8 %	34,3 %	35,1 %	36,4 %	36,5 %
Part d'arrivée en SMUR (dont héliporté)	2,5 %	2,1 %	2,0 %	1,2 %	1,1 %
Part d'arrivée en VSAV	28,0 %	31,1 %	30,7 %	26,5 %	21,6 %
Part d'arrivée en ambulance	35,6 %	32,4 %	32,1 %	35,8 %	40,8 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	< 0,1 %	< 0,1 %	0,1 %	< 0,1 %	< 0,1 %
Taux d'exploitabilité CCMU	*87,3 %*	*75,6 %*	*78,0 %*	*94,7 %*	*96,3 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	4,1 %	5,1 %	6,1 %	9,2 %	9,0 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	2,8 %	3,1 %	3,8 %	2,7 %	3,0 %
Taux d'exploitabilité du DP	*64,8 %*	*71,6 %*	*75,8 %*	*92,9 %*	*94,3 %*
Part des passages médico-chirurgicaux	73,4 %	73,9 %	73,7 %	75,2 %	76,9 %
Part des passages traumatologiques	20,9 %	21,0 %	21,0 %	20,1 %	18,6 %
Part des passages psychiatriques	1,9 %	1,7 %	1,6 %	1,8 %	1,7 %
Part des passages toxicologiques	0,6 %	0,6 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %
Part des autres types de recours	3,2 %	2,8 %	3,2 %	2,3 %	2,3 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*97,0 %*	*97,6 %*	*97,2 %*	*97,6 %*	*98,0 %*
Durée moyenne de passage	7h16	7h44	8h16	7h13	7h23
Part des passages dont la durée est < à 4h	29,1 %	26,8 %	27,0 %	32,9 %	32,9 %
Lors d'une hospitalisation post-urgence	16,9 %	15,8 %	12,5 %	23,7 %	27,8 %
Lors d'un retour à domicile	42,8 %	38,0 %	36,5 %	40,0 %	39,4 %
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*96,7 %*	*91,3 %*	*82,5 %*	*83,5 %*	*94,4 %*
Part des passages avec mutation interne	49,0 %	45,1 %	37,2 %	36,5 %	44,6 %
Part des passages avec transfert externe	3,0 %	2,6 %	2,3 %	3,1 %	2,7 %
Part des passages avec retour à domicile	47,0 %	51,6 %	59,8 %	59,6 %	52,0 %
Part des décès	1,1 %	0,7 %	0,7 %	0,8 %	0,6 %

CH Arras, CH Béthune, CH Douai, CH Lens, Clinique Anne d'Artois, Clinique Saint-Amé, Polyclinique d'Hénin-Beaumont, Polyclinique La Clarence, Polyclinique de Riaumont

Hainaut

GÉRIATRIE

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de RPU transmis	27 972	30 320	33 548	35 421	37 447
Évolution par rapport à l'année précédente		8,4 %	10,6 %	5,6 %	5,7 %
Sex-ratio (H/F)	0,61	0,62	0,62	0,63	0,66
Âge moyen	85,0 ans	84,8 ans	84,6 ans	84,5 ans	84,3 ans
Part des [75 - 85 ans[	51,2 %	52,4 %	53,0 %	53,9 %	55,1 %
Part des [85 - 120 ans[	48,8 %	47,6 %	47,0 %	46,1 %	44,9 %
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[	20,4 %	20,0 %	20,4 %	19,5 %	20,0 %
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[	9,7 %	9,4 %	9,7 %	9,2 %	9,5 %
Part d'arrivée en horaire PDS	37,8 %	37,1 %	38,0 %	37,0 %	36,6 %
Part d'arrivée le week-end	24,8 %	24,8 %	25,0 %	25,3 %	24,8 %
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*49,2 %*	*52,3 %*	*52,2 %*	*82,0 %*	*94,9 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	24,7 %	26,9 %	28,1 %	26,6 %	30,4 %
Part d'arrivée en SMUR (dont héliporté)	4,2 %	3,2 %	2,6 %	2,6 %	2,3 %
Part d'arrivée en VSAV	22,2 %	27,2 %	25,8 %	22,6 %	22,2 %
Part d'arrivée en ambulance	48,8 %	42,6 %	43,4 %	48,1 %	45,0 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	< 0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %
Taux d'exploitabilité CCMU	*58,0 %*	*60,2 %*	*68,0 %*	*97,6 %*	*97,8 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	3,8 %	4,9 %	5,1 %	4,9 %	4,2 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	5,2 %	4,5 %	5,3 %	6,0 %	7,0 %
Taux d'exploitabilité du DP	*96,4 %*	*95,9 %*	*98,2 %*	*98,1 %*	*98,3 %*
Part des passages médico-chirurgicaux	78,5 %	78,0 %	77,8 %	77,1 %	77,6 %
Part des passages traumatologiques	17,3 %	17,5 %	18,0 %	18,7 %	18,1 %
Part des passages psychiatriques	1,5 %	1,6 %	1,5 %	1,6 %	1,4 %
Part des passages toxicologiques	0,5 %	0,5 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %
Part des autres types de recours	2,2 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %	2,4 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*99,8 %*	*99,6 %*	*99,8 %*	*99,8 %*	*99,8 %*
Durée moyenne de passage	5h07	5h22	5h45	5h15	5h07
Part des passages dont la durée est < à 4h	40,2 %	38,2 %	33,7 %	38,1 %	40,1 %
Lors d'une hospitalisation post-urgence	36,3 %	34,1 %	29,5 %	29,3 %	33,0 %
Lors d'un retour à domicile	55,1 %	52,1 %	46,9 %	48,5 %	48,5 %
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*71,4 %*	*75,0 %*	*77,2 %*	*99,6 %*	*99,1 %*
Part des passages avec mutation interne	52,9 %	50,4 %	48,0 %	50,9 %	49,5 %
Part des passages avec transfert externe	0,9 %	1,2 %	0,7 %	3,0 %	3,3 %
Part des passages avec retour à domicile	46,2 %	48,3 %	51,2 %	45,7 %	46,7 %
Part des décès	< 0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,4 %	0,5 %

CH Cambrai, CH Denain, CH Fourmies, CH Le Cateau-Cambrésis, CH Sambre-Avesnois, CH Valenciennes, Polyclinique Vauban

Littoral Nord

GÉRIATRIE

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de RPU transmis	25 375	26 503	29 903	30 508	32 679
Évolution par rapport à l'année précédente		4,4 %	12,8 %	2,0 %	7,1 %
Sex-ratio (H/F)	0,64	0,63	0,65	0,66	0,65
Âge moyen	84,8 ans	84,7 ans	84,6 ans	84,4 ans	84,3 ans
Part des [75 - 85 ans[	53,2 %	53,7 %	53,2 %	54,5 %	54,7 %
Part des [85 - 120 ans[	46,8 %	46,3 %	46,8 %	45,5 %	45,3 %
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[	20,6 %	19,9 %	20,6 %	20,2 %	19,9 %
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[	9,7 %	9,2 %	9,5 %	9,5 %	9,4 %
Part d'arrivée en horaire PDS	38,2 %	38,1 %	38,2 %	38,4 %	37,2 %
Part d'arrivée le week-end	25,3 %	25,7 %	25,7 %	25,8 %	25,7 %
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*84,6 %*	*97,7 %*	*98,3 %*	*98,9 %*	*89,1 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	20,9 %	22,9 %	25,4 %	25,8 %	28,5 %
Part d'arrivée en SMUR (dont héliporté)	3,7 %	2,9 %	2,9 %	2,8 %	2,7 %
Part d'arrivée en VSAV	27,1 %	28,7 %	21,1 %	19,8 %	17,3 %
Part d'arrivée en ambulance	48,2 %	45,4 %	50,6 %	51,6 %	51,5 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	< 0,1 %	0,1 %	< 0,1 %	0,1 %	< 0,1 %
Taux d'exploitabilité CCMU	*36,5 %*	*34,2 %*	*53,4 %*	*69,9 %*	*83,2 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	2,0 %	2,6 %	10,0 %	7,1 %	7,1 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	1,4 %	1,8 %	3,0 %	2,2 %	2,2 %
Taux d'exploitabilité du DP	*40,4 %*	*35,6 %*	*52,3 %*	*61,0 %*	*70,6 %*
Part des passages médico-chirurgicaux	73,0 %	74,3 %	78,5 %	76,9 %	76,0 %
Part des passages traumatologiques	21,9 %	21,3 %	16,8 %	16,8 %	17,7 %
Part des passages psychiatriques	1,6 %	1,3 %	1,6 %	1,8 %	1,6 %
Part des passages toxicologiques	0,7 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %
Part des autres types de recours	2,8 %	2,6 %	2,6 %	4,0 %	4,2 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*99,7 %*	*99,0 %*	*99,0 %*	*98,3 %*	*98,8 %*
Durée moyenne de passage	5h46	5h58	6h12	5h46	5h56
Part des passages dont la durée est < à 4h	36,0 %	31,4 %	31,8 %	34,4 %	33,2 %
Lors d'une hospitalisation post-urgence	29,4 %	23,7 %	23,2 %	25,0 %	22,3 %
Lors d'un retour à domicile	48,4 %	40,0 %	34,5 %	38,1 %	37,3 %
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*84,1 %*	*84,9 %*	*81,4 %*	*79,4 %*	*89,4 %*
Part des passages avec mutation interne	59,7 %	53,5 %	43,1 %	41,6 %	37,9 %
Part des passages avec transfert externe	4,4 %	4,3 %	3,6 %	1,3 %	1,7 %
Part des passages avec retour à domicile	35,7 %	42,0 %	52,8 %	56,6 %	59,5 %
Part des décès	0,1 %	0,1 %	0,5 %	0,6 %	0,9 %

CH Boulogne-sur-Mer, CH Calais, CH de la Région de Saint-Omer, CH Dunkerque, Polyclinique de Grande-Synthe

Métropole - Flandres

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de RPU transmis	41 243	42 550	47 462	47 431	49 205
Évolution par rapport à l'année précédente		3,2 %	11,5 %	-0,1 %	3,7 %
Sex-ratio (H/F)	0,63	0,63	0,66	0,65	0,67
Âge moyen	85,1 ans	85,1 ans	84,9 ans	84,8 ans	84,6 ans
Part des [75 - 85 ans[	50,7 %	50,5 %	52,0 %	52,1 %	53,5 %
Part des [85 - 120 ans[	49,3 %	49,5 %	48,0 %	47,9 %	46,5 %
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[	21,7 %	21,1 %	21,4 %	21,3 %	21,2 %
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[	9,9 %	9,5 %	9,5 %	9,7 %	9,6 %
Part d'arrivée en horaire PDS	38,9 %	38,8 %	39,3 %	39,6 %	38,3 %
Part d'arrivée le week-end	24,9 %	25,4 %	25,8 %	26,0 %	25,4 %
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*98,8 %*	*99,4 %*	*96,2 %*	*99,7 %*	*99,7 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	21,4 %	22,8 %	25,4 %	30,6 %	31,7 %
Part d'arrivée en SMUR (dont héliporté)	3,3 %	3,0 %	1,9 %	1,8 %	1,4 %
Part d'arrivée en VSAV	12,3 %	16,2 %	16,2 %	15,4 %	16,1 %
Part d'arrivée en ambulance	62,9 %	57,8 %	56,5 %	52,2 %	50,7 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	0,1 %	0,1 %	0,1 %	< 0,1 %	< 0,1 %
Taux d'exploitabilité CCMU	*89,5 %*	*91,4 %*	*97,6 %*	*98,0 %*	*98,9 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	4,5 %	3,7 %	4,1 %	5,3 %	4,9 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	4,6 %	4,2 %	3,9 %	4,2 %	4,2 %
Taux d'exploitabilité du DP	*78,8 %*	*87,0 %*	*96,5 %*	*97,1 %*	*96,1 %*
Part des passages médico-chirurgicaux	77,4 %	75,7 %	76,7 %	77,7 %	77,8 %
Part des passages traumatologiques	18,2 %	19,5 %	18,8 %	17,9 %	18,0 %
Part des passages psychiatriques	1,6 %	1,5 %	1,4 %	1,4 %	1,5 %
Part des passages toxicologiques	0,4 %	0,5 %	0,4 %	0,3 %	0,4 %
Part des autres types de recours	2,4 %	2,7 %	2,6 %	2,7 %	2,3 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*97,4 %*	*95,8 %*	*95,6 %*	*99,0 %*	*98,7 %*
Durée moyenne de passage	7h34	7h42	7h58	7h54	7h35
Part des passages dont la durée est < à 4h	31,2 %	28,7 %	26,3 %	25,8 %	27,6 %
Lors d'une hospitalisation post-urgence	25,1 %	21,5 %	18,7 %	18,4 %	18,3 %
Lors d'un retour à domicile	38,9 %	37,3 %	34,4 %	33,4 %	37,1 %
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*97,9 %*	*98,1 %*	*99,5 %*	*99,8 %*	*99,3 %*
Part des passages avec mutation interne	53,2 %	51,2 %	47,8 %	47,6 %	48,2 %
Part des passages avec transfert externe	2,9 %	2,8 %	2,1 %	2,0 %	1,7 %
Part des passages avec retour à domicile	43,5 %	45,6 %	49,7 %	50,0 %	49,8 %
Part des décès	0,4 %	0,4 %	0,4 %	0,5 %	0,3 %

CH Armentières, CH Hazebrouck, CH Roubaix, CH Seclin, CH Tourcoing, CHU de Lille, ES Saint-Philibert, ES Saint-Vincent-de-Paul

Oise

GÉRIATRIE

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de RPU transmis	24 075	25 614	30 035	31 237	33 241
Évolution par rapport à l'année précédente		6,4 %	17,3 %	4 %	6,4 %
Sex-ratio (H/F)	0,69	0,71	0,72	0,72	0,73
Âge moyen	84,8 ans	84,8 ans	84,7 ans	84,5 ans	84,3 ans
Part des [75 - 85 ans[	52,5 %	52,9 %	53,0 %	54,3 %	55,5 %
Part des [85 - 120 ans[	47,5 %	47,1 %	47,0 %	45,7 %	44,5 %
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[	21,0 %	20,5 %	21,0 %	20,7 %	20,8 %
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[	9,9 %	9,7 %	10,0 %	9,9 %	10,1 %
Part d'arrivée en horaire PDS	39,0 %	38,5 %	38,6 %	38,9 %	37,8 %
Part d'arrivée le week-end	25,5 %	25,4 %	25,1 %	25,7 %	25,0 %
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*83,8 %*	*81,8 %*	*82,9 %*	*91,1 %*	*95,0 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	27,3 %	28,1 %	26,7 %	28,2 %	31,2 %
Part d'arrivée en SMUR (dont héliporté)	3,6 %	3,3 %	2,7 %	2,1 %	1,9 %
Part d'arrivée en VSAV	34,3 %	37,7 %	33,8 %	28,7 %	27,4 %
Part d'arrivée en ambulance	34,7 %	30,8 %	36,6 %	40,9 %	39,6 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	0,1 %	0,1 %	< 0,1 %	0,1 %	0,1 %
Taux d'exploitabilité CCMU	*58,5 %*	*66,3 %*	*77,6 %*	*81,3 %*	*91,4 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	12,5 %	20,7 %	15,1 %	13,3 %	8,6 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	3,5 %	3,6 %	3,6 %	3,0 %	2,3 %
Taux d'exploitabilité du DP	*32,3 %*	*48,4 %*	*46,8 %*	*57,5 %*	*73,7 %*
Part des passages médico-chirurgicaux	76,3 %	74,3 %	73,6 %	75,4 %	75,2 %
Part des passages traumatologiques	17,7 %	21,1 %	22,0 %	20,2 %	19,3 %
Part des passages psychiatriques	1,6 %	1,2 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %
Part des passages toxicologiques	0,5 %	0,4 %	0,4 %	0,3 %	0,3 %
Part des autres types de recours	3,9 %	2,9 %	2,8 %	2,8 %	3,9 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*97,6 %*	*97,0 %*	*99,7 %*	*99,8 %*	*99,8 %*
Durée moyenne de passage	7h51	8h41	8h38	8h22	8h28
Part des passages dont la durée est < à 4h	30,6 %	27,3 %	25,2 %	25,9 %	25,1 %
Lors d'une hospitalisation post-urgence	20,7 %	17,5 %	15,0 %	15,9 %	14,9 %
Lors d'un retour à domicile	39,6 %	35,0 %	32,6 %	32,5 %	30,5 %
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*99,5 %*	*98,2 %*	*99,2 %*	*98,5 %*	*98,3 %*
Part des passages avec mutation interne	47,9 %	46,5 %	40,7 %	39,4 %	38,3 %
Part des passages avec transfert externe	1,5 %	0,3 %	2,4 %	2,2 %	1,6 %
Part des passages avec retour à domicile	50,6 %	53,2 %	55,9 %	58,1 %	59,8 %
Part des décès	< 0,1 %	< 0,1 %	1,0 %	0,4 %	0,3 %

CH Beauvais, CH Clermont, CHICN - Site de Compiègne, CHICN - Site de Noyon, GHP-SO - Site de Creil, Polyclinique Saint-Come

Somme Littoral Sud

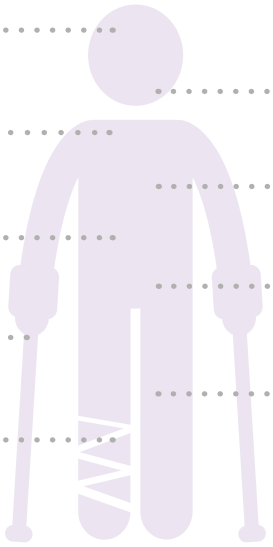
GÉRIATRIE

	2020	2021	2022	2023	2024
Nombre de RPU transmis	28 547	30 147	32 938	33 439	35 840
Évolution par rapport à l'année précédente		5,6 %	9,3 %	1,5 %	7,2 %
Sex-ratio (H/F)	0,68	0,67	0,69	0,7	0,71
Âge moyen	85,1 ans	84,9 ans	84,9 ans	84,6 ans	84,6 ans
Part des [75 - 85 ans[	50,8 %	51,6 %	51,3 %	53,9 %	53,9 %
Part des [85 - 120 ans[	49,2 %	48,4 %	48,7 %	46,1 %	46,1 %
Part d'arrivée la nuit [20h-08h[	21,0 %	20,1 %	20,3 %	20,5 %	20,5 %
Part d'arrivée en nuit profonde [00h - 08h[	9,6 %	9,1 %	9,3 %	9,6 %	9,7 %
Part d'arrivée en horaire PDS	38,6 %	37,7 %	38,1 %	38,2 %	37,6 %
Part d'arrivée le week-end	25,0 %	25,2 %	25,2 %	25,2 %	25,4 %
Taux d'exploitabilité du mode de transport	*93,0 %*	*92,6 %*	*86,3 %*	*72,3 %*	*73,9 %*
Part d'arrivée avec un moyen personnel	24,2 %	27,6 %	27,4 %	30,7 %	34,1 %
Part d'arrivée en SMUR (dont héliporté)	2,1 %	1,8 %	1,5 %	1,3 %	1,3 %
Part d'arrivée en VSAV	14,5 %	15,6 %	16,1 %	13,6 %	12,3 %
Part d'arrivée en ambulance	59,1 %	55,0 %	55,0 %	54,3 %	52,1 %
Part d'arrivée avec les forces de l'ordre	< 0,1 %	< 0,1 %	< 0,1 %	0,1 %	0,1 %
Taux d'exploitabilité CCMU	*82,4 %*	*81,0 %*	*81,0 %*	*75,7 %*	*89,1 %*
Part des passages avec CCMU 1 et P	6,3 %	6,6 %	6,9 %	8,8 %	7,9 %
Part des passages avec CCMU 4 et 5	2,7 %	2,6 %	2,8 %	2,7 %	3,5 %
Taux d'exploitabilité du DP	*62,0 %*	*75,2 %*	*73,3 %*	*74,6 %*	*79,8 %*
Part des passages médico-chirurgicaux	76,8 %	77,5 %	75,7 %	76,2 %	77,6 %
Part des passages traumatologiques	19,2 %	18,4 %	20,0 %	19,6 %	18,6 %
Part des passages psychiatriques	1,5 %	1,5 %	1,6 %	1,6 %	1,4 %
Part des passages toxicologiques	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %	0,4 %
Part des autres types de recours	2,0 %	2,0 %	2,2 %	2,1 %	2,0 %
Taux d'exploitabilité de la durée de passage	*99,9 %*	*99,9 %*	*99,9 %*	*99,8 %*	*99,8 %*
Durée moyenne de passage	5h25	5h37	5h54	5h48	5h53
Part des passages dont la durée est < à 4h	38,1 %	36,0 %	32,0 %	35,1 %	35,2 %
Lors d'une hospitalisation post-urgence	30,2 %	27,2 %	26,2 %	29,3 %	29,7 %
Lors d'un retour à domicile	48,8 %	47,0 %	38,4 %	37,8 %	39,3 %
Taux d'exploitabilité du mode de sortie	*100,0 %*	*100,0 %*	*100,0 %*	*91,6 %*	*91,0 %*
Part des passages avec mutation interne	51,9 %	49,6 %	47,6 %	49,5 %	47,8 %
Part des passages avec transfert externe	5,5 %	5,9 %	5,2 %	5,2 %	4,8 %
Part des passages avec retour à domicile	42,3 %	44,3 %	47,1 %	45,2 %	47,3 %
Part des décès	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,1 %	< 0,1 %

CH Abbeville, CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer, CH Doullens, CHIMR - Site de Montdidier, CHU d'Amiens, SAS Cardiologie et urgences

Pathologies les plus fréquentes

Passages 2023 | 2024 Hospitalisations 2023 | 2024



Céphalées, pathologies neurologiques hors SNP
6,3 % | 6,1 % 8,5 % | **8,4 %**

Dyspnées, pathologies des voies aériennes inférieures
10,7 % | 11,5 % 15,7 % | **16,7 %**

Douleurs abdominales, pathologies digestives
9,7 % | 9,7 % 10,1 % | **10,1 %**

Traumatologie du membre supérieur
5,2 % | 5,1 % 2,2 % | **2,0 %**

Traumatologie du membre inférieur
5,6 % | 5,4 % 5,2 % | **5,0 %**

Malaises, lipothymies, syncopes, étourdisseements et vertiges
4,8 % | 4,5 % 3,2 % | **3,0 %**

Traumatologie de la tête et du cou
5,3 % | 5,4 % 2,7 % | **2,8 %**

Douleur thoraciques, pathologies cardio-vasculaires
9,8 % | 9,6 % 11,3 % | **11,2 %**

Douleurs pelviènnes, pathologies uro-génitales
7,8 % | 7,9 % 8,0 % | **8,2 %**

Douleurs de membre, rhumatologie, orthopédie, SNP
6,3 % | 6,6% 4,2 % | **4,2 %**

Signes généraux et autres pathologies
13,0 % | 12,8 % 16,4 % | **16,0 %**

Total : 82,2 % | 82,7 % 87,0 % | **87,6 %**

Diagnostics les plus fréquents : Médico-chirurgical

	Code CIM10	Passages 2023	Passages 2024	Hospitalisations 2023	Hospitalisations 2024
Dyspnée	R060	4,6 %	4,4 %	5,4 %	5,3 %
Altération [baisse] de l'état général	R530	4,7 %	4,4 %	6,6 %	6,0 %
Malaise	R531	3,8 %	3,6 %	2,3 %	2,2 %
Chutes à répétition, non classées ailleurs	R296	2,9 %	3,0 %	2,9 %	3,1 %
Douleurs abdominales, autres et non précisées	R104	2,8 %	2,7 %	2,0 %	1,9 %
Insuffisance cardiaque, sans précision	I509	2,4 %	2,5 %	3,4 %	3,7 %
Pneumopathie, sans précision	J189	2,1 %	2,5 %	3,0 %	3,7 %
Douleur thoracique, sans précision	R074	2,4 %	2,3 %	1,5 %	1,5 %
Constipation	K590	1,7 %	1,7 %	0,8 %	0,8 %
Infection des voies urinaires, siège non précisé	N390	1,5 %	1,5 %	1,6 %	1,7 %
Total		28,9 %	28,6 %	29,5 %	29,9 %

GÉRIATRIE

Diagnostics les plus fréquents : Traumatologie

	Code CIM10	Passaages 2023	Passages 2024	Hospitalisations 2023	Hospitalisations 2024
Fracture fermée du col du fémur	S7200	6,0 %	6,3 %	16,9 %	18,4 %
Commotion cérébrale	S060	4,7 %	5,9 %	5,4 %	7,5 %
Commotion cérébrale, sans plaie intracrânienne	S0600	4,9 %	5,2 %	3,9 %	4,1 %
Contusion de la hanche	S700	3,0 %	2,9 %	1,3 %	1,3 %
Plaie ouverte d'autres parties de la tête	S018	2,6 %	2,8 %	0,7 %	0,8 %
Plaie ouverte du cuir chevelu	S010	2,4 %	2,5 %	1,1 %	1,3 %
Contusion du genou	S800	2,3 %	2,3 %	0,7 %	0,5 %
Fracture fermée de l'extrémité inférieure du radius	S5250	1,9 %	2,1 %	1,2 %	1,5 %
Contusion de l'épaule et du bras	S400	2,1 %	2,0 %	0,3 %	0,4 %
Fracture fermée de l'extrémité supérieure de l'humérus	S4220	2,0 %	2,0 %	2,7 %	2,7 %
Total		31,9 %	34,0 %	34,2 %	38,5 %

Diagnostics les plus fréquents : Psychiatrie

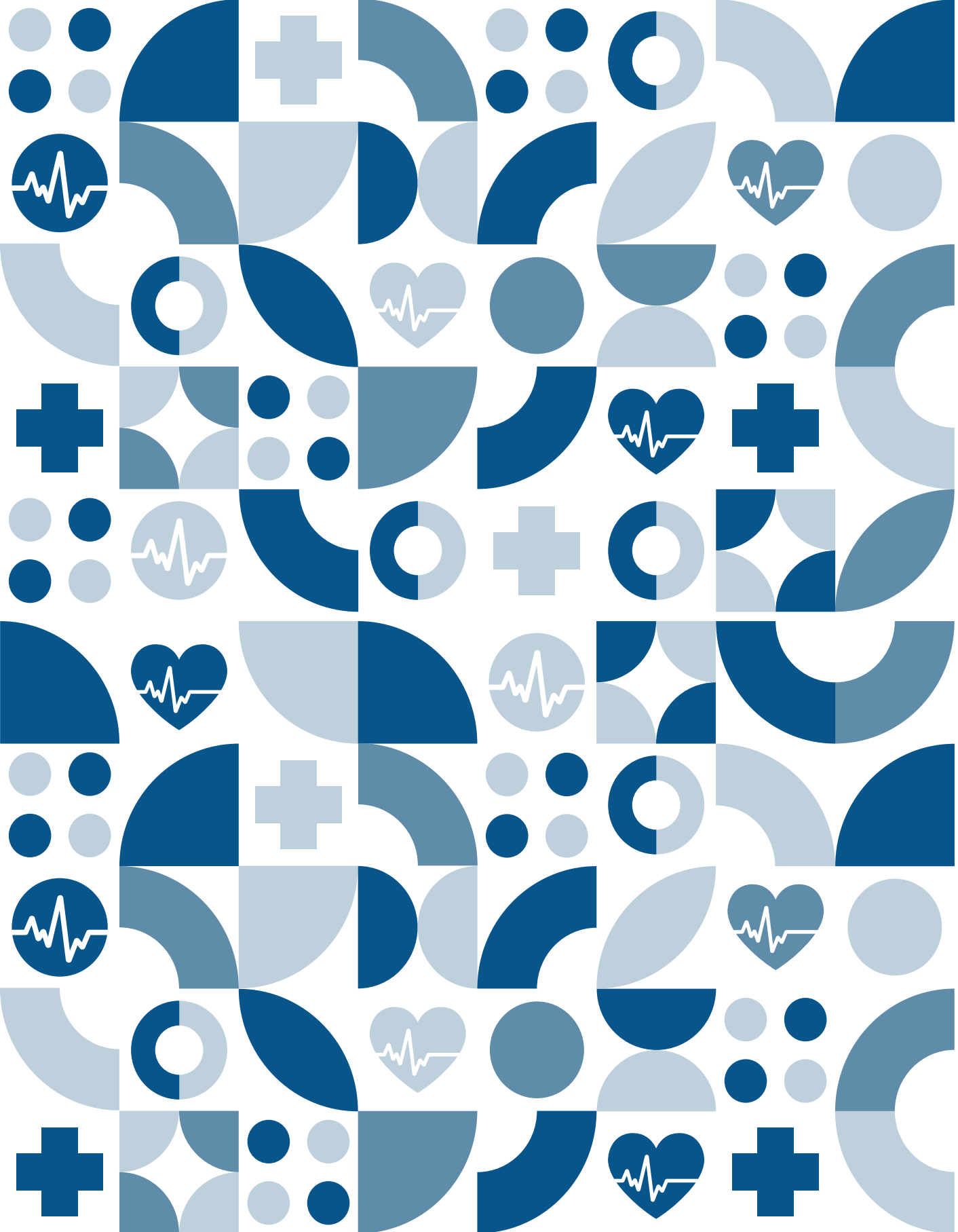
	Code CIM10	Passages 2023	Passages 2024	Hospitalisations 2023	Hospitalisations 2024
Anxiété généralisée	F411	16,4 %	15,5 %	5,7 %	6,4 %
Agitation	R451	11,6 %	12,7 %	15,5 %	16,1 %
Trouble anxieux, sans précision	F419	8,9 %	7,0 %	3,1 %	2,6 %
Épisode dépressif, sans précision	F329	4,8 %	5,7 %	7,7 %	8,3 %
Inquiétude et préoccupation exagérées pour les événements sources de tension	R466	3,9 %	4,6 %	2,2 %	1,7 %
Trouble panique [anxiété épisodique paroxystique]	F410	5,1 %	4,5 %	1,2 %	1,0 %
Autres symptômes et signes relatifs à l'humeur	R458	2,4 %	3,5 %	3,2 %	4,3 %
Trouble cognitif léger	F067	2,4 %	3,2 %	3,1 %	3,8 %
Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans précision	F69	2,8 %	2,7 %	4,0 %	3,1 %
Hallucinations, sans précision	R443	3,8 %	2,3 %	5,8 %	3,9 %
Total		62,1 %	61,7 %	51,5 %	51,2 %

Diagnostics les plus fréquents : Toxicologie

	Code CIM10	Passages 2023	Passages 2024	Hospitalisations 2023	Hospitalisations 2024
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : intoxication aiguë	F100	20,0 %	20,9 %	16,8 %	17,6 %
Intoxication par benzodiazépines	T424	12,0 %	12,0 %	16,0 %	17,4 %
Intoxication par médicaments et substances biologiques, autres et sans précision	T509	10,1 %	11,4 %	14,7 %	17,8 %
Troubles mentaux et du comportement dus à une intoxication aigüe par l'alcool, sans complication	F1000	5,3 %	5,4 %	5,3 %	3,7 %
Troubles mentaux et du comportement dus à une intoxication aigüe par l'alcool, avec traumatismes ou autres blessures physiques	F1001	3,1 %	4,7 %	1,3 %	4,1 %
Effet toxique du monoxyde de carbone	T58	2,8 %	4,2 %	1,9 %	1,9 %
Intoxication par anticoagulants	T455	4,5 %	3,8 %	4,0 %	4,4 %
Auto-intoxication par des médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision, domicile	X640	2,1 %	2,0 %	2,9 %	2,1 %
Présence d'alcool dans le sang	R780	1,9 %	1,9 %	1,5 %	1,0 %
Intoxication par bêta-bloquants, non classés ailleurs	T447	1,0 %	1,6 %	1,7 %	1,5 %
Total		62,8 %	67,9 %	66,1 %	71,5 %

Diagnostics les plus fréquents : Autres recours

	Code CIM10	Passages 2023	Passages 2024	Hospitalisations 2023	Hospitalisations 2024
Examen médical général	Z000	15,5 %	22,3 %	21,0 %	31,6 %
Sujet inquiet de son état de santé (sans diagnostic)	Z711	20,2 %	20,4 %	5,6 %	5,7 %
Acte non effectué par décision du sujet pour des raisons autres et non précisées	Z532	3,4 %	6,0 %	0,6 %	5,0 %
Allergie, sans précision	T784	3,5 %	3,4 %	2,1 %	1,8 %
Difficulté liée à l'environnement social, sans précision	Z609	3,5 %	3,4 %	7,9 %	7,4 %
Besoin d'assistance à domicile, aucun autre membre du foyer n'étant capable d'assurer les soins	Z742	2,7 %	2,8 %	9,0 %	7,6 %
Hémorragie et hématome compliquant un acte à visée diagnostique et thérapeutique, non classés ailleurs	T810	3,0 %	2,4 %	4,5 %	3,6 %
Surveillance des sutures et pansements chirurgicaux	Z480	1,7 %	1,8 %	0,5 %	0,4 %
Mise en place et ajustement d'un appareil urinaire	Z466	1,8 %	1,3 %	0,3 %	0,1 %
Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs	Z5188	0,9 %	1,3 %	0,8 %	1,3 %
Total		56,2 %	65,1 %	52,3 %	64,5 %



Partie 3

Focus par filière

Focus filière - Psychiatrique

NOMBRE DE RPU

3,94 % des recours de la filière*

65 238

RPU 2024

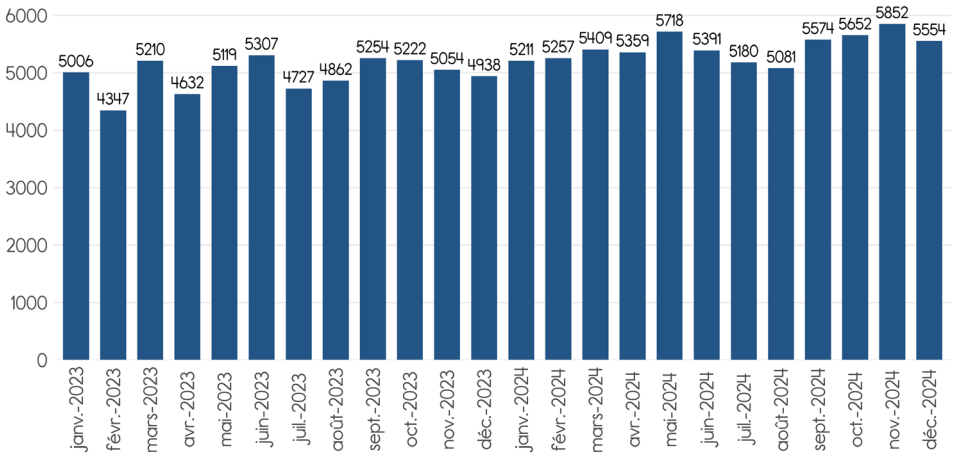
59 678	53 175
RPU 2023	RPU 2022

*Parmi les passages toutes causes avec un diagnostic principal codé et conforme à la CIM-10.

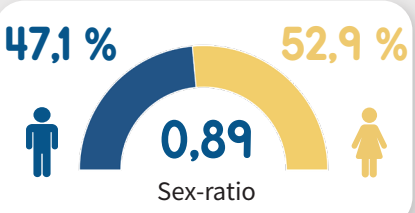
Les codes CIM-10 retenus pour l'analyse de la filière sont répartis en quatre groupes : les recours pour **agitation, trouble de personnalité et du comportement ; schizophrénie, délire, hallucinations ; angoisse, stress, trouble névrotique ou somatoforme** et **dépression et troubles de l'humeur.**

Retrouvez l'intégralité des codes utilisés en cliquant ici ou en flashant ce QR-code.

ÉVOLUTION DES PASSAGES



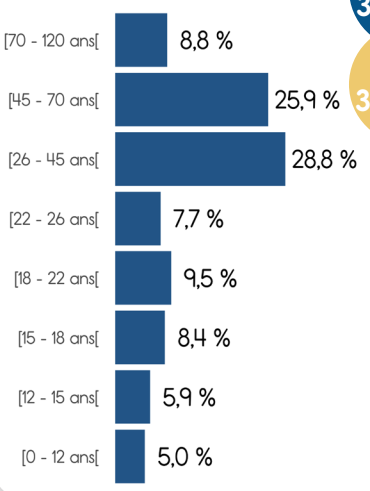
SEXE



ÂGE

Âge moyen 37,9 ans

Âge médian 35,0 ans



DURÉE DE PASSAGE

Durée moyenne	Durée médiane
5h33	3h50

Passage en moins de 4h

52,1 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Jour [8h - 20h[	Nuit [20h - 8h[
66,9 %	33,1 %

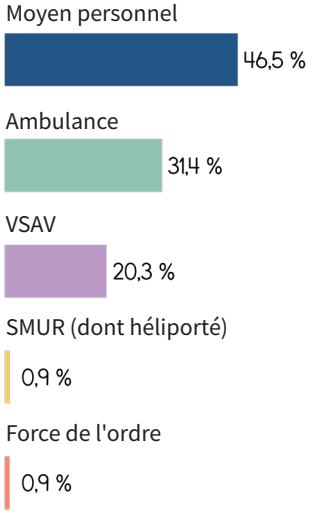
Nuit profonde [0h - 8h[

13,4 %

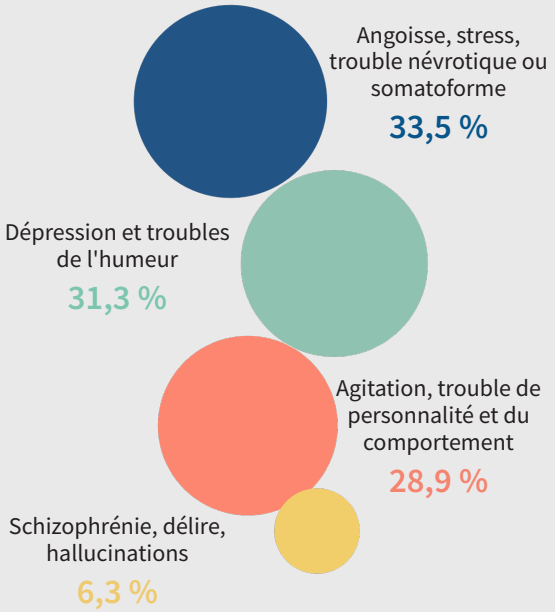
Weekend 24,7 %

PDS 46,8 %

MODE DE TRANSPORT

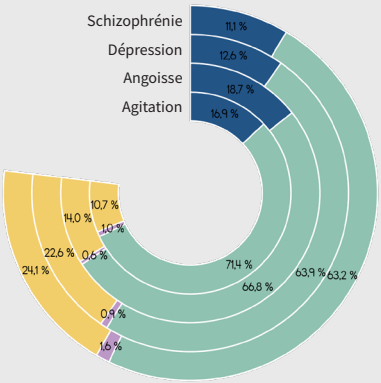


REGROUPEMENTS DES RECOURS

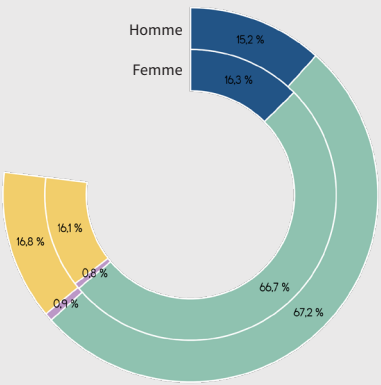


GRAVITÉ (CCMU)

Par regroupements de la filière

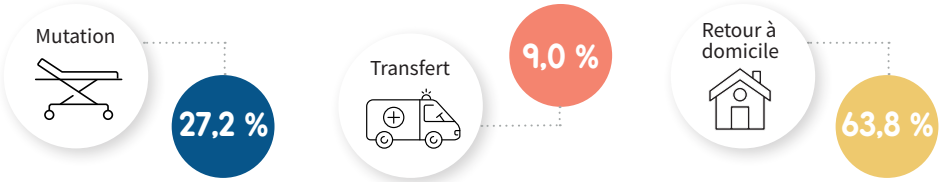


Par sexe



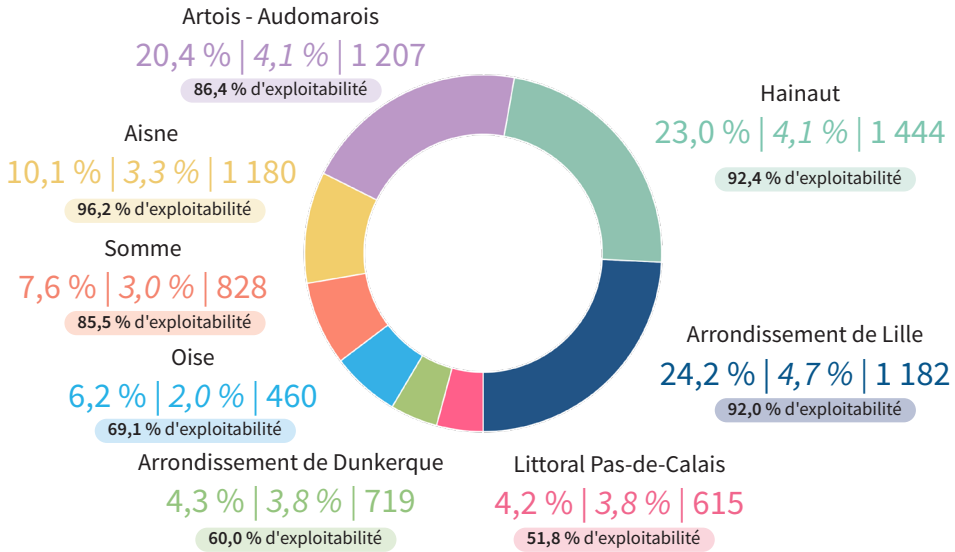
CCMU P | CCMU 4/5 | CCMU 2/3 | CCMU 1

DEVENIR POST URGENCE



RÉPARTITION DES RECOURS PAR TERRITOIRE (PTSM)

Part du territoire parmi les passages de la filière | *Part des passages de la filière par rapport à l'ensemble des passages toutes causes exploitables* | Taux de recours de la filière pour 100 000 habitants.



Les indicateurs présentés sont calculés à partir des passages aux urgences disposant d'un diagnostic principal exploitable. Ils décrivent la part et le recours à la filière étudiée au sein de chaque territoire.

Le taux d'exploitabilité du diagnostic principal conditionne directement l'interprétation des résultats : un taux faible implique qu'une part des passages du territoire n'est pas prise en compte dans l'analyse. Les indicateurs doivent donc être lus au regard de ce taux.

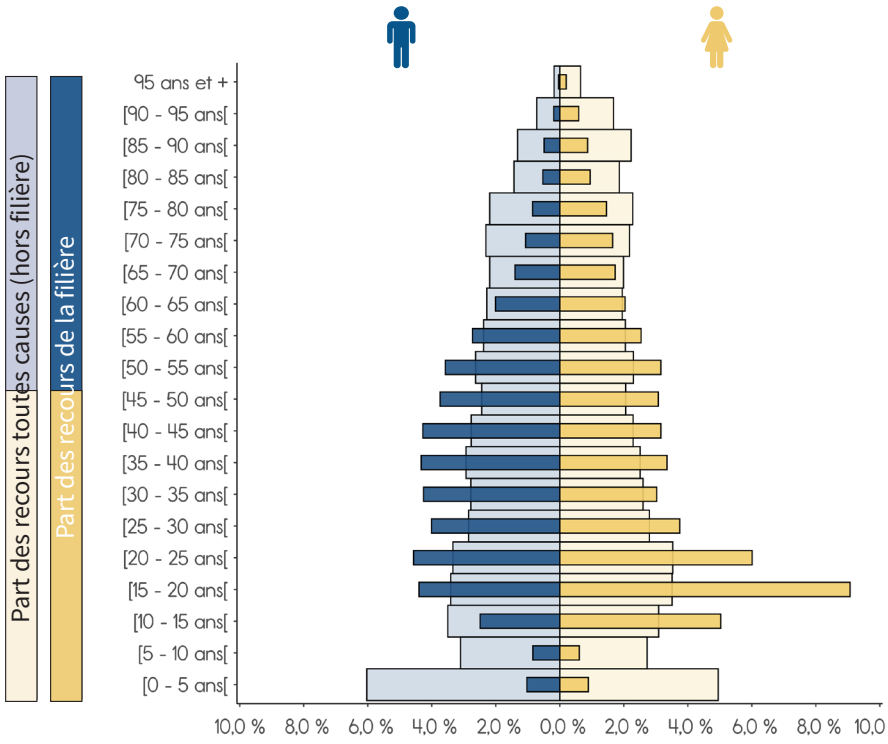
En conséquence, la comparaison entre territoires présentant des niveaux d'exploitabilité sensiblement différents doit être interprétée avec prudence, les écarts observés pouvant en partie traduire des différences de qualité ou de complétude des données plutôt que de réelles disparités d'activité.

Remarque : le taux d'exploitabilité est calculé selon la provenance des patients ; il reflète l'exploitabilité des diagnostics des passages issus d'un territoire, et non celle des établissements qui y sont implantés.

PSY

PYRAMIDE DES ÂGES DES TAUX DE RECOURS

Répartition des parts de la classe d'âge et du sexe parmi les recours toutes causes dont le diagnostic principal est exploitable et pour les recours de la filière.



Par rapport aux passages toutes causes, on observe une part des recours psychiatrique importante chez les jeunes femmes, en particulier chez celles âgées entre 10 et 25 ans, avec un pic notable entre 15 et 20 ans.

DÉTAIL DES PASSAGES CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

Top 5 diagnostics de la filière chez les moins de 5 ans	Nombre de passages	Part des passages	Part cumulée des passages
Inquiétude et préoccupation exagérées pour les événements sources de tension	565	47,3 %	47,3 %
Trouble de l'alimentation non organique du nourrisson et de l'enfant	322	27,0 %	74,3 %
Trouble de l'alimentation non organique, sans précision	58	4,9 %	79,1 %
Syndrome post-commotionnel	40	3,4 %	82,5 %
Autres troubles de l'alimentation non organique	32	2,7 %	85,2 %
Total	1 017	85,3 %	85,2 %

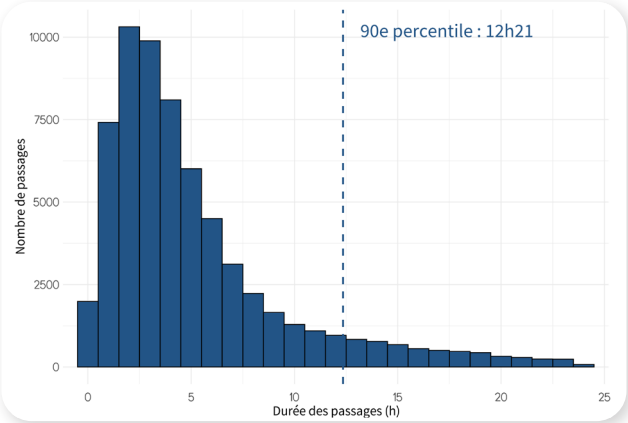
En 2024, 1 193 passages aux urgences ont été enregistrés chez les enfants de moins de 5 ans pour motif psychiatrique, soit 0,7 % de l'ensemble des recours toutes causes.

Ces passages ne reflètent pas forcément des troubles psychiatriques avérés. Dans cette tranche d'âge, ils traduisent souvent du stress, de l'inquiétude des parents.

Par exemple, 47 % concernent des inquiétudes ou préoccupations exagérées et environ 35 % des troubles de l'alimentation non organiques.

FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

Histogramme des durées de passage aux urgences de la filière.

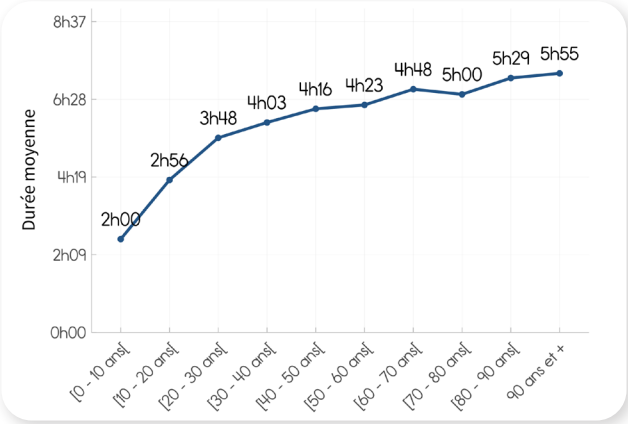


On observe un écart important de 1h43 entre la durée moyenne et la médiane, reflétant l'influence des passages très longs : 10 % dépassent 12h21.
L'âge et le mode de sortie influencent fortement ces durées : les passages se terminant par une hospitalisation sont significativement plus longs que les retours à domicile, et 56 % des passages parmi les 10 % les plus longs correspondent à des hospitalisations.

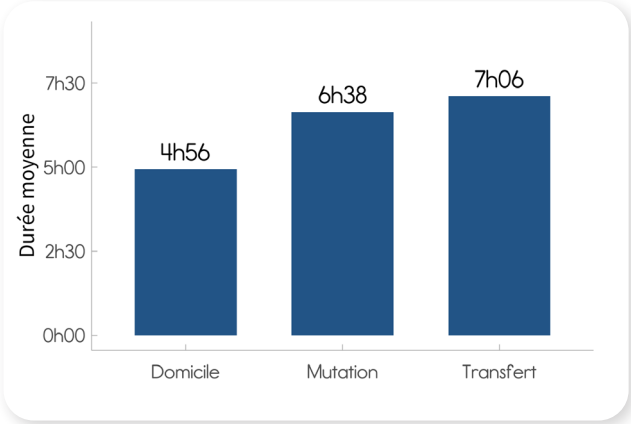
Les UHCD présentent les durées les plus élevées, avec une moyenne de 8h06 contre 5h07 pour les autres passages.

La gravité et l'heure d'arrivée (plus longue la nuit) contribuent également à l'allongement des durées.

Évolution de la durée moyenne de passage par tranche d'âge.



Durée moyenne de passage par mode de sortie.



RECONSULTATION

Pour chaque passage aux urgences, on crée un identifiant de la forme : code postal | sexe | date de naissance. Lorsque deux passages possèdent le même identifiant, on considère qu'il s'agit d'une reconsultation. Il est nécessaire de tenir compte du fait que la probabilité que deux personnes différentes aient le même identifiant et consultent dans la filière n'est pas nulle.

16 080

Reconsultations en 2024

24,7 % reconsulta-tions

8 385

Patients ont consulté la filière plus d'une fois en 2024

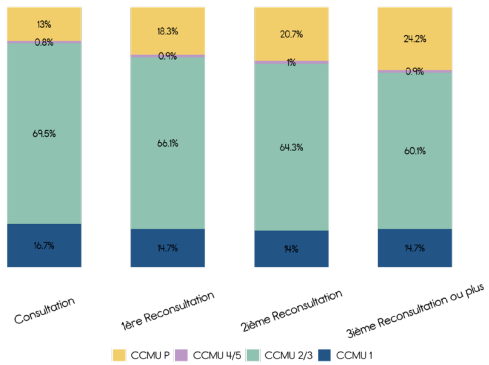
Durée moyenne

60 jours

entre la consultation et la 1ère reconsultation dans la filière (restreint aux passages de 2024).



Gravité

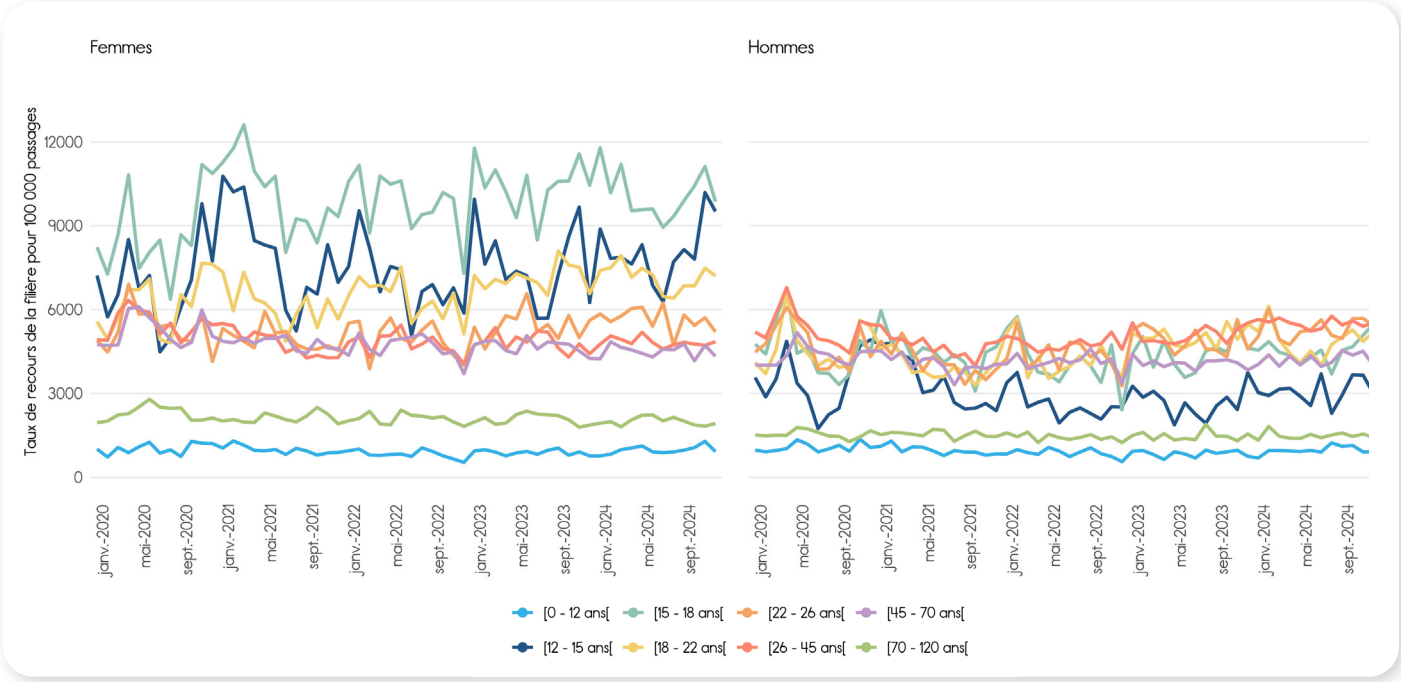


PSY

Zoom sur les jeunes femmes de 12 à 22 ans

TAUX DE RECOURS DE LA FILIÈRE PAR SEXE ET PAR CLASSE D'ÂGE

Comparaison des taux de recours à la filière entre femmes et hommes, par classe d'âge, depuis 2020.



NOMBRE DE RPU

7,3 % des recours de la filière*

16,0 % de jeunes femmes parmi les recours de la filière**

10 410

RPU 2024

9 511 RPU 2023

8 141 RPU 2022

DURÉE DE PASSAGE

Durée moyenne	Durée médiane
4h24	3h05

Passage en moins de 4h

64,3 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Jour [8h - 20h[	Nuit [20h - 8h[
66,4 %	33,6 %

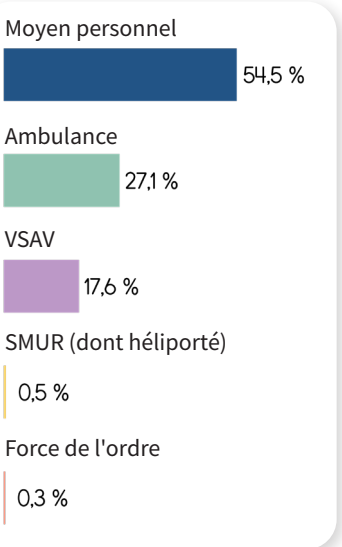
Nuit profonde [0h - 8h[

11,8 %

Weekend **20,4 %**

PDS **43,4 %**

MODE DE TRANSPORT

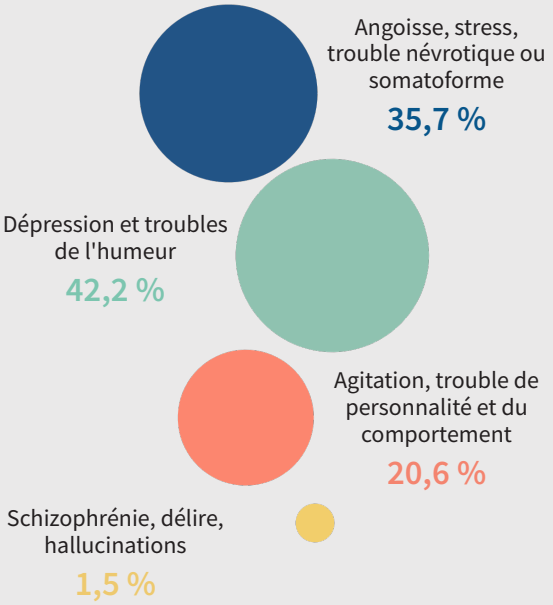


*Parmi les passages toutes causes avec un diagnostic principal codé et conforme à la CIM-10, chez les jeunes femmes entre 12 et 22 ans.
**Parmi les passages tous sexes et tous âges.

Focus par filière

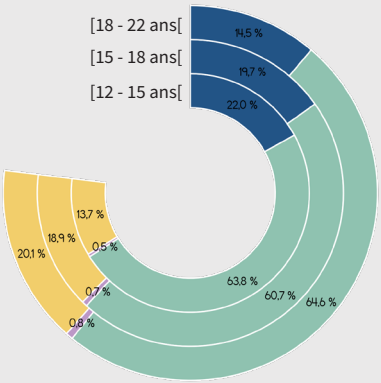
PSY

REGROUPEMENTS DES RECOURS

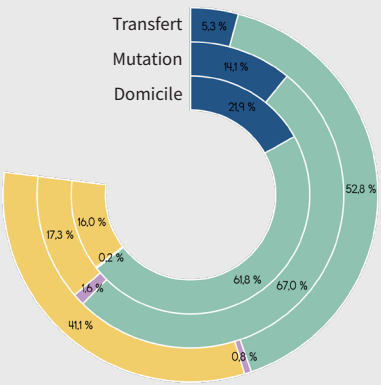


GRAVITÉ (CCMU)

Par classe d'âge

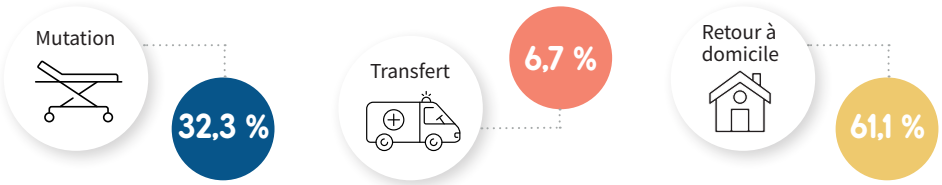


Par mode de sortie



CCMU P CCMU 4/5 CCMU 2/3 CCMU 1

DEVENIR POST URGENCE



RECONSULTATION

3 081

Reconsultations en 2024

24,7 % reconsultations

1 585

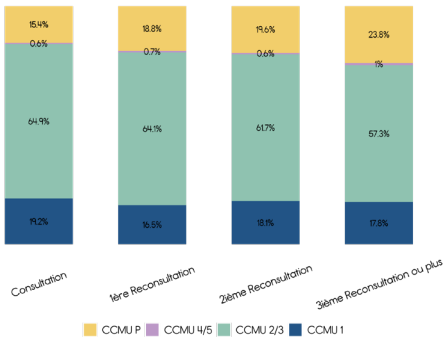
Patientes ont consulté la filière plus d'une fois en 2024

Durée moyenne

67 jours

entre la consultation et la 1ère reconsultation dans la filière (restreint aux passages de 2024).

Gravité



Au-delà des données locales sur les passages aux urgences pour motif psychiatrique, les tendances observées s'inscrivent dans un contexte national de dégradation de la santé mentale chez les jeunes, avec des différences marquées entre sexes. Une étude récente suggère que les symptômes dépressifs et anxieux chez les jeunes ont augmenté de manière significative depuis la pandémie de COVID-19, avec une prévalence plus élevée chez les femmes que chez les hommes, en particulier chez les 18-24 ans. Chez cette tranche d'âge, le taux de symptômes dépressifs a atteint des niveaux plus élevés qu'auparavant, et les femmes expérimentent davantage de symptômes que leurs homologues masculins (source).

Les données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), en collaboration avec Santé publique France, montrent également une hausse des hospitalisations pour gestes auto-infligés et comportements psychologiques chez les adolescentes et les jeunes femmes depuis 2020, phénomène observé sur l'ensemble du territoire national. Cette augmentation contrastait avec une stabilisation ou une baisse des taux chez d'autres groupes d'âge et sexes, suggérant une vulnérabilité particulière parmi les jeunes femmes (source).

Enfin, les résultats des grandes enquêtes de surveillance (comme le Baromètre de Santé publique France) confirment que la prévalence des troubles anxieux et des épisodes dépressifs caractérisés est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, et que ces troubles touchent particulièrement les jeunes adultes (source).

Focus filière - Tentative de suicide (TS)

NOMBRE DE RPU

0,62 % des recours de la filière*

10 280

RPU 2024

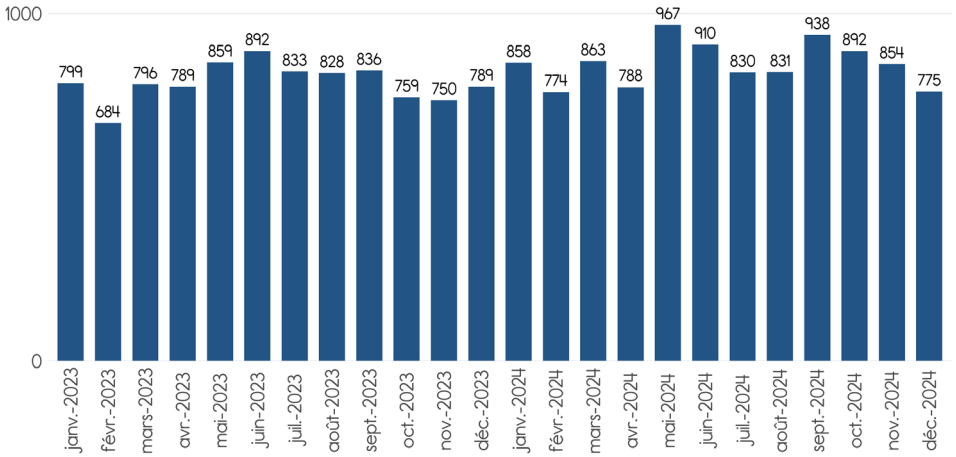
9 614	8 176
RPU 2023	RPU 2022

*Parmi les passages toutes causes avec un diagnostic principal codé et conforme à la CIM-10.

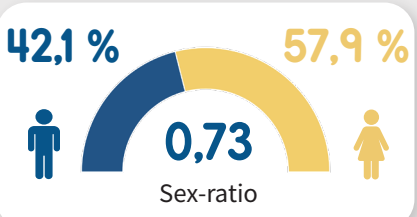
Les codes CIM-10 retenus pour l'analyse de la filière sont répartis en quatre groupes : les recours pour **intoxications aigues non alimentaires** et **traumatologie autre et sans précision.**

Retrouvez l'intégralité des codes utilisés en cliquant ici ou en flashant ce QR-code.

ÉVOLUTION DES PASSAGES



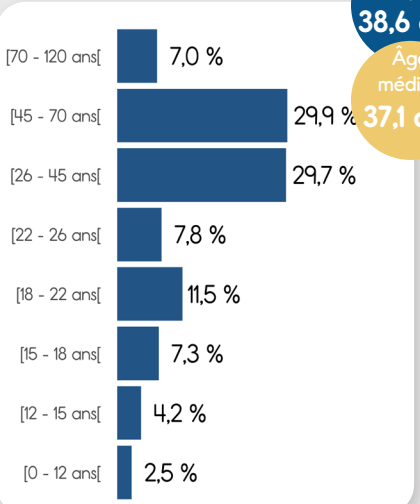
SEXE



ÂGE

Âge moyen 38,6 ans

Âge médian 37,1 ans



DURÉE DE PASSAGE

Durée moyenne	Durée médiane
7h10	4h31

Passage en moins de 4h

44,8 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Jour [8h - 20h[	Nuit [20h - 8h[
54,9 %	45,1 %

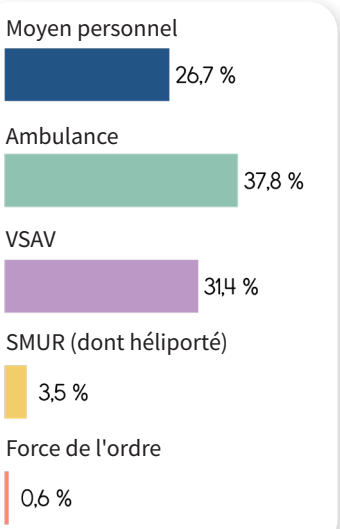
Nuit profonde [0h - 8h[

19,1 %

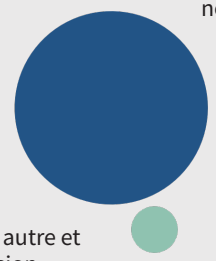
Weekend 28,9 %

PDS 59,4 %

MODE DE TRANSPORT



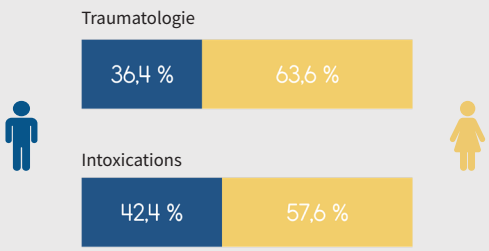
REGROUPEMENTS DES RECOURS



Intoxications aigues non alimentaires
95,0 %

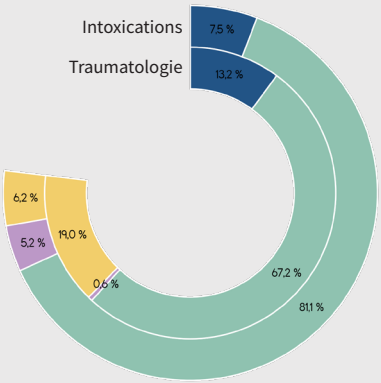
Traumatologie autre et sans précision
5,0 %

Par sexe

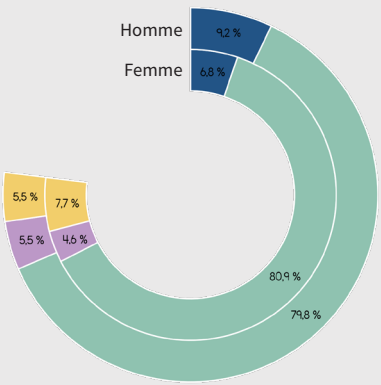


GRAVITÉ (CCMU)

Par regroupements de la filière



Par sexe

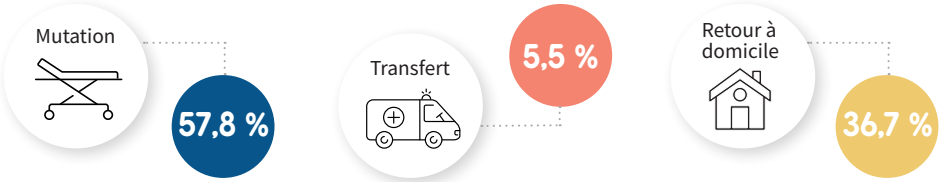


CCMU P | CCMU 4/5 | CCMU 2/3 | CCMU 1

Focus par filière

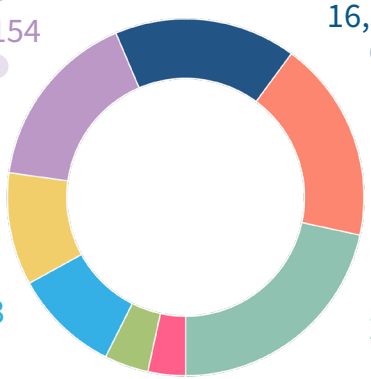
TS

DEVENIR POST URGENCE



RÉPARTITION DES RECOURS PAR TERRITOIRE (PTSM)

Part du territoire parmi les passages de la filière | *Part des passages de la filière par rapport à l'ensemble des passages toutes causes exploitables* | Taux de recours de la filière pour 100 000 habitants.



Artois - Audomarois
16,4 % | *0,5 %* | 154
86,4 % d'exploitabilité

Arrondissement de Lille
16,5 % | *0,5 %* | 128
92,0 % d'exploitabilité

Aisne
10,2 % | *0,5 %* | 190
96,2 % d'exploitabilité

Somme
18,3 % | *1,1 %* | 316
85,5 % d'exploitabilité

Oise
9,6 % | *0,5 %* | 113
69,1 % d'exploitabilité

Hainaut
21,6 % | *0,6 %* | 216
92,4 % d'exploitabilité

Arrondissement de Dunkerque
4,0 % | *0,7 %* | 106
60,0 % d'exploitabilité

Littoral Pas-de-Calais
3,4 % | *0,5 %* | 78
51,8 % d'exploitabilité

Les indicateurs présentés reposent uniquement sur les passages disposant d'un diagnostic principal exploitable. Leur interprétation dépend donc du taux d'exploitabilité, qui doit être pris en compte à la lecture des résultats.

Remarque : le taux d'exploitabilité est calculé selon la provenance des patients, et non selon les établissements implantés sur le territoire.

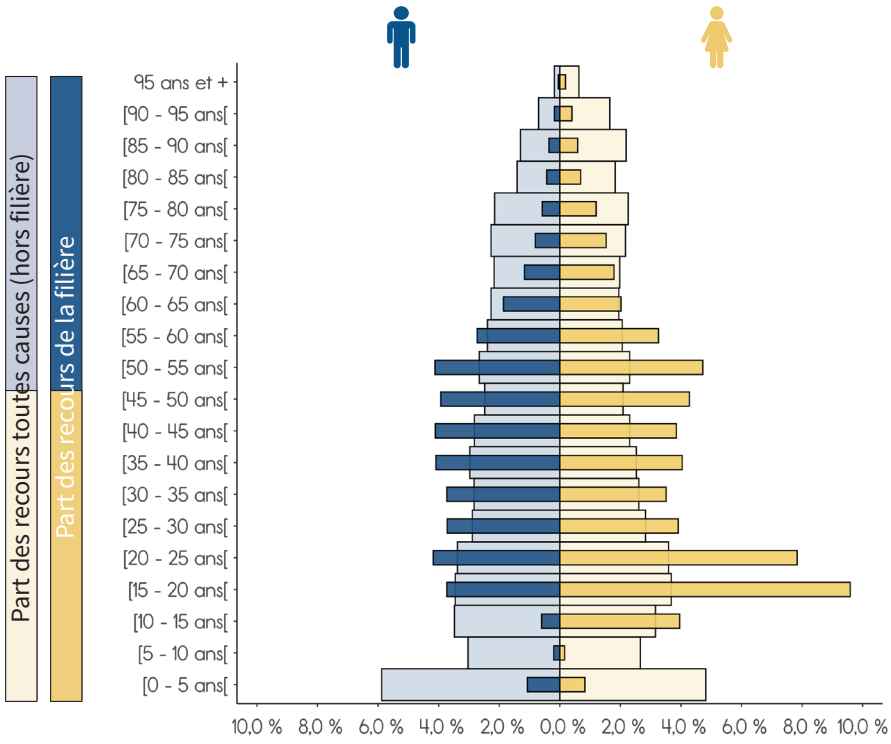
Limites d'interprétation :
L'analyse des passages pour tentative de suicide à partir des données RPU présente certaines limites. Les passages pris en charge par les urgences toxicologique de Lille, qui représente une part non négligeable de l'activité, ne sont pas inclus dans ces données.

Par ailleurs, les RPU ne permettent pas d'identifier l'intentionnalité du geste : certains passages classés comme tentatives de suicide peuvent correspondre à des intoxications médicamenteuses accidentelles, notamment chez les enfants.
Ces informations seront disponibles dans les RPU V3, permettant à terme une analyse plus fine.

TS

PYRAMIDE DES ÂGES DES TAUX DE RECOURS

Répartition des parts de la classe d'âge et du sexe parmi les recours toutes causes dont le diagnostic principal est exploitable et pour les recours de la filière.



À l'instar des passages psychiatriques, les passages pour tentative de suicide présentent une surreprésentation des jeunes femmes âgées de 15 à 25 ans.

DÉTAIL DES PASSAGES CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

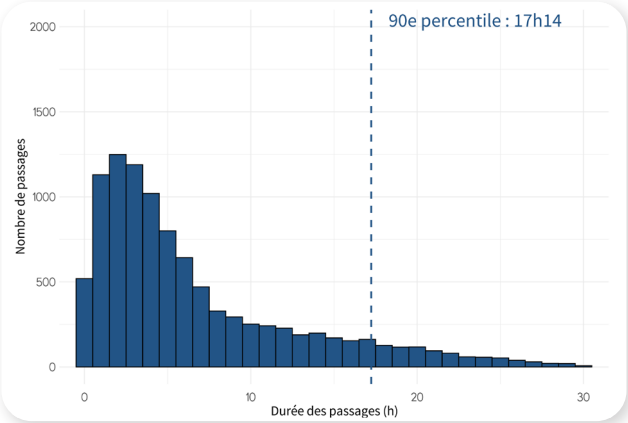
Top 5 diagnostics de la filière chez les moins de 5 ans	Nombre de passages	Part des passages	Part cumulée des passages
Intoxication par médicaments et substances biologiques, autres et sans précision	66	34,7 %	34,7 %
Intoxication par benzodiazépines	19	10,0 %	44,7 %
Intoxication par astringents et détergents locaux	7	3,7 %	48,4 %
Intoxication par cannabis (dérivés)	6	3,2 %	51,6 %
Intoxication par médicaments contre le coryza [rhume banal]	6	3,2 %	54,7 %
Total	104	54,7 %	54,7 %

En 2024, 190 passages aux urgences ont été enregistrés chez les enfants de moins de 5 ans pour tentative de suicide, soit 0,1 % de l'ensemble des passages dans cette classe d'âge.

Ces passages ne reflètent pas forcément des tentatives de suicide : dans cette tranche d'âge, ils concernent exclusivement des intoxications ou auto-intoxications (médicamenteuses, produits chimiques, etc.), traduisant plutôt des situations accidentelles.

FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

Histogramme des durées de passage aux urgences de la filière.

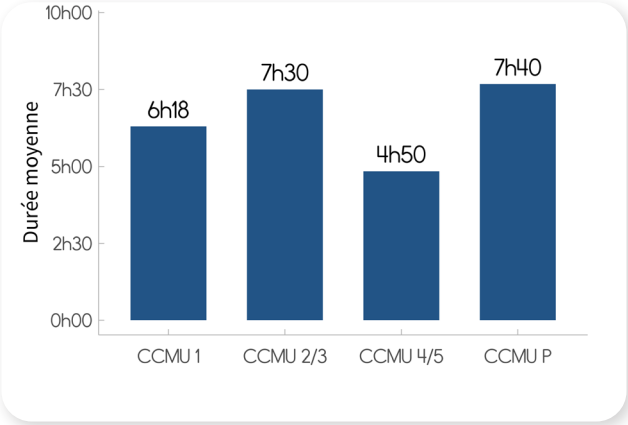


On observe un écart important de 2h39 entre la durée moyenne et la médiane des passages pour tentative de suicide, reflétant l'influence des passages très longs : 10 % dépassent 17h14.

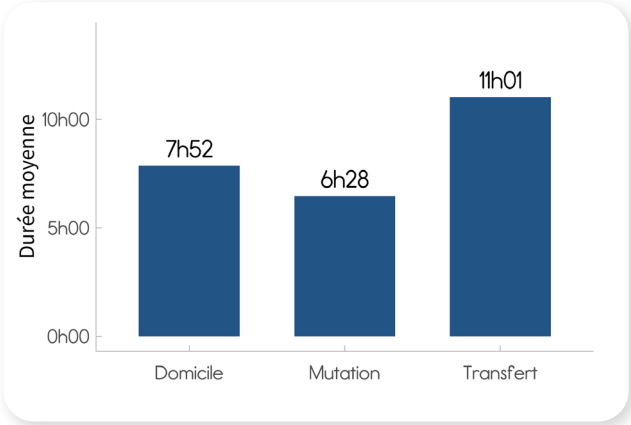
Les durées les plus longues concernent principalement les transferts, avec une moyenne proche de 11 h, et atteignent 11h33 en moyenne pour ceux se terminant par une hospitalisation en psychiatrie.

Les passages de faible gravité (CCMU 1, 2/3 et P) et l'âge contribuent également à l'allongement des durées.

Durée moyenne de passage par niveau de gravité



Durée moyenne de passage par mode de sortie.



RECONSULTATION

Pour chaque passage aux urgences, on crée un identifiant de la forme : code postal | sexe | date de naissance. Lorsque deux passages possèdent le même identifiant, on considère qu'il s'agit d'une reconsultation. Il est nécessaire de tenir compte du fait que la probabilité que deux personnes différentes aient le même identifiant et consultent dans la filière n'est pas nulle.

12,7 % reconsultations

1 301

Reconsultations en 2024

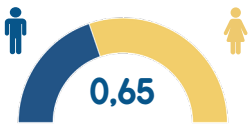
860

Patients ont consulté la filière plus d'une fois en 2024

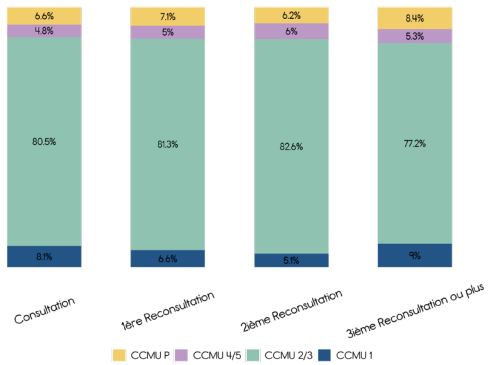
Durée moyenne

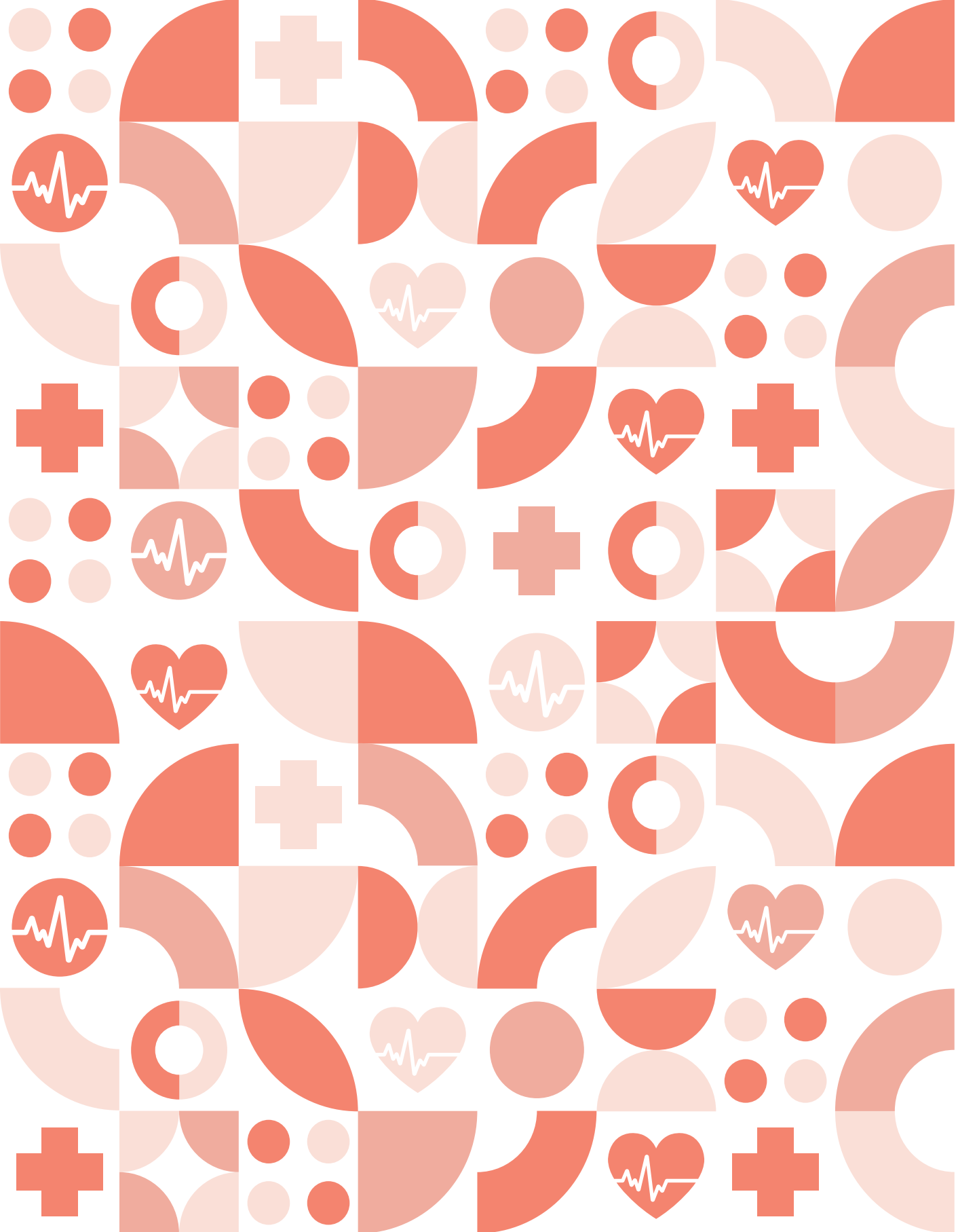
73 jours

entre la consultation et la 1ère reconsultation dans la filière (restreint aux passages de 2024).



Gravité





Partie 3

Focus par établissement

Méthodologie

Introduction

Ce chapitre présente les principaux indicateurs issus des données RPU pour chaque établissement. Les analyses sont distinguées selon le type de flux, avec une séparation entre les passages adultes et pédiatriques pour les établissements disposant d'un service d'urgence pédiatrique dédié.

Précisions sur les données utilisées

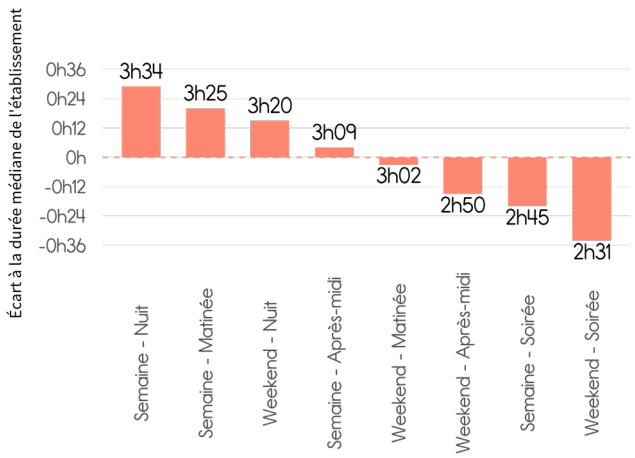
Chaque indicateur présenté doit être interprété en tenant compte de l'exploitabilité des données mobilisées (voir le radar d'exploitabilité). Les décès peuvent être codés de différentes façons (notamment via le mode de sortie ou le score CCMU), ce qui peut expliquer les faibles effectifs observés pour certains indicateurs.

Méthodologie sur le focus durée de passage

Cette analyse vise à identifier les variations de la durée de passage aux urgences en fonction de plusieurs variables : l'âge, le niveau de gravité (CCMU), l'année, ainsi que le jour de la semaine et la tranche horaire d'entrée. Pour cela, seules les données avec une durée de passage exploitable ont été utilisées, c'est-à-dire les passages dont la durée est calculable, positive et inférieure à 72 heures. De la même manière, pour les analyses portant sur d'autres items. De plus, l'indicateur retenu est la médiane, et non la moyenne, afin de mieux représenter la tendance centrale dans des distributions de durées. Contrairement à la moyenne, la médiane est moins sensible aux valeurs extrêmes (par exemple, un séjour très long), ce qui en fait une mesure plus robuste et pertinente dans ce contexte.

Aide à la lecture du graphique

Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de la région.
Hauts-de-France, 2024, Inéa | ORU.



Pour chaque combinaison de jour de la semaine et de tranche horaire, on calcule la durée médiane de passage. Cette valeur est ensuite comparée à la médiane globale de l'établissement, et la différence est représentée graphiquement de la manière suivante :

- Une différence positive, illustrée par une barre au-dessus de zéro, indique une durée plus longue ;
- Une différence négative, représentée par une barre en dessous de zéro, correpond à une durée plus courte.
- Une différence nulle, lorsque la barre est proche de zéro, signifie que la durée médiane pour ce créneau est équivalente à la médiane globale de l'établissement.

Les tranches horaires ont été définies comme suit : Matinée : [8h - 12h[; Après-midi : [13h - 19[; Soirée : [19h - 0h[; Nuit : [0h - 8h[

Dans le graphique présenté, on observe que les passages survenant en semaine de nuit et de matinée sont associés à des durées médianes supérieures à la référence régionale, ici de 3h05, alors que des créneaux comme semaine en soirée et weekend en soirée montrent des durées nettement plus courtes.

À noter : la durée médiane observée pour chaque créneau est indiquée en étiquette au-dessus (ou au-dessous) de chaque barre. Elle représente la durée propre au créneau horaire concerné, et non à l'écart par rapport à la médiane globale de l'établissement. Pour mesurer cette différence, il convient de comparer directement les valeurs ou de se référer à l'axe des ordonnées du graphique, qui indique l'écart par rapport à la médiane de référence.
Les données des es unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ne sont pas présentes dans les données RPU, elles ne sont donc pas excluses dans l'analyse.

Sommaire

02

- CH de Château-Thierry
- CH de Chauny
- CH de Laon
- CH de Saint-Quentin
- CH de Soissons
- CH d'Hirson
- Polyclinique Saint-Claude

80

- CH d'Abbeville
- CH de Doullens
- CH de Péronne
- CHIMR - Site de Montdidier
- CHU d'Amiens
- SAS Cardiologie et Urgences

62

- CH de Lens
- Clinique Anne d'Artois
- AHNAC - Polyclinique de la Clarence
- AHNAC - Polyclinique de Riaumont
- AHNAC - Polyclinique d'Hénin-Beaumont
- CH d'Arras
- CH de Béthune
- CH de Boulogne-sur-Mer
- CH de Calais
- CH de la Région de Saint-Omer (CHRSO)
- CH de l'Arrondissement de Montreuil (CHAM)

60

- CH de Beauvais
- CH de Clermont
- CHICN - Site de Compiègne
- CHICN - Site de Noyon
- GHPSO - Site de Creil
- Polyclinique Saint-Côme

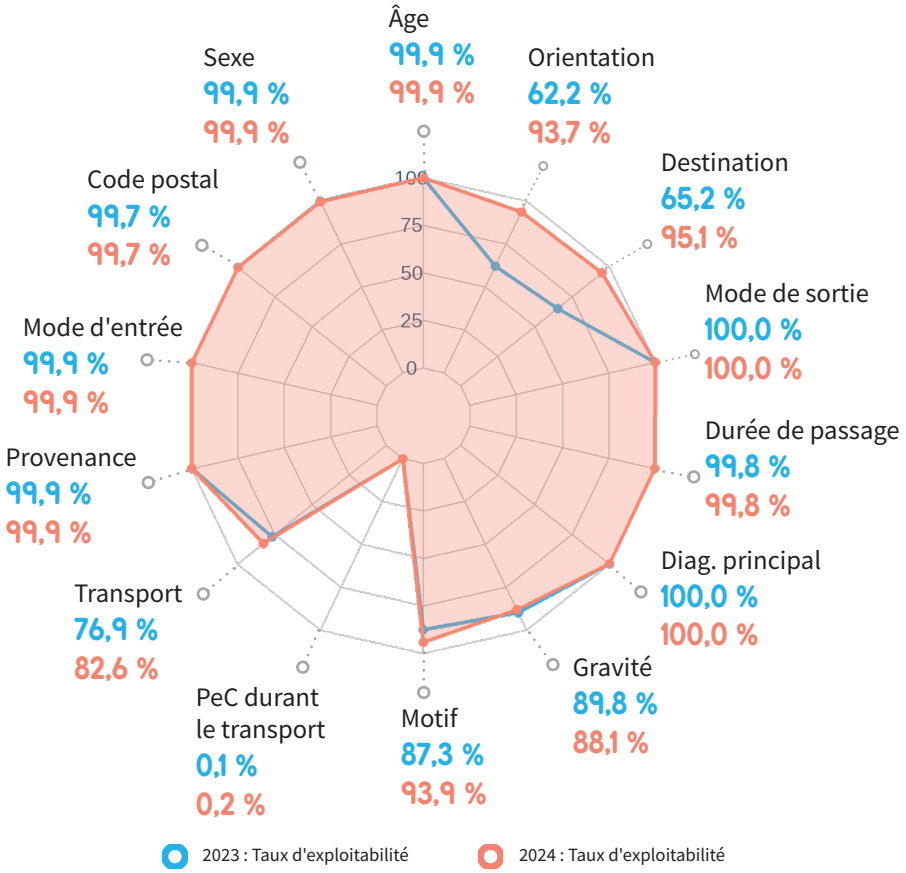
59

- GHICL - ES Saint-Philibert
- GHICL - ES Saint-Vincent
- Polyclinique de Grande-Synthe
- Polyclinique Vauban
- CH d'Armentières
- CH de Cambrai
- CH de Denain
- CH de Douai
- CH de Dunkerque
- CH de Fourmies
- CH de Roubaix
- CH de Sambre-Avesnois (CHSA)
- CH de Seclin
- CH de Tourcoing
- CH de Valenciennes
- CH d'Hazebrouck
- CH Le Cateau-Cambrésis
- CHU de Lille
- Clinique Saint-Amé

AISNE
CH d'Hirson

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 40,4 ans

Âge médian 37,4 ans



NOMBRE DE RPU

+ 2,1 % par rapport à 2023

+ 4,2 % par rapport à 2022

+ 19,2 % par rapport à 2021

14 849
RPU 2024

14 539 RPU 2023

14 249 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,04

Femmes		Hommes	
2023	48,3 %	2023	51,7 %
2024	49,1 %	2024	50,9 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 1h32

Durée moyenne 1h59

Passage en moins de 4h

2023 89,6 %

2024 90,0 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 91,4 % 2024 91,0 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 81,2 % 2024 85,9 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 27,6 %

PDS 42,7 %

Jour : [8h - 20h[

- 75,7 %

Nuit : [20h - 8h[

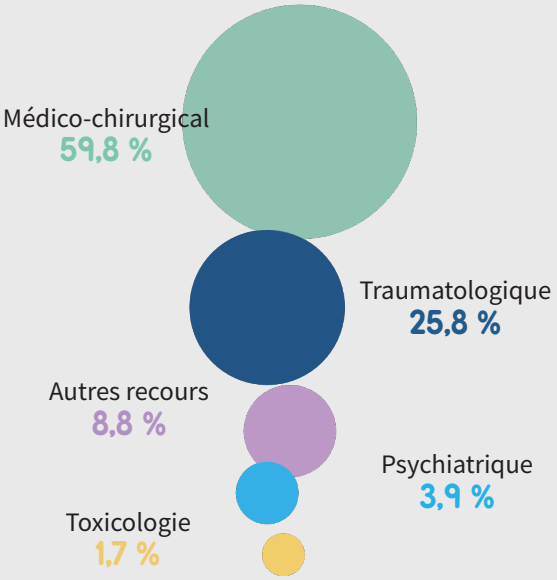
- 24,3 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 10,2 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=9

CCMU 1 et P	CCMU 2
13,3 %	72,9 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
8,5 %	5,2 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

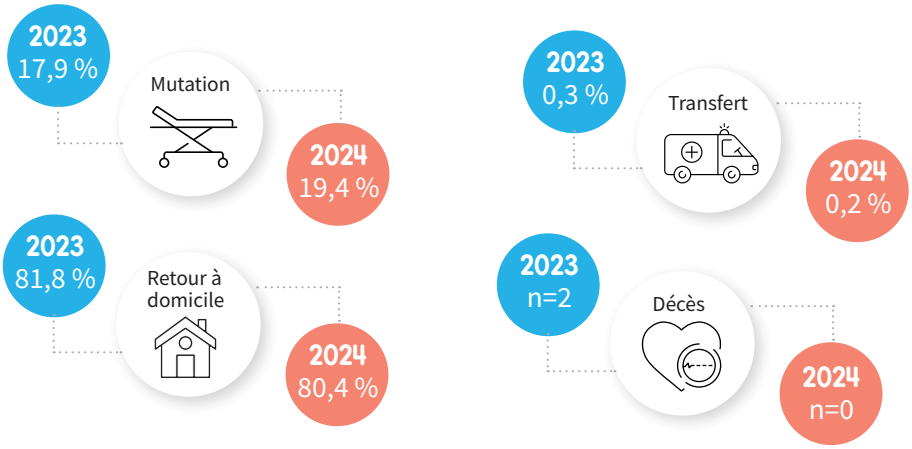
Nombre total de DP différents renseignés : 1 586

Représentant 95 % des recours exploitables : 850

90 % des recours exploitables : 525

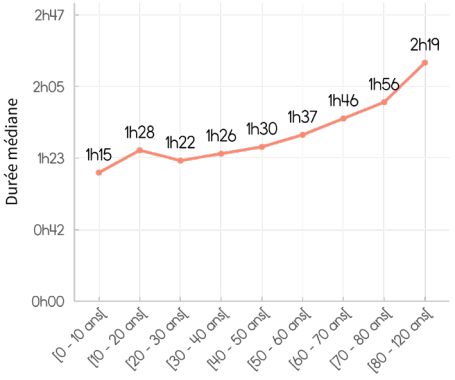
75 % des recours exploitables : 181

DEVENIR POST URGENCE

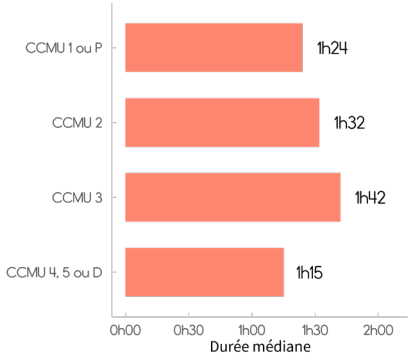


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



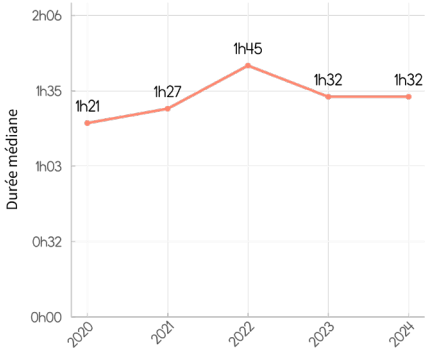
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

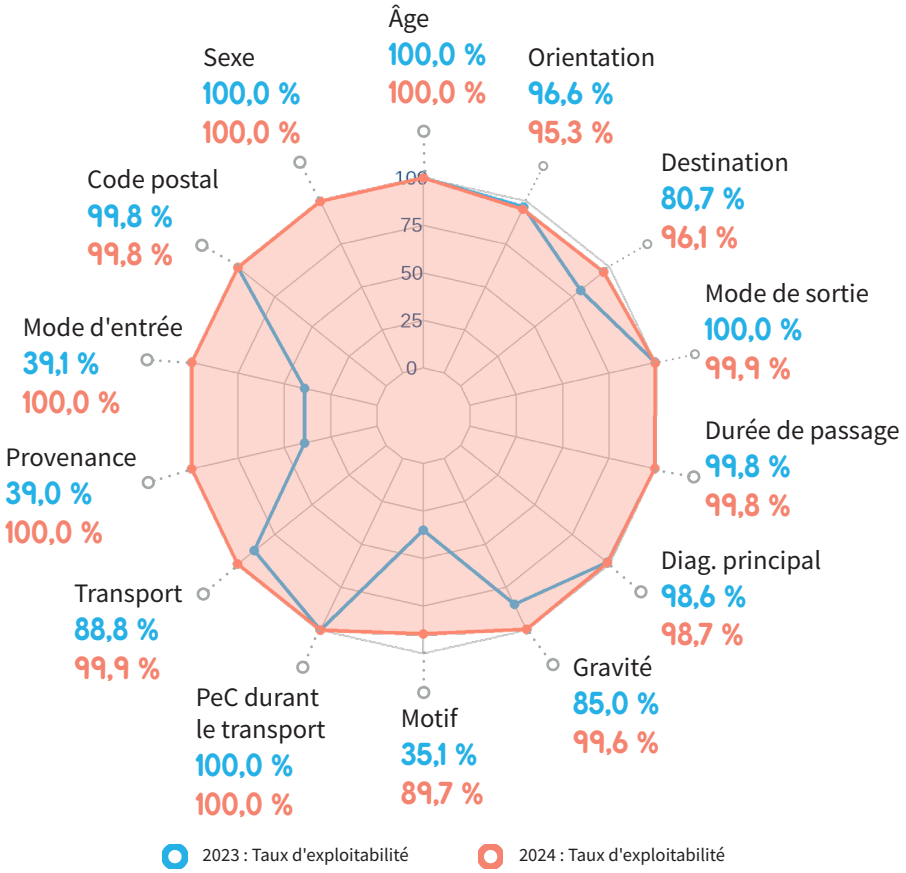


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

AISNE
CH de Château-Thierry

Type de flux : Polyvalent

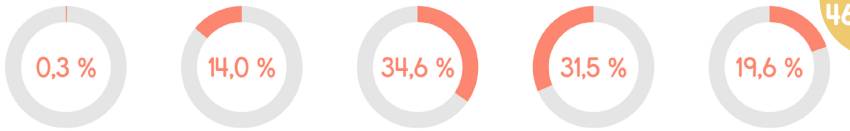
EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 47,8 ans

Âge médian 46,0 ans



NOMBRE DE RPU

- 1,7 % par rapport à 2023
- 2,9 % par rapport à 2022
+ 3,6 % par rapport à 2021

25 831
RPU 2024

26 276 RPU 2023

26 614 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,06

Femmes		Hommes	
2023	48,6 %	2023	51,4 %
2024	48,6 %	2024	51,4 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 2h44

Durée moyenne 4h39

Passage en moins de 4h

2023 63,4 %

2024 63,4 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 70,8 % 2024 69,7 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 45,9 % 2024 47,8 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 25,9 %

PDS 41,1 %

Jour : [8h - 20h[

- 75,8 %

Nuit : [20h - 8h[

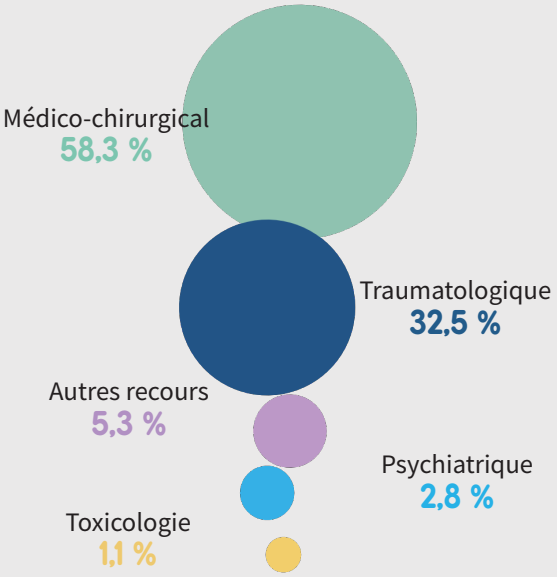
- 24,2 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 11,3 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=2

CCMU 1 et P	CCMU 2
21,4 %	73,1 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
4,7 %	0,9 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

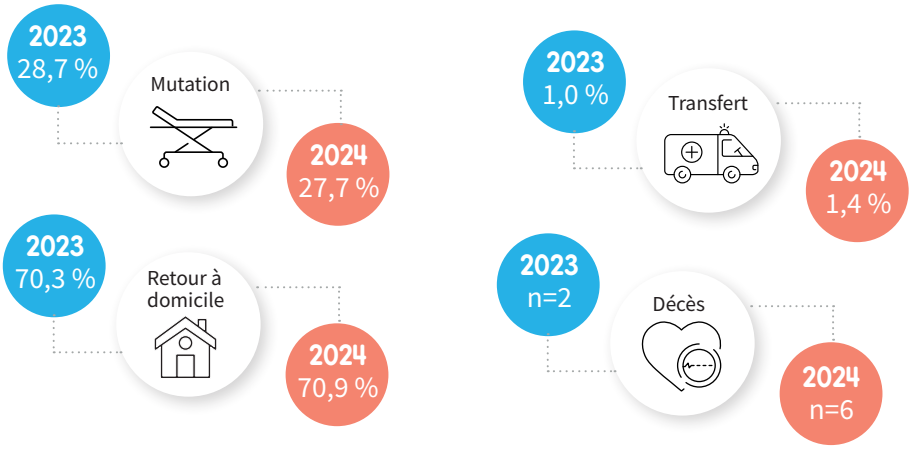
Nombre total de DP différents renseignés : 1 585

Représentant 95 % des recours exploitables : 673

90 % des recours exploitables : 393

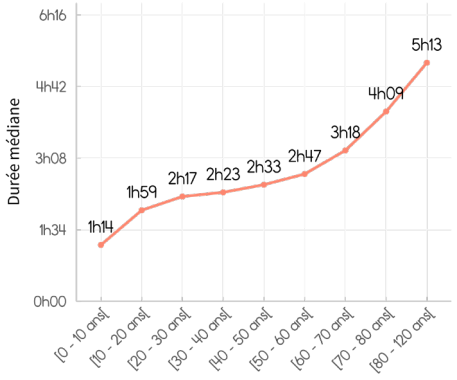
75 % des recours exploitables : 158

DEVENIR POST URGENCE

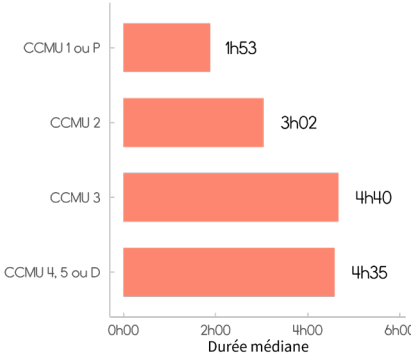


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

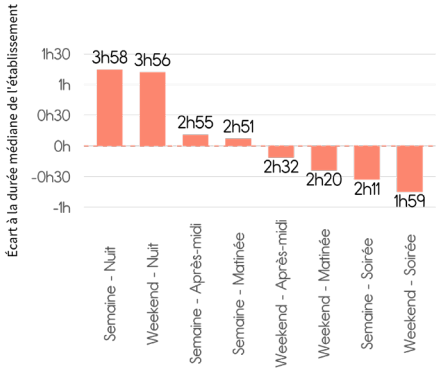
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



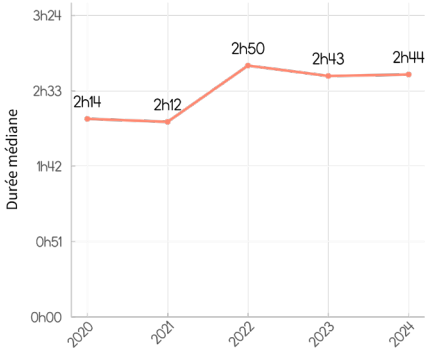
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

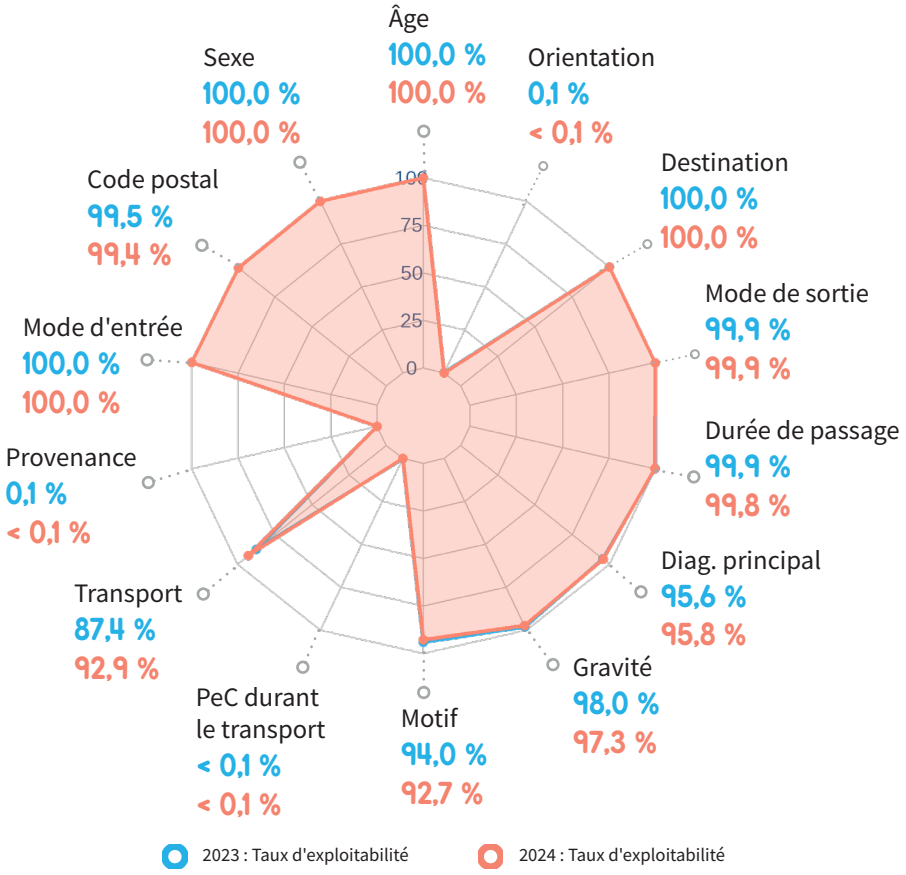


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

AISNE
CH de Chauny

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 48,9 ans

Âge médian 48,0 ans



NOMBRE DE RPU

+ 4,2 % par rapport à 2023

+ 4,3 % par rapport à 2022

+ 10,5 % par rapport à 2021

16 421
RPU 2024

15 757 RPU 2023

15 740 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,01

Femmes		Hommes	
2023	49,6 %	2023	50,4 %
2024	49,7 %	2024	50,3 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 3h06

Durée moyenne 5h00

Passage en moins de 4h

2023 64,7 %

2024 61,0 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 73,1 % 2024 69,1 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 19,1 % 2024 15,9 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 25,0 %

PDS 41,9 %

Jour : [8h - 20h[

- 73,2 %

Nuit : [20h - 8h[

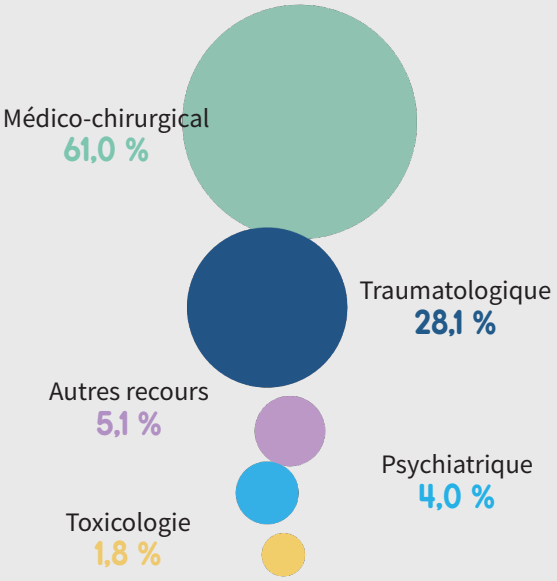
- 26,8 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 11,4 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=24

CCMU 1 et P	CCMU 2
69,6 %	26,1 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
3,7 %	0,5 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

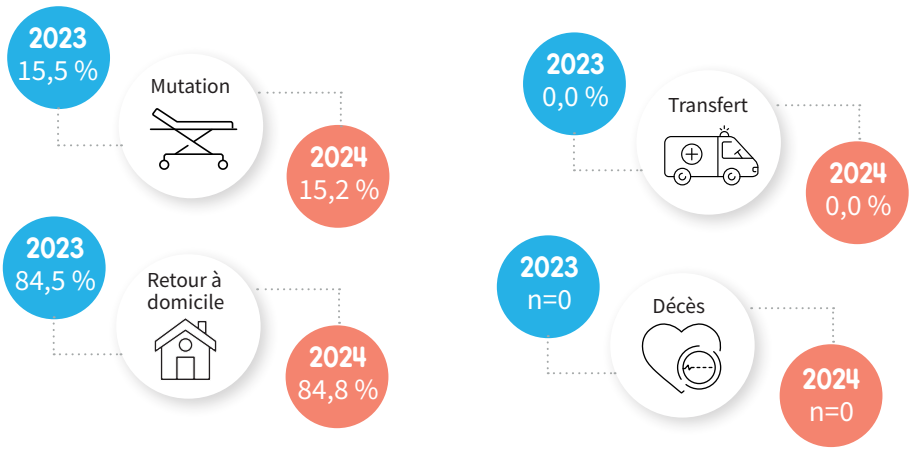
Nombre total de DP différents renseignés : 1 578

Représentant 95 % des recours exploitables : 831

90 % des recours exploitables : 506

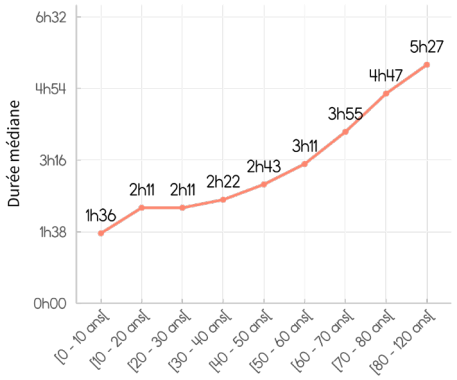
75 % des recours exploitables : 189

DEVENIR POST URGENCE

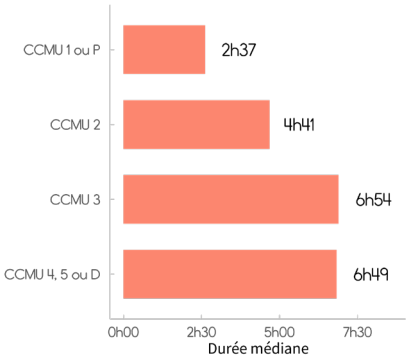


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

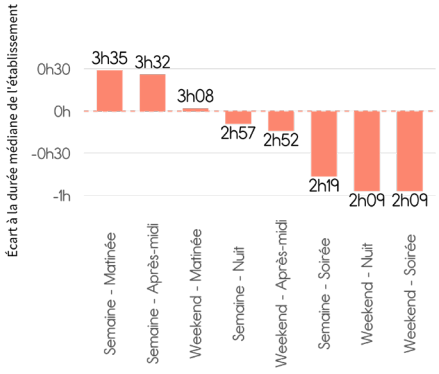
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



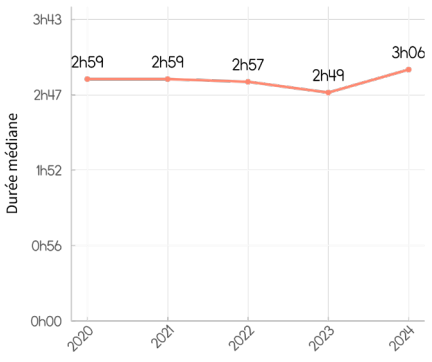
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

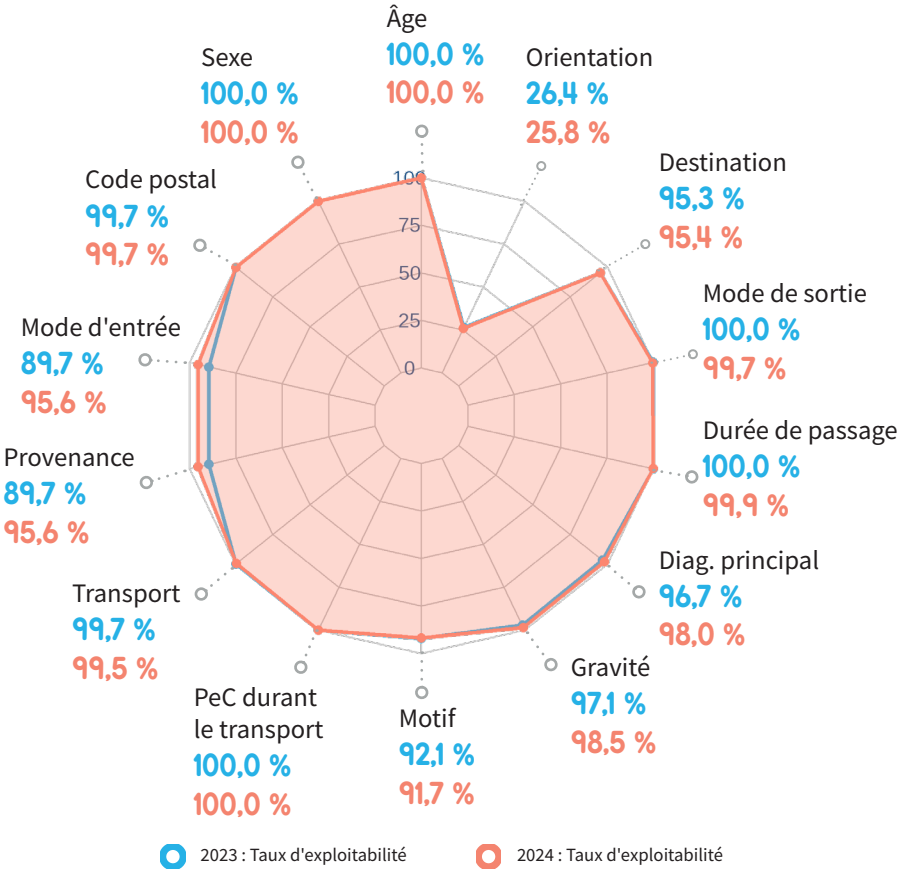


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

AISNE
CH de Laon

Type de flux : Adulte

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 46,9 ans

Âge médian 44,3 ans



NOMBRE DE RPU

+ 0,5 % par rapport à 2023

+ 3,2 % par rapport à 2022

+ 10,3 % par rapport à 2021

25 267
RPU 2024

25 146 RPU 2023

24 492 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,15

Femmes		Hommes	
2023	46,6 %	2023	53,4 %
2024	46,6 %	2024	53,4 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 3h38

Durée moyenne 4h50

Passage en moins de 4h

2023 66,0 %

2024 54,1 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 76,5 % 2024 62,5 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 28,0 % 2024 22,7 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 25,7 %

PDS 41,4 %

Jour : [8h - 20h[

- 75,4 %

Nuit : [20h - 8h[

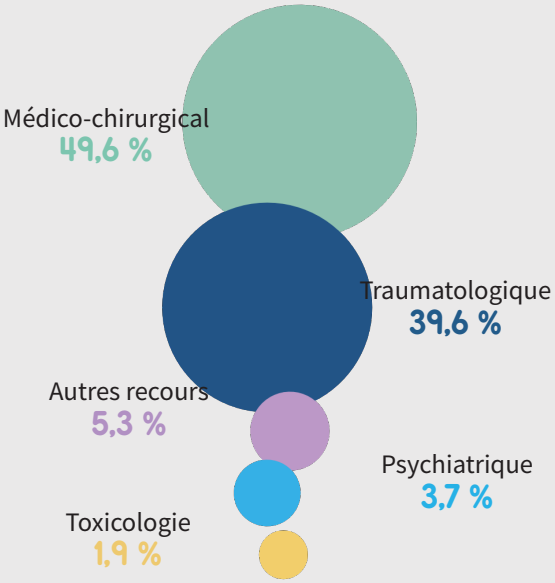
- 24,6 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 10,9 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D n=4

CCMU 1 et P 3,3 %	CCMU 2 93,2 %
CCMU 3 2,7 %	CCMU 4 et 5 0,8 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

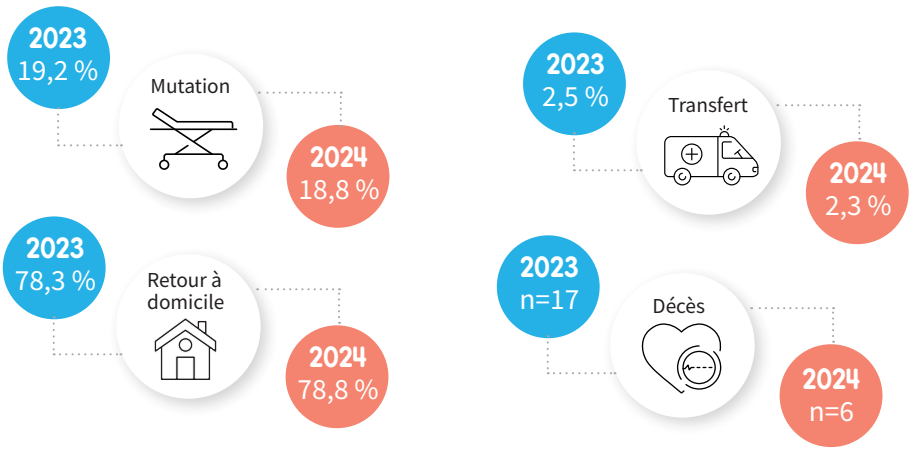
Nombre total de DP différents renseignés : 1 241

Représentant 95 % des recours exploitables : 494

90 % des recours exploitables : 312

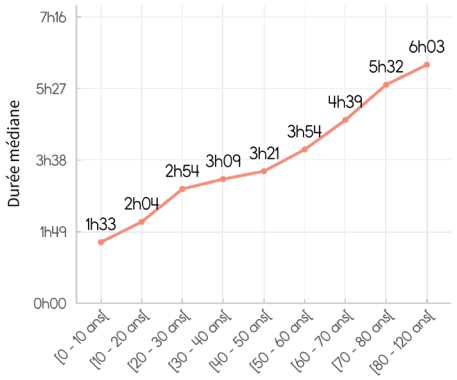
75 % des recours exploitables : 131

DEVENIR POST URGENCE

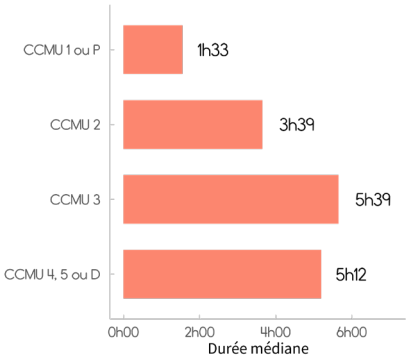


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

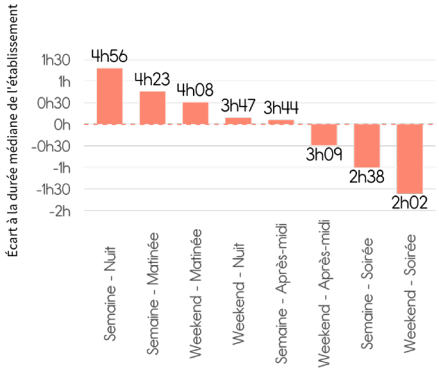
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



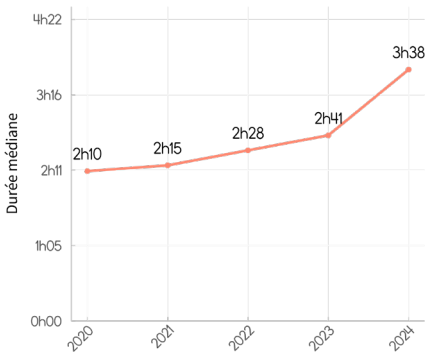
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

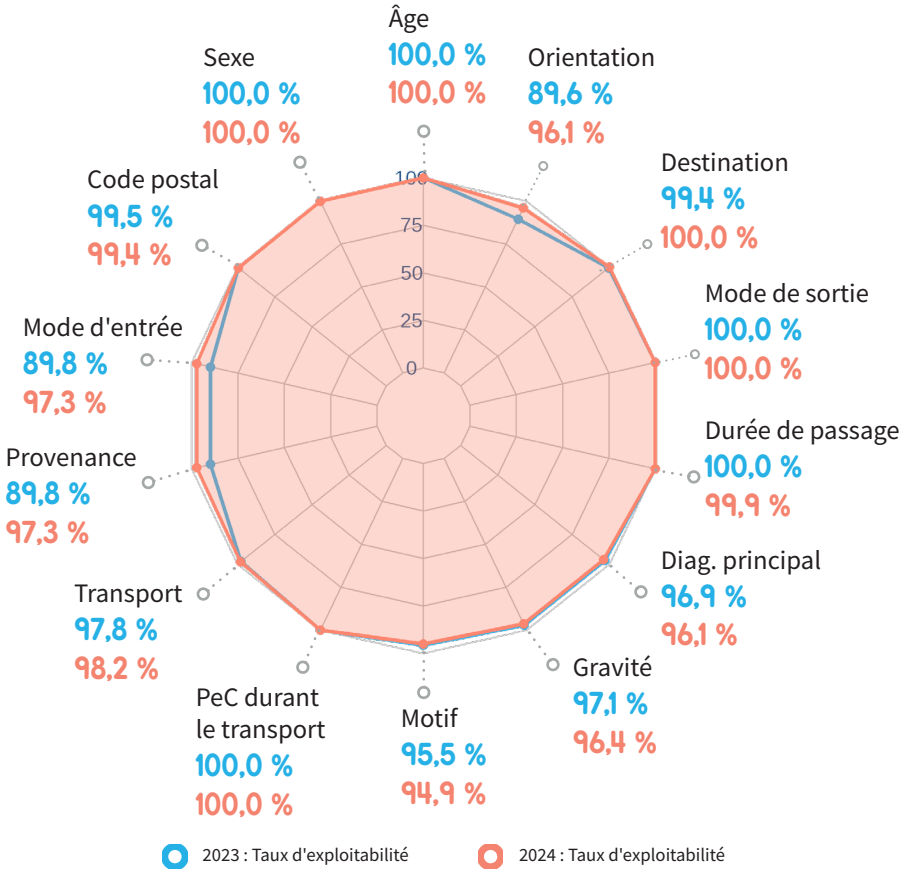


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

AISNE
CH de Laon

Type de flux : Pédiatrique

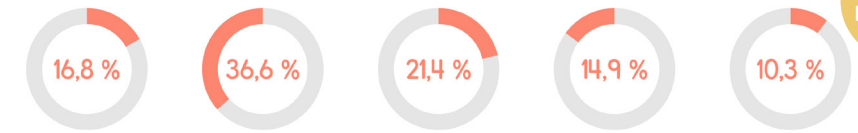
EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 6,2 ans

Âge médian 4,5 ans



NOMBRE DE RPU

+ 4,4 % par rapport à 2023

+ 2,0 % par rapport à 2022

+ 43,7 % par rapport à 2021

9 913
RPU 2024

9 492 RPU 2023

9 714 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,02

Femmes		Hommes	
2023	49,0 %	2023	51,0 %
2024	49,6 %	2024	50,4 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 1h14

Durée moyenne 1h36

Passage en moins de 4h

2023 95,4 %

2024 94,9 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 96,6 % 2024 95,6 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 80,4 % 2024 86,4 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 25,9 %

PDS 44,0 %

Jour : [8h - 20h[

- 73,2 %

Nuit : [20h - 8h[

- 26,8 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 8,3 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D n=2

CCMU 1 et P	CCMU 2
30,9 %	67,8 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
1,2 %	0,1 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

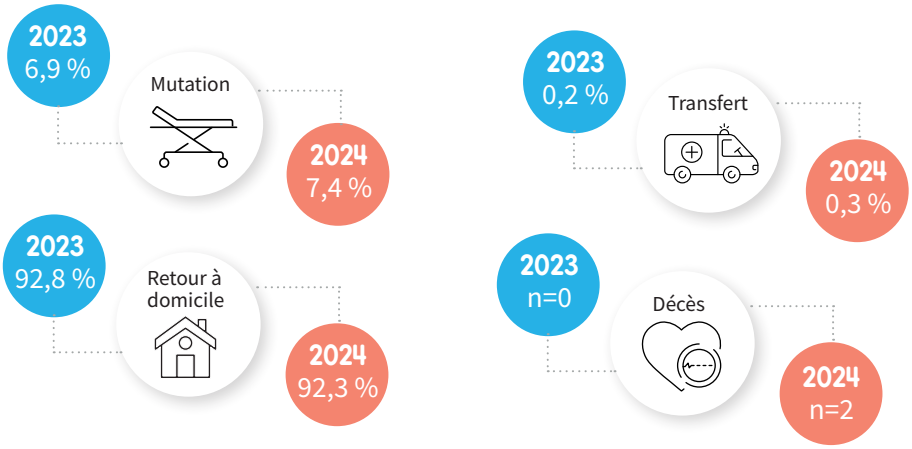
Nombre total de DP différents renseignés : 578

Représentant 95 % des recours exploitables : 232

90 % des recours exploitables : 133

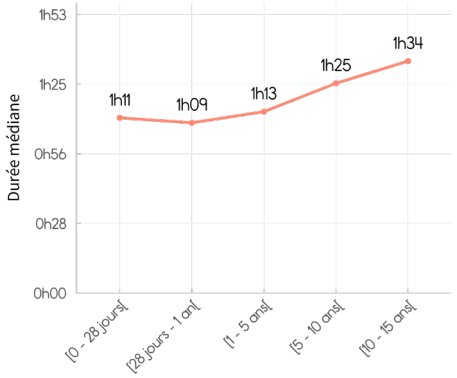
75 % des recours exploitables : 43

DEVENIR POST URGENCE

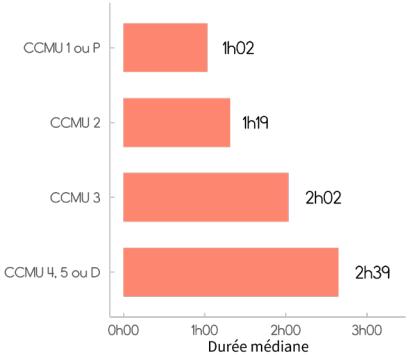


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

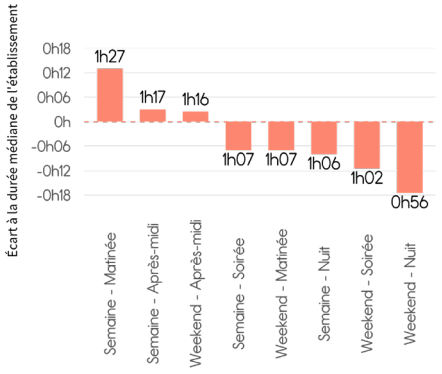
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



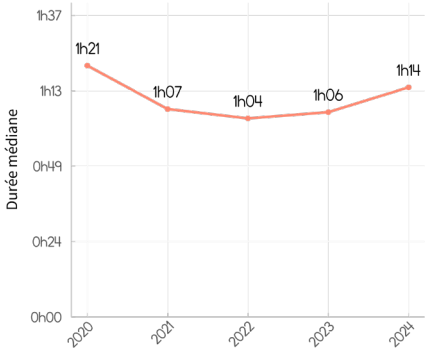
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

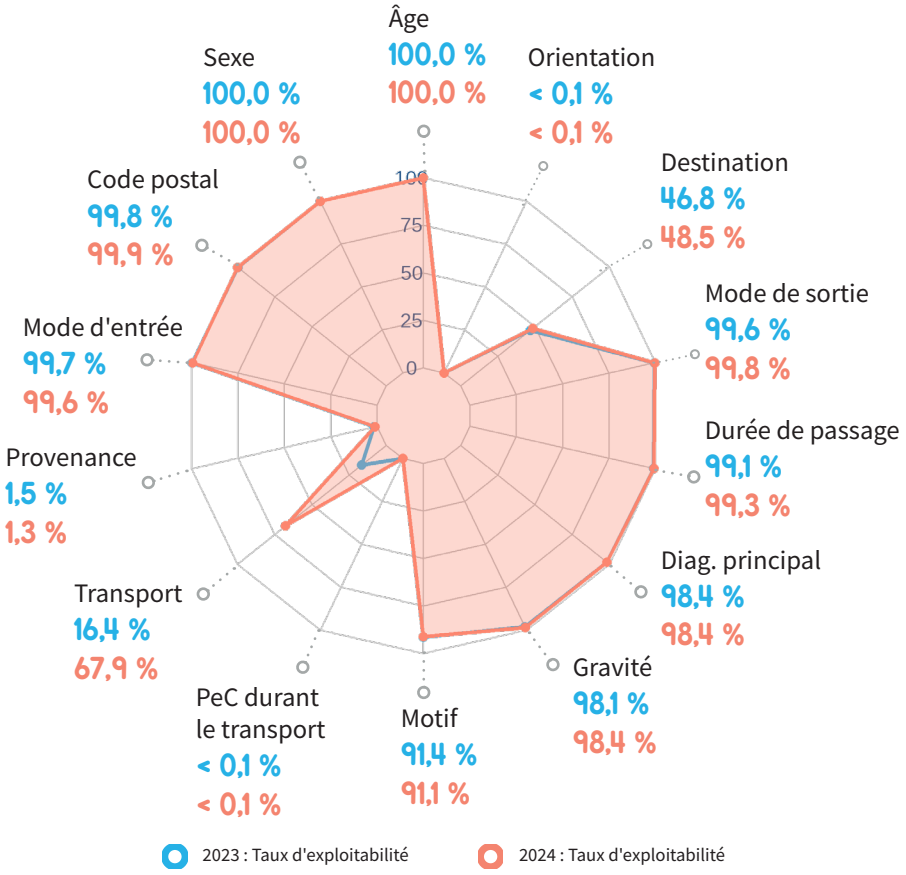


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

AISNE
CH de Saint-Quentin

Type de flux : Adulte

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 53,4 ans

Âge médian 52,5 ans



NOMBRE DE RPU

+ 7,9 % par rapport à 2023

+ 10,4 % par rapport à 2022

+ 21,7 % par rapport à 2021

40 972
RPU 2024

37 967 RPU 2023

37 104 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,07

Femmes		Hommes	
2023	47,5 %	2023	52,5 %
2024	48,4 %	2024	51,6 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 4h34

Durée moyenne 7h21

Passage en moins de 4h

2023 43,1 %
2024 43,5 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 50,7 % 2024 50,6 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 20,1 % 2024 20,3 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,6 %

PDS 44,1 %

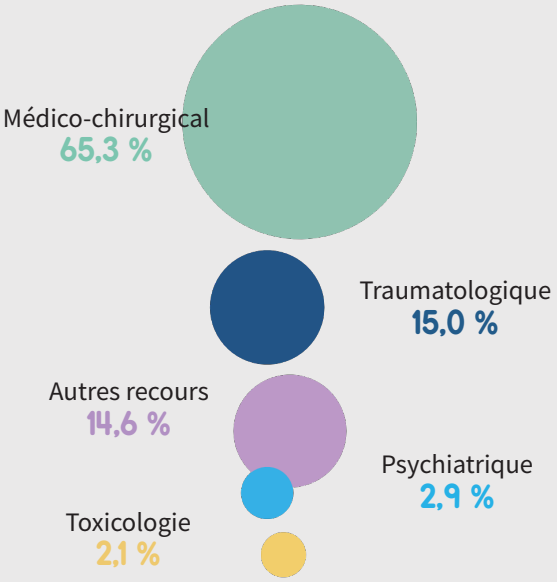
Jour : [8h - 20h[
- 72,5 %

Nuit : [20h - 8h[
- 27,5 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 12,6 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=44

CCMU 1 et P	CCMU 2
28,1 %	55,7 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
15,6 %	0,5 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés :

2 223

Représentant 95 % des recours exploitables :

797

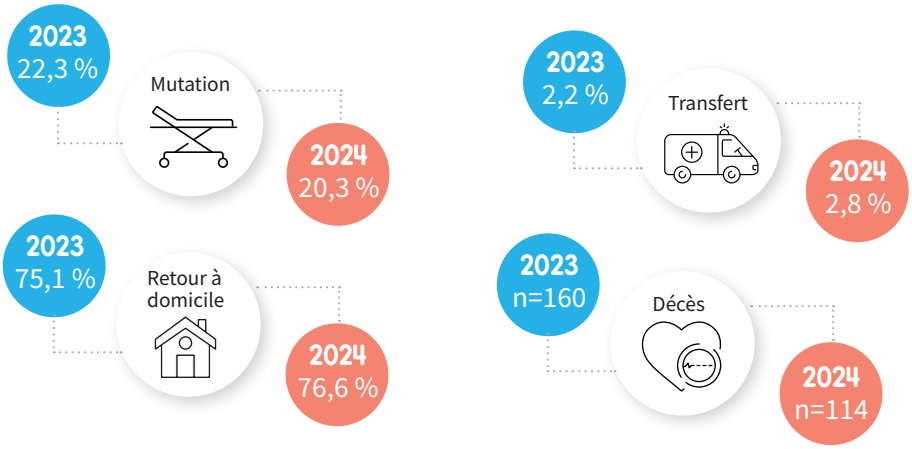
90 % des recours exploitables :

423

75 % des recours exploitables :

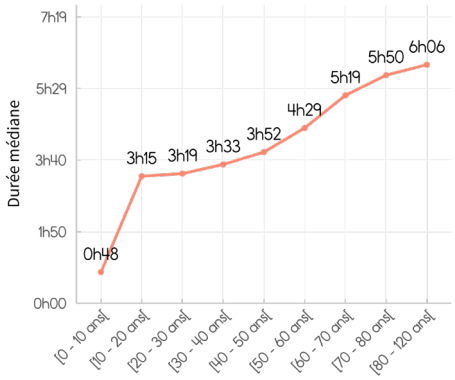
117

DEVENIR POST URGENCE

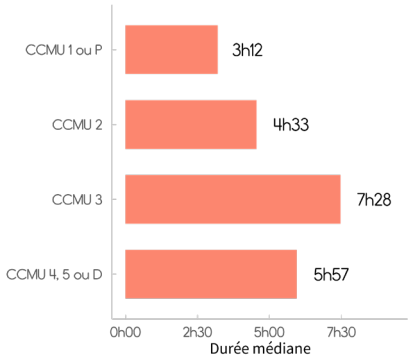


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

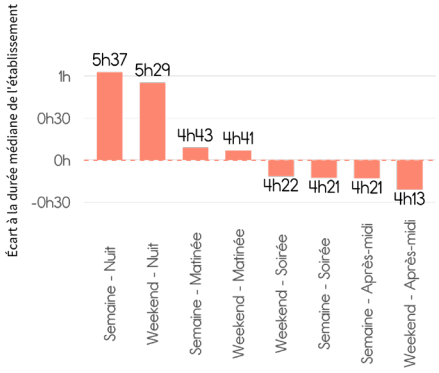
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



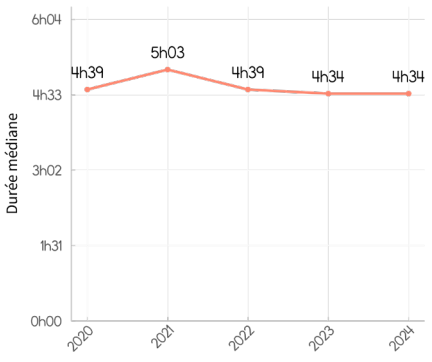
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

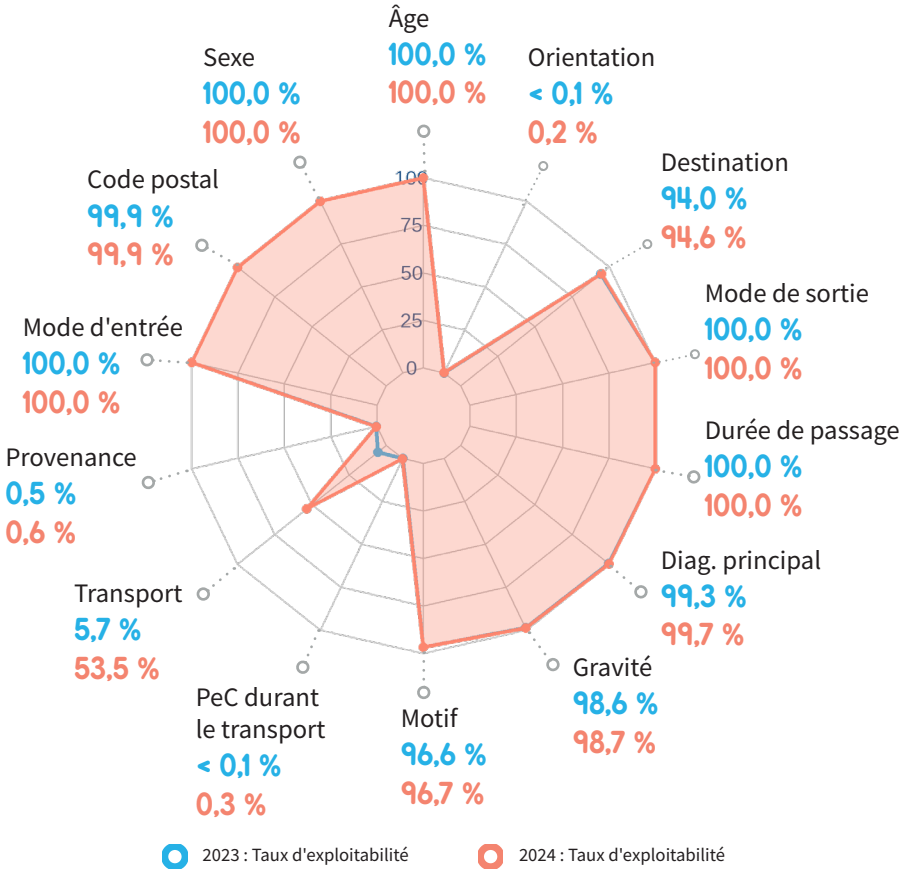


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

AISNE
CH de Saint-Quentin

Type de flux : Pédiatrique

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 7,2 ans

Âge médian 6,0 ans



NOMBRE DE RPU

+ 5,6 % par rapport à 2023

- 0,5 % par rapport à 2022

+ 27,2 % par rapport à 2021

19 048
RPU 2024

18 043 RPU 2023

19 147 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,10

Femmes		Hommes	
2023	46,2 %	2023	53,8 %
2024	47,5 %	2024	52,4 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 2h28

Durée moyenne 2h59

Passage en moins de 4h

2023 74,5 %
2024 77,7 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 73,0 % 2024 76,6 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 84,6 % 2024 85,2 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 27,1 %

PDS 46,4 %

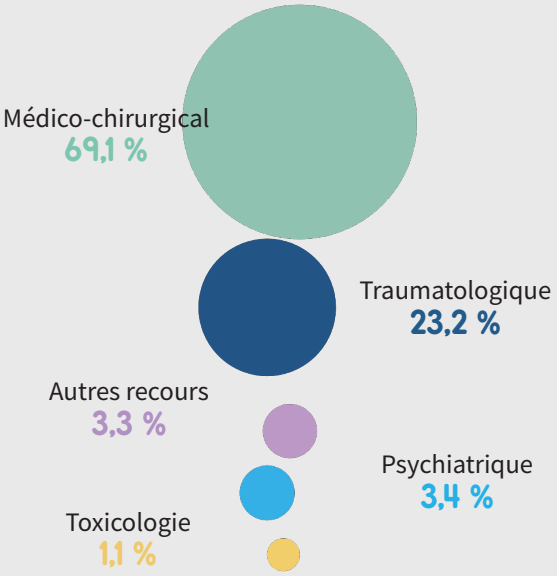
Jour : [8h - 20h[
- 70,9 %

Nuit : [20h - 8h[
- 29,1 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 8,7 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D n=1

CCMU 1 et P	CCMU 2
56,4 %	43,2 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
0,4 %	0,0 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

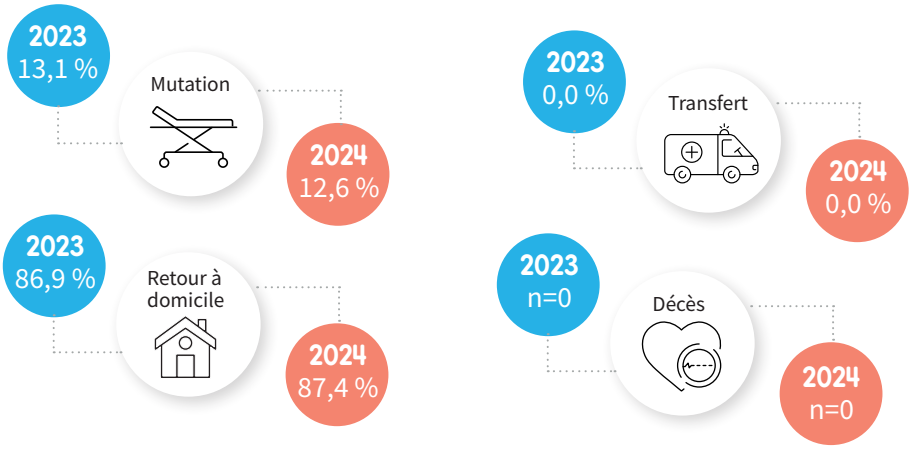
Nombre total de DP différents renseignés : 1 355

Représentant 95 % des recours exploitables : 603

90 % des recours exploitables : 359

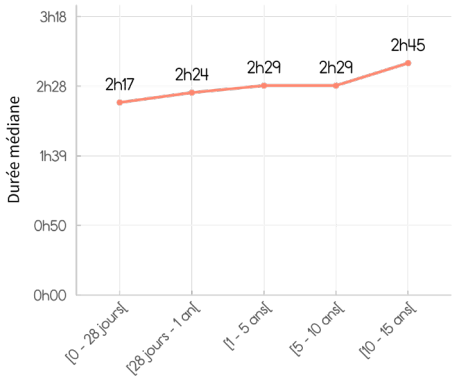
75 % des recours exploitables : 125

DEVENIR POST URGENCE

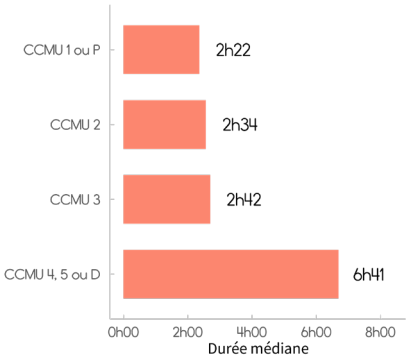


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

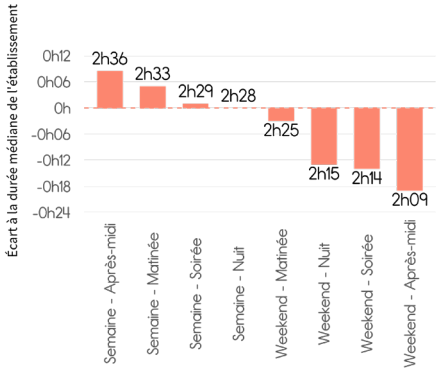
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



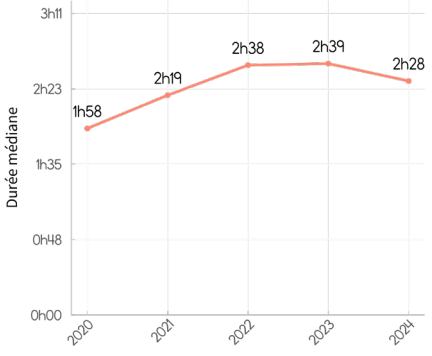
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

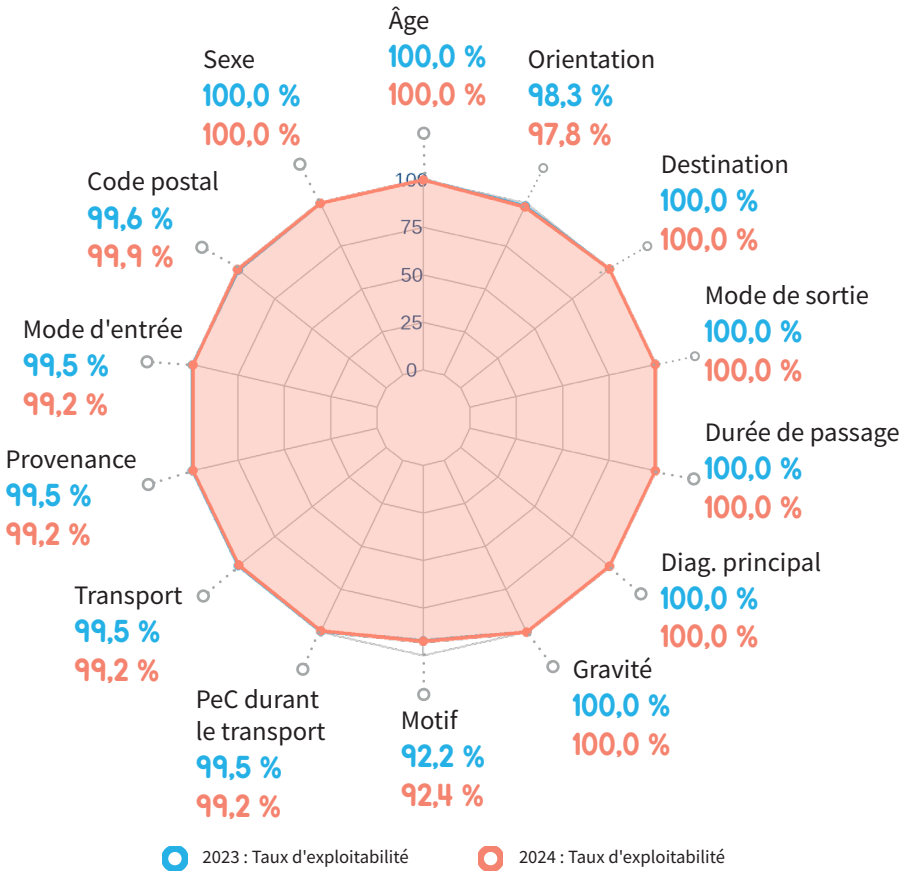


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

AISNE
CH de Soissons

Type de flux : Adulte

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 48,8 ans

Âge médian 48,1 ans



NOMBRE DE RPU

+ 5,5 % par rapport à 2023

+ 4,5 % par rapport à 2022

+ 10,3 % par rapport à 2021

36 102
RPU 2024

34 233 RPU 2023

34 551 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,08

Femmes		Hommes	
2023	47,4 %	2023	52,6 %
2024	48,0 %	2024	52,0 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 3h27

Durée moyenne 4h20

Passage en moins de 4h

2023 60,6 %
2024 56,0 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 69,9 % 2024 65,3 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 23,4 % 2024 18,0 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,1 %

PDS 41,5 %

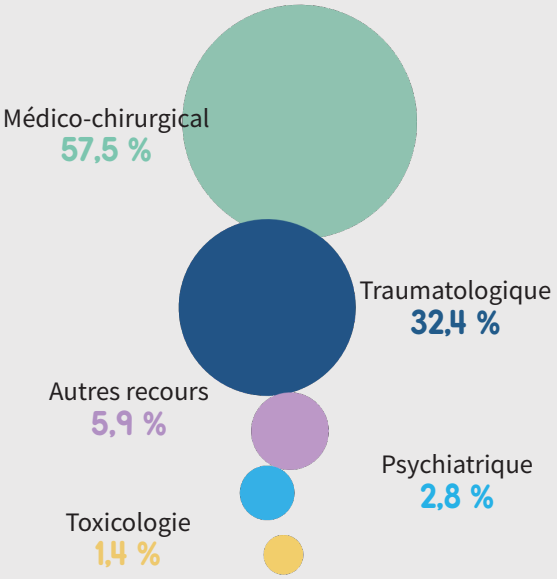
Jour : [8h - 20h[
- 75,8 %

Nuit : [20h - 8h[
- 24,2 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 10,8 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=7

CCMU 1 et P	CCMU 2
3,0 %	72,8 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
22,2 %	2,0 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

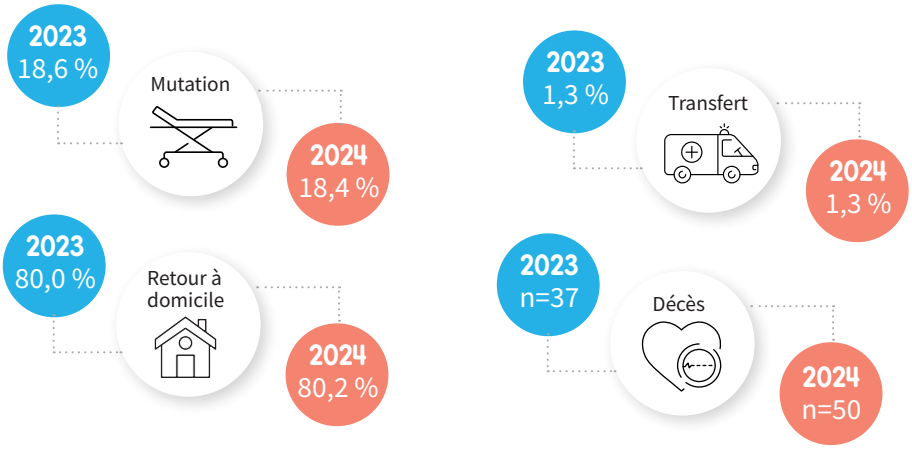
Nombre total de DP différents renseignés : 1 600

Représentant 95 % des recours exploitables : 605

90 % des recours exploitables : 376

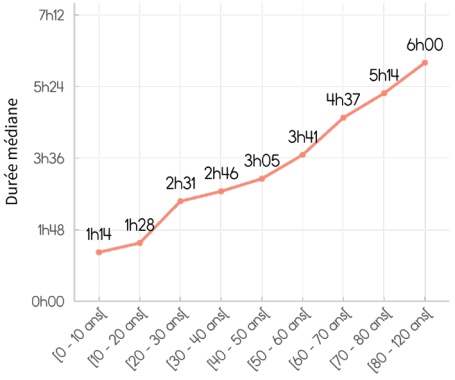
75 % des recours exploitables : 157

DEVENIR POST URGENCE

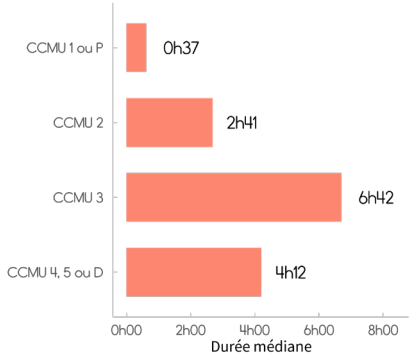


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

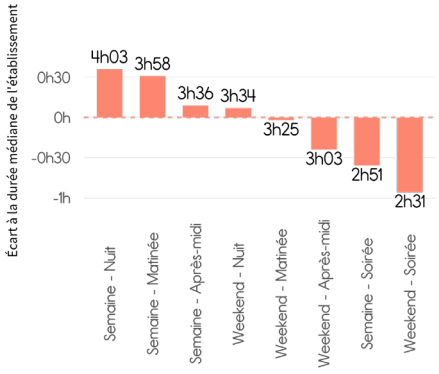
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



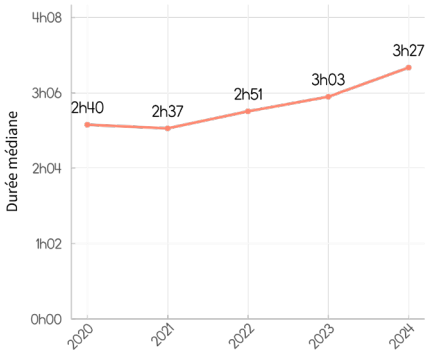
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

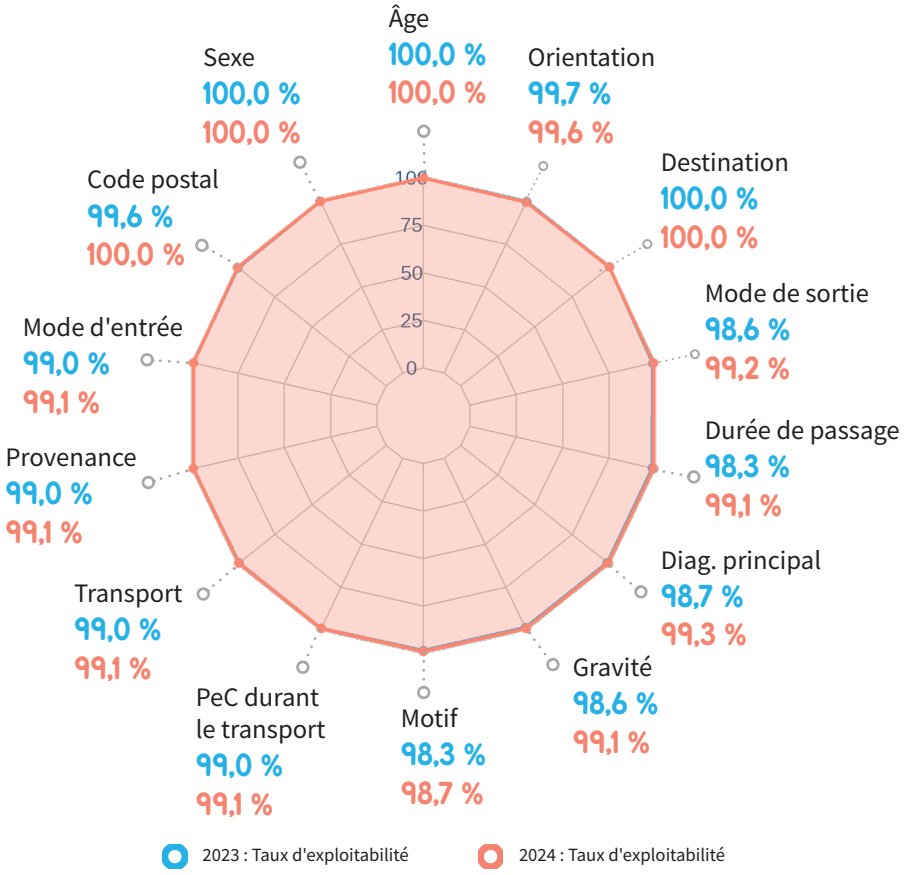


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

AISNE
CH de Soissons

Type de flux : Pédiatrique

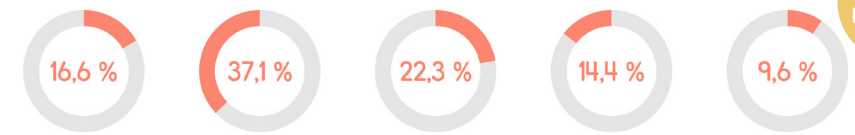
EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 6,1 ans

Âge médian 4,5 ans



NOMBRE DE RPU

+ 14,4 % par rapport à 2023

- 2,5 % par rapport à 2022

+ 26,2 % par rapport à 2021

12 092
RPU 2024

10 571 RPU 2023

12 406 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,01

Femmes		Hommes	
2023	49,2 %	2023	50,8 %
2024	49,6 %	2024	50,4 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 1h14

Durée moyenne 1h49

Passage en moins de 4h

2023 91,1 %
2024 91,3 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 92,6 % 2024 92,8 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 78,6 % 2024 78,8 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 28,2 %

PDS 46,2 %

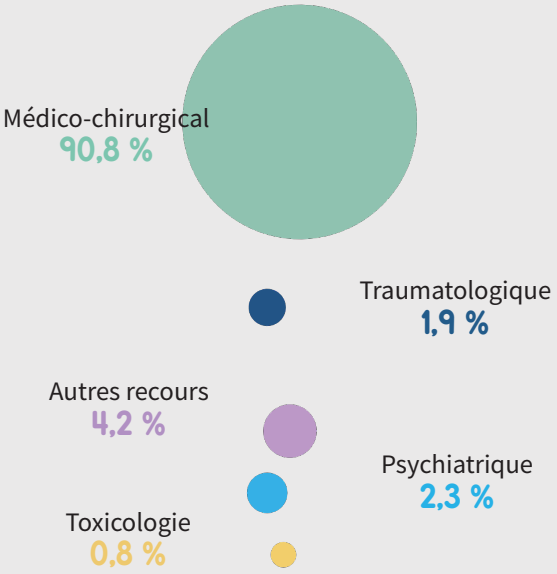
Jour : [8h - 20h[
- 71,7 %

Nuit : [20h - 8h[
- 28,3 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 10,1 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=1

CCMU 1 et P	CCMU 2
0,4 %	88,9 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
10,6 %	0,1 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés :

455

Représentant 95 % des recours exploitables :

160

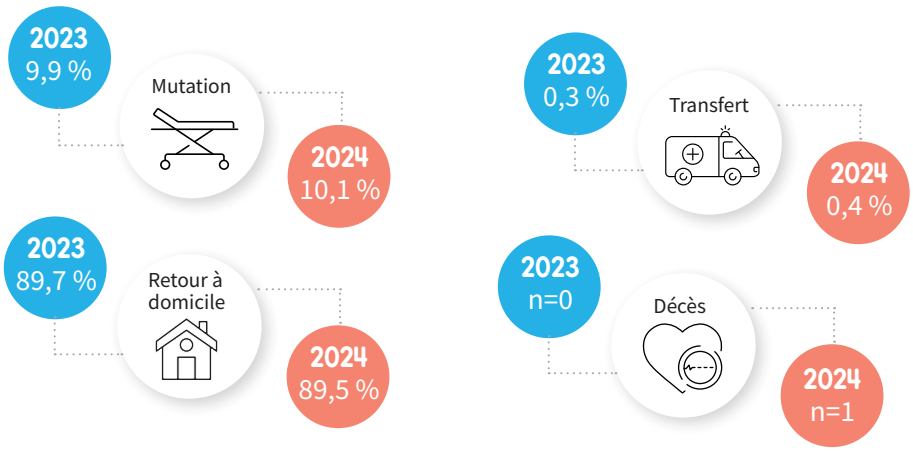
90 % des recours exploitables :

98

75 % des recours exploitables :

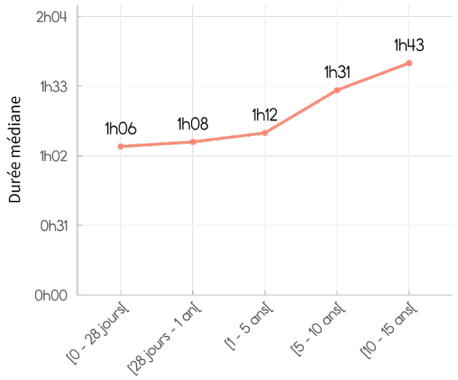
38

DEVENIR POST URGENCE

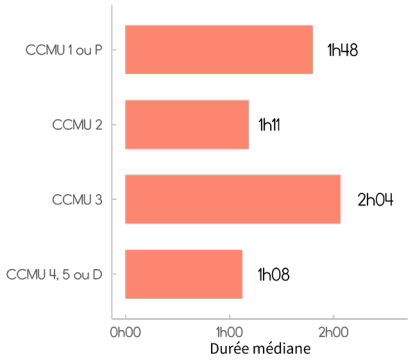


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

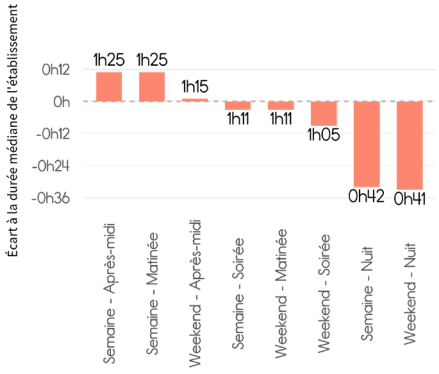
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



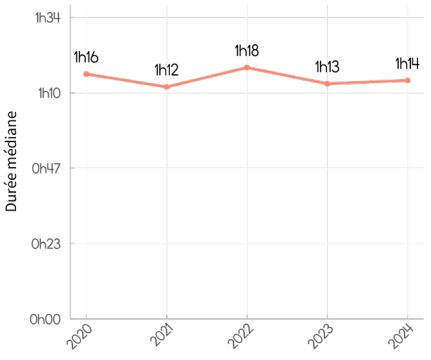
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

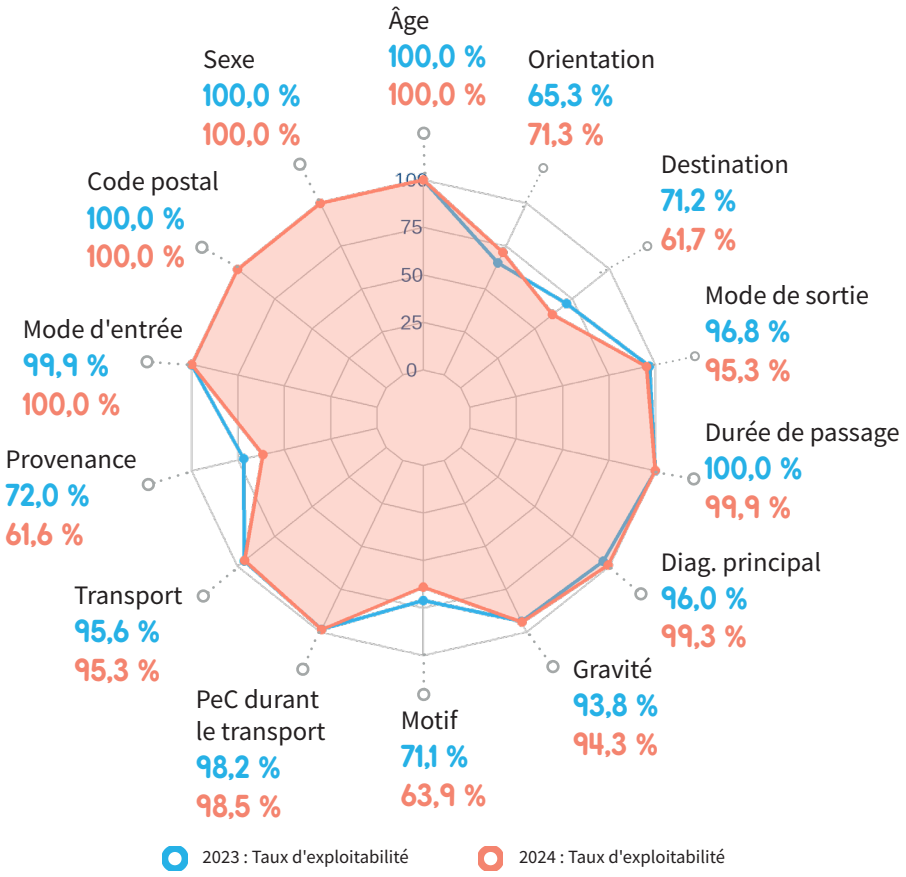


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

AISNE
Polyclinique Saint-Claude

Type de flux : Polyvalent

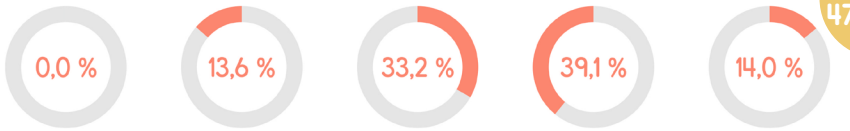
EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 47,3 ans

Âge médian 47,9 ans



NOMBRE DE RPU

- 3,2 % par rapport à 2023
- 5,5 % par rapport à 2022
- 7,3 % par rapport à 2021

9 913
RPU 2024

10 240 RPU 2023

10 493 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,00

Femmes		Hommes	
2023	48,8 %	2023	51,2 %
2024	50,1 %	2024	49,9 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 1h39

Durée moyenne 2h43

Passage en moins de 4h

2023 80,3 %
2024 80,5 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 82,4 % 2024 82,6 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 38,1 % 2024 35,7 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 23,4 %

PDS 31,0 %

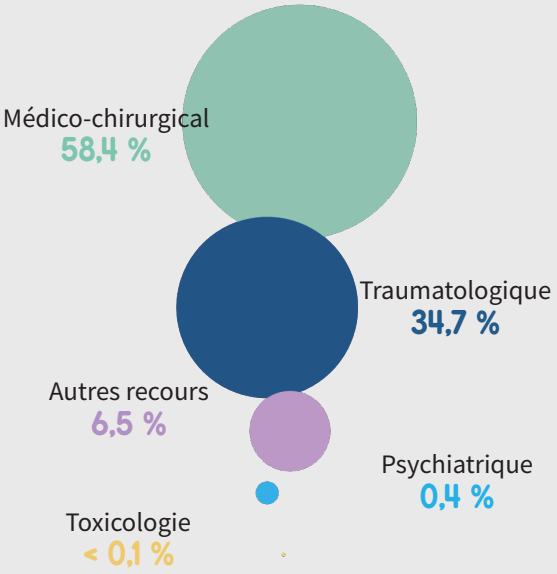
Jour : [8h - 20h[
- 85,5 %

Nuit : [20h - 8h[
- 14,5 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 5,4 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=0

CCMU 1 et P	CCMU 2
3,6 %	74,2 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
21,5 %	0,8 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

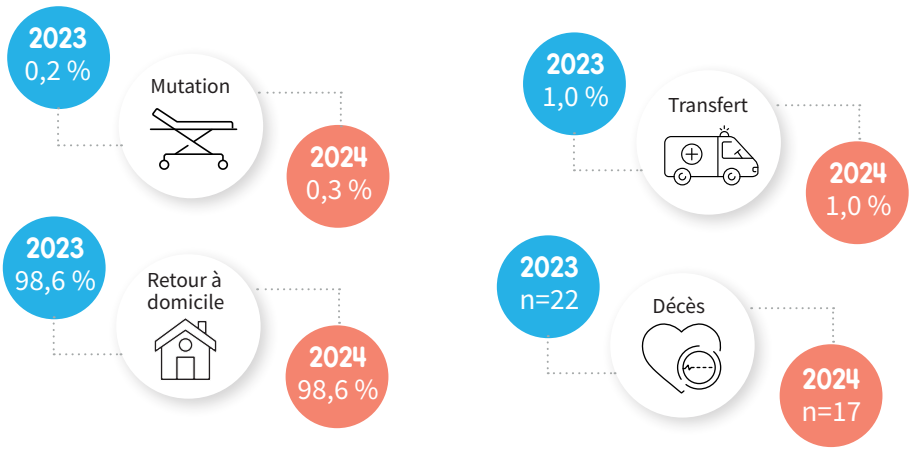
Nombre total de DP différents renseignés : 941

Représentant 95 % des recours exploitables : 487

90 % des recours exploitables : 294

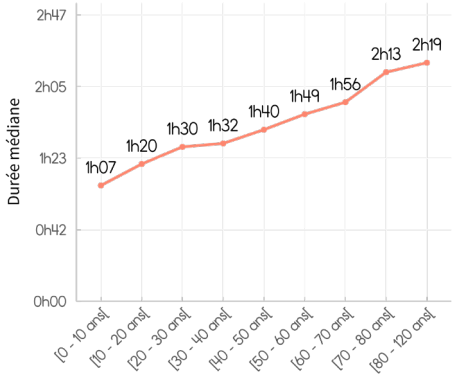
75 % des recours exploitables : 109

DEVENIR POST URGENCE

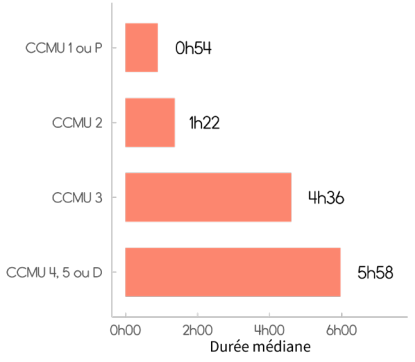


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

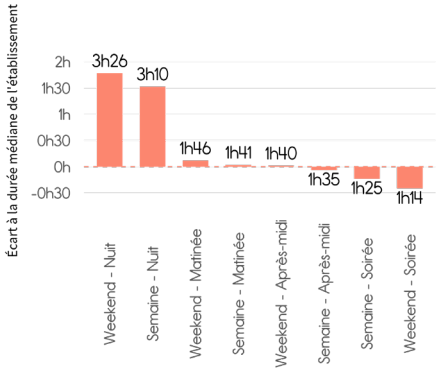
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



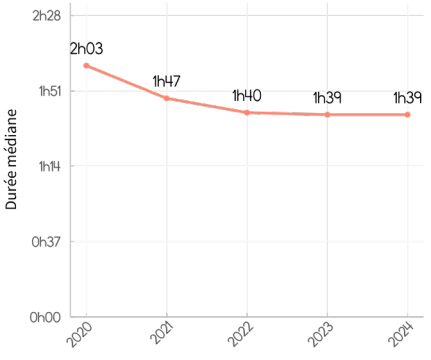
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

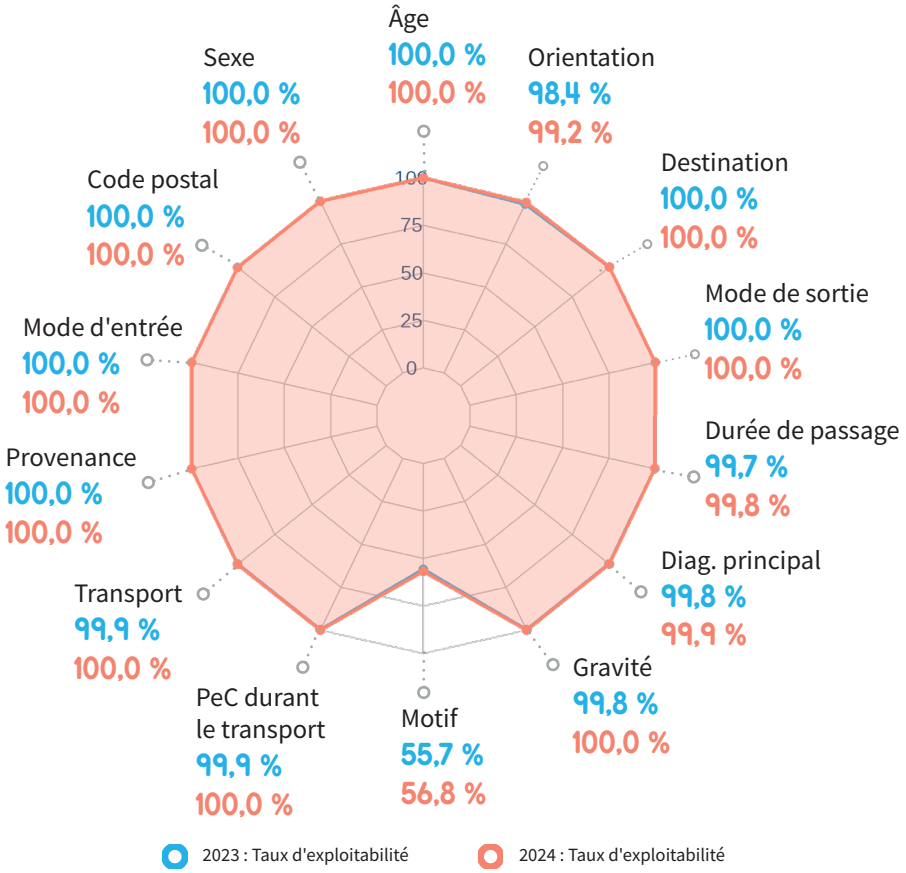


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

NORD
CH Le Cateau-Cambrésis

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 43,1 ans

Âge médian 40,3 ans



NOMBRE DE RPU

+ 5,7 % par rapport à 2023

+ 5,5 % par rapport à 2022

+ 21,0 % par rapport à 2021

17 833
RPU 2024

16 873 RPU 2023

16 896 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,09

Femmes		Hommes	
2023	48,2 %	2023	51,8 %
2024	47,9 %	2024	52,1 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 2h57

Durée moyenne 3h35

Passage en moins de 4h

2023 68,1 %
2024 66,2 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 77,6 % 2024 74,6 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 39,3 % 2024 39,1 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 27,6 %

PDS 42,5 %

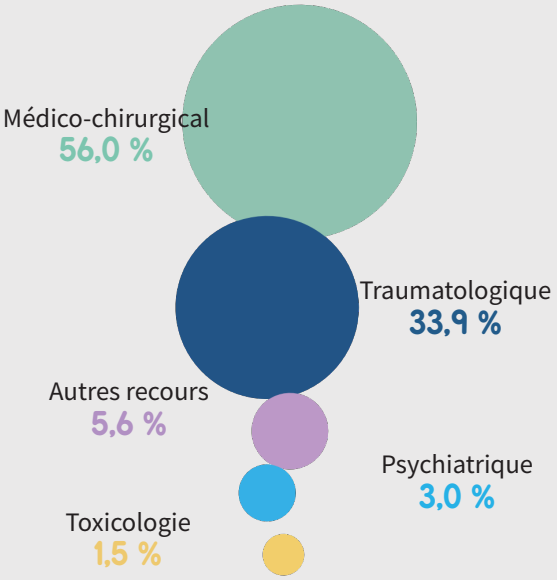
Jour : [8h - 20h[
- 75,2 %

Nuit : [20h - 8h[
- 24,8 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 9,9 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D n=3

CCMU 1 et P	CCMU 2
4,8 %	79,8 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
13,6 %	1,7 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

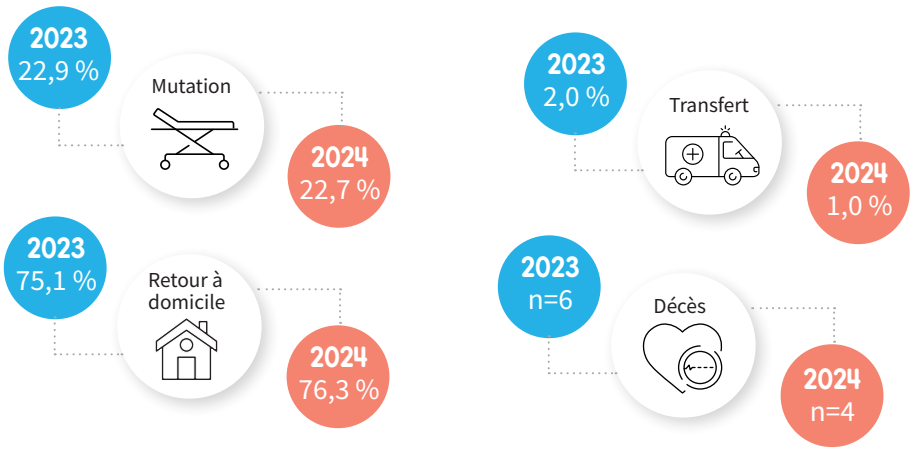
Nombre total de DP différents renseignés : 1 667

Représentant 95 % des recours exploitables : 877

90 % des recours exploitables : 541

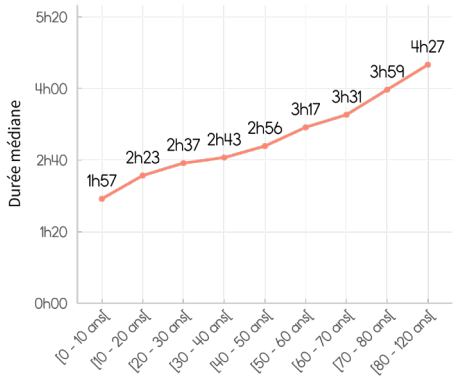
75 % des recours exploitables : 211

DEVENIR POST URGENCE

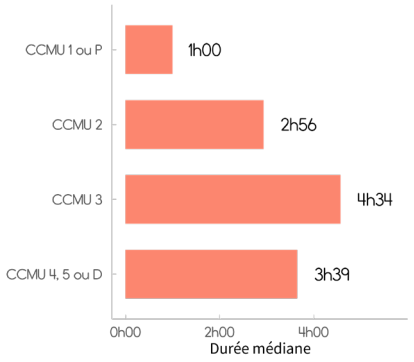


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

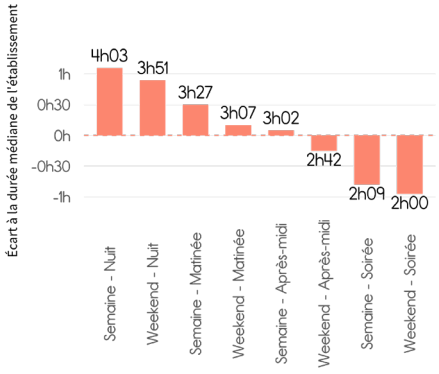
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



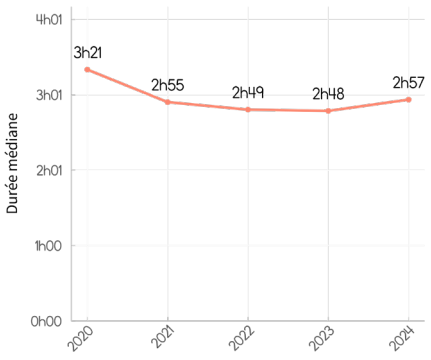
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

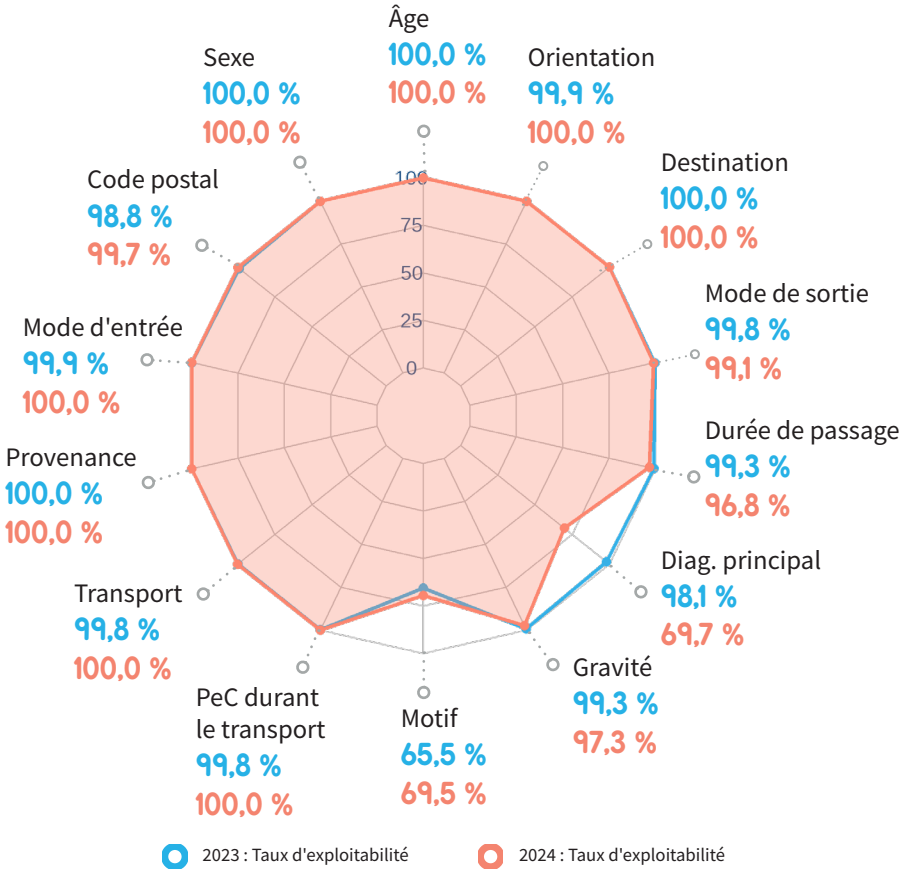


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

NORD
CH d'Armentières

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 34,8 ans

Âge médian 29,0 ans



NOMBRE DE RPU

+ 6,0 % par rapport à 2023

+ 3,6 % par rapport à 2022

+ 15,8 % par rapport à 2021

34 791
RPU 2024

32 808 RPU 2023

33 574 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,02

Femmes		Hommes	
2023	48,9 %	2023	51,1 %
2024	49,6 %	2024	50,4 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 1h47

Durée moyenne 3h29

Passage en moins de 4h

2023 67,1 %
2024 73,6 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 76,6 % 2024 86,8 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 38,7 % 2024 35,3 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,6 %

PDS 43,9 %

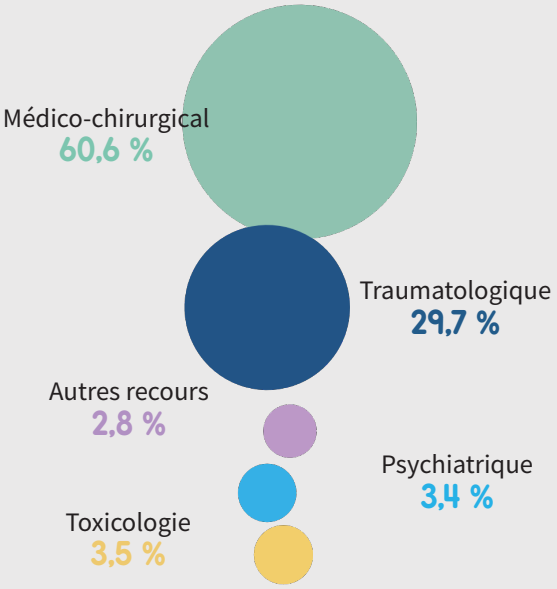
Jour : [8h - 20h[
- 72,7 %

Nuit : [20h - 8h[
- 27,3 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 10,9 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=2

CCMU 1 et P	CCMU 2
19,6 %	54,4 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
24,8 %	1,3 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

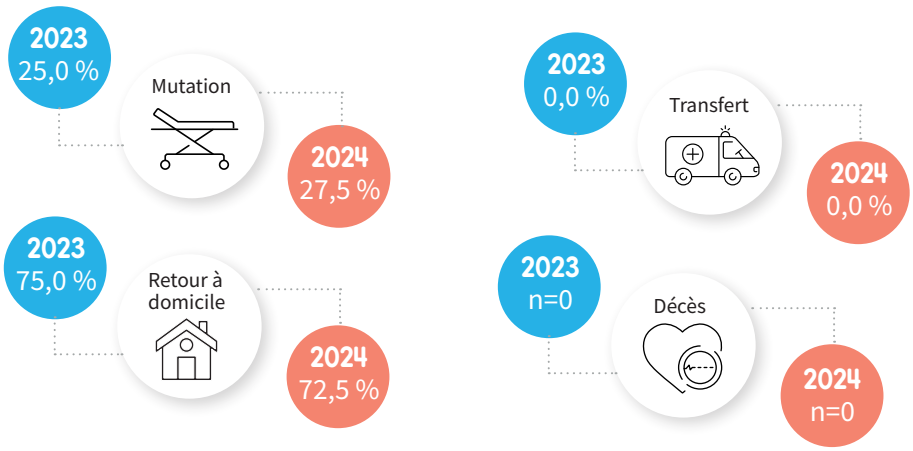
Nombre total de DP différents renseignés : 1 787

Représentant 95 % des recours exploitables : 828

90 % des recours exploitables : 499

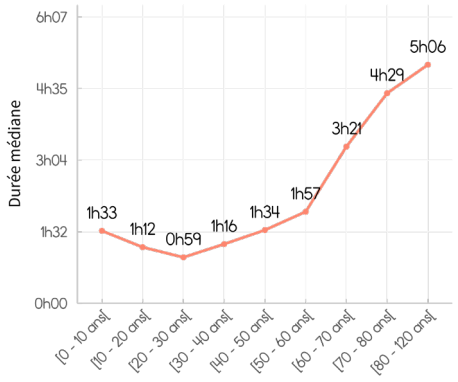
75 % des recours exploitables : 193

DEVENIR POST URGENCE

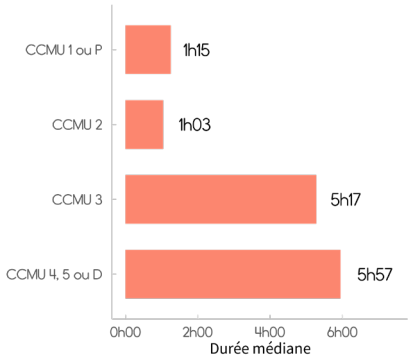


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

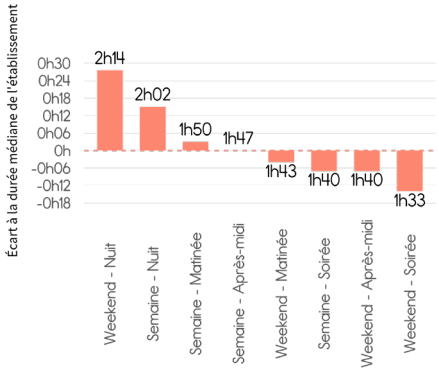
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



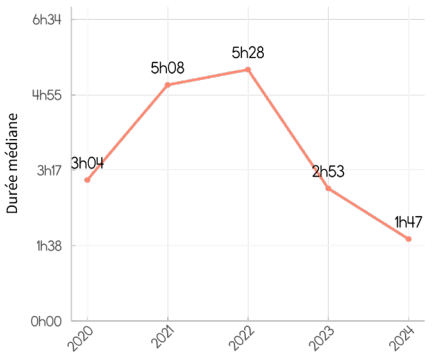
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

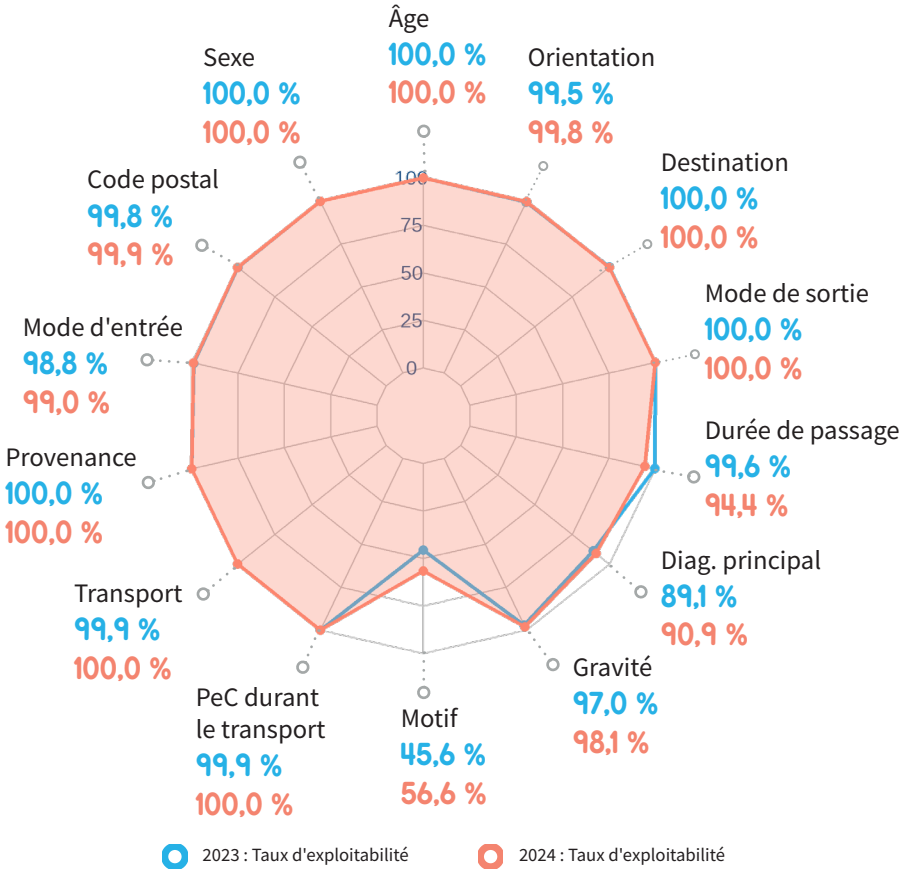


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

NORD
CH d'Hazebrouck

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 45,1 ans

Âge médian 42,4 ans



NOMBRE DE RPU

+ 9,1 % par rapport à 2023

+ 8,3 % par rapport à 2022

+ 17,8 % par rapport à 2021

19 586
RPU 2024

17 959 RPU 2023

18 085 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,06

Femmes		Hommes	
2023	48,5 %	2023	51,5 %
2024	48,6 %	2024	51,4 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 3h01

Durée moyenne 4h13

Passage en moins de 4h

2023 62,5 %
2024 64,9 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 79,0 % 2024 80,9 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 20,5 % 2024 25,0 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,5 %

PDS 42,1 %

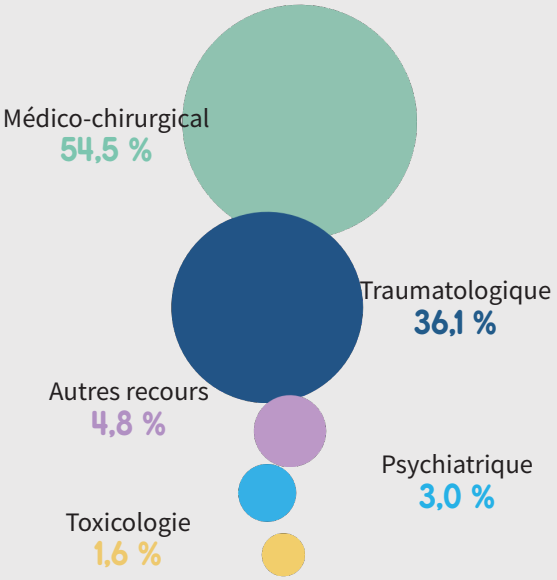
Jour : [8h - 20h[
- 75,4 %

Nuit : [20h - 8h[
- 24,6 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 10,3 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=3

CCMU 1 et P	CCMU 2
22,4 %	55,7 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
20,4 %	1,5 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

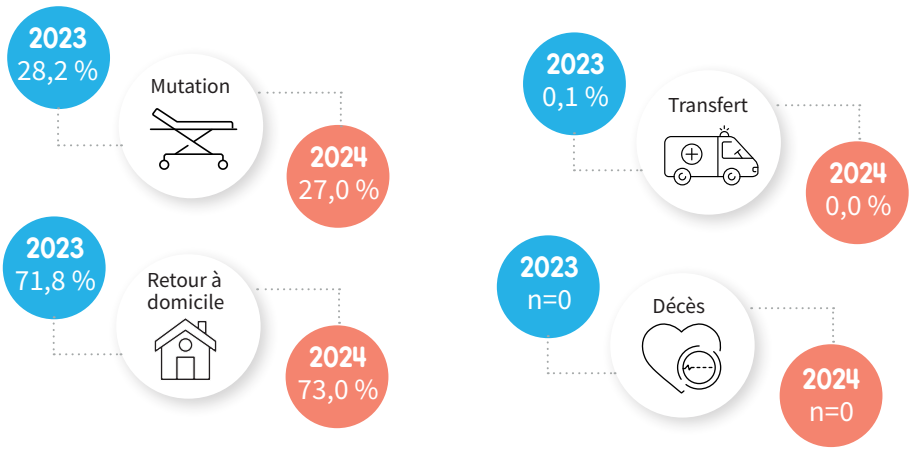
Nombre total de DP différents renseignés : 1 778

Représentant 95 % des recours exploitables : 942

90 % des recours exploitables : 570

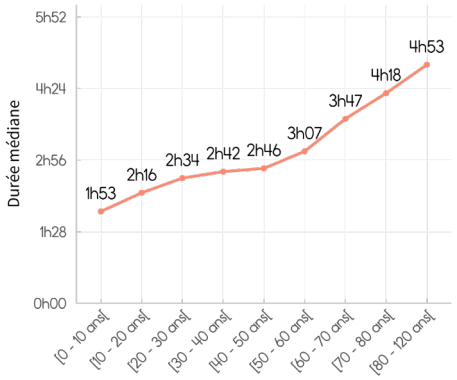
75 % des recours exploitables : 210

DEVENIR POST URGENCE

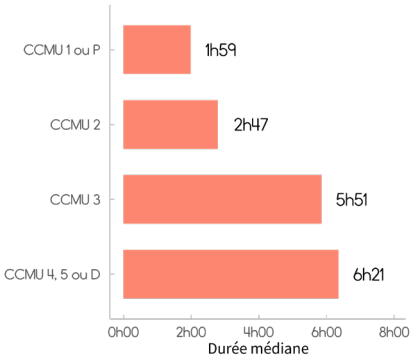


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

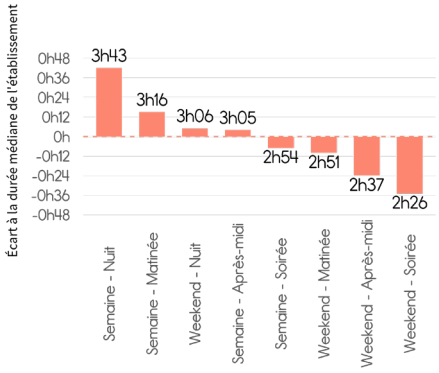
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



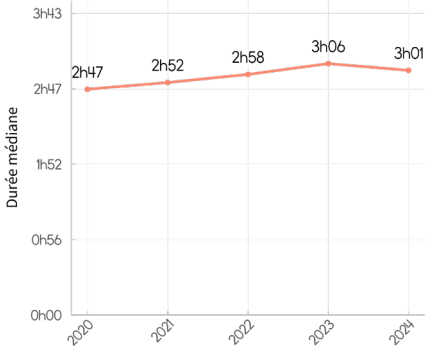
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

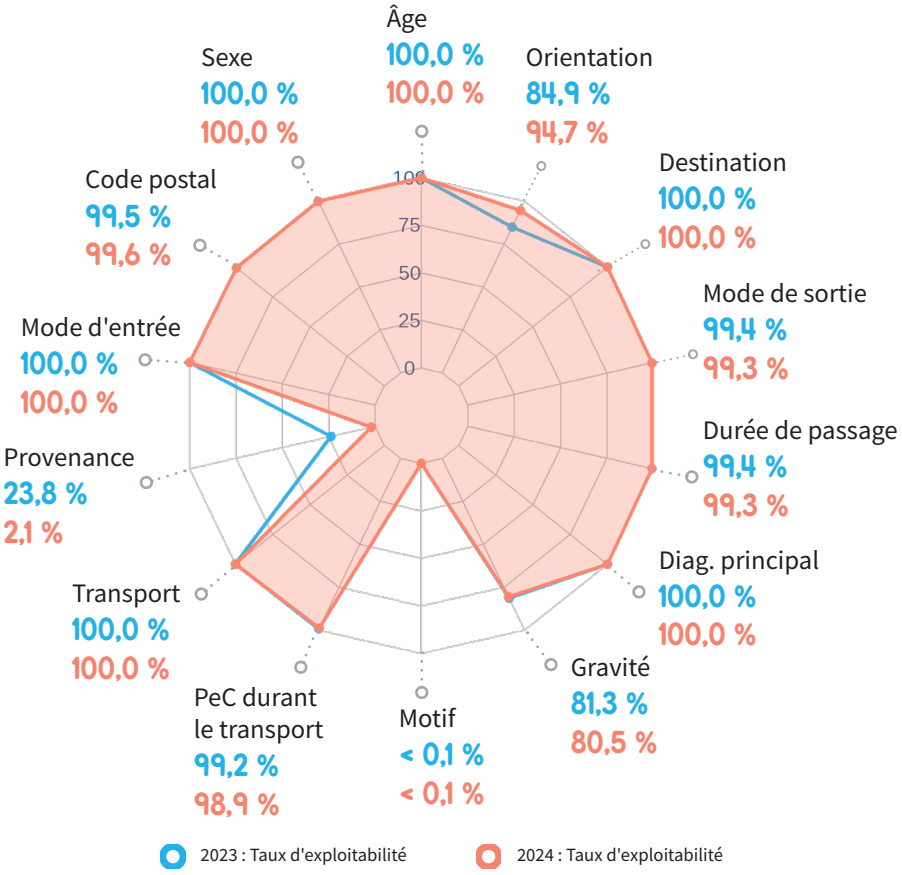


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

NORD
CH de Cambrai

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



NOMBRE DE RPU

39 354
RPU 2024

37 058
RPU 2023

35 077
RPU 2022

+ 6,2 % par rapport à 2023

+ 12,2 % par rapport à 2022

+ 30,4 % par rapport à 2021

SEXE

Sex-ratio 1,06

Femmes		Hommes	
2023	48,7 %	2023	51,3 %
2024	48,6 %	2024	51,4 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 2h57

Durée moyenne 3h32

Passage en moins de 4h

2023 58,8 %
2024 63,7 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 68,3 % 2024 67,3 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 40,8 % 2024 57,3 %

ÂGE

Âge moyen 40,0 ans

Âge médian 36,8 ans



HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,7 %

PDS 43,7 %

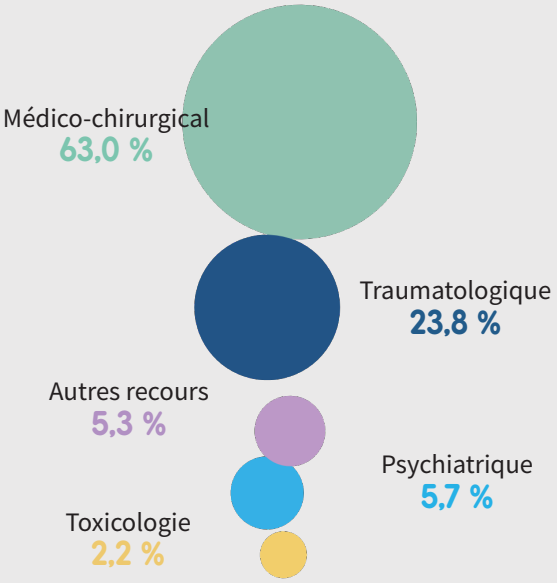
Jour : [8h - 20h[
- 73,2 %

Nuit : [20h - 8h[
- 26,8 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 11,1 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=4

CCMU 1 et P	CCMU 2
25,4 %	62,3 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
10,7 %	1,6 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés :

1 569

Représentant 95 % des recours exploitables :

450

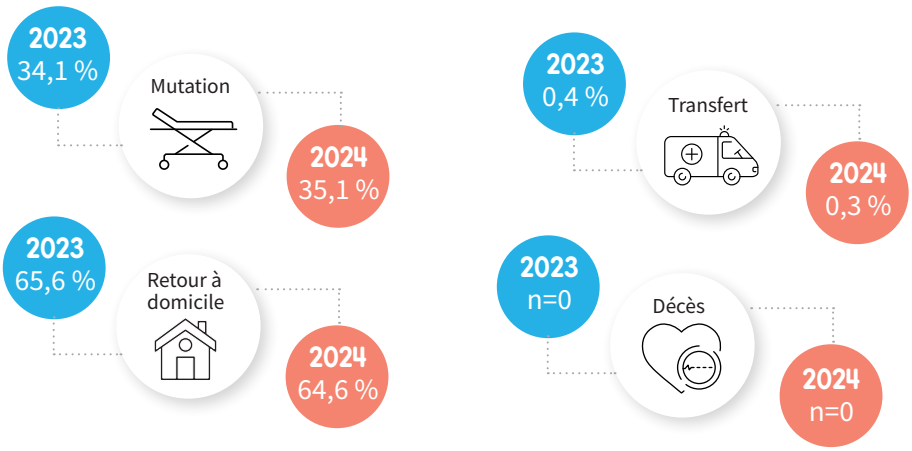
90 % des recours exploitables :

235

75 % des recours exploitables :

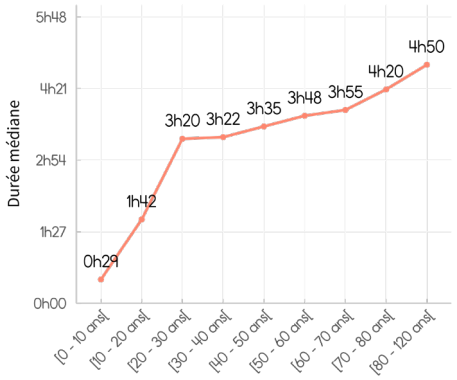
77

DEVENIR POST URGENCE

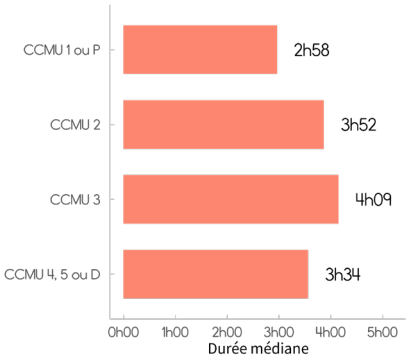


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

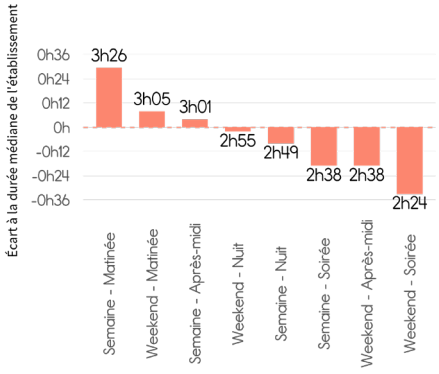
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



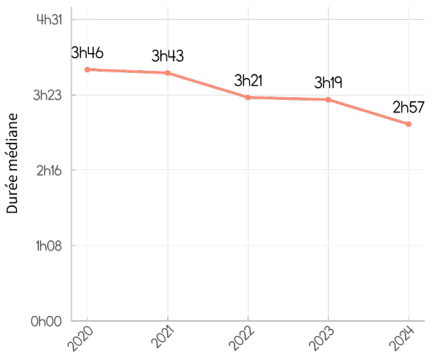
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

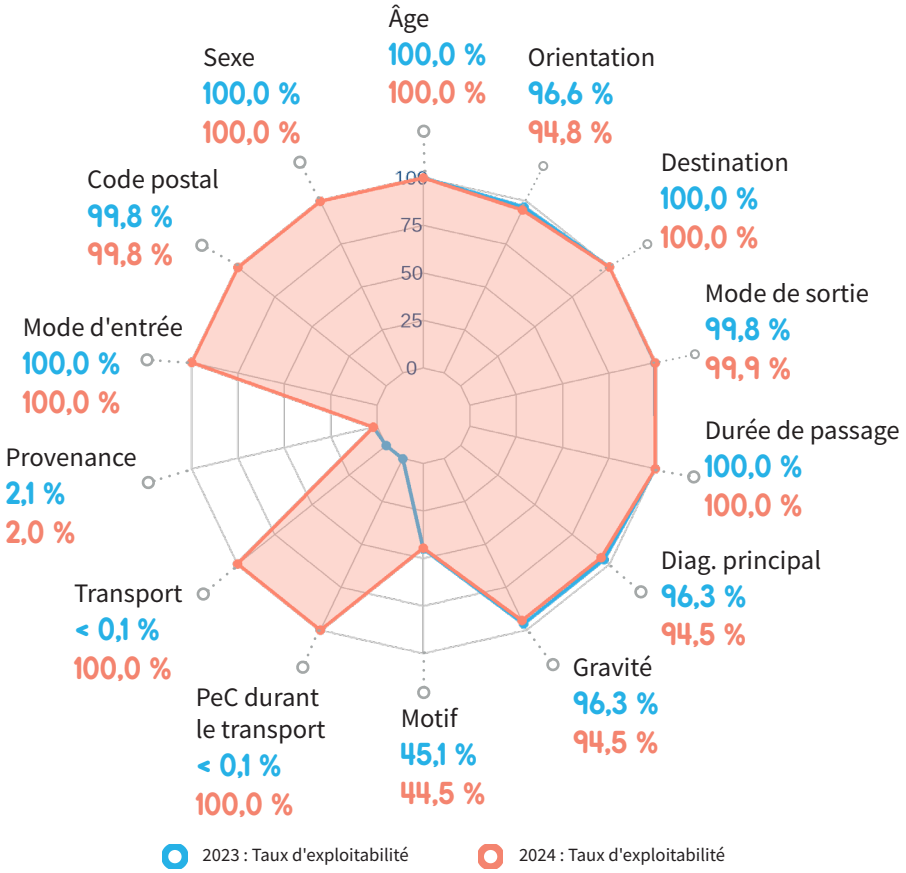


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

NORD
CH de Denain

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 41,0 ans

Âge médian 37,6 ans



NOMBRE DE RPU

+ 6,1 % par rapport à 2023

+ 14,3 % par rapport à 2022

+ 26,8 % par rapport à 2021

33 642

RPU 2024

31 710 RPU 2023

29 423 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 0,99

Femmes		Hommes	
2023	49,8 %	2023	50,2 %
2024	50,1 %	2024	49,9 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 2h03

Durée moyenne 2h43

Passage en moins de 4h

2023 78,8 %

2024 77,9 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 85,4 % 2024 81,6 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 47,9 % 2024 46,2 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 25,9 %

PDS 41,4 %

Jour : [8h - 20h[

- 75,4 %

Nuit : [20h - 8h[

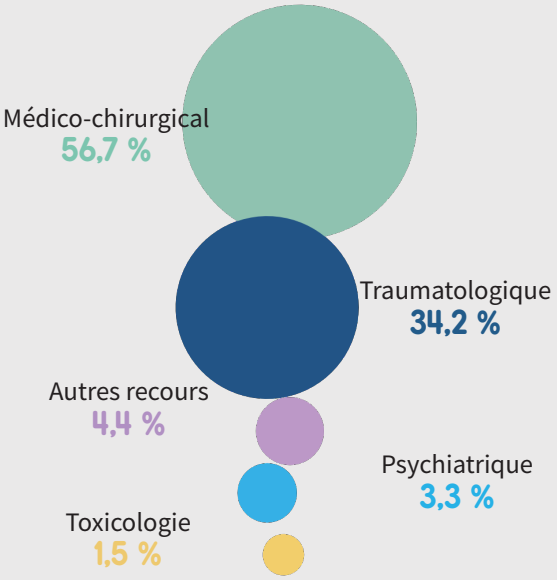
- 24,6 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 9,8 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D n=4

CCMU 1 et P	CCMU 2
7,9 %	50,0 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
40,4 %	1,6 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

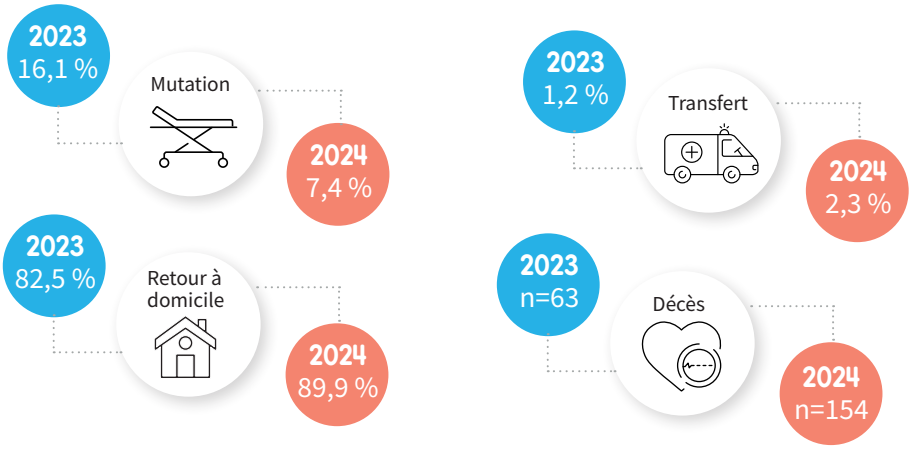
Nombre total de DP différents renseignés : 690

Représentant 95 % des recours exploitables : 288

90 % des recours exploitables : 193

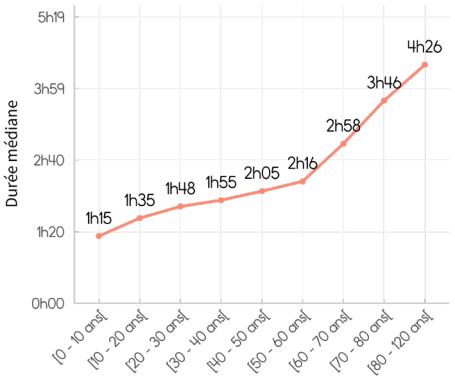
75 % des recours exploitables : 86

DEVENIR POST URGENCE

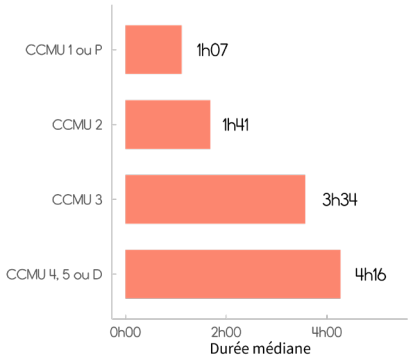


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

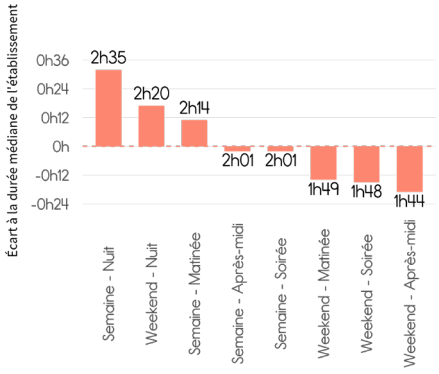
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



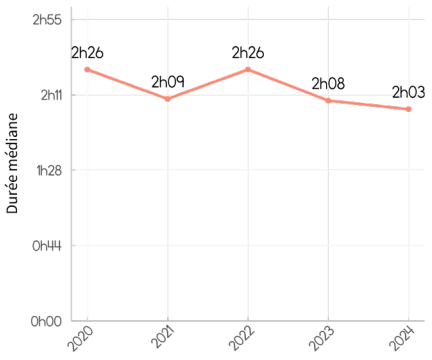
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

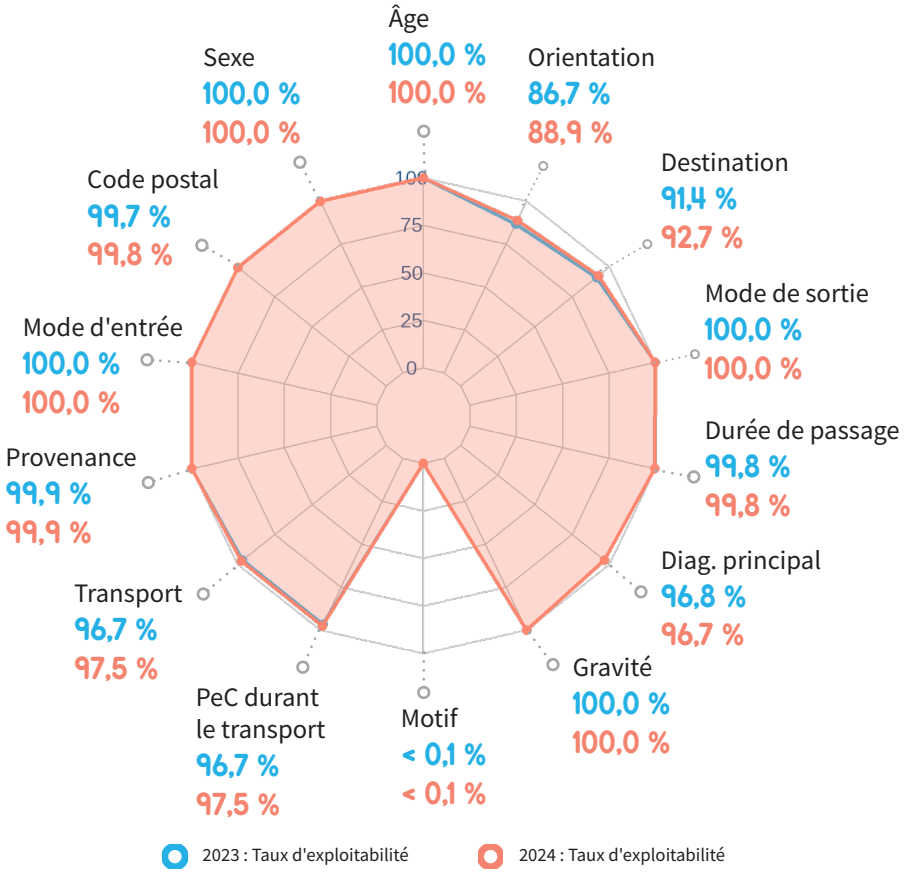


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

NORD
CH de Douai

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 36,5 ans

Âge médian 31,1 ans



NOMBRE DE RPU

+ 6,0 % par rapport à 2023

- 2,0 % par rapport à 2022

+ 9,0 % par rapport à 2021

66 818
RPU 2024

63 060 RPU 2023

68 168 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 0,97

Femmes		Hommes	
2023	50,2 %	2023	49,8 %
2024	50,9 %	2024	49,1 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 3h02

Durée moyenne 4h18

Passage en moins de 4h

2023 62,2 %

2024 61,6 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 72,3 % 2024 71,6 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 26,1 % 2024 26,7 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,2 %

PDS 43,2 %

Jour : [8h - 20h[

- 73,4 %

Nuit : [20h - 8h[

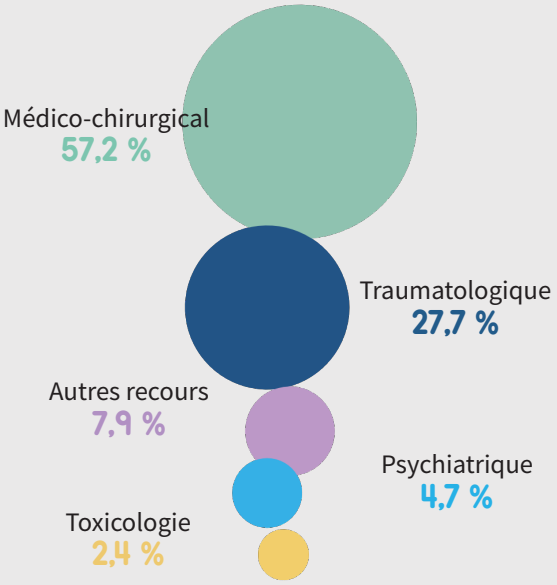
- 26,6 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 10,1 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=3

CCMU 1 et P	CCMU 2
36,6 %	56,1 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
6,6 %	0,6 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés :

1 962

Représentant 95 % des recours exploitables :

580

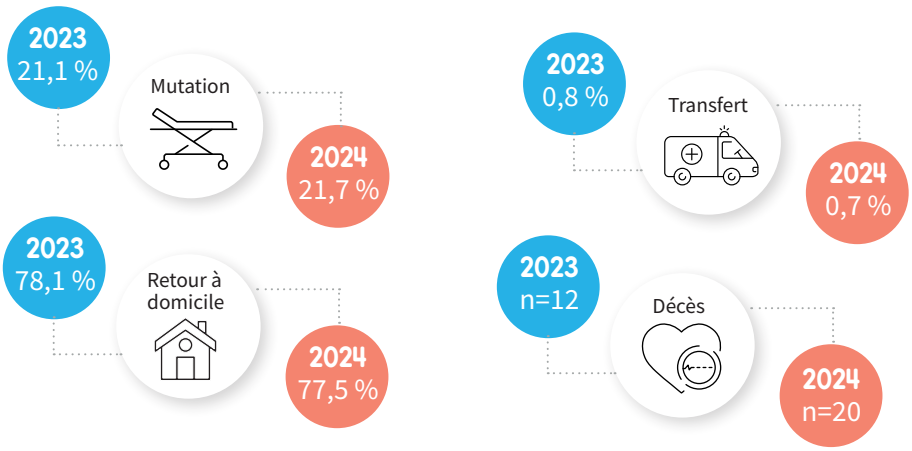
90 % des recours exploitables :

363

75 % des recours exploitables :

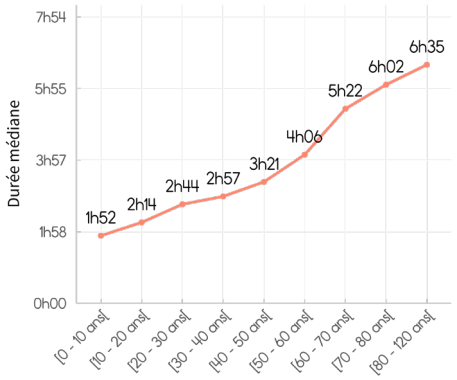
157

DEVENIR POST URGENCE

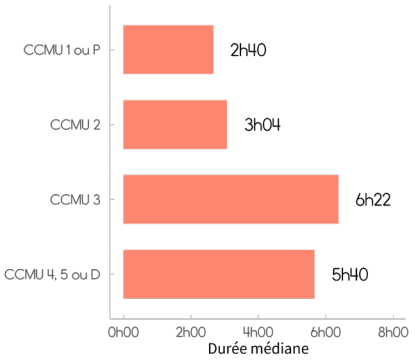


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

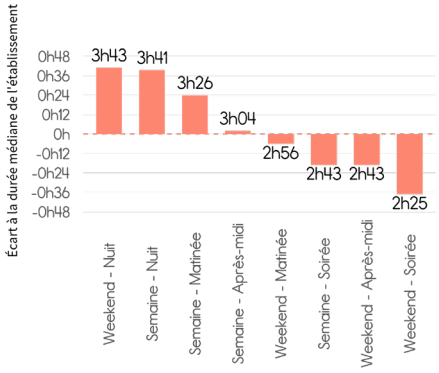
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



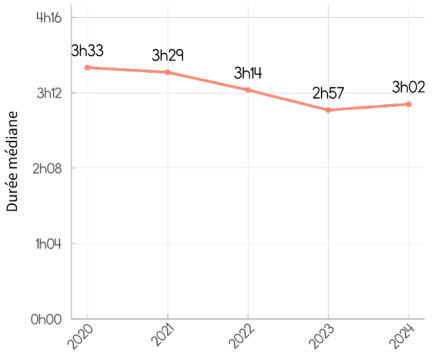
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

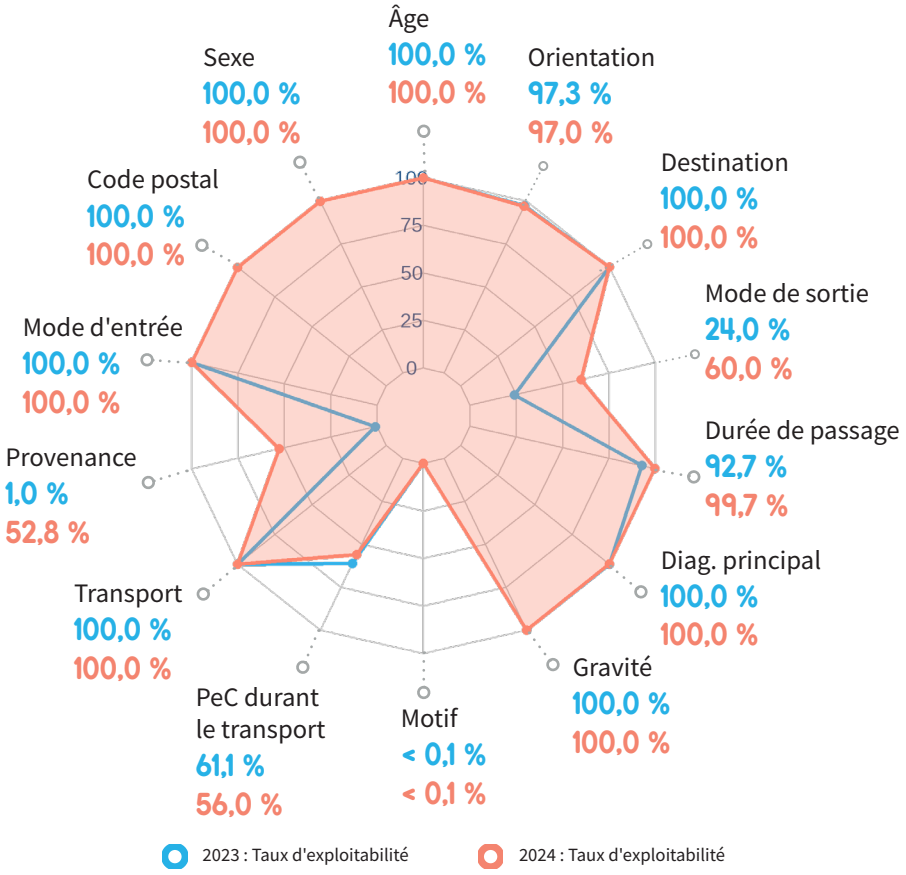


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

NORD
CH de Dunkerque

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 41,4 ans

Âge médian 38,5 ans



NOMBRE DE RPU

+ 2,0 % par rapport à 2023

+ 1,2 % par rapport à 2022

+ 10,1 % par rapport à 2021

61 933
RPU 2024

60 733 RPU 2023

61 187 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,14

Femmes		Hommes	
2023	46,7 %	2023	53,3 %
2024	46,7 %	2024	53,3 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 3h12

Durée moyenne 4h06

Passage en moins de 4h

2023 61,2 %

2024 59,6 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 28,6 % 2024 71,6 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 34,4 % 2024 25,8 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,2 %

PDS 44,0 %

Jour : [8h - 20h[

- 72,6 %

Nuit : [20h - 8h[

- 27,4 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 11,4 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=2

CCMU 1 et P 8,1 %	CCMU 2 67,5 %
CCMU 3 18,9 %	CCMU 4 et 5 5,6 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés :



Représentant 95 % des recours exploitables :

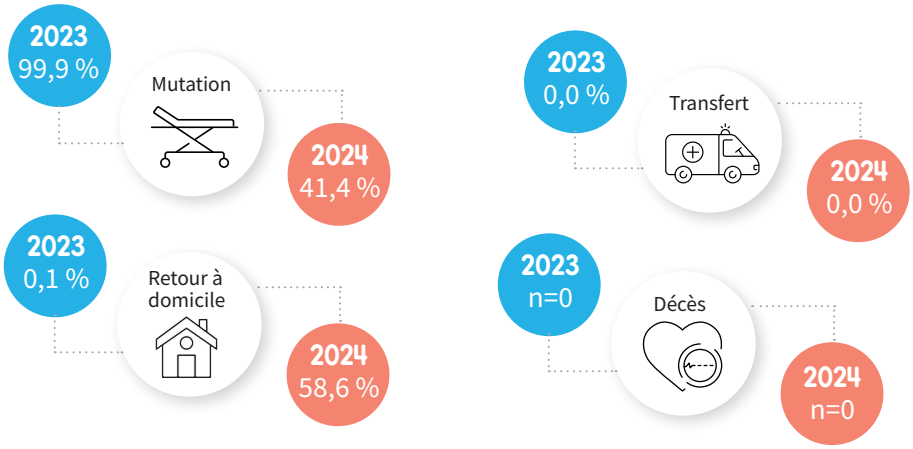


90 % des recours exploitables :

75 % des recours exploitables :

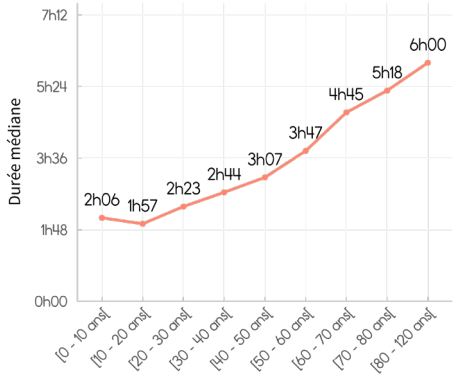


DEVENIR POST URGENCE

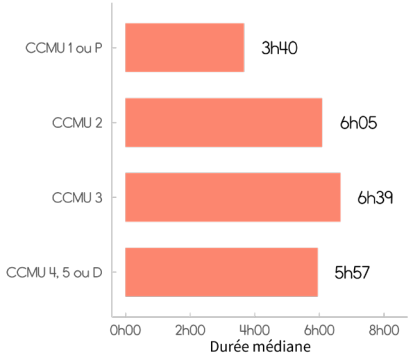


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

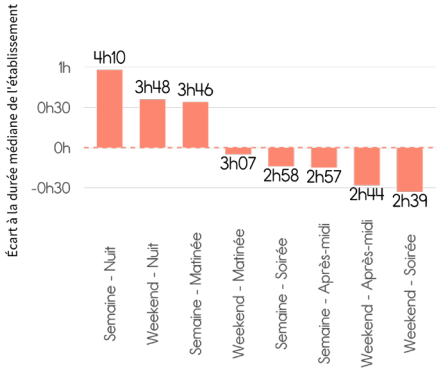
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



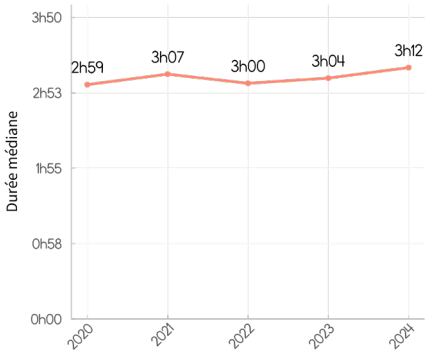
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

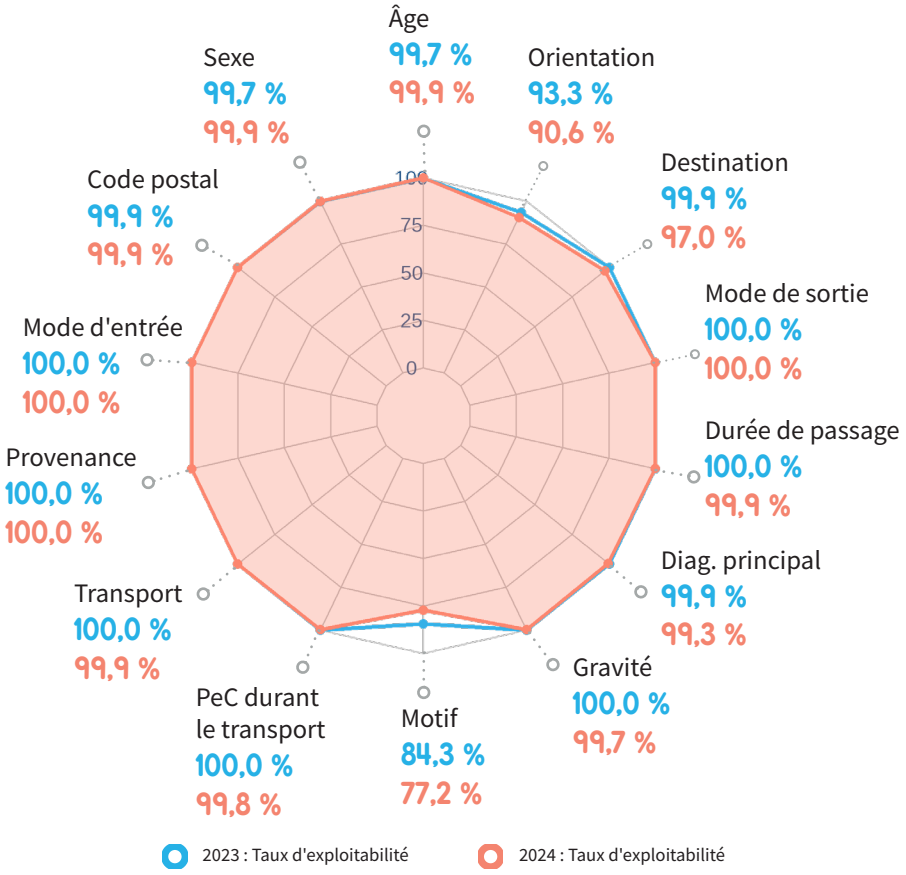


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

NORD
CH de Fourmies

Type de flux : Polyvalent

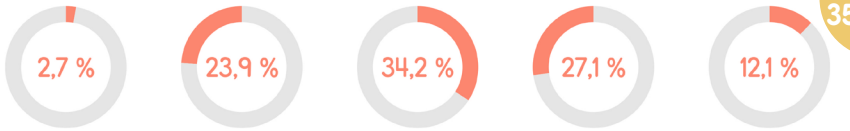
EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 38,9 ans

Âge médian 35,3 ans



NOMBRE DE RPU

+ 3,7 % par rapport à 2023

+ 11,0 % par rapport à 2022

+ 22,1 % par rapport à 2021

17 851
RPU 2024

17 220 RPU 2023

16 080 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,02

Femmes		Hommes	
2023	48,3 %	2023	51,7 %
2024	49,5 %	2024	50,5 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 2h20

Durée moyenne 2h46

Passage en moins de 4h

2023 80,0 %

2024 77,1 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 86,6 % 2024 83,5 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 52,8 % 2024 51,1 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 27,9 %

PDS 43,5 %

Jour : [8h - 20h[

- 74,7 %

Nuit : [20h - 8h[

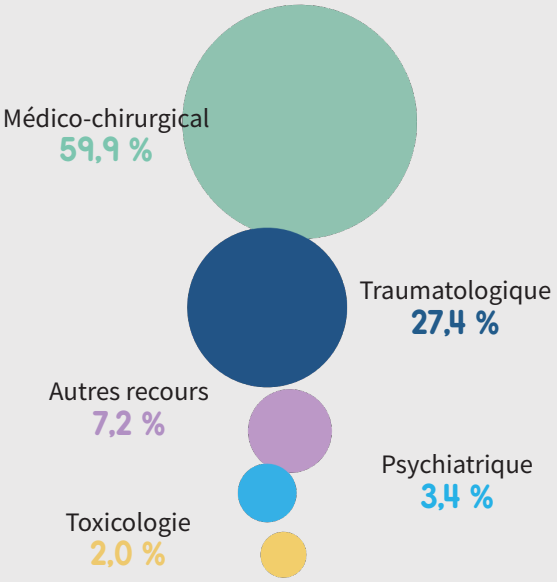
- 25,3 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 9,3 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D n=1

CCMU 1 et P	CCMU 2
7,3 %	80,3 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
11,2 %	1,2 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

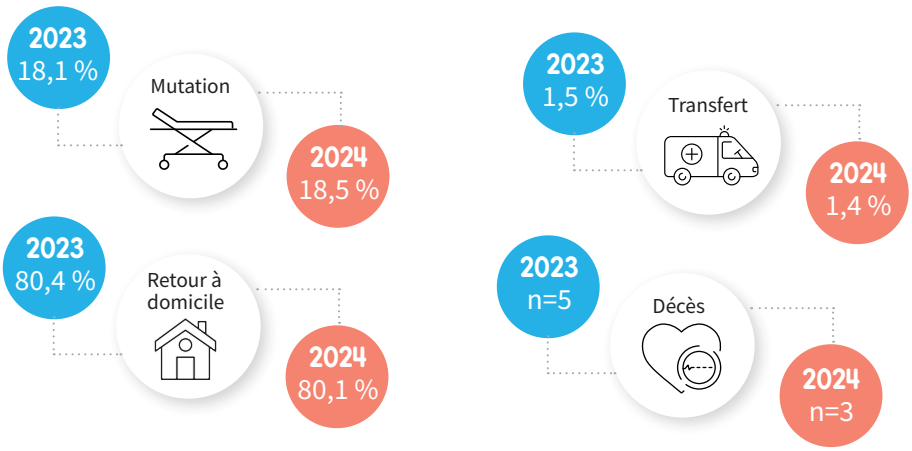
Nombre total de DP différents renseignés : 1 536

Représentant 95 % des recours exploitables : 775

90 % des recours exploitables : 482

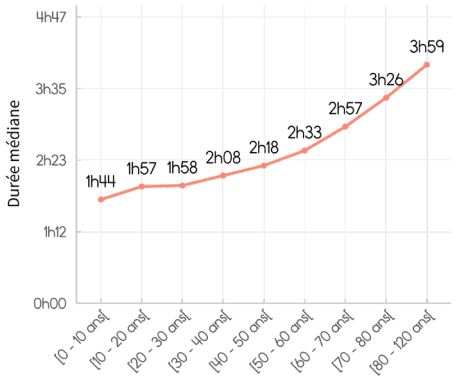
75 % des recours exploitables : 192

DEVENIR POST URGENCE

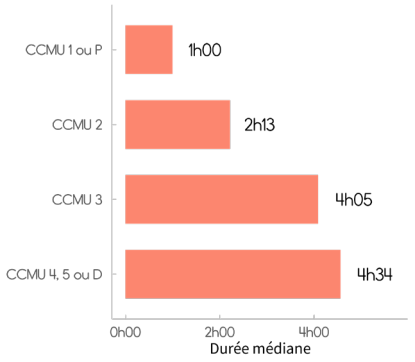


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

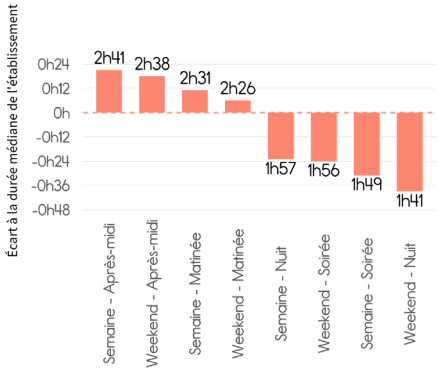
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



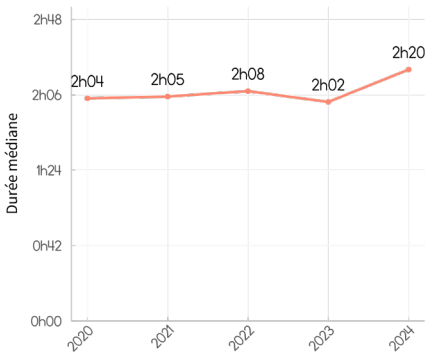
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

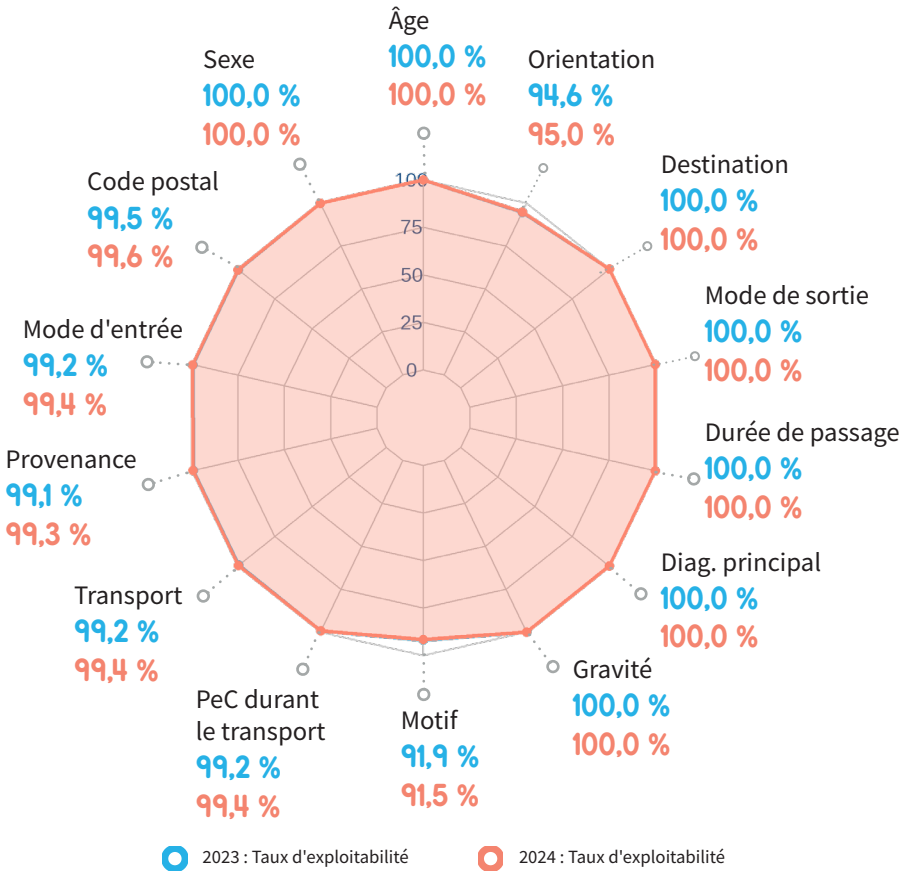


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

NORD
CH de Roubaix

Type de flux : Adulte

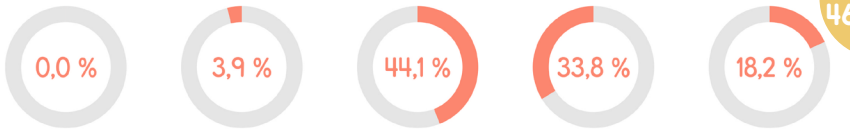
EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 49,4 ans

Âge médian 46,6 ans



NOMBRE DE RPU

+ 0,6 % par rapport à 2023

+ 1,0 % par rapport à 2022

+ 7,7 % par rapport à 2021

50 648
RPU 2024

50 346 RPU 2023

50 158 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 0,97

Femmes		Hommes	
2023	50,7 %	2023	49,3 %
2024	50,6 %	2024	49,3 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 4h55

Durée moyenne 6h19

Passage en moins de 4h

2023 40,6 %

2024 38,3 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 48,6 % 2024 46,0 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 15,1 % 2024 14,6 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,8 %

PDS 47,1 %

Jour : [8h - 20h[

- 69,1 %

Nuit : [20h - 8h[

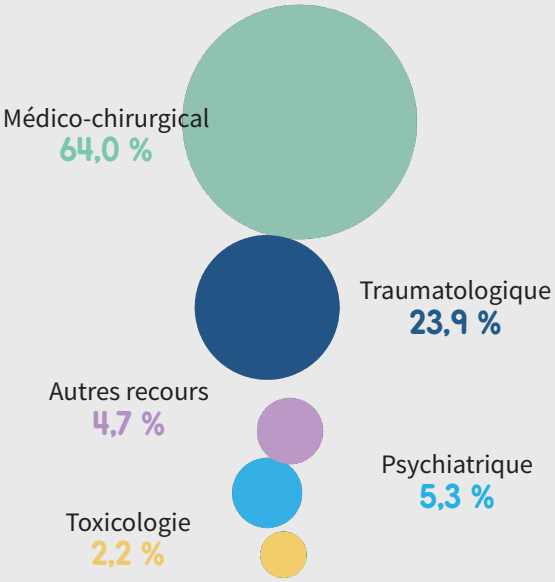
- 30,9 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 13,9 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=6

CCMU 1 et P	CCMU 2
4,1 %	68,9 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
22,9 %	4,1 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

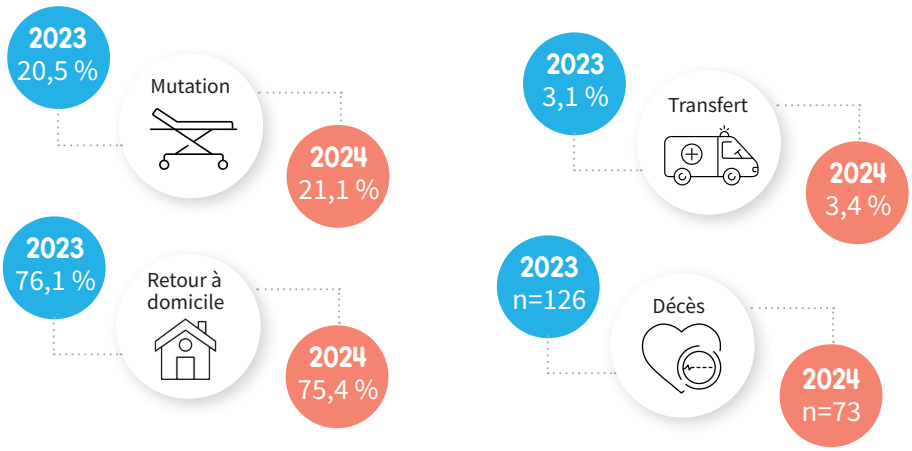
Nombre total de DP différents renseignés : 1 641

Représentant 95 % des recours exploitables : 592

90 % des recours exploitables : 377

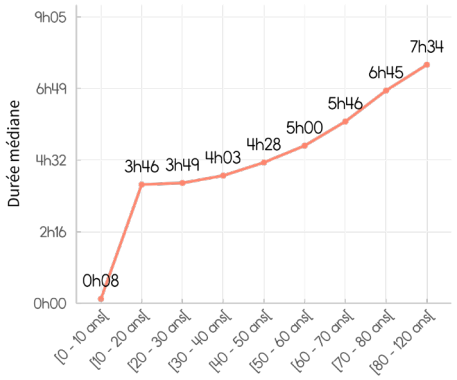
75 % des recours exploitables : 154

DEVENIR POST URGENCE

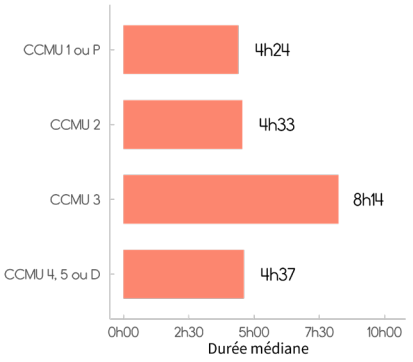


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

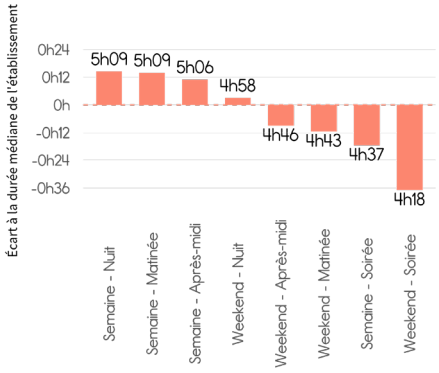
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



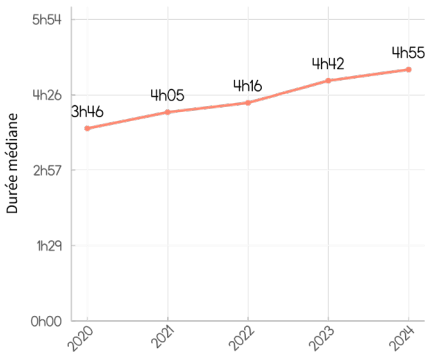
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

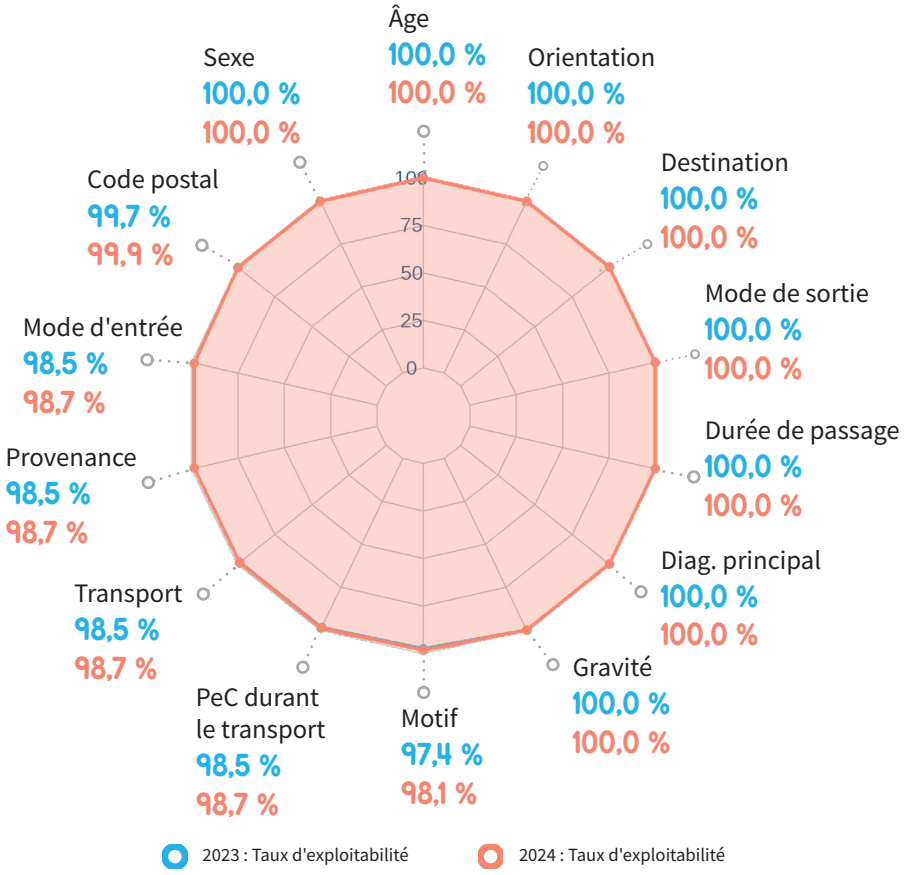


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

NORD
CH de Roubaix

Type de flux : Pédiatrique

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 6,2 ans

Âge médian 5,1 ans



NOMBRE DE RPU

+ 1,0 % par rapport à 2023

- 7,2 % par rapport à 2022

+ 3,3 % par rapport à 2021

26 163
RPU 2024

25 894 RPU 2023

28 200 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,19

	Femmes	Hommes
2023	44,8 %	55,2 %
2024	45,6 %	54,4 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 2h00

Durée moyenne 2h19

Passage en moins de 4h

2023 87,2 %

2024 86,3 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 90,6 % 2024 88,9 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 64,4 % 2024 67,6 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 27,5 %

PDS 47,1 %

Jour : [8h - 20h[

- 70,3 %

Nuit : [20h - 8h[

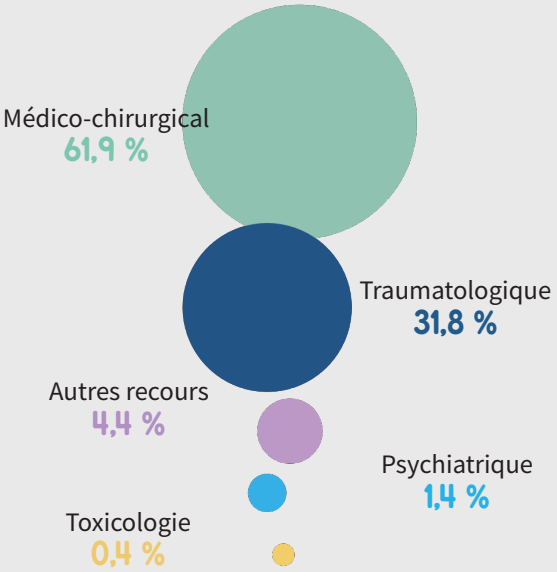
- 29,7 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 9,5 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=0

CCMU 1 et P	CCMU 2
2,3 %	84,8 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
12,1 %	0,8 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

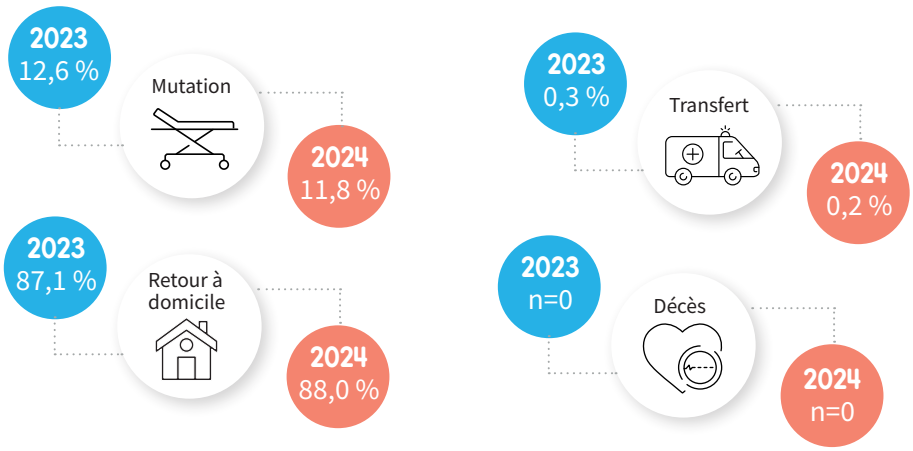
Nombre total de DP différents renseignés : 973

Représentant 95 % des recours exploitables : 354

90 % des recours exploitables : 220

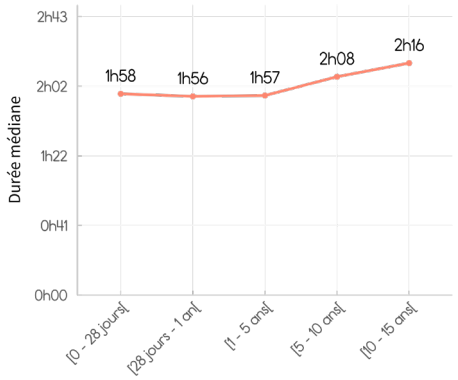
75 % des recours exploitables : 83

DEVENIR POST URGENCE

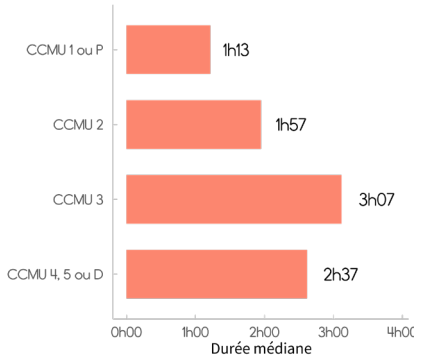


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

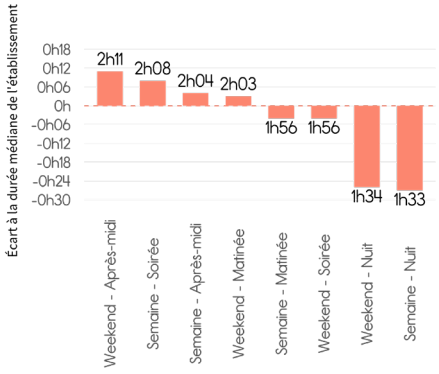
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



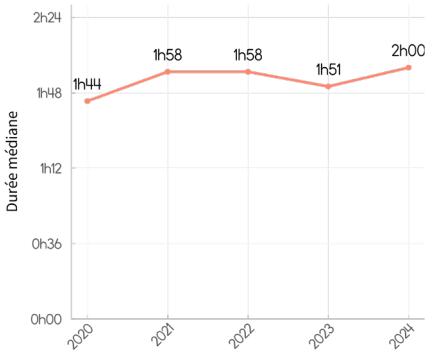
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

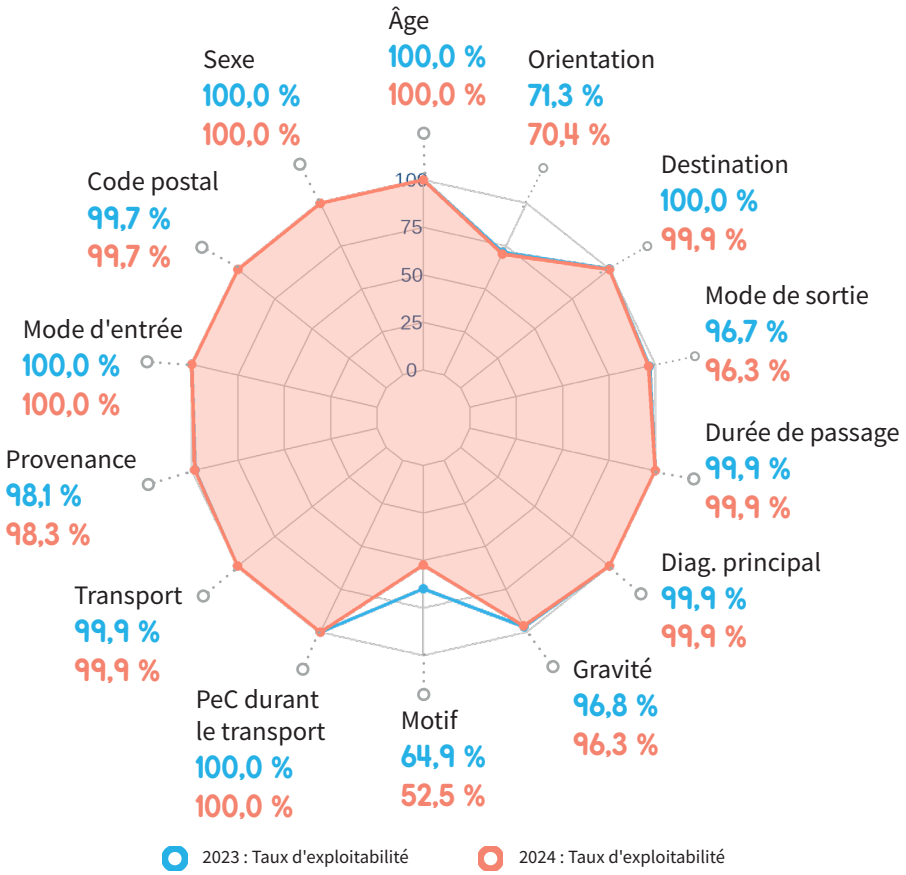


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

NORD
CH de Sambre-Avesnois

Type de flux : Adulte

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 49,3 ans

Âge médian 46,6 ans

0,0 %	5,5 %	42,5 %	34,0 %	17,9 %
Moins de 1 an	[1 - 18 ans[	[18 - 45 ans[	[45 - 75 ans[	75 ans et plus

NOMBRE DE RPU

+ 7,3 % par rapport à 2023

+ 8,6 % par rapport à 2022

+ 16,4 % par rapport à 2021

38 404

RPU 2024

35 797 RPU 2023

35 361 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,03

Femmes	Hommes
2023 48,7 %	2023 51,3 %
2024 49,2 %	2024 50,8 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 2h27

Durée moyenne 3h12

Passage en moins de 4h

2023 70,3 %

2024 68,7 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 82,1 % 2024 80,5 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 44,5 % 2024 44,9 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,0 %

PDS 42,8 %

Jour : [8h - 20h[

- 73,5 %

Nuit : [20h - 8h[

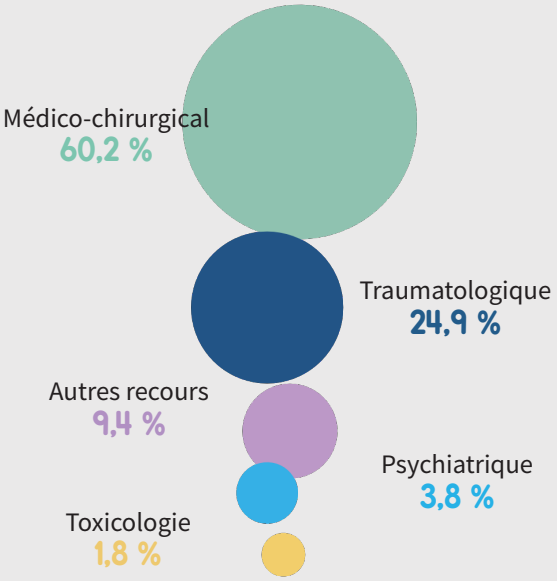
- 26,5 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 11,2 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=2

CCMU 1 et P	CCMU 2
3,8 %	40,1 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
50,6 %	5,5 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

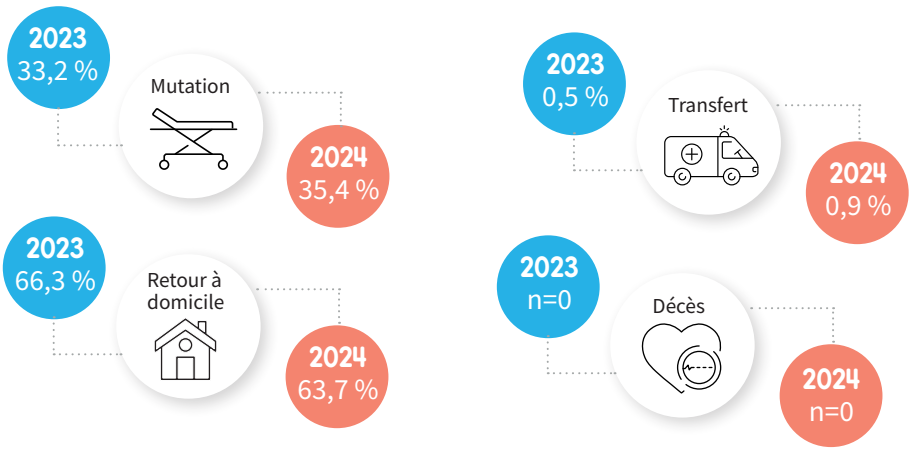
Nombre total de DP différents renseignés : 1 931

Représentant 95 % des recours exploitables : 638

90 % des recours exploitables : 322

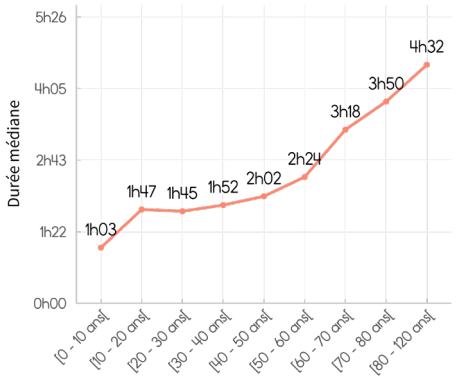
75 % des recours exploitables : 93

DEVENIR POST URGENCE

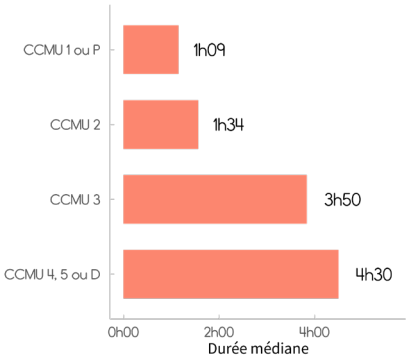


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

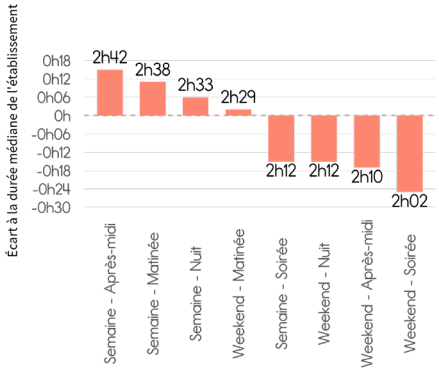
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



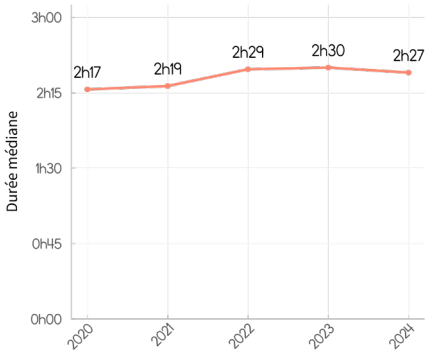
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

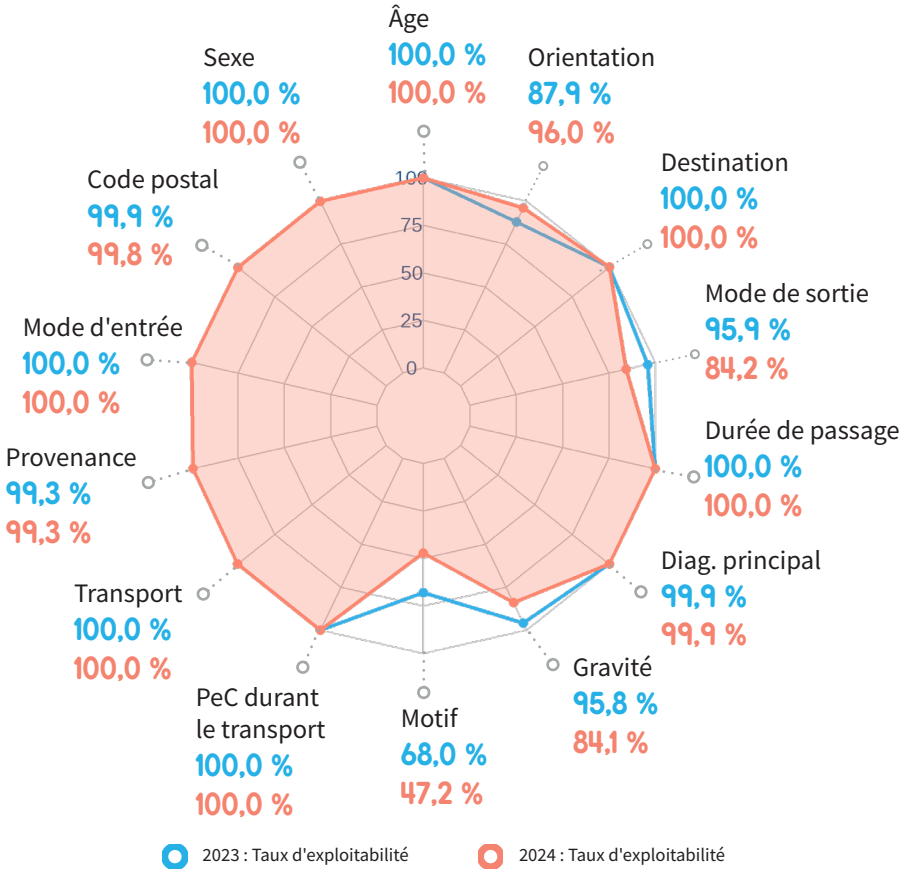


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

NORD
CH de Sambre-Avesnois

Type de flux : Pédiatrique

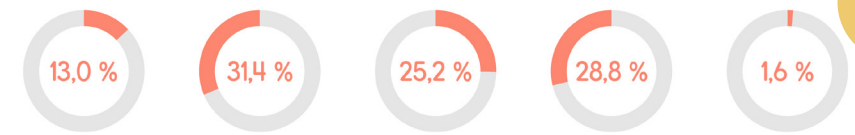
EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 6,7 ans

Âge médian 6,1 ans



NOMBRE DE RPU

- 8,2 % par rapport à 2023

- 10,9 % par rapport à 2022

+ 12,0 % par rapport à 2021

13 901
RPU 2024

15 141 RPU 2023

15 598 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,13

Femmes		Hommes	
2023	46,3 %	2023	53,7 %
2024	47,0 %	2024	53,0 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 1h14

Durée moyenne 1h30

Passage en moins de 4h

2023 97,4 %

2024 96,5 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 97,6 % 2024 96,4 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 94,2 % 2024 92,5 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,3 %

PDS 44,2 %

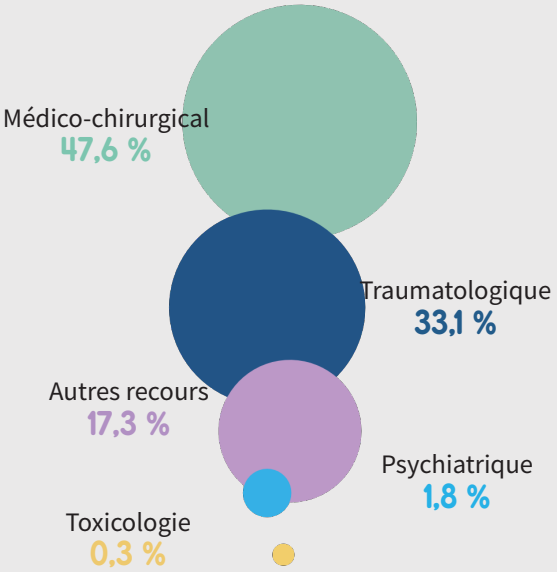
Jour : [8h - 20h[
- 73,3 %

Nuit : [20h - 8h[
- 26,7 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 7,5 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=0

CCMU 1 et P	CCMU 2
25,1 %	54,2 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
20,4 %	0,3 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

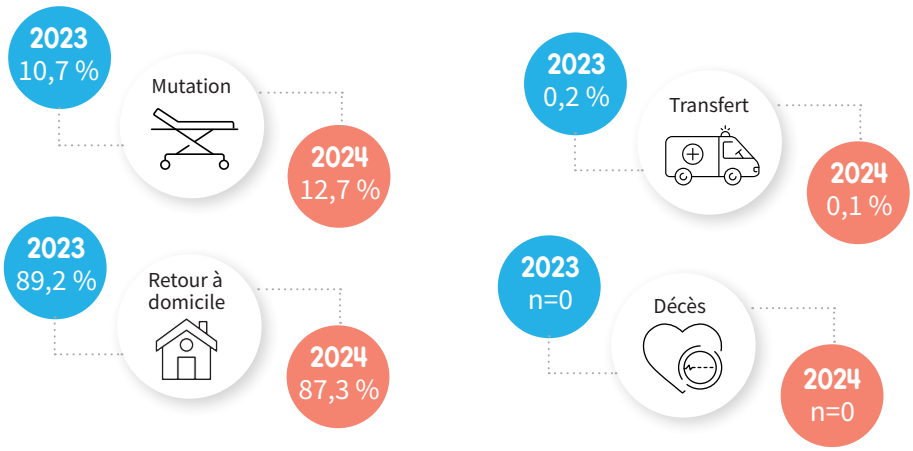
Nombre total de DP différents renseignés : 683

Représentant 95 % des recours exploitables : 213

90 % des recours exploitables : 112

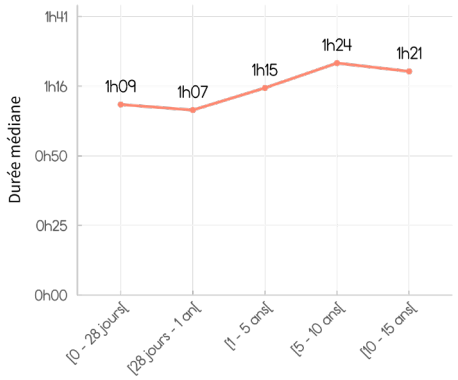
75 % des recours exploitables : 36

DEVENIR POST URGENCE

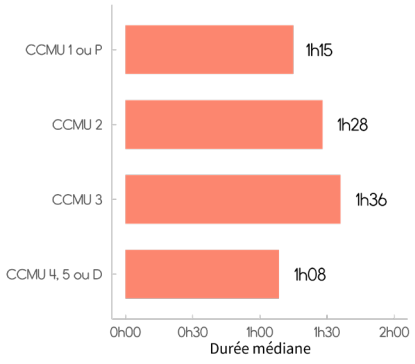


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

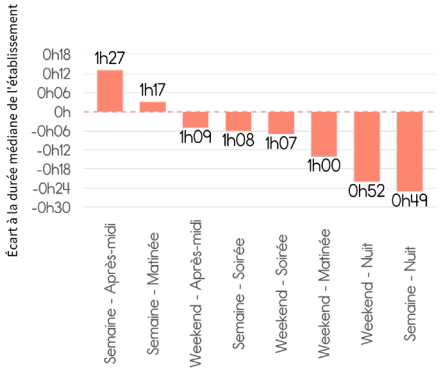
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



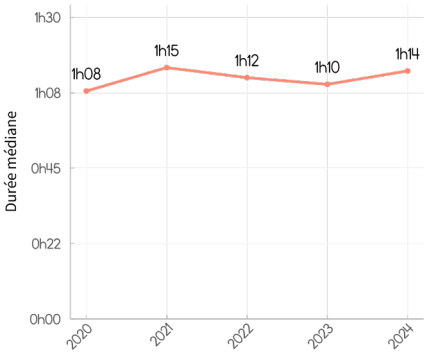
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

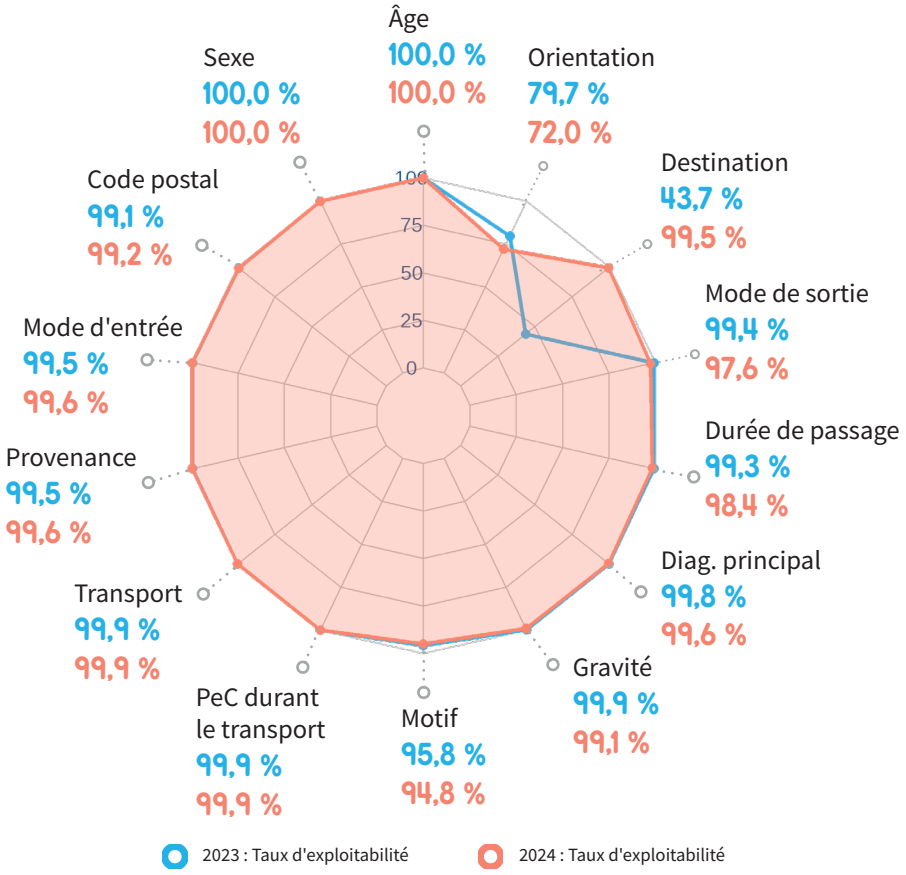


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

NORD
CH de Seclin

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



NOMBRE DE RPU

- 2,7 % par rapport à 2023
- 3,0 % par rapport à 2022
+ 8,4 % par rapport à 2021

41 849
RPU 2024

43 017 RPU 2023

43 153 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,02

Femmes		Hommes	
2023	49,4 %	2023	50,6 %
2024	49,4 %	2024	50,6 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 3h44

Durée moyenne 5h01

Passage en moins de 4h

2023 58,9 %
2024 53,4 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 65,7 % 2024 59,5 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 25,9 % 2024 21,2 %

ÂGE

Âge moyen 36,0 ans

Âge médian 31,7 ans

4,9 %	30,1 %	29,3 %	23,5 %	12,2 %
Moins de 1 an	[1 - 18 ans[	[18 - 45 ans[	[45 - 75 ans[	75 ans et plus

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,6 %

PDS 43,7 %

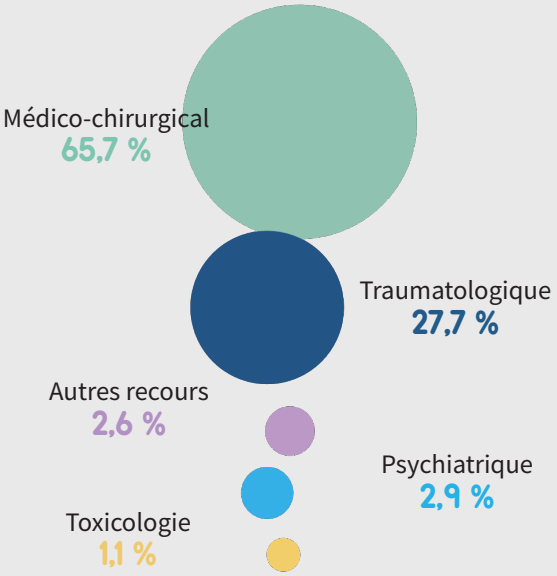
Jour : [8h - 20h[
- 73,5 %

Nuit : [20h - 8h[
- 26,5 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 10,2 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=3

CCMU 1 et P	CCMU 2
26,2 %	62,9 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
9,9 %	0,9 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés :



Représentant 95 % des recours exploitables :

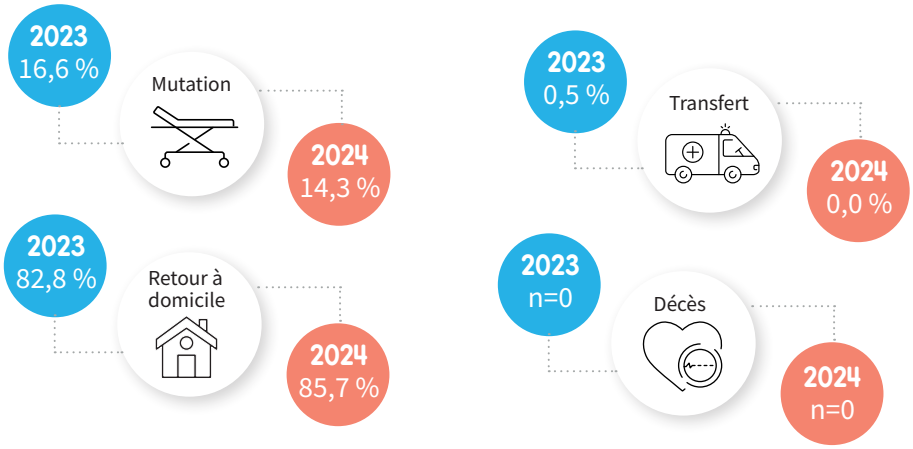


90 % des recours exploitables :

75 % des recours exploitables :

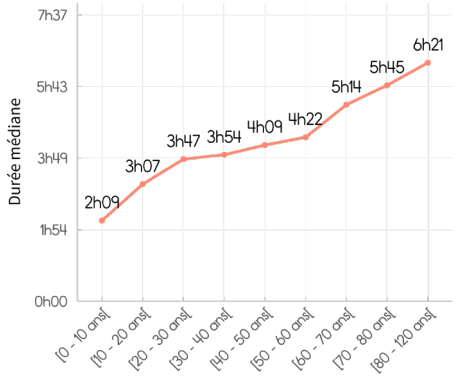


DEVENIR POST URGENCE

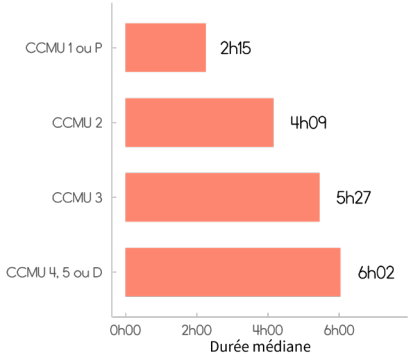


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

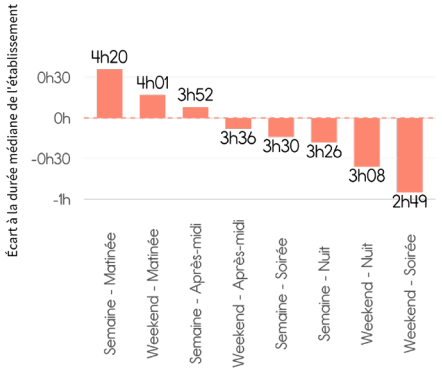
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



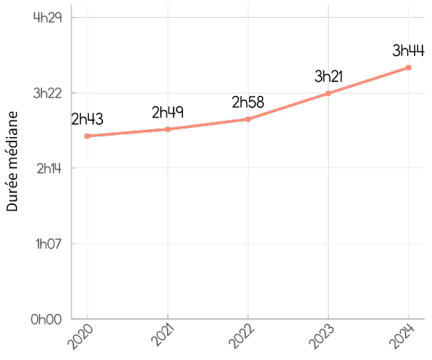
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

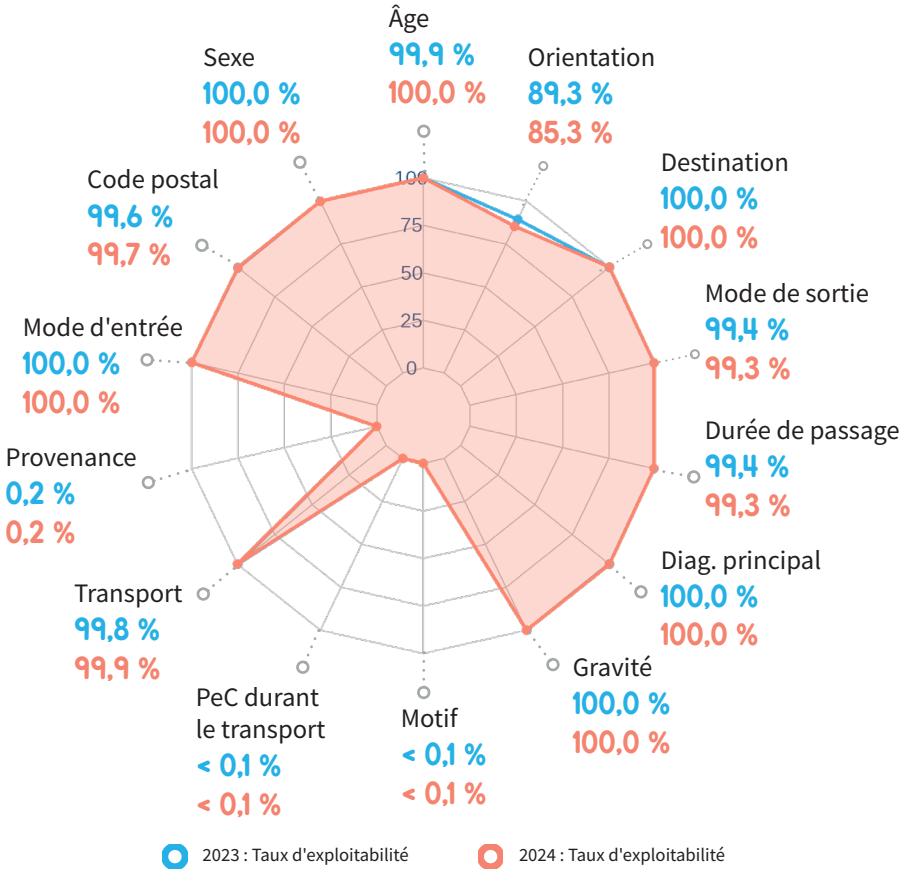


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

NORD
CH de Tourcoing

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 39,8 ans

Âge médian 36,4 ans



NOMBRE DE RPU

+ 2,3 % par rapport à 2023

0,0 % par rapport à 2022

+ 6,7 % par rapport à 2021

48 244
RPU 2024

47 159 RPU 2023

48 263 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,01

Femmes		Hommes	
2023	48,9 %	2023	51,1 %
2024	49,7 %	2024	50,3 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 3h00

Durée moyenne 3h44

Passage en moins de 4h

2023 65,6 %

2024 65,3 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 69,1 % 2024 69,4 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 43,5 % 2024 39,6 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 27,8 %

PDS 47,8 %

Jour : [8h - 20h[

- 69,5 %

Nuit : [20h - 8h[

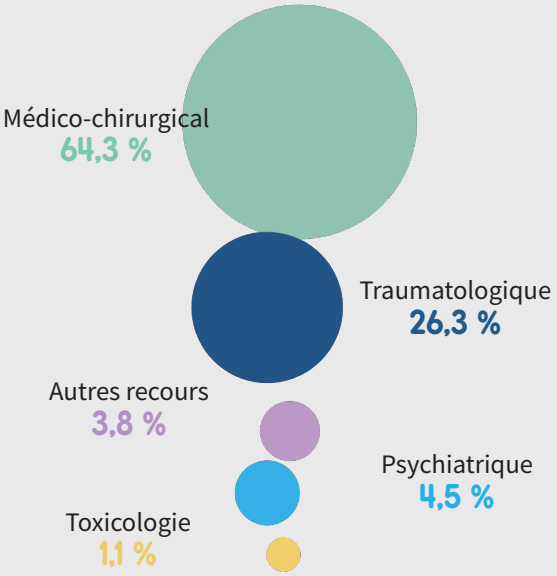
- 30,5 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 12,2 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=19

CCMU 1 et P	CCMU 2
20,3 %	72,0 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
6,9 %	0,7 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

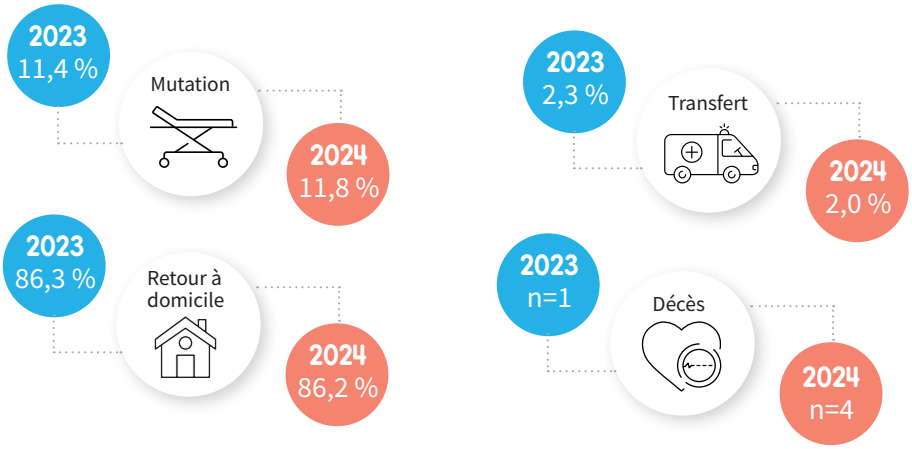
Nombre total de DP différents renseignés : 2 451

Représentant 95 % des recours exploitables : 907

90 % des recours exploitables : 513

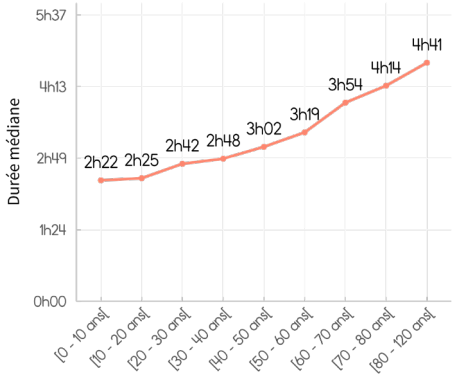
75 % des recours exploitables : 188

DEVENIR POST URGENCE

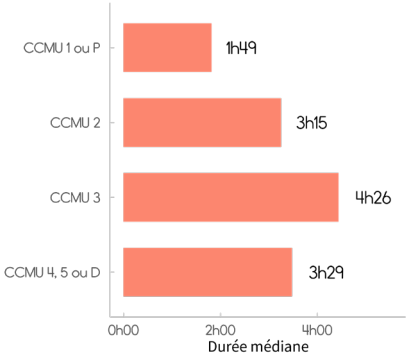


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

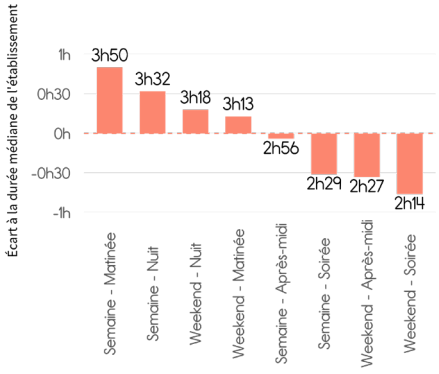
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



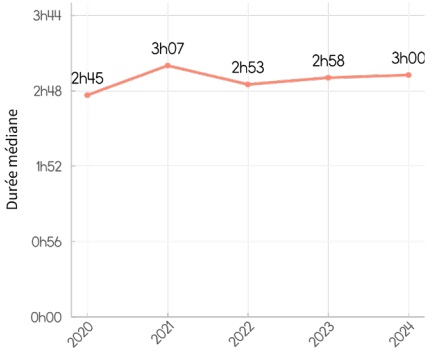
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

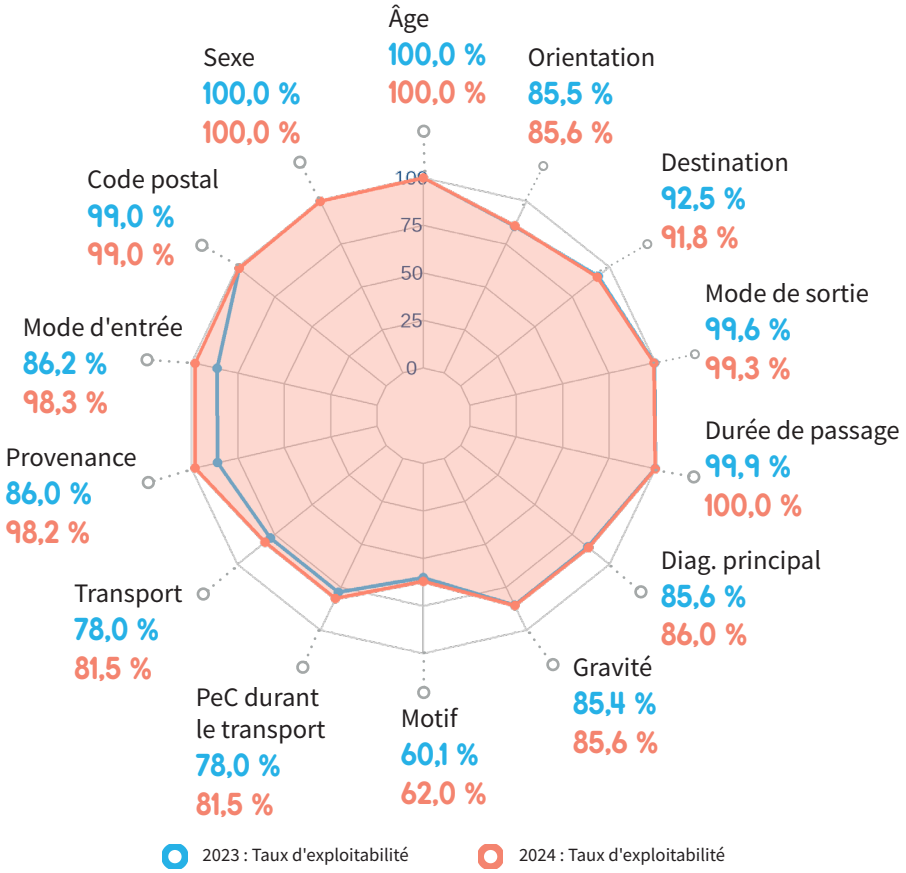


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

NORD
CH de Valenciennes

Type de flux : Adulte

EXPLOITABILITÉ



NOMBRE DE RPU

76 173
RPU 2024

74 630
RPU 2023

73 024
RPU 2022

+ 2,1 % par rapport à 2023

+ 4,3 % par rapport à 2022

+ 12,5 % par rapport à 2021

SEXE

Sex-ratio 1,05

Femmes		Hommes	
2023	48,6 %	2023	51,4 %
2024	48,7 %	2024	51,3 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 3h26

Durée moyenne 4h09

Passage en moins de 4h

2023 56,6 %
2024 57,8 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 65,8 % 2024 67,1 %

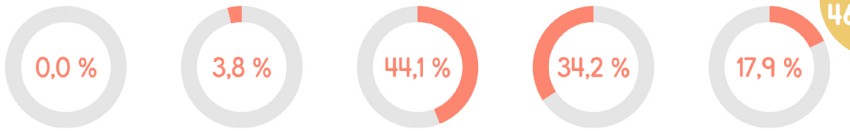
- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 26,5 % 2024 26,8 %

ÂGE

Âge moyen 49,6 ans

Âge médian 46,7 ans



HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,7 %

PDS 44,4 %

Jour : [8h - 20h[

- 72,0 %

Nuit : [20h - 8h[

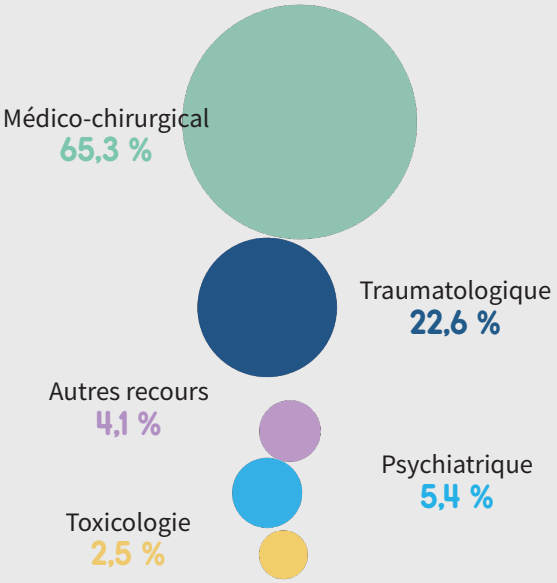
- 28,0 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 12,4 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=26

CCMU 1 et P	CCMU 2
12,0 %	74,3 %
CCMU 3	CCMU 4 et 5
9,6 %	4,1 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

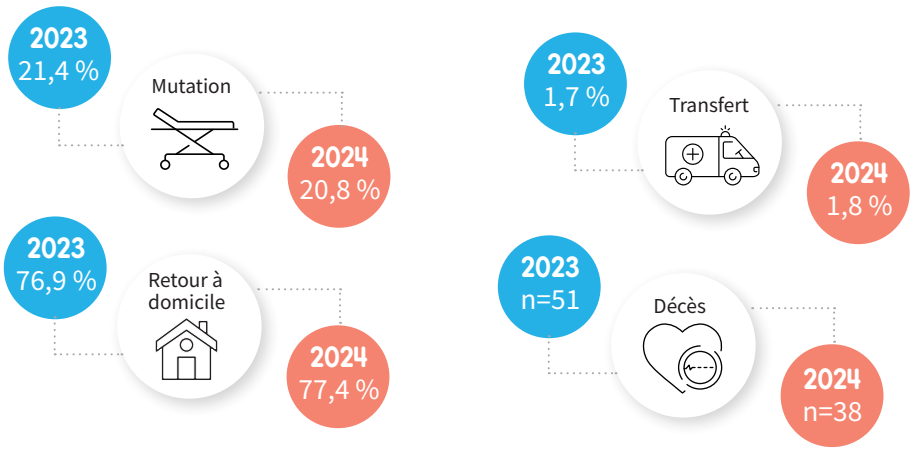
Nombre total de DP différents renseignés : 3 081

Représentant 95 % des recours exploitables : 1 063

90 % des recours exploitables : 603

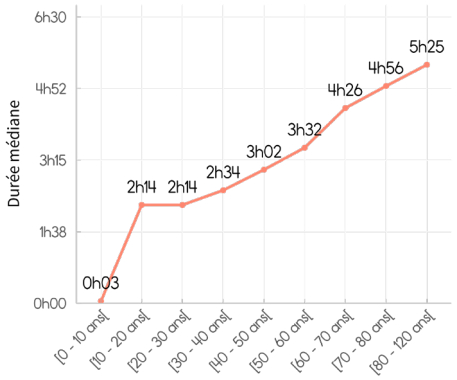
75 % des recours exploitables : 209

DEVENIR POST URGENCE

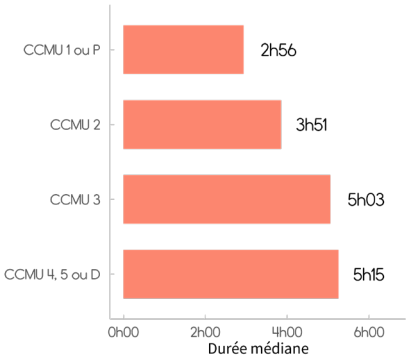


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

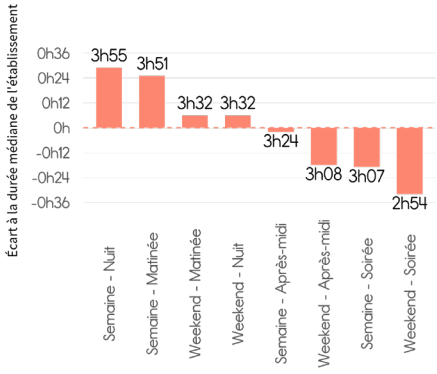
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



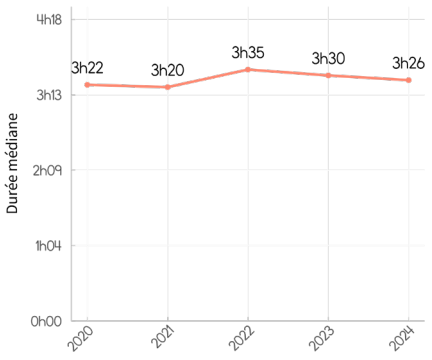
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

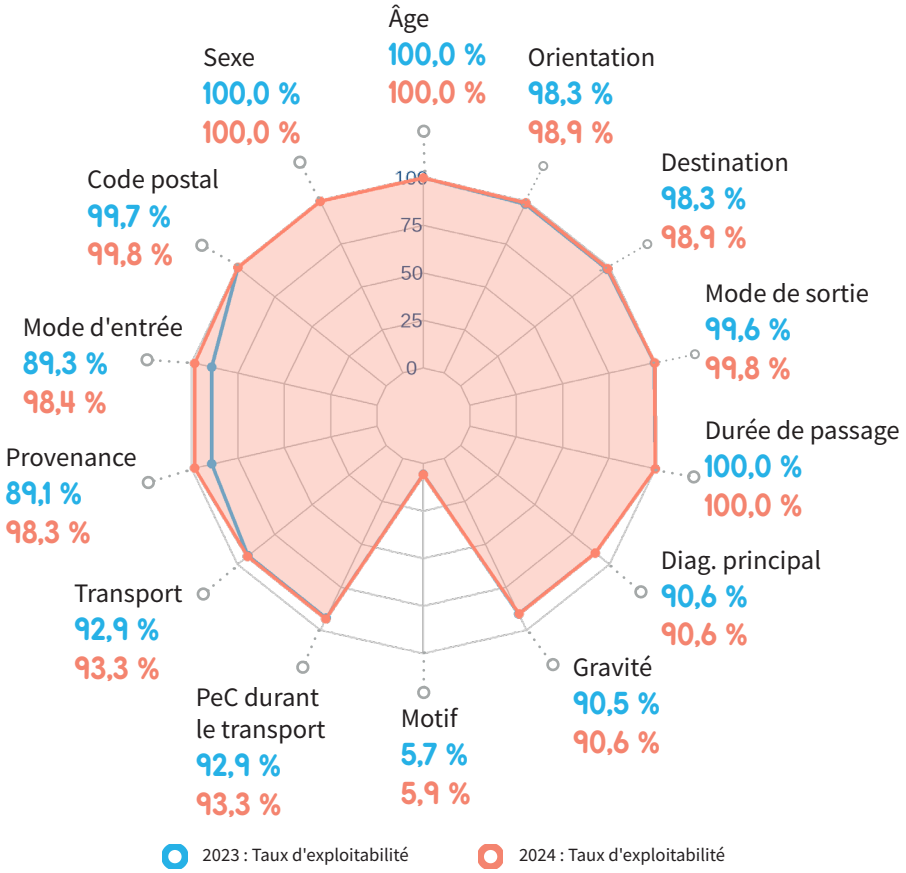


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

NORD
CH de Valenciennes

Type de flux : Pédiatrique

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 6,2 ans

Âge médian 4,9 ans



NOMBRE DE RPU

+ 3,5 % par rapport à 2023

- 3,5 % par rapport à 2022

+ 18,3 % par rapport à 2021

33 352
RPU 2024

32 218 RPU 2023

34 561 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,18

Femmes		Hommes	
2023	45,0 %	2023	55,0 %
2024	45,9 %	2024	54,1 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 1h53

Durée moyenne 2h12

Passage en moins de 4h

2023 87,5 %

2024 89,2 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 89,8 % 2024 91,7 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 75,6 % 2024 74,8 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 28,0 %

PDS 47,5 %

Jour : [8h - 20h[

- 70,2 %

Nuit : [20h - 8h[

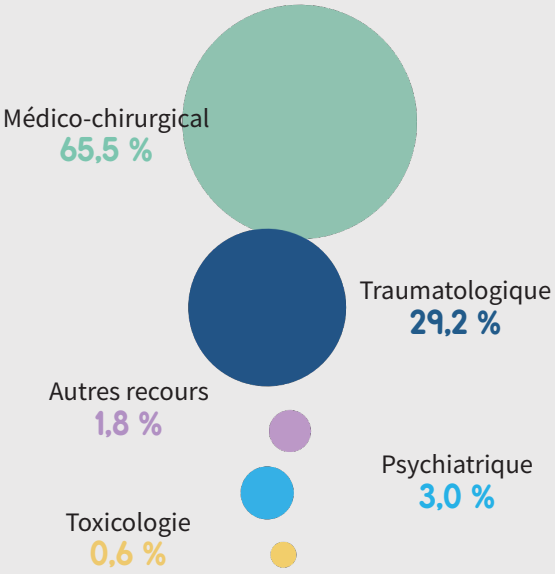
- 29,8 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 9,1 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=1

CCMU 1 et P	CCMU 2
45,5 %	49,4 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
4,7 %	0,4 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

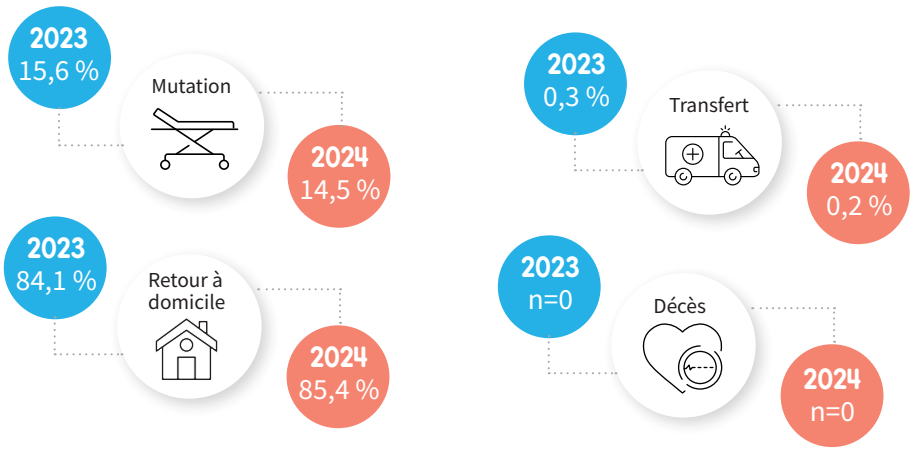
Nombre total de DP différents renseignés : 1 760

Représentant 95 % des recours exploitables : 704

90 % des recours exploitables : 399

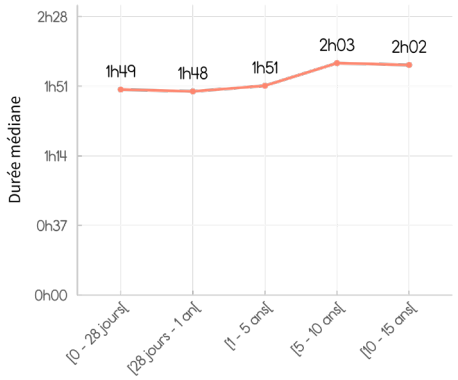
75 % des recours exploitables : 135

DEVENIR POST URGENCE

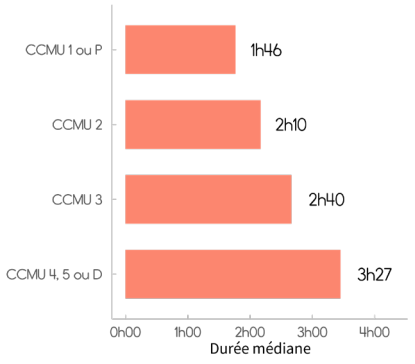


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

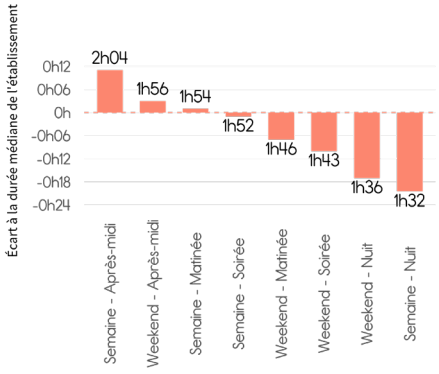
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



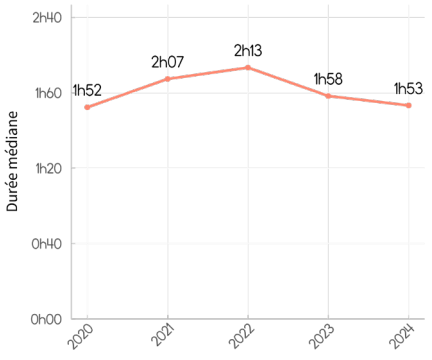
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

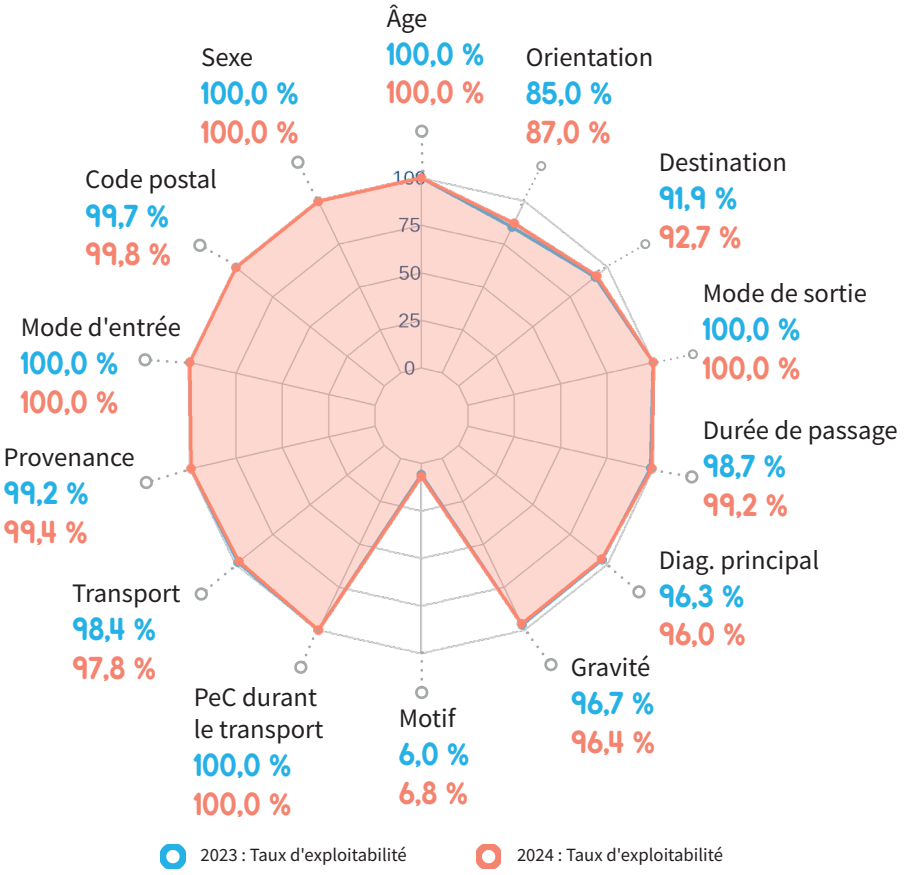


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

NORD
CHU de Lille

Type de flux : Adulte

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 46,1 ans

Âge médian 42,3 ans



NOMBRE DE RPU

- 2,0 % par rapport à 2023
- 4,0 % par rapport à 2022
+ 0,5 % par rapport à 2021

72 666
RPU 2024

74 145 RPU 2023

75 727 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,03

Femmes		Hommes	
2023	48,8 %	2023	51,2 %
2024	49,3 %	2024	50,7 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 5h07

Durée moyenne 7h22

Passage en moins de 4h

2023 36,8 %

2024 38,6 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 42,7 % 2024 44,8 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 14,0 % 2024 14,7 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,7 %

PDS 45,2 %

Jour : [8h - 20h[

- 71,5 %

Nuit : [20h - 8h[

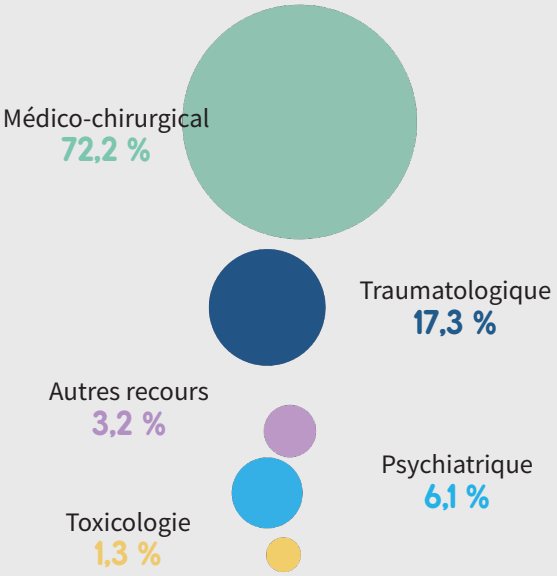
- 28,5 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 12,6 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=94

CCMU 1 et P	CCMU 2
9,4 %	82,5 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
6,3 %	1,6 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

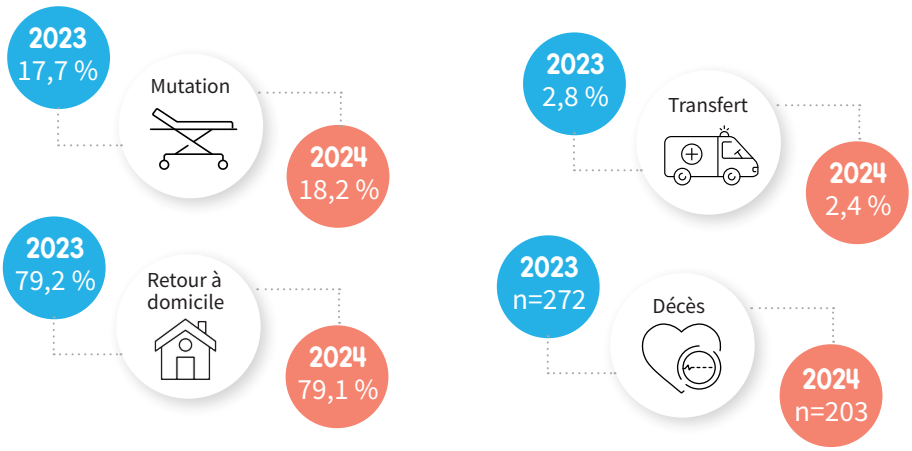
Nombre total de DP différents renseignés : 3 491

Représentant 95 % des recours exploitables : 1 372

90 % des recours exploitables : 815

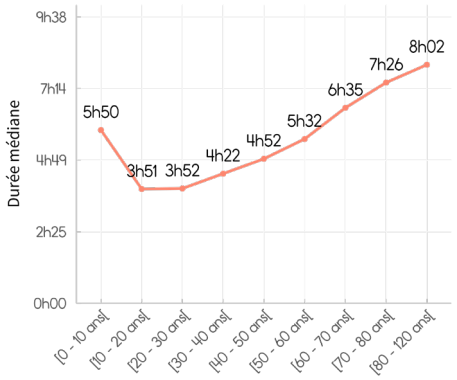
75 % des recours exploitables : 302

DEVENIR POST URGENCE

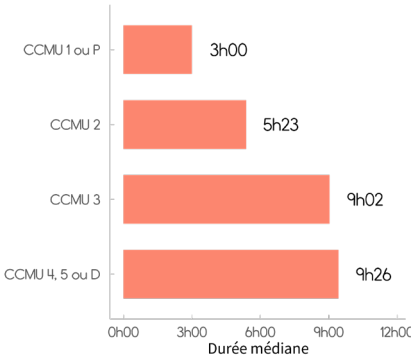


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

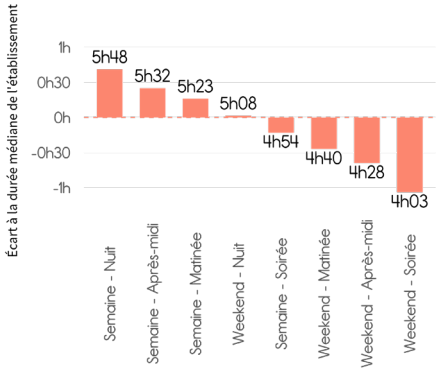
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



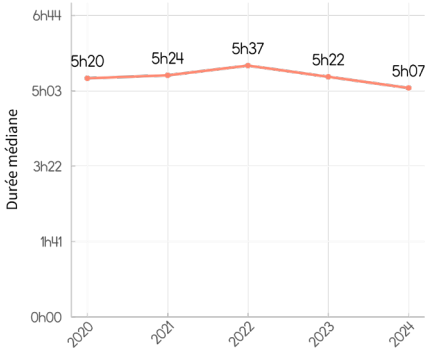
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

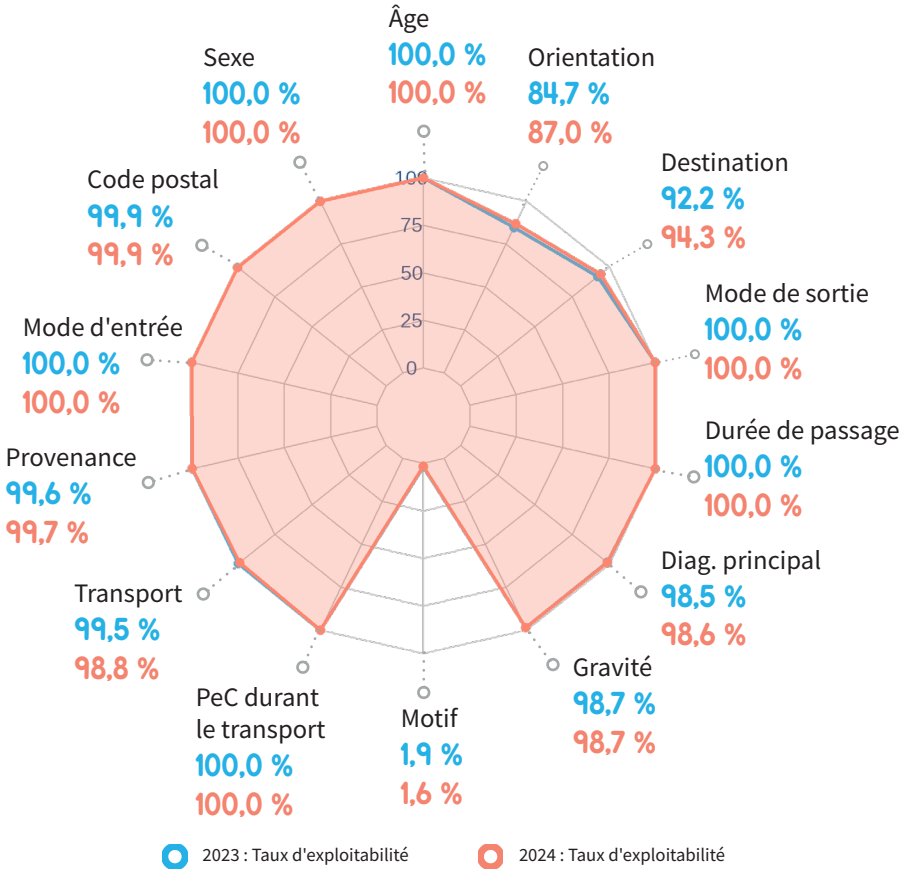


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

NORD
CHU de Lille

Type de flux : Pédiatrique

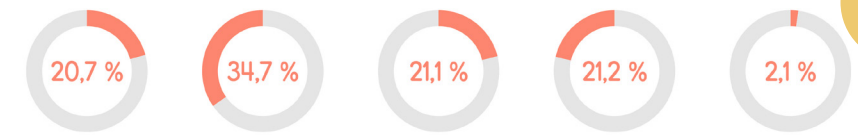
EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 5,6 ans

Âge médian 4,1 ans



NOMBRE DE RPU

- 5,0 % par rapport à 2023
- 10,6 % par rapport à 2022
- 0,7 % par rapport à 2021

24 641
RPU 2024

25 930 RPU 2023

27 564 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,20

Femmes		Hommes	
2023	45,8 %	2023	54,2 %
2024	45,5 %	2024	54,5 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 3h43

Durée moyenne 5h41

Passage en moins de 4h

2023 57,3 %

2024 54,2 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 63,4 % 2024 59,6 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 15,0 % 2024 16,9 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 27,7 %

PDS 47,2 %

Jour : [8h - 20h[

- 70,6 %

Nuit : [20h - 8h[

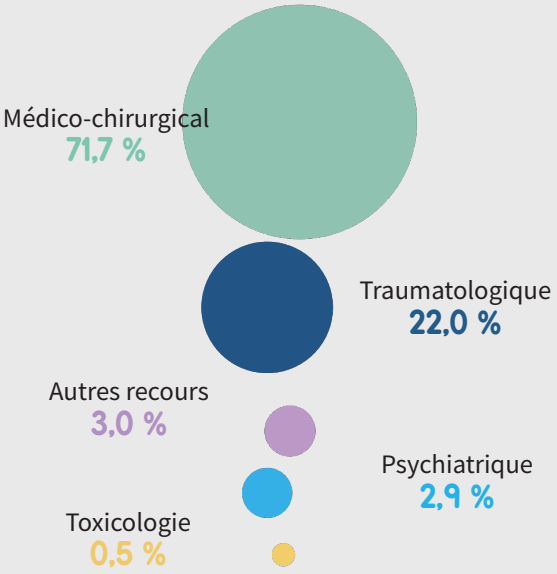
- 29,4 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 10,0 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=1

CCMU 1 et P 13,3 %	CCMU 2 79,3 %
CCMU 3 7,1 %	CCMU 4 et 5 0,3 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

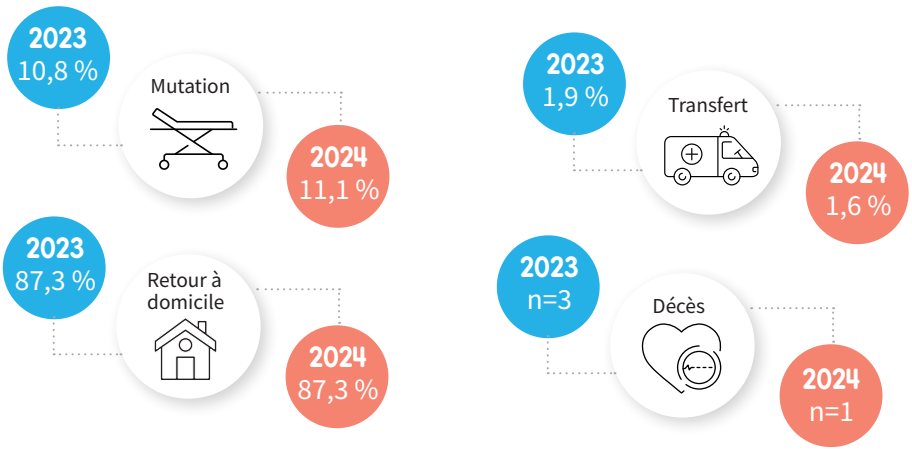
Nombre total de DP différents renseignés : 1 512

Représentant 95 % des recours exploitables : 635

90 % des recours exploitables : 378

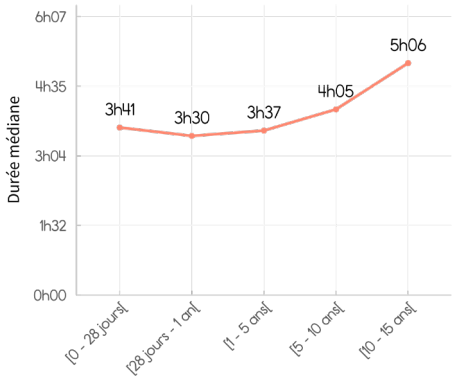
75 % des recours exploitables : 136

DEVENIR POST URGENCE

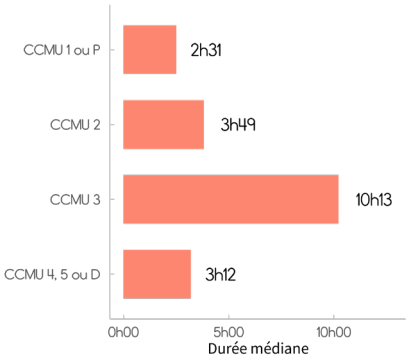


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

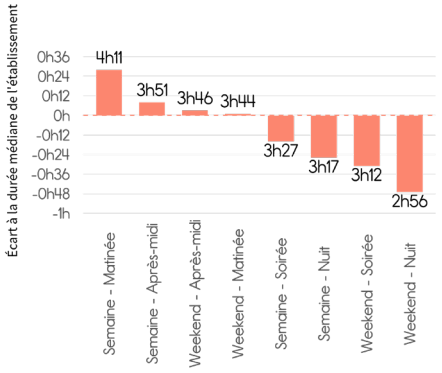
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



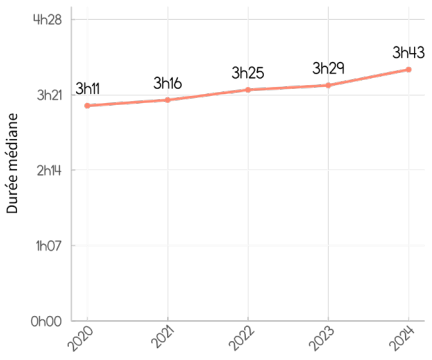
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

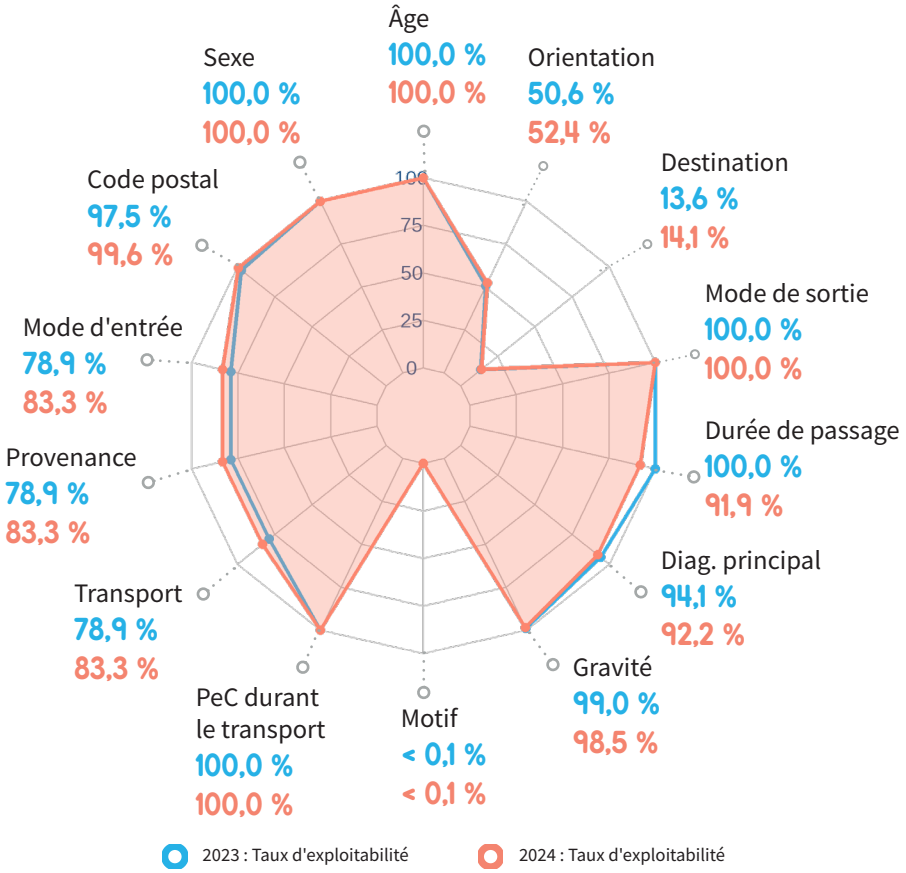


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

NORD
Clinique Saint-Amé

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 39,3 ans

Âge médian 36,8 ans



NOMBRE DE RPU

- 8,8 % par rapport à 2023

+ 5,3 % par rapport à 2022

+ 7,5 % par rapport à 2021

17 367
RPU 2024

19 037 RPU 2023

16 492 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 0,93

Femmes		Hommes	
2023	51,3 %	2023	48,7 %
2024	51,8 %	2024	48,1 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 1h26

Durée moyenne 1h58

Passage en moins de 4h

2023 89,5 %

2024 88,7 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 91,2 % 2024 90,8 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 68,5 % 2024 63,9 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,3 %

PDS 35,7 %

Jour : [8h - 20h[

- 83,8 %

Nuit : [20h - 8h[

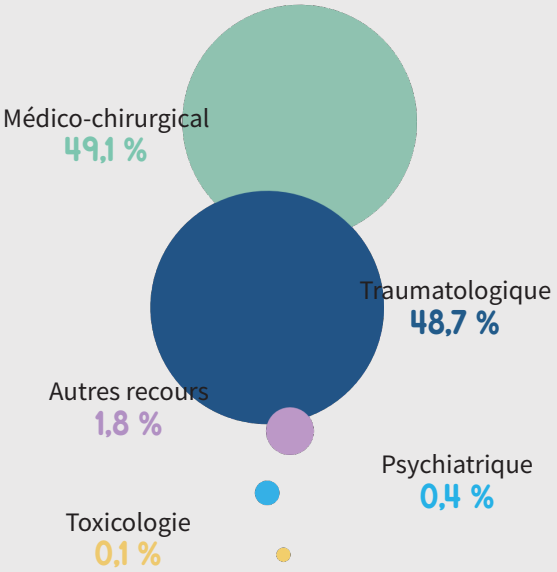
- 16,2 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 3,9 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=1

CCMU 1 et P 1,8 %	CCMU 2 70,0 %
CCMU 3 27,4 %	CCMU 4 et 5 0,8 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

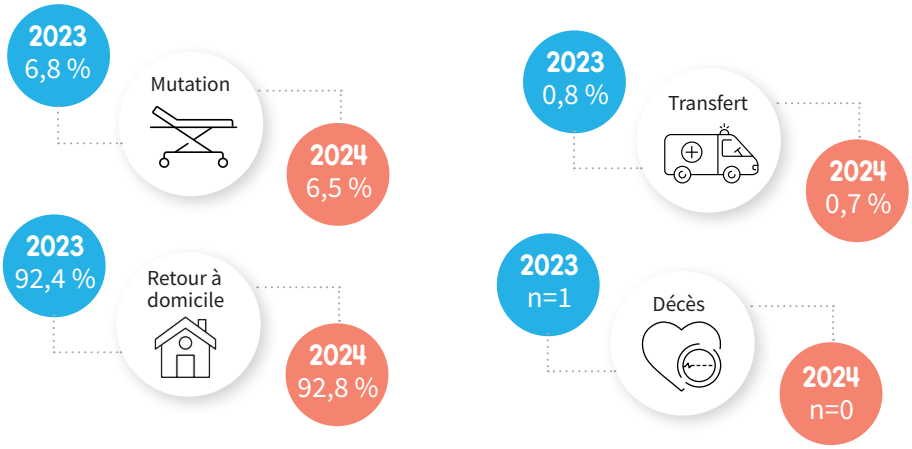
Nombre total de DP différents renseignés : 679

Représentant 95 % des recours exploitables : 271

90 % des recours exploitables : 177

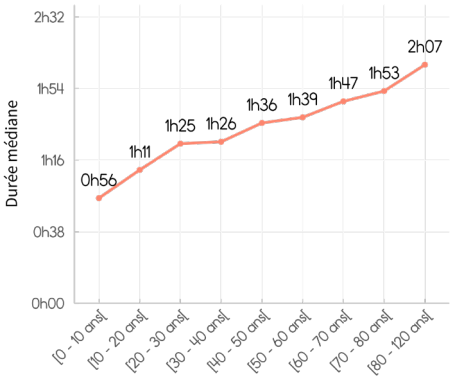
75 % des recours exploitables : 82

DEVENIR POST URGENCE

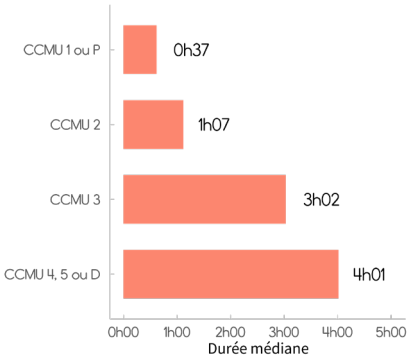


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



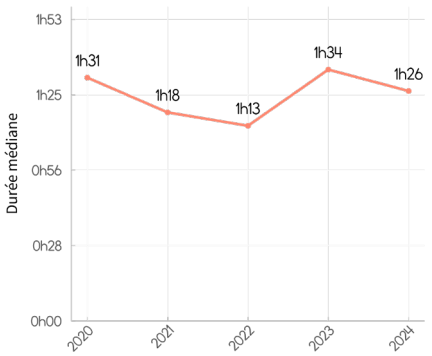
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

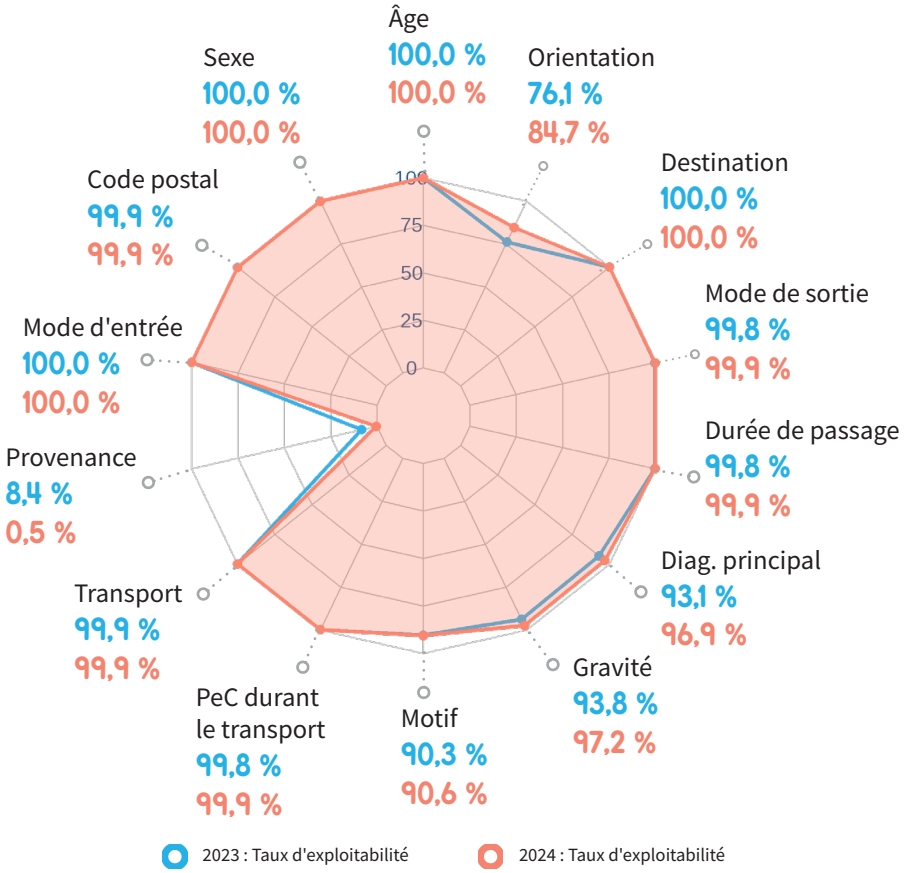


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

NORD
GHICL - ES Saint-Philibert

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 54,6 ans

Âge médian 54,9 ans



NOMBRE DE RPU

+ 3,1 % par rapport à 2023

+ 4,2 % par rapport à 2022

+ 13,3 % par rapport à 2021

26 112
RPU 2024

25 316 RPU 2023

25 048 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 0,98

Femmes		Hommes	
2023	50,1 %	2023	49,8 %
2024	50,6 %	2024	49,4 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 3h16

Durée moyenne 3h43

Passage en moins de 4h

2023 61,8 %

2024 64,0 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 71,6 % 2024 75,9 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 44,2 % 2024 43,5 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,4 %

PDS 42,3 %

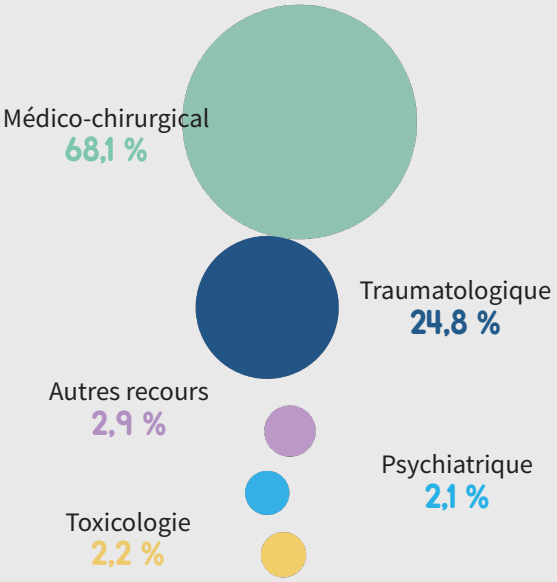
Jour : [8h - 20h[
- 74,9 %

Nuit : [20h - 8h[
- 25,1 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 10,9 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=2

CCMU 1 et P	CCMU 2
9,2 %	52,8 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
36,2 %	1,8 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

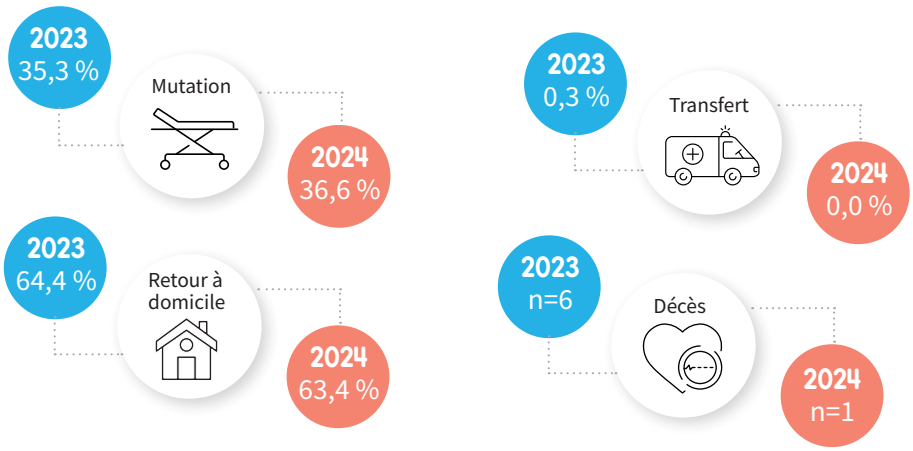
Nombre total de DP différents renseignés : 1 740

Représentant 95 % des recours exploitables : 757

90 % des recours exploitables : 446

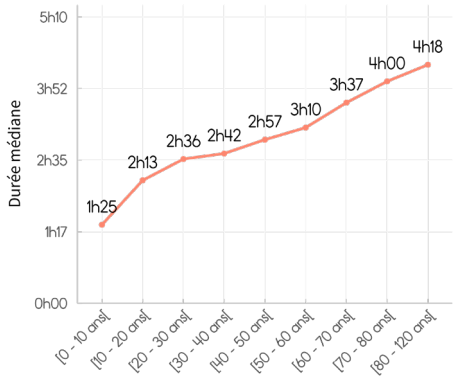
75 % des recours exploitables : 154

DEVENIR POST URGENCE

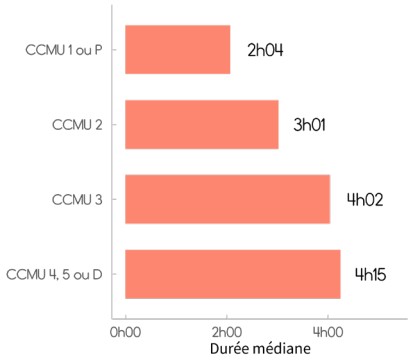


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

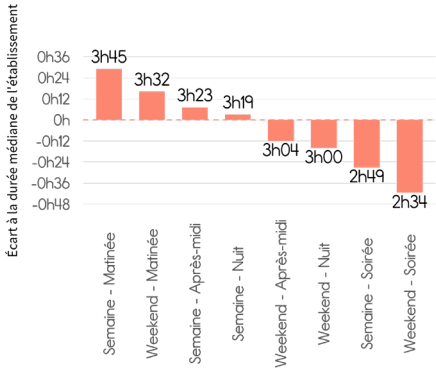
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



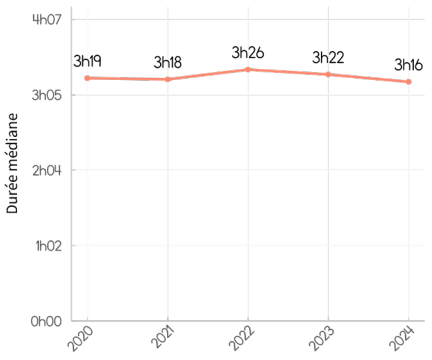
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

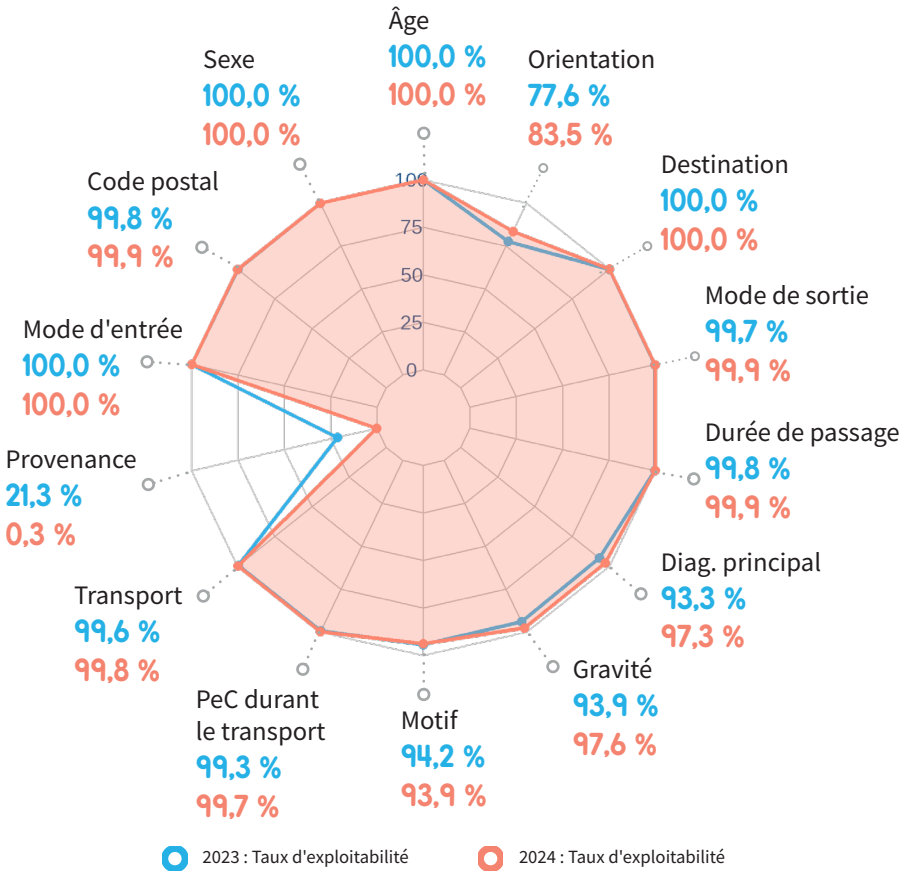


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

NORD
GHICL - ES Saint-Vincent

Type de flux : Polyvalent

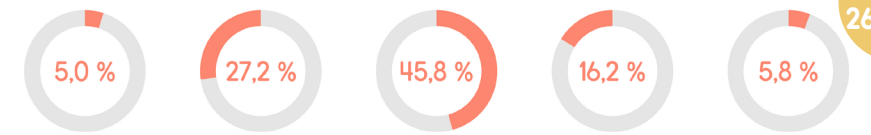
EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 30,0 ans

Âge médian 26,3 ans



NOMBRE DE RPU

+ 3,4 % par rapport à 2023

+ 3,0 % par rapport à 2022

+ 17,6 % par rapport à 2021

76 074
RPU 2024

73 591 RPU 2023

73 826 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 0,78

Femmes		Hommes	
2023	55,8 %	2023	44,2 %
2024	56,3 %	2024	43,7 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 3h02

Durée moyenne 4h03

Passage en moins de 4h

2023 63,4 %

2024 62,6 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 69,6 % 2024 69,7 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 38,5 % 2024 36,1 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,3 %

PDS 45,3 %

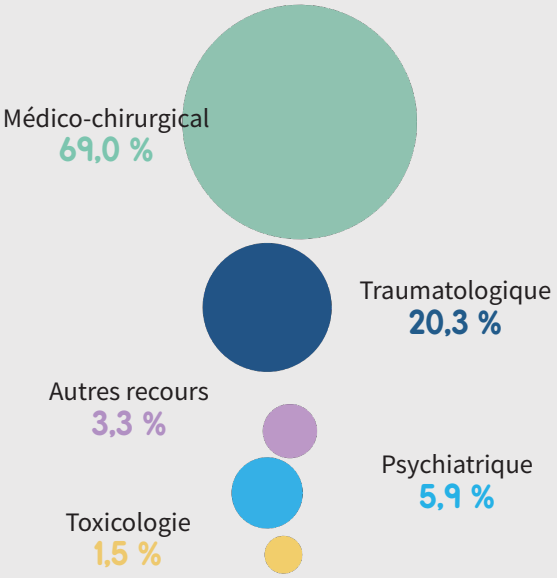
Jour : [8h - 20h[
- 70,8 %

Nuit : [20h - 8h[
- 29,2 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 12,1 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D n=4

CCMU 1 et P	CCMU 2
21,4 %	58,9 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
18,0 %	1,8 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

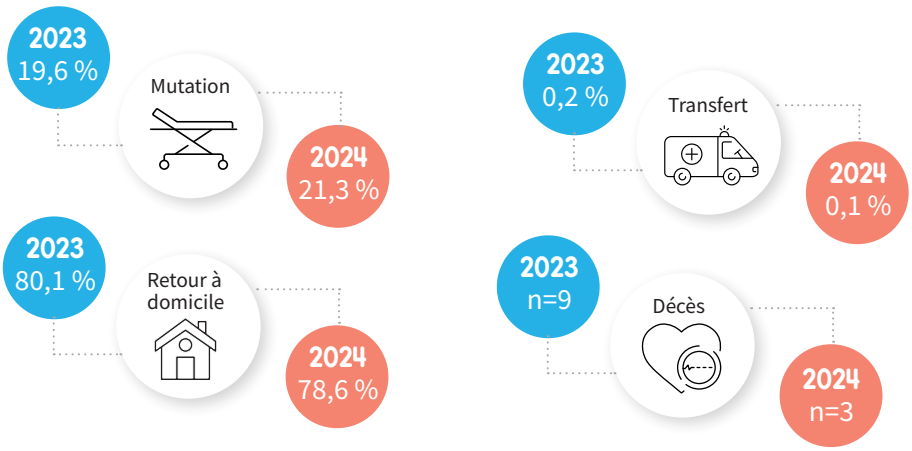
Nombre total de DP différents renseignés : 2 80

Représentant 95 % des recours exploitables : 893

90 % des recours exploitables : 506

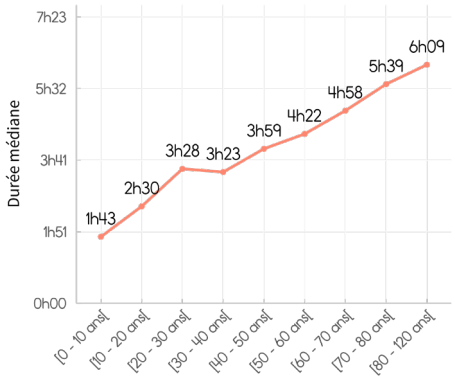
75 % des recours exploitables : 172

DEVENIR POST URGENCE

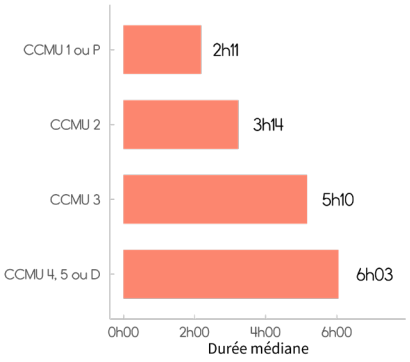


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

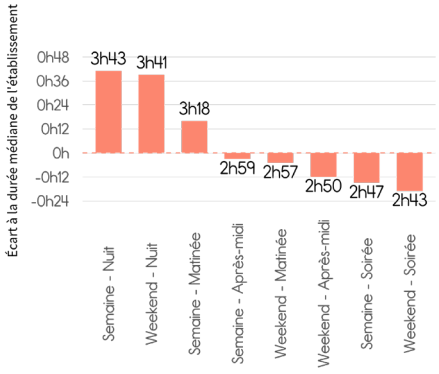
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



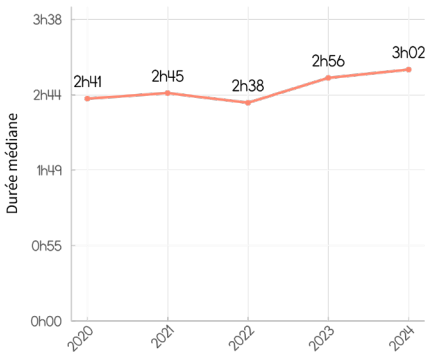
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

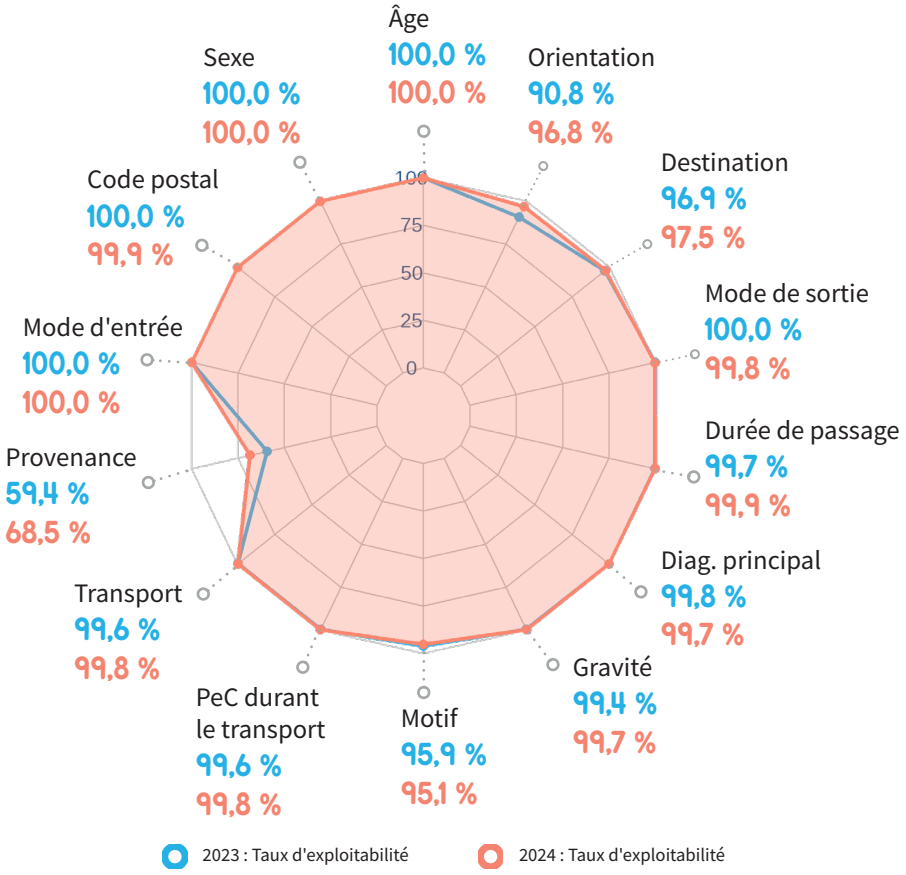


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

NORD
Polyclinique Vauban

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 45,2 ans

Âge médian 44,2 ans



NOMBRE DE RPU

+ 8,9 % par rapport à 2023

+ 5,5 % par rapport à 2022

+ 5,0 % par rapport à 2021

18 160

RPU 2024

16 672 RPU 2023

17 215 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,03

Femmes	Hommes
2023 48,5 %	2023 51,5 %
2024 49,3 %	2024 50,7 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 2h15

Durée moyenne 3h55

Passage en moins de 4h

2023 69,8 %

2024 74,2 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 71,1 % 2024 76,5 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 35,2 % 2024 36,6 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 24,5 %

PDS 34,2 %

Jour : [8h - 20h[

- 83,3 %

Nuit : [20h - 8h[

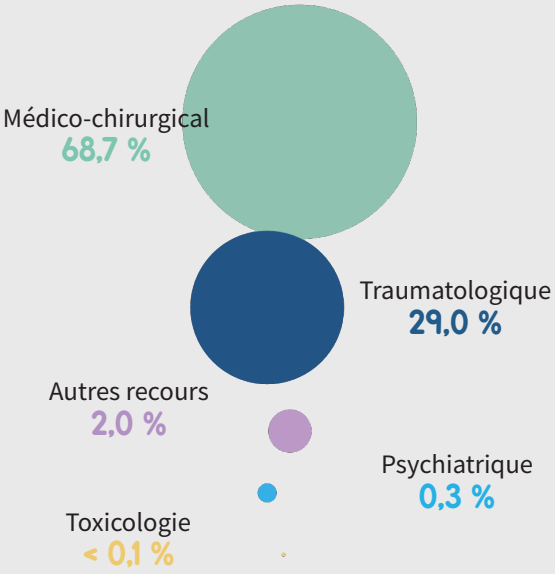
- 16,7 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 3,8 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=2

CCMU 1 et P	CCMU 2
3,1 %	56,8 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
31,6 %	8,4 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

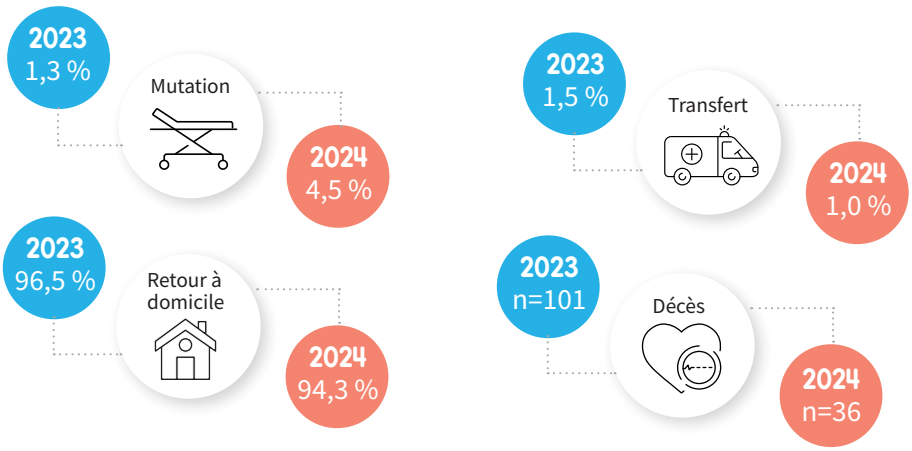
Nombre total de DP différents renseignés : 1 355

Représentant 95 % des recours exploitables : 558

90 % des recours exploitables : 271

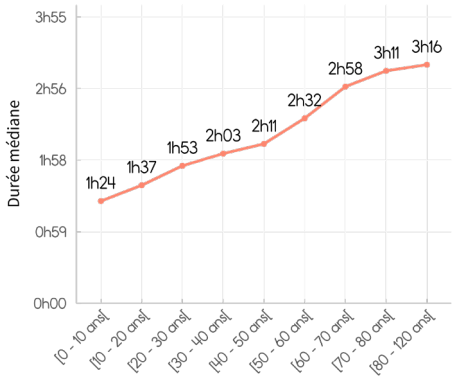
75 % des recours exploitables : 71

DEVENIR POST URGENCE

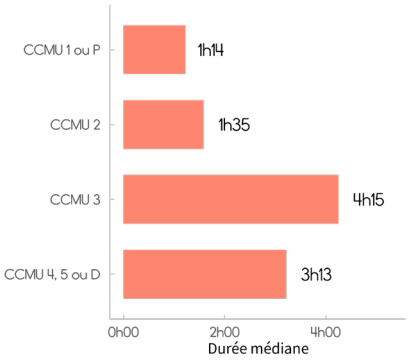


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

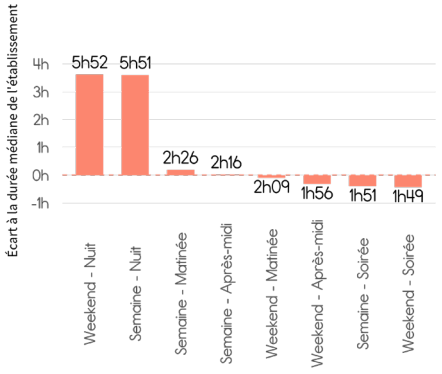
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



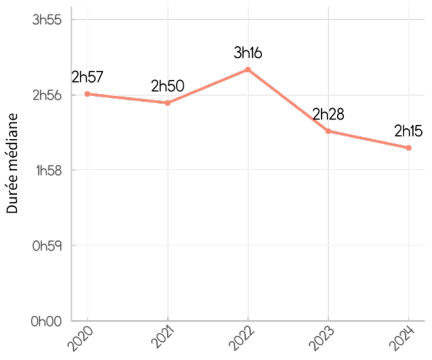
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

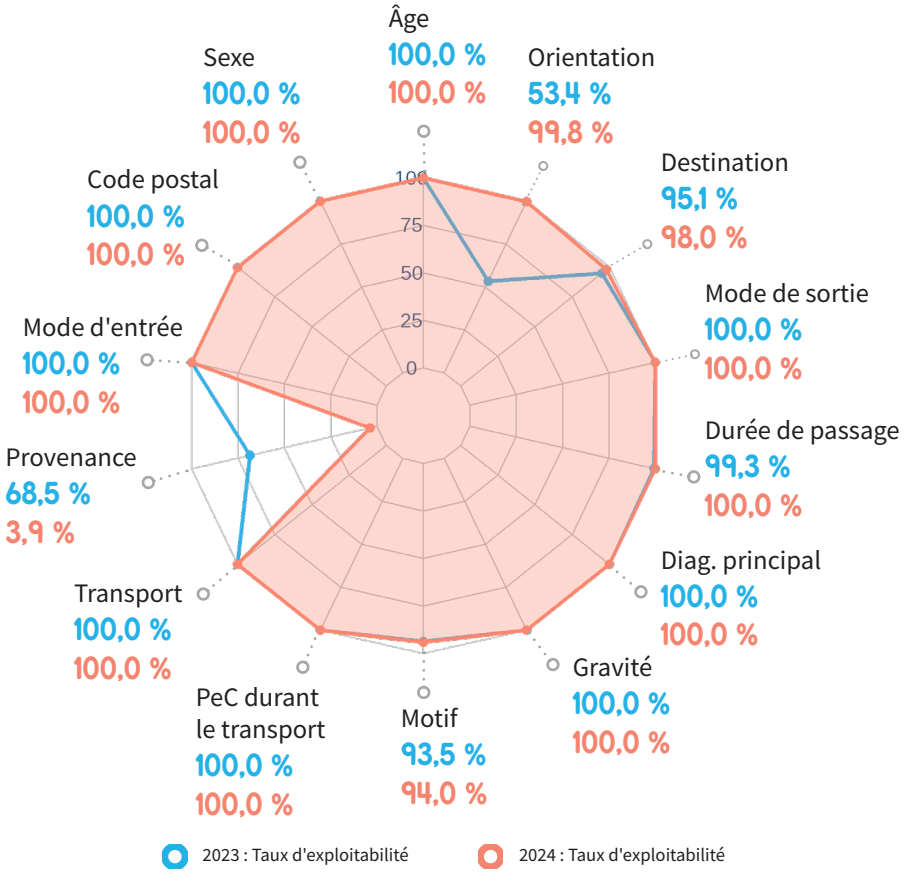


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

NORD
Polyclinique de Grande-Synthe

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



NOMBRE DE RPU

11 670
RPU 2024

11 424
RPU 2023

11 572
RPU 2022

+ 2,2 % par rapport à 2023

+ 0,8 % par rapport à 2022

- 6,5 % par rapport à 2021

SEXE

Sex-ratio 1,01

Femmes		Hommes	
2023	49,8 %	2023	50,2 %
2024	49,8 %	2024	50,2 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 1h33

Durée moyenne 1h57

Passage en moins de 4h

2023 91,8 %
2024 89,8 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 94,3 % 2024 93,2 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 62,4 % 2024 55,9 %

ÂGE

Âge moyen 42,2 ans

Âge médian 39,4 ans



HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 23,9 %

PDS 25,1 %

Jour : [8h - 20h[

- 94,6 %

Nuit : [20h - 8h[

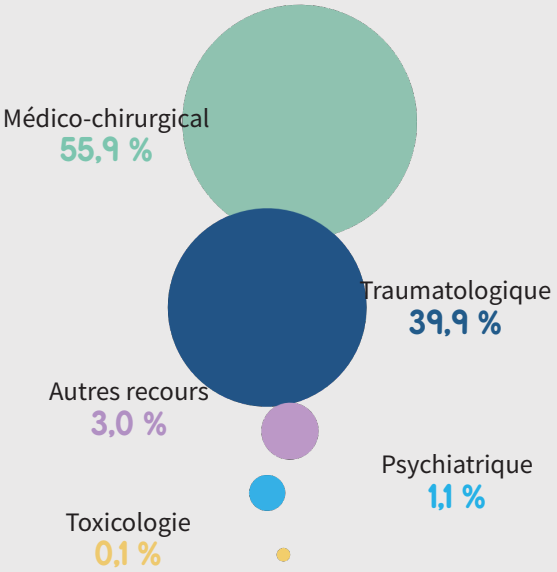
- 5,4 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 0,1 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=3

CCMU 1 et P	CCMU 2
4,5 %	92,7 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
2,5 %	0,3 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

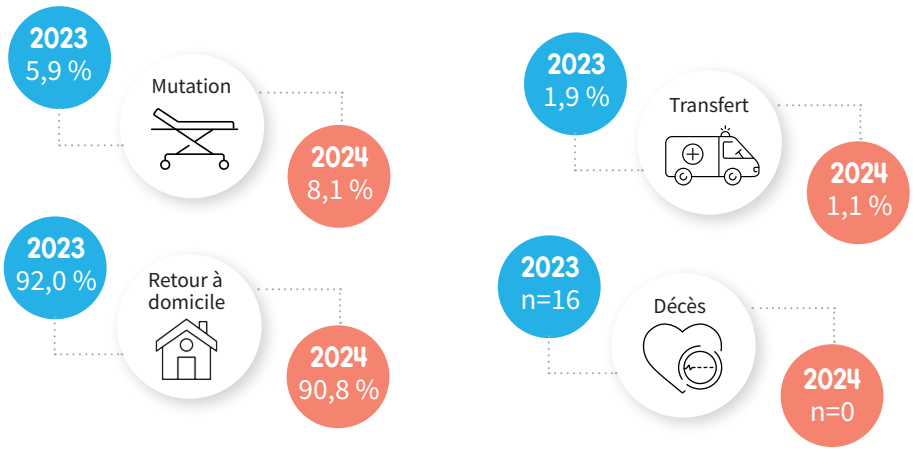
Nombre total de DP différents renseignés : 951

Représentant 95 % des recours exploitables : 445

90 % des recours exploitables : 258

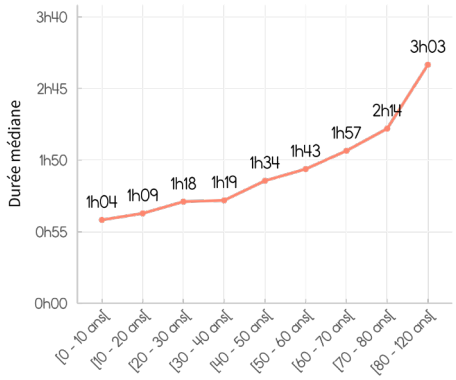
75 % des recours exploitables : 93

DEVENIR POST URGENCE

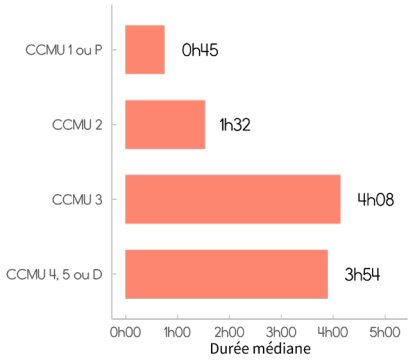


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

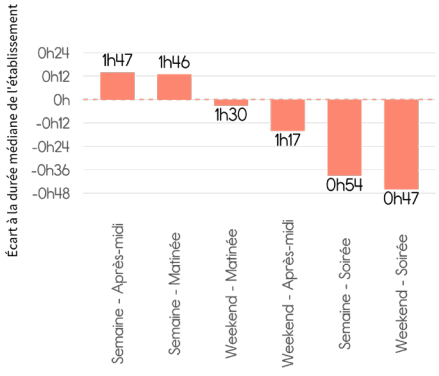
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



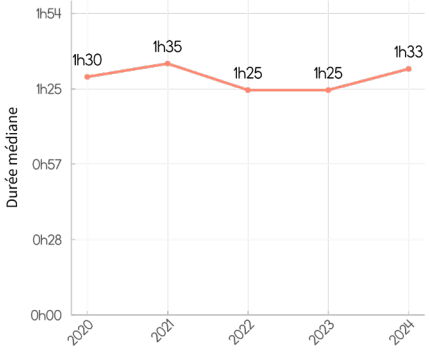
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

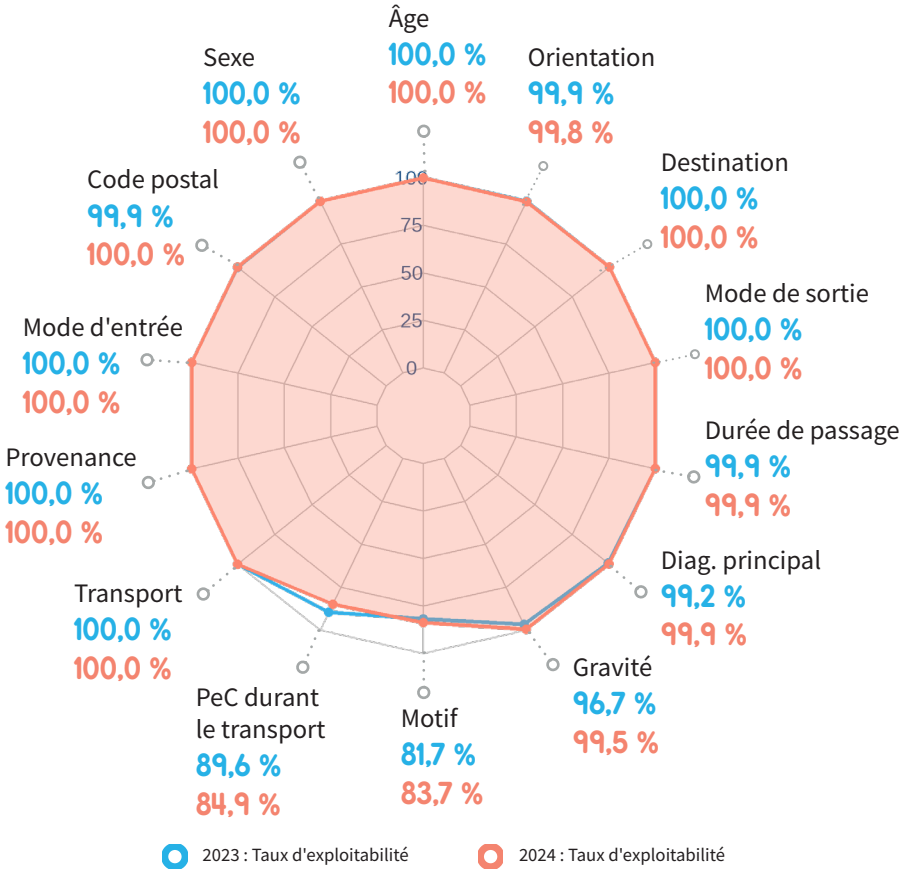


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

OISE
CH de Beauvais

Type de flux : Adulte

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 47,9 ans

Âge médian 46,3 ans



NOMBRE DE RPU

+ 3,9 % par rapport à 2023

- 7,1 % par rapport à 2022

+ 4,4 % par rapport à 2021

46 022
RPU 2024

44 275 RPU 2023

49 545 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,03

Femmes		Hommes	
2023	48,3 %	2023	51,7 %
2024	49,3 %	2024	50,7 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 6h22

Durée moyenne 7h30

Passage en moins de 4h

2023 33,3 %

2024 25,7 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 38,0 % 2024 28,9 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 15,3 % 2024 13,0 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 27,2 %

PDS 45,1 %

Jour : [8h - 20h[

- 71,9 %

Nuit : [20h - 8h[

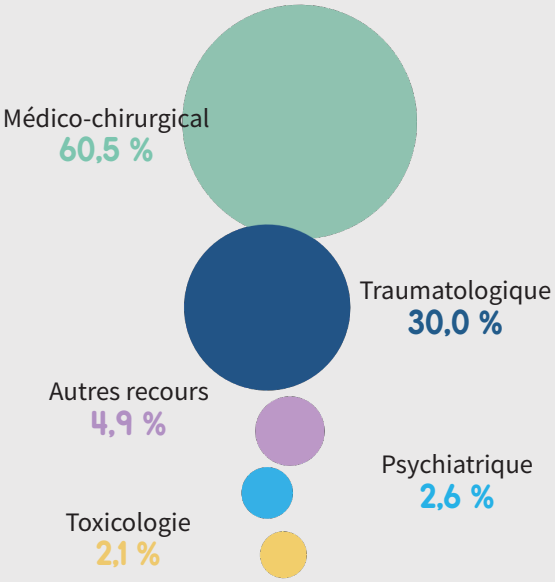
- 28,1 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 12,6 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=7

CCMU 1 et P	CCMU 2
21,8 %	55,5 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
20,6 %	2,0 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

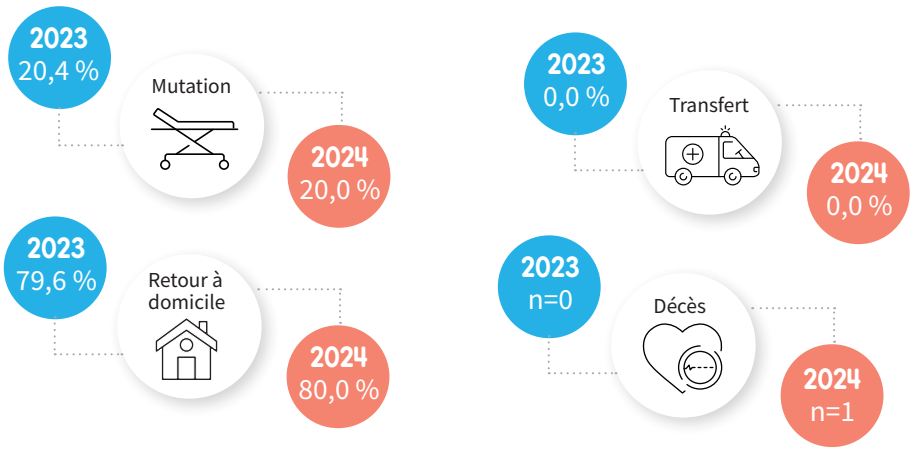
Nombre total de DP différents renseignés : 1 348

Représentant 95 % des recours exploitables : 556

90 % des recours exploitables : 361

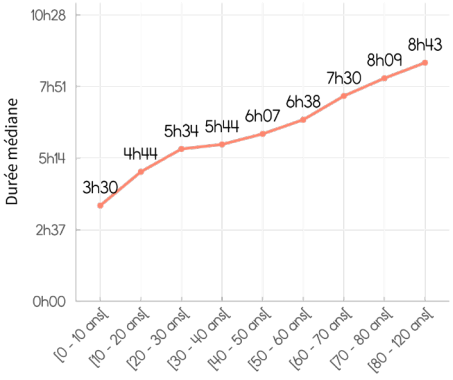
75 % des recours exploitables : 161

DEVENIR POST URGENCE

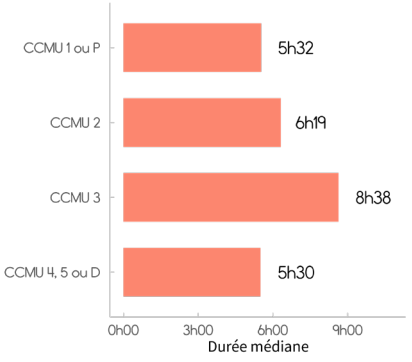


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



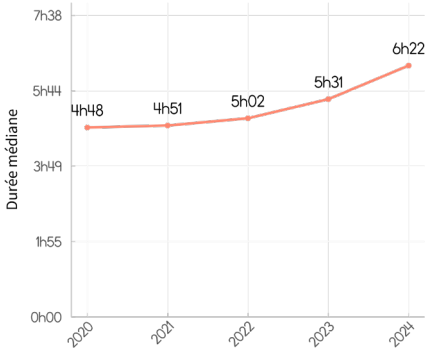
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

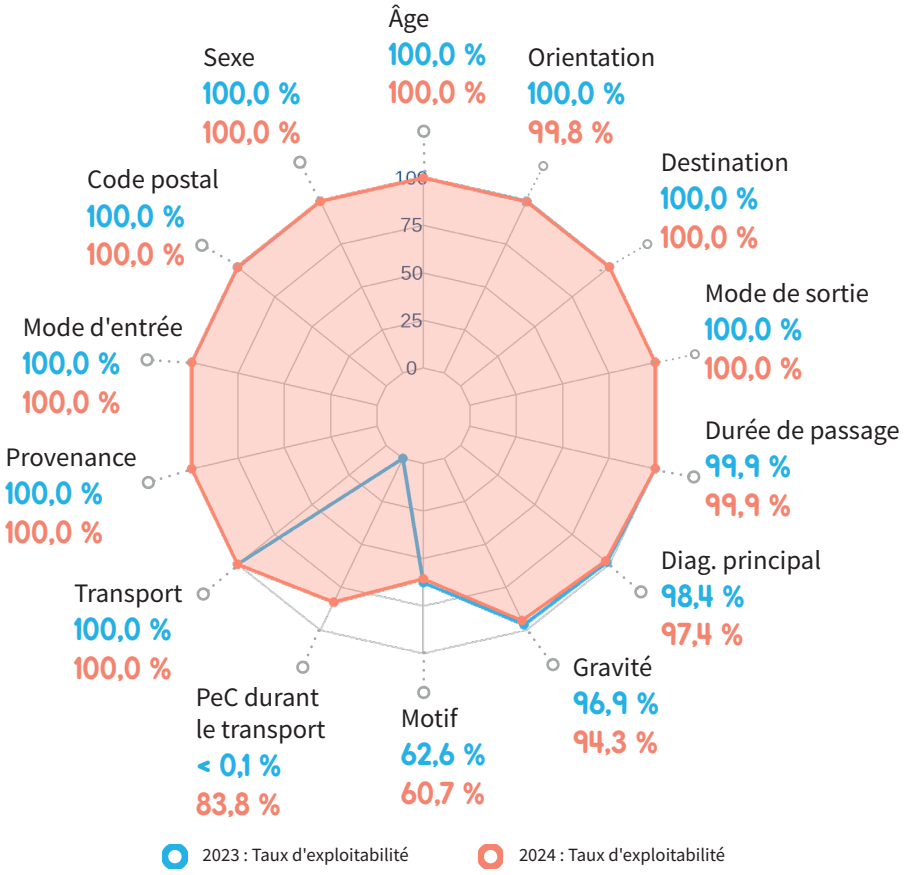


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

OISE
CH de Beauvais

Type de flux : Pédiatrique

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 6,1 ans

Âge médian 4,2 ans



NOMBRE DE RPU

+ 6,5 % par rapport à 2023

+ 19133,3 % par rapport à 2022

+ 4,6 % par rapport à 2021

18 464
RPU 2024

17 334 RPU 2023

96 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,09

Femmes	Hommes
2023 47,8 %	2023 52,2 %
2024 47,9 %	2024 52,1 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 2h08

Durée moyenne 2h37

Passage en moins de 4h

2023 61,6 %

2024 80,8 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 60,2 % 2024 83,2 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 71,2 % 2024 64,7 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,9 %

PDS 46,1 %

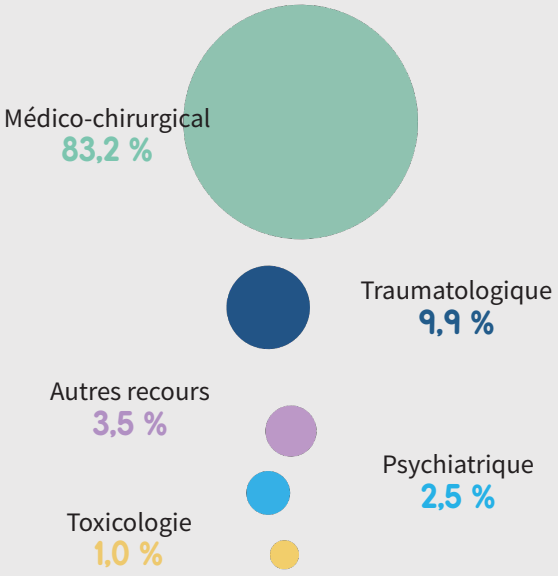
Jour : [8h - 20h[
- 70,3 %

Nuit : [20h - 8h[
- 29,7 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 11,5 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=0

CCMU 1 et P	CCMU 2
66,9 %	27,7 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
5,3 %	0,1 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

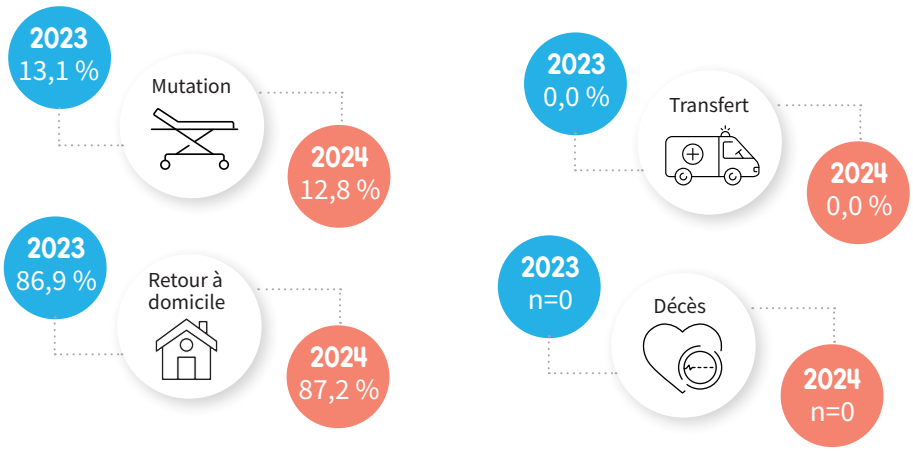
Nombre total de DP différents renseignés : 751

Représentant 95 % des recours exploitables : 283

90 % des recours exploitables : 177

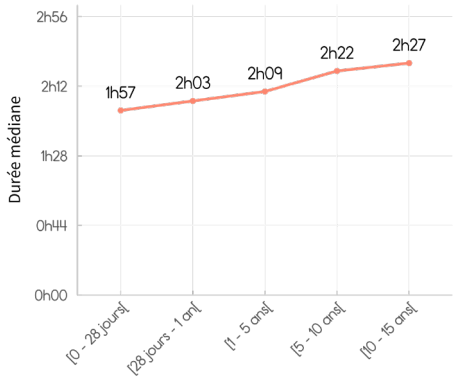
75 % des recours exploitables : 68

DEVENIR POST URGENCE

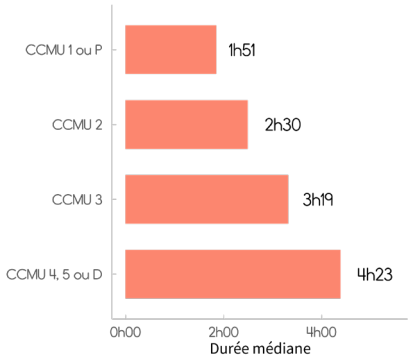


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

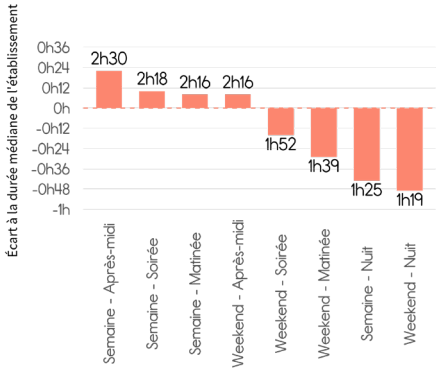
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



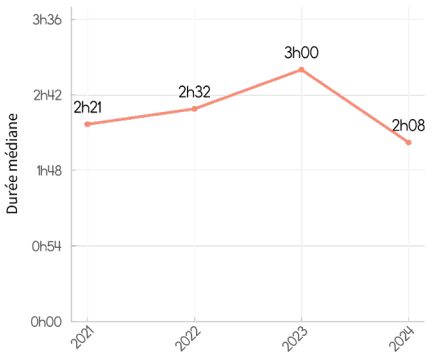
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

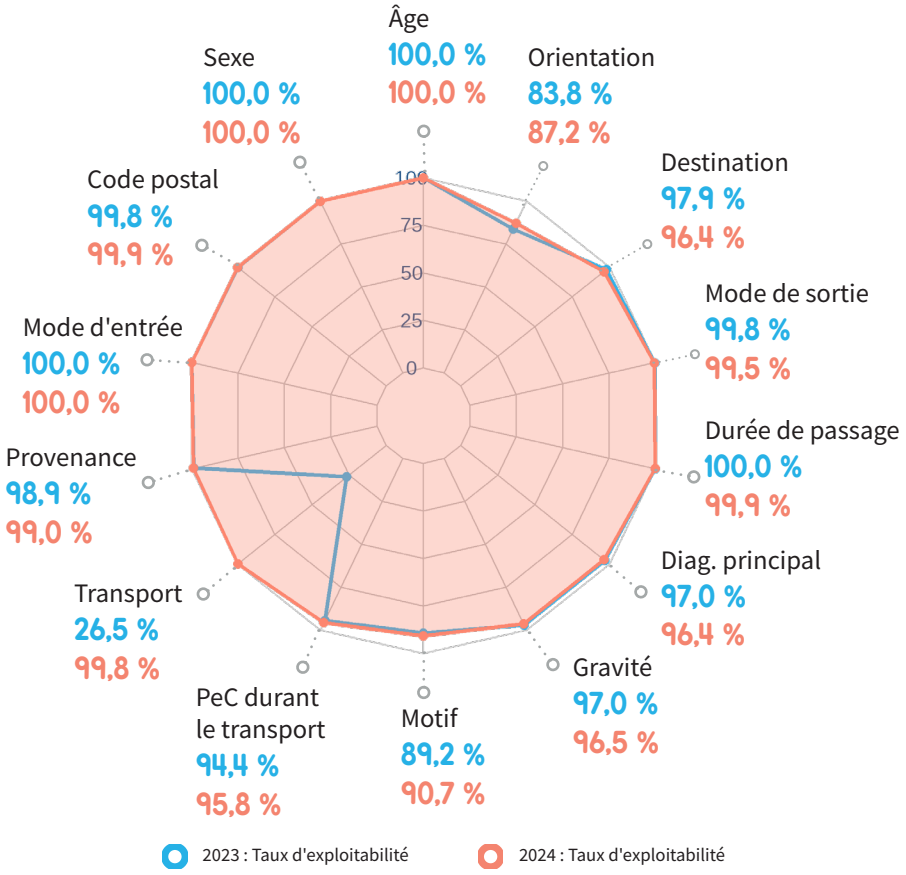


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

OISE
CH de Clermont

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 41,3 ans

Âge médian 38,5 ans



NOMBRE DE RPU

+ 0,7 % par rapport à 2023

+ 2,1 % par rapport à 2022

+ 18,9 % par rapport à 2021

33 997
RPU 2024

33 763 RPU 2023

33 297 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 0,98

Femmes		Hommes	
2023	50,1 %	2023	49,9 %
2024	50,5 %	2024	49,5 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 3h36

Durée moyenne 4h02

Passage en moins de 4h

2023 63,9 %
2024 57,5 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 67,0 % 2024 60,7 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 36,4 % 2024 29,3 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,0 %

PDS 42,2 %

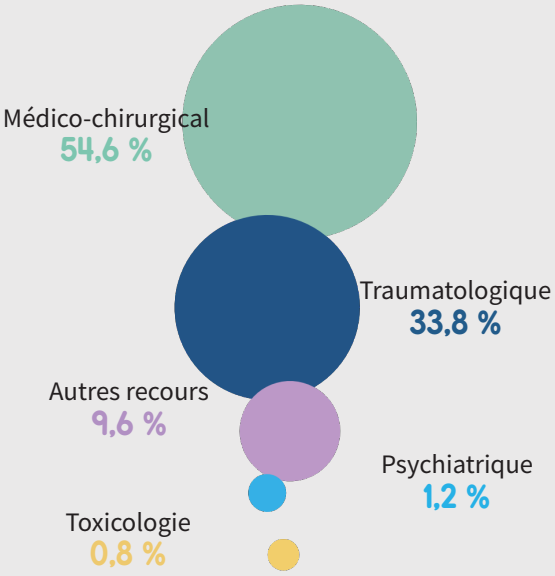
Jour : [8h - 20h[
- 75,2 %

Nuit : [20h - 8h[
- 24,8 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 9,3 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=3

CCMU 1 et P 24,9 %	CCMU 2 68,6 %
CCMU 3 6,2 %	CCMU 4 et 5 0,3 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés :



Représentant 95 % des recours exploitables :

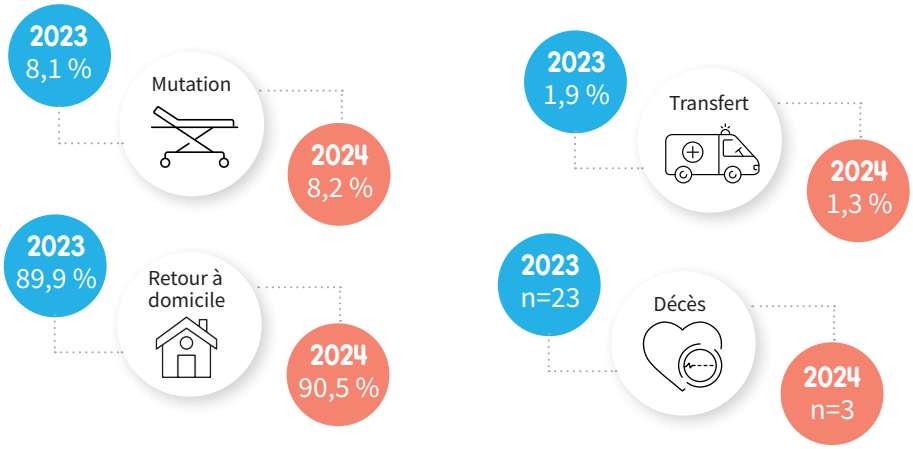


90 % des recours exploitables :

75 % des recours exploitables :

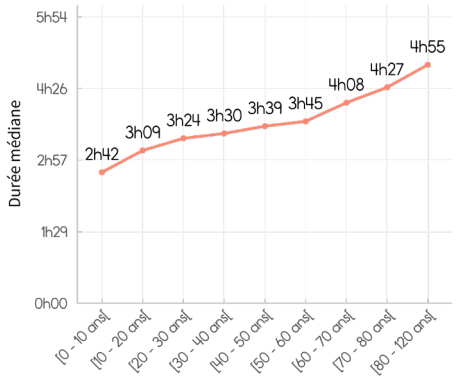


DEVENIR POST URGENCE

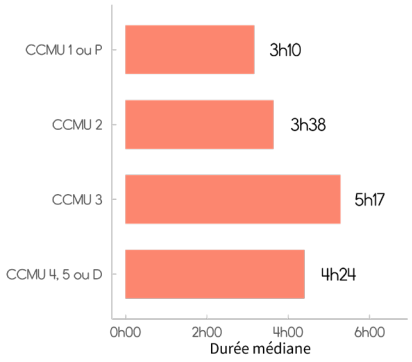


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



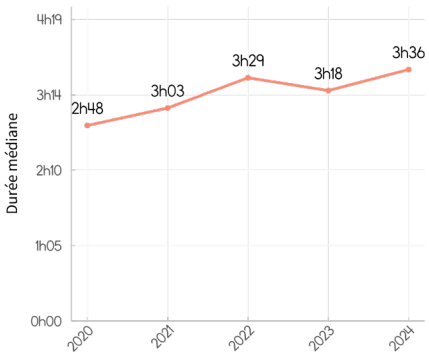
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

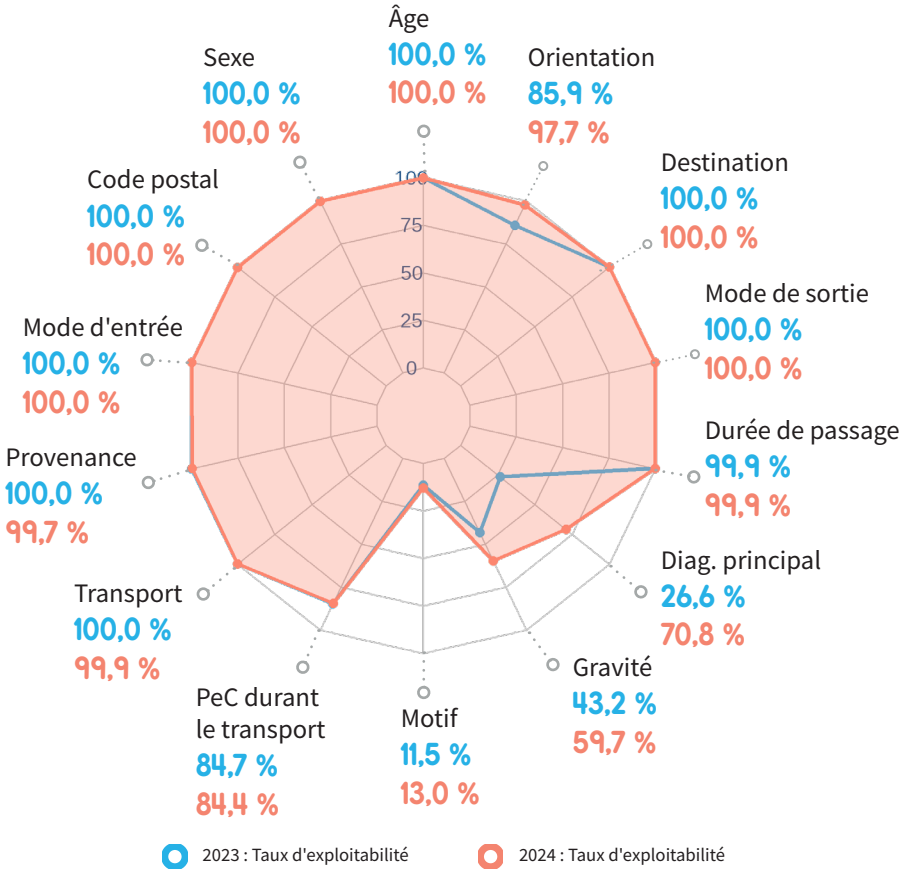


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

OISE
CHICN - Site de Compiègne

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 36,5 ans

Âge médian 31,5 ans



NOMBRE DE RPU

+ 0,8 % par rapport à 2023

- 2,0 % par rapport à 2022

+ 15,1 % par rapport à 2021

62 152
RPU 2024

61 649 RPU 2023

63 407 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,01

Femmes		Hommes	
2023	49,7 %	2023	50,3 %
2024	49,6 %	2024	50,4 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 3h37

Durée moyenne 4h33

Passage en moins de 4h

2023 56,7 %

2024 54,3 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 63,0 % 2024 59,9 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 23,2 % 2024 23,4 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,6 %

PDS 44,6 %

Jour : [8h - 20h[

- 72,4 %

Nuit : [20h - 8h[

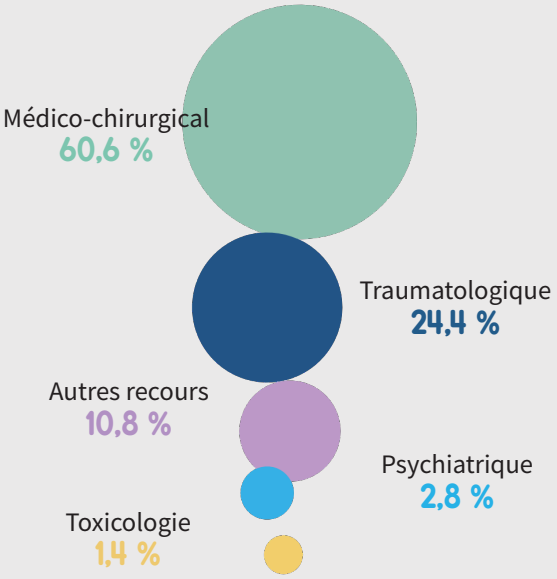
- 27,6 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 11,9 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=3

CCMU 1 et P	CCMU 2
2,3 %	96,7 %
CCMU 3	CCMU 4 et 5
0,7 %	0,2 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés :

1 820

Représentant 95 % des recours exploitables :

695

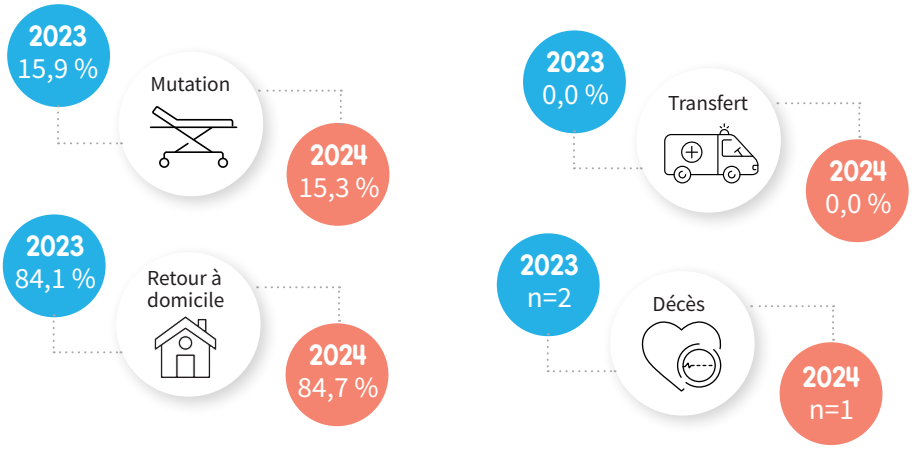
90 % des recours exploitables :

433

75 % des recours exploitables :

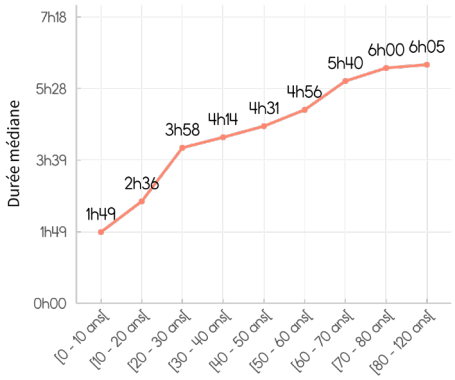
171

DEVENIR POST URGENCE

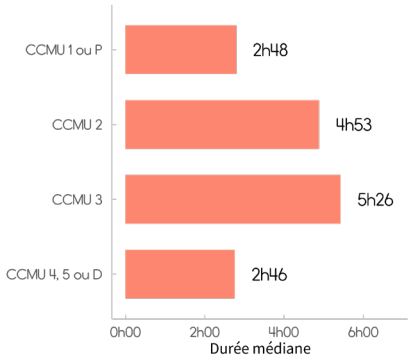


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

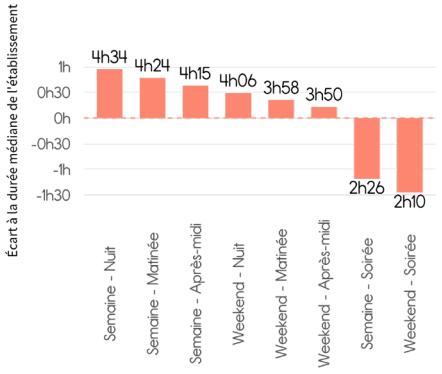
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



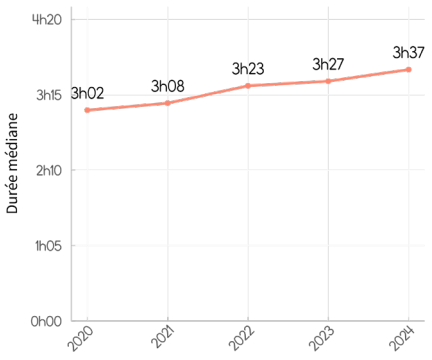
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

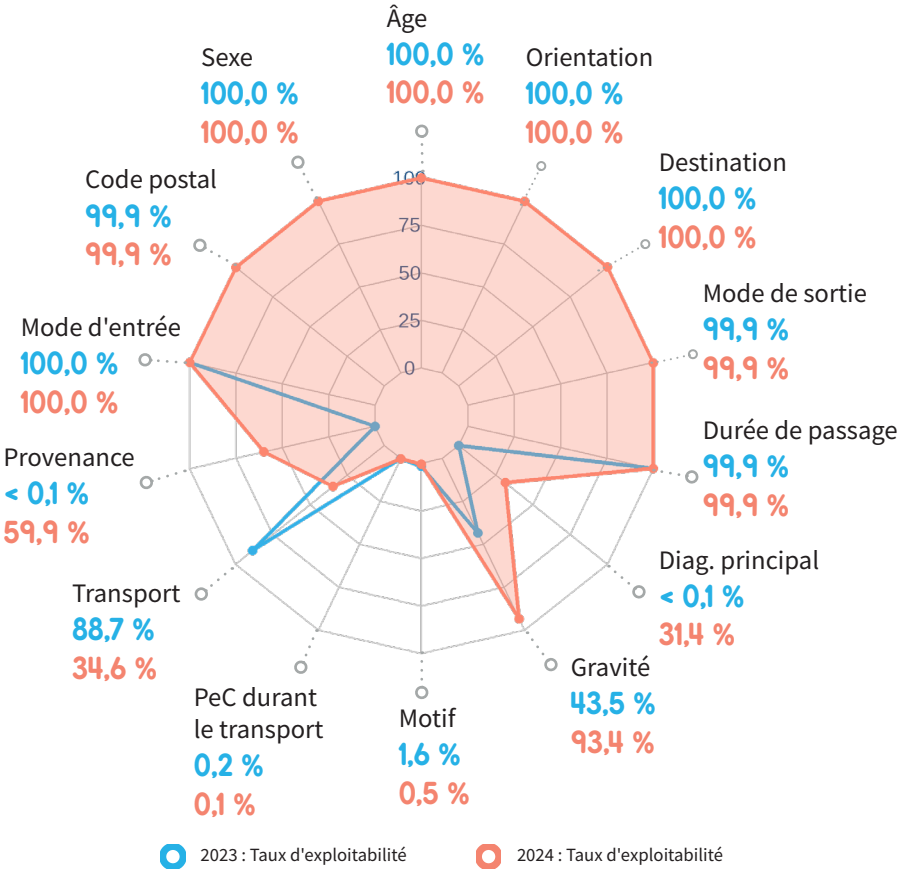


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

OISE
CHICN - Site de Noyon

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 44,1 ans

Âge médian 42,0 ans



NOMBRE DE RPU

+ 2,5 % par rapport à 2023

+ 8,9 % par rapport à 2022

+ 13,3 % par rapport à 2021

16 152
RPU 2024

15 764 RPU 2023

14 834 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 0,99

Femmes		Hommes	
2023	49,4 %	2023	50,6 %
2024	50,2 %	2024	49,8 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 2h39

Durée moyenne 3h15

Passage en moins de 4h

2023 77,0 %

2024 71,8 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 80,6 % 2024 75,2 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 47,0 % 2024 43,0 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,4 %

PDS 41,2 %

Jour : [8h - 20h[

- 76,0 %

Nuit : [20h - 8h[

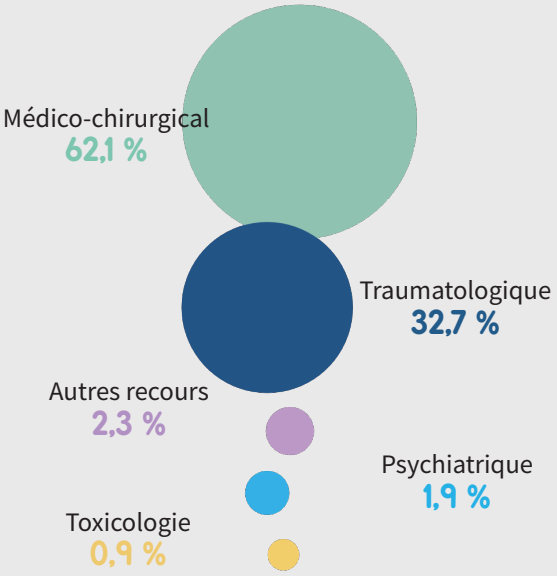
- 24,0 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 9,7 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=0

CCMU 1 et P 2,1 %	CCMU 2 94,6 %
CCMU 3 2,9 %	CCMU 4 et 5 0,4 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés :



Représentant 95 % des recours exploitables :



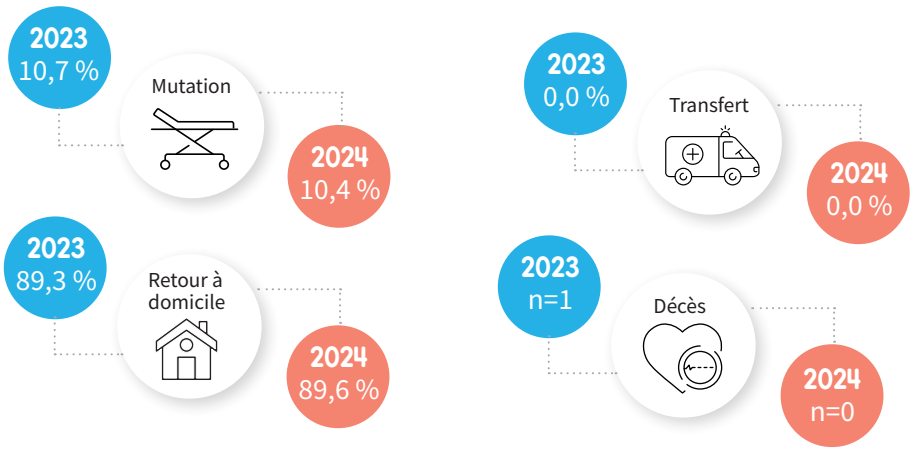
90 % des recours exploitables :



75 % des recours exploitables :

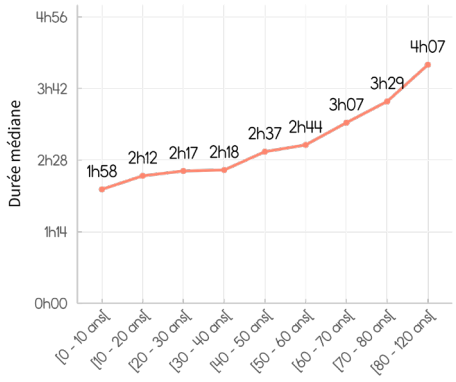


DEVENIR POST URGENCE

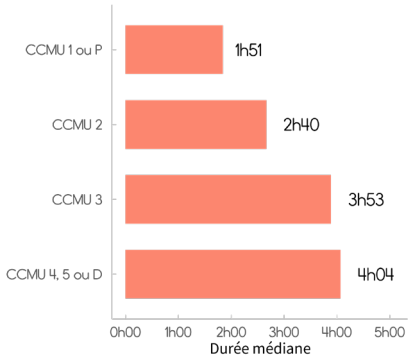


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

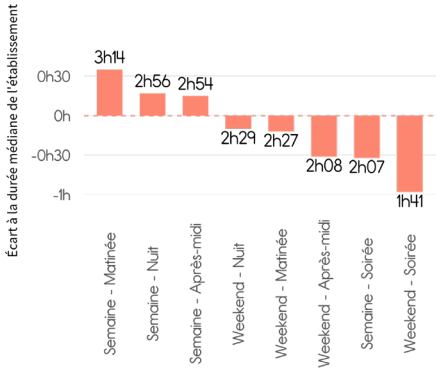
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



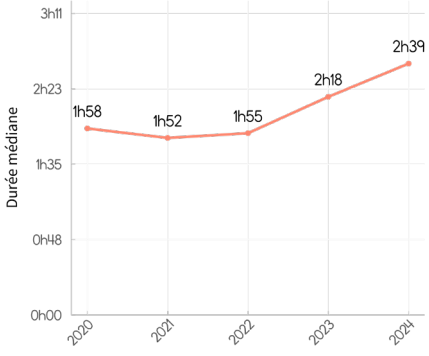
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

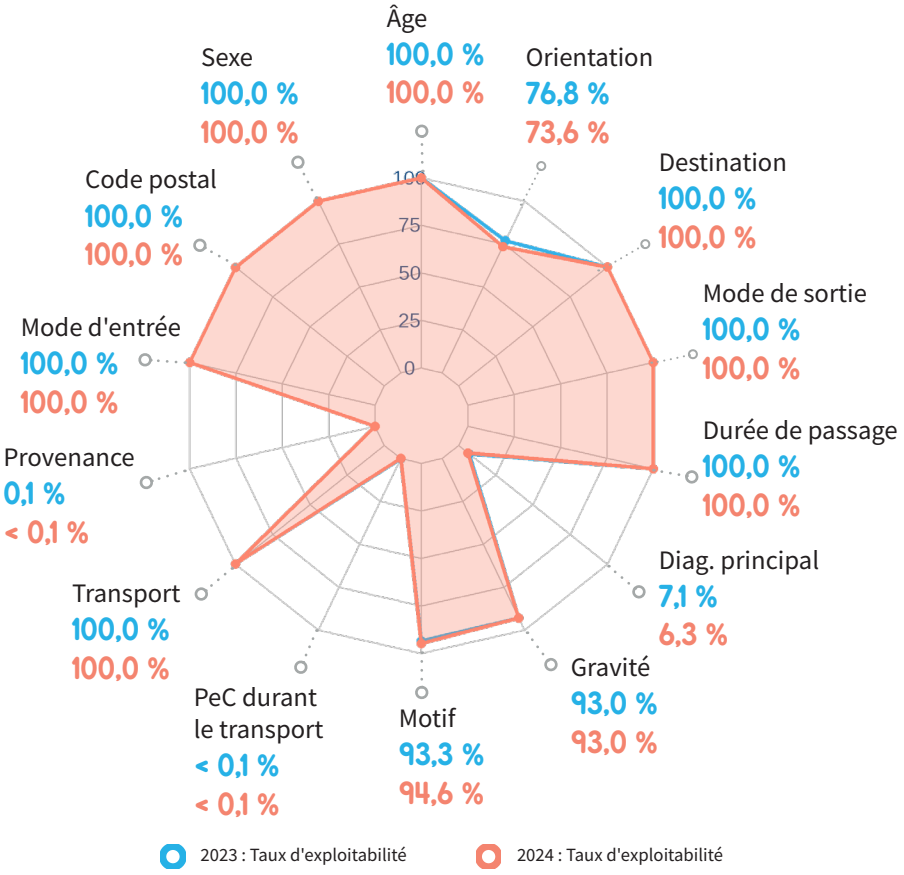


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

OISE
GHPSO - Site de Creil

Type de flux : Pédiatrique

EXPLOITABILITÉ



NOMBRE DE RPU

22 156
RPU 2024

20 359
RPU 2023

23 427
RPU 2022

+ 8,8 % par rapport à 2023

- 5,4 % par rapport à 2022

+ 31,9 % par rapport à 2021

SEXE

Sex-ratio 1,13

Femmes		Hommes	
2023	46,7 %	2023	53,3 %
2024	46,9 %	2024	53,1 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 2h17

Durée moyenne 2h40

Passage en moins de 4h

2023 78,8 %
2024 80,0 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 79,3 % 2024 80,2 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 71,9 % 2024 78,0 %

ÂGE

Âge moyen 6,2 ans

Âge médian 4,7 ans

Moins de 1 an	[1 - 5 ans[	[5 - 10 ans[	[10 - 15 ans[	[15 - 18 ans[
15,5 %	36,6 %	23,1 %	15,2 %	9,5 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,8 %

PDS 46,9 %

Jour : [8h - 20h[
- 69,7 %

Nuit : [20h - 8h[
- 30,3 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 11,1 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=0

CCMU 1 et P	CCMU 2
41,5 %	48,4 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
10,0 %	0,2 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

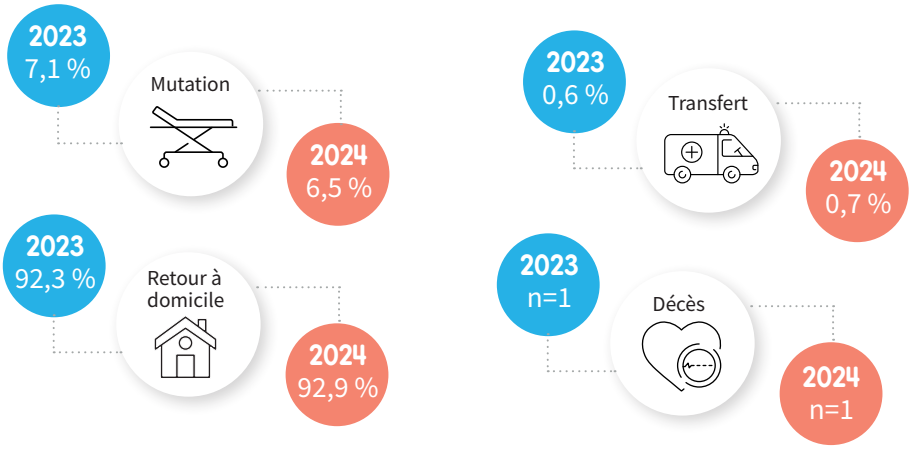
Nombre total de DP différents renseignés : 363

Représentant 95 % des recours exploitables : 296

90 % des recours exploitables : 230

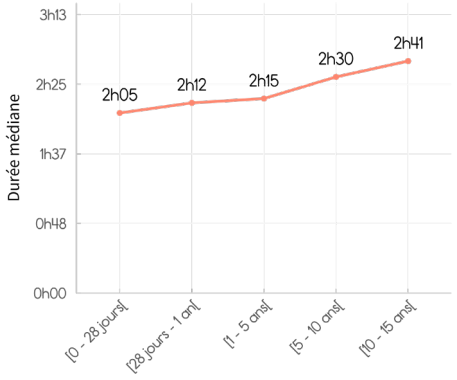
75 % des recours exploitables : 99

DEVENIR POST URGENCE

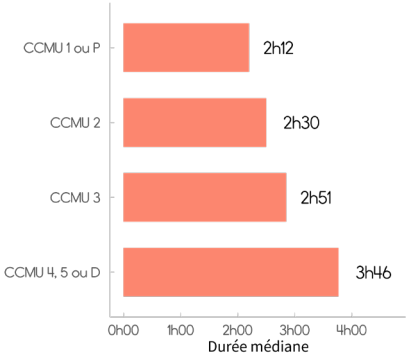


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



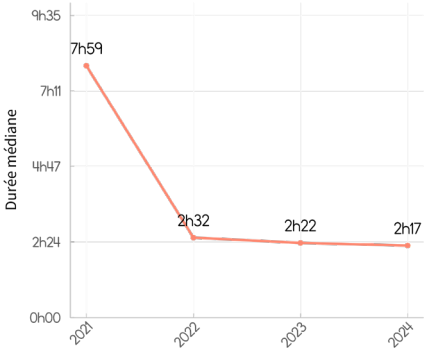
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

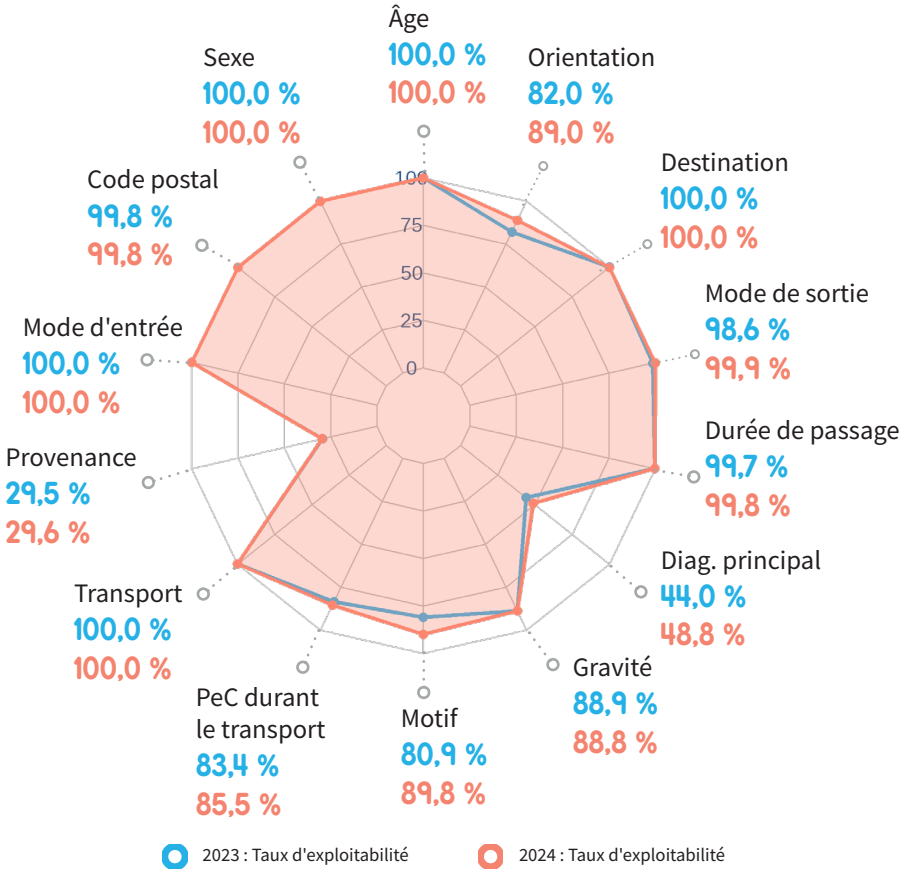


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

OISE
GHPSO - Site de Creil

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 48,1 ans

Âge médian 45,4 ans



NOMBRE DE RPU

+ 2,0 % par rapport à 2023

- 0,9 % par rapport à 2022

+ 6,0 % par rapport à 2021

39 301
RPU 2024

38 529 RPU 2023

39 654 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,08

Femmes		Hommes	
2023	47,3 %	2023	52,7 %
2024	48,1 %	2024	51,9 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 5h47

Durée moyenne 8h15

Passage en moins de 4h

2023 35,9 %

2024 34,8 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 40,2 % 2024 38,7 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 10,5 % 2024 9,6 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 27,2 %

PDS 47,4 %

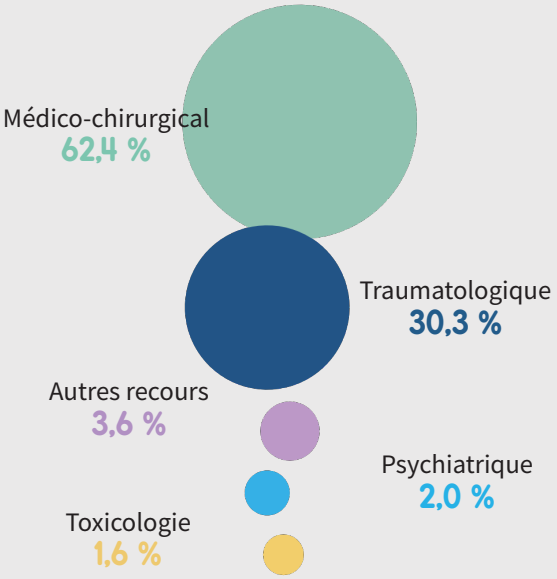
Jour : [8h - 20h[
- 69,5 %

Nuit : [20h - 8h[
- 30,5 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 14,0 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=0

CCMU 1 et P	CCMU 2
17,2 %	53,7 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
28,1 %	1,1 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

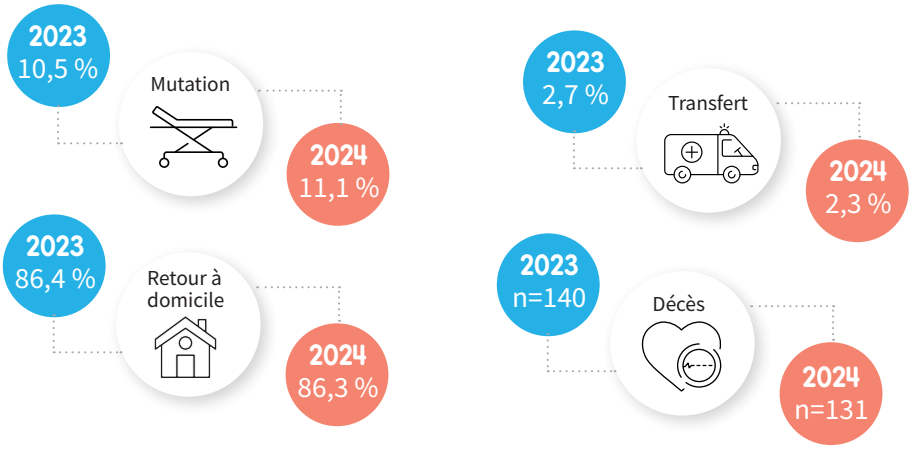
Nombre total de DP différents renseignés : 1 880

Représentant 95 % des recours exploitables : 996

90 % des recours exploitables : 609

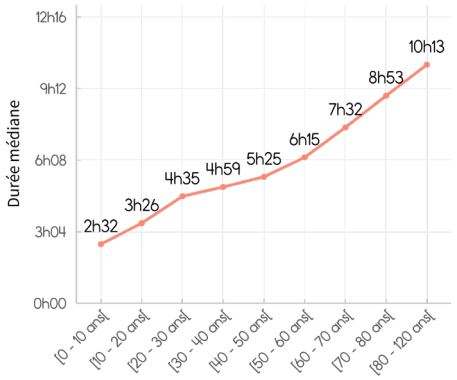
75 % des recours exploitables : 218

DEVENIR POST URGENCE

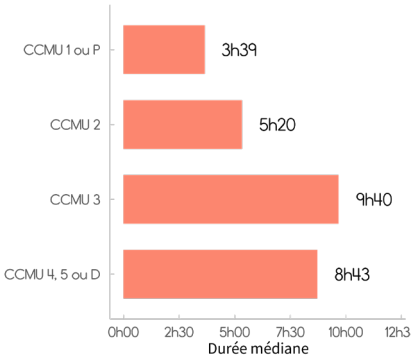


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

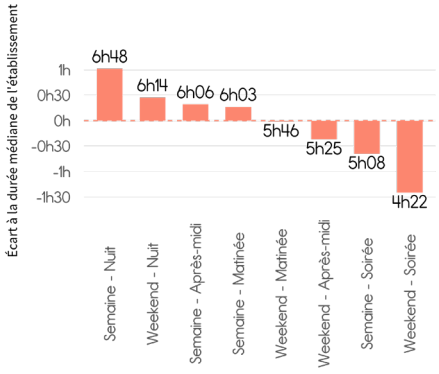
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



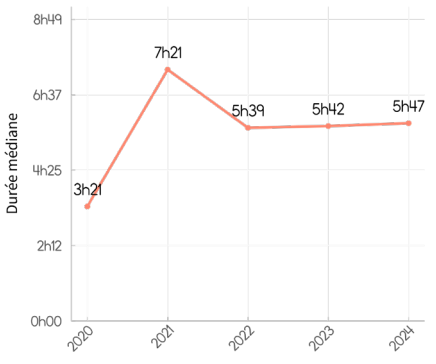
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

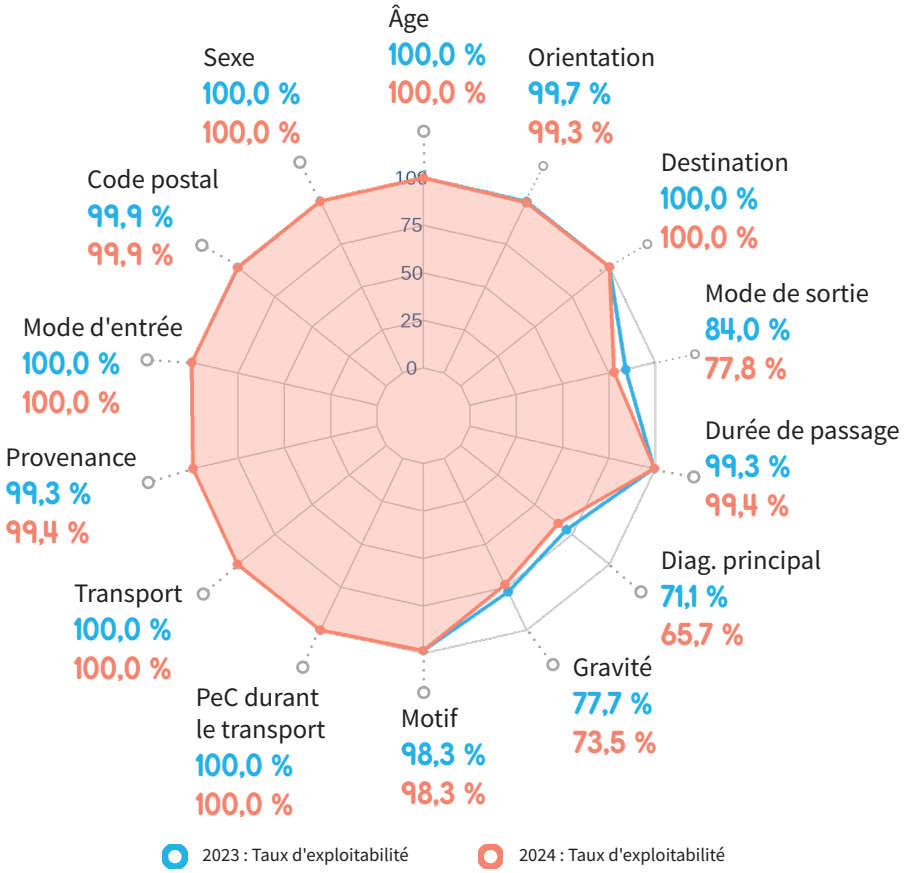


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

OISE
Polyclinique Saint-Côme

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 43,5 ans

Âge médian 42,1 ans



NOMBRE DE RPU

+ 3,8 % par rapport à 2023

+ 6,5 % par rapport à 2022

+ 20,0 % par rapport à 2021

28 767
RPU 2024

27 721 RPU 2023

27 000 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 0,90

Femmes		Hommes	
2023	52,7 %	2023	47,3 %
2024	52,7 %	2024	47,3 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 2h04

Durée moyenne 2h39

Passage en moins de 4h

2023 82,3 %
2024 80,7 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 91,2 % 2024 88,3 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 57,7 % 2024 57,1 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 25,4 %

PDS 35,2 %

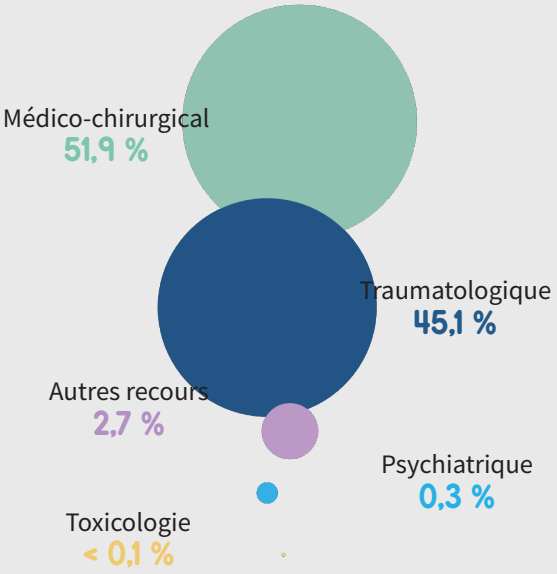
Jour : [8h - 20h[
- 83,3 %

Nuit : [20h - 8h[
- 16,7 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 5,5 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=0

CCMU 1 et P	CCMU 2
17,8 %	64,3 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
16,9 %	1,0 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

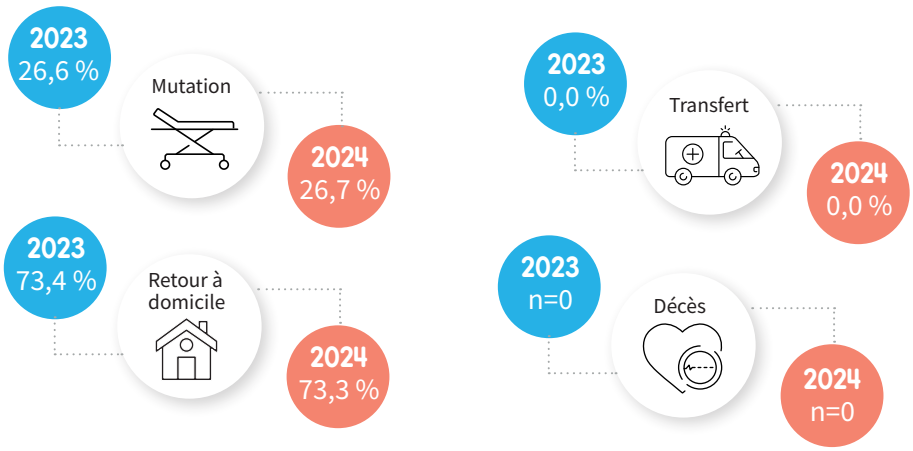
Nombre total de DP différents renseignés : 1 364

Représentant 95 % des recours exploitables : 645

90 % des recours exploitables : 393

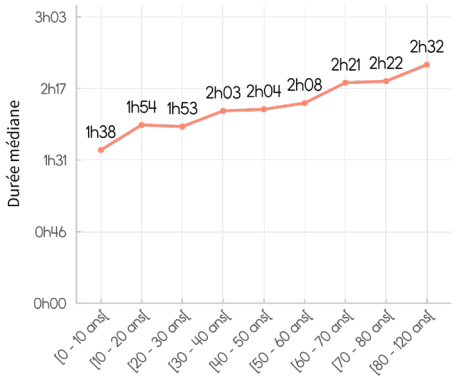
75 % des recours exploitables : 158

DEVENIR POST URGENCE

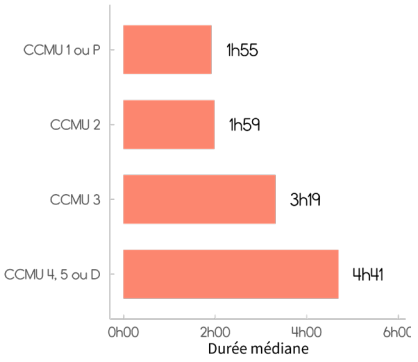


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

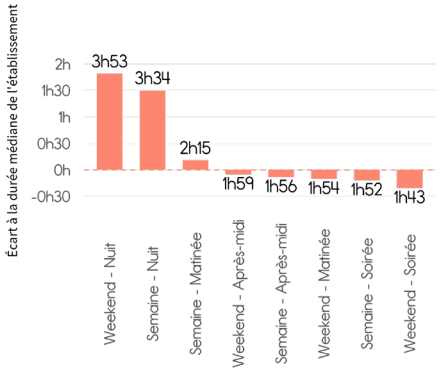
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



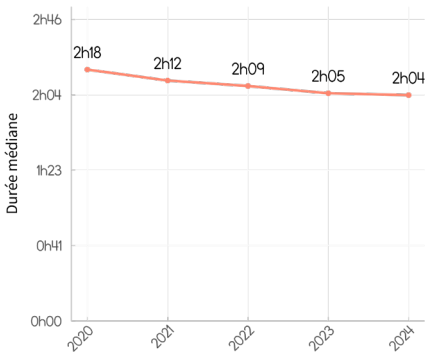
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année



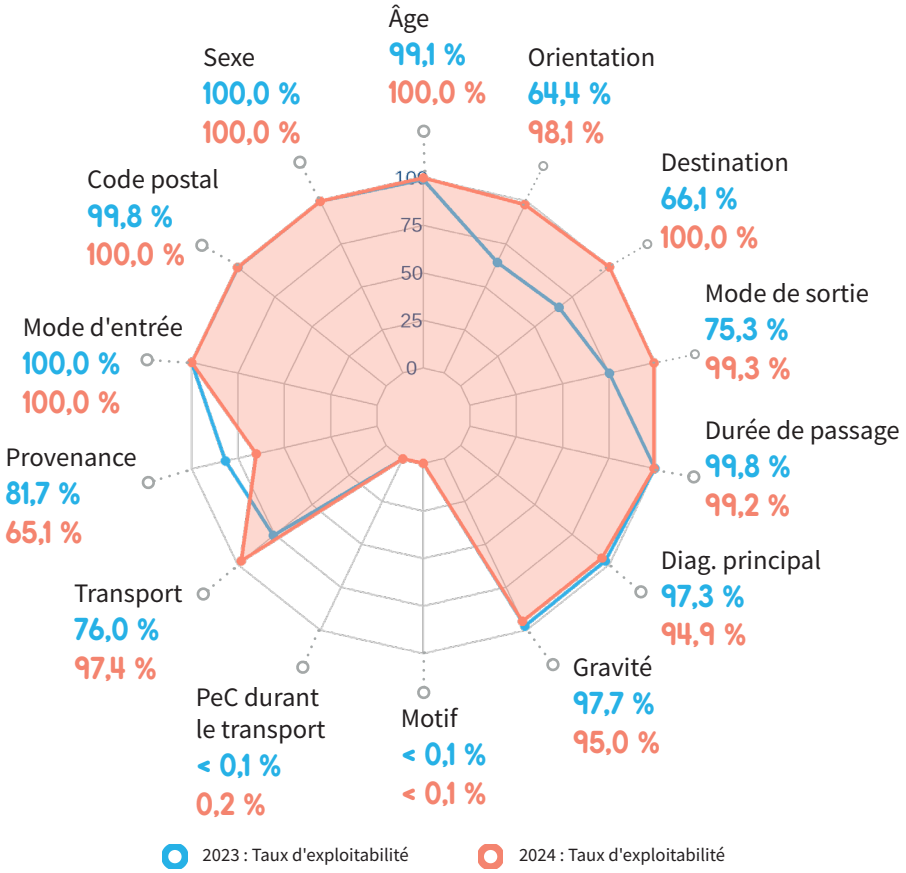
Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

PAS-DE-CALAIS

AHNAC - Polyclinique d'Hénin-Beaumont

Type de flux : Polyvalent

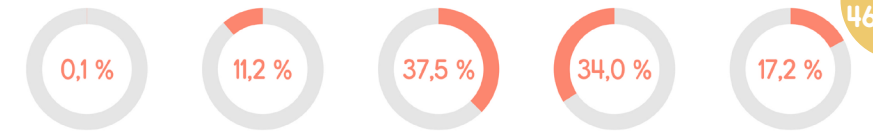
EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 47,7 ans

Âge médian 46,0 ans



NOMBRE DE RPU

- 1,2 % par rapport à 2023

+ 13,9 % par rapport à 2022

+ 32,4 % par rapport à 2021

31 383

RPU 2024

31 774 RPU 2023

27 553 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 0,96

Femmes		Hommes	
2023	50,9 %	2023	49,1 %
2024	51,1 %	2024	48,9 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 2h50

Durée moyenne 3h27

Passage en moins de 4h

2023 71,3 %

2024 68,4 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 81,0 % 2024 76,4 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 41,7 % 2024 43,6 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,5 %

PDS 43,2 %

Jour : [8h - 20h[

- 73,6 %

Nuit : [20h - 8h[

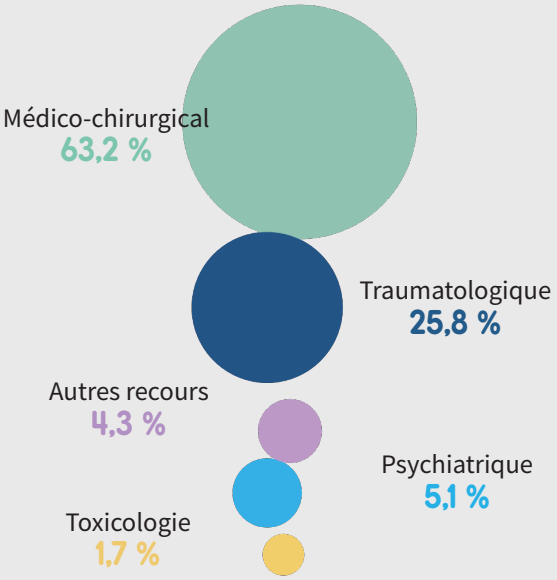
- 26,4 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 11,8 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=8

CCMU 1 et P	CCMU 2
5,9 %	83,4 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
8,5 %	2,3 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

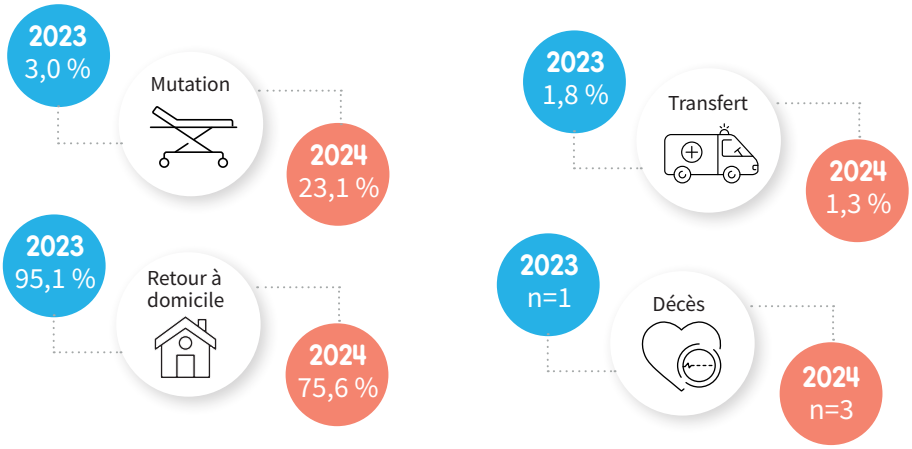
Nombre total de DP différents renseignés : 1 661

Représentant 95 % des recours exploitables : 633

90 % des recours exploitables : 357

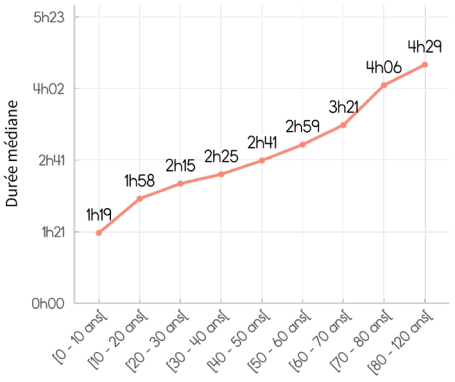
75 % des recours exploitables : 134

DEVENIR POST URGENCE

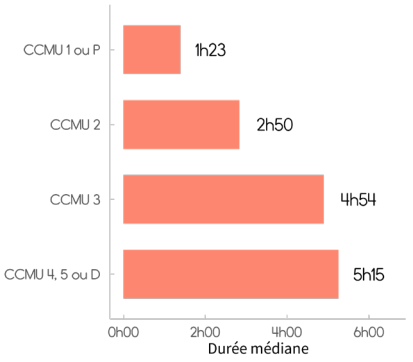


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

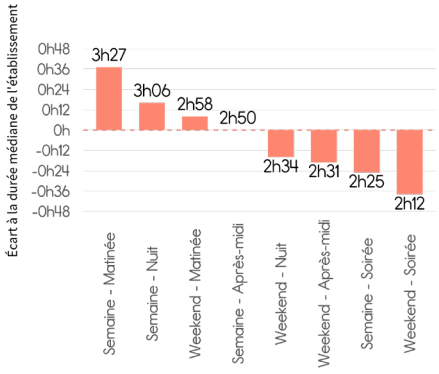
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



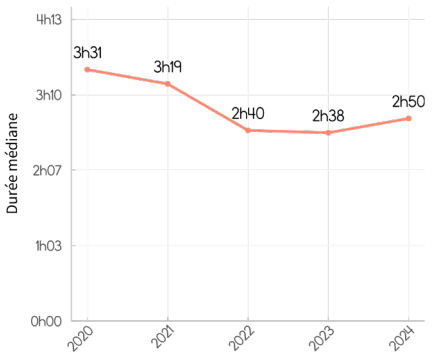
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

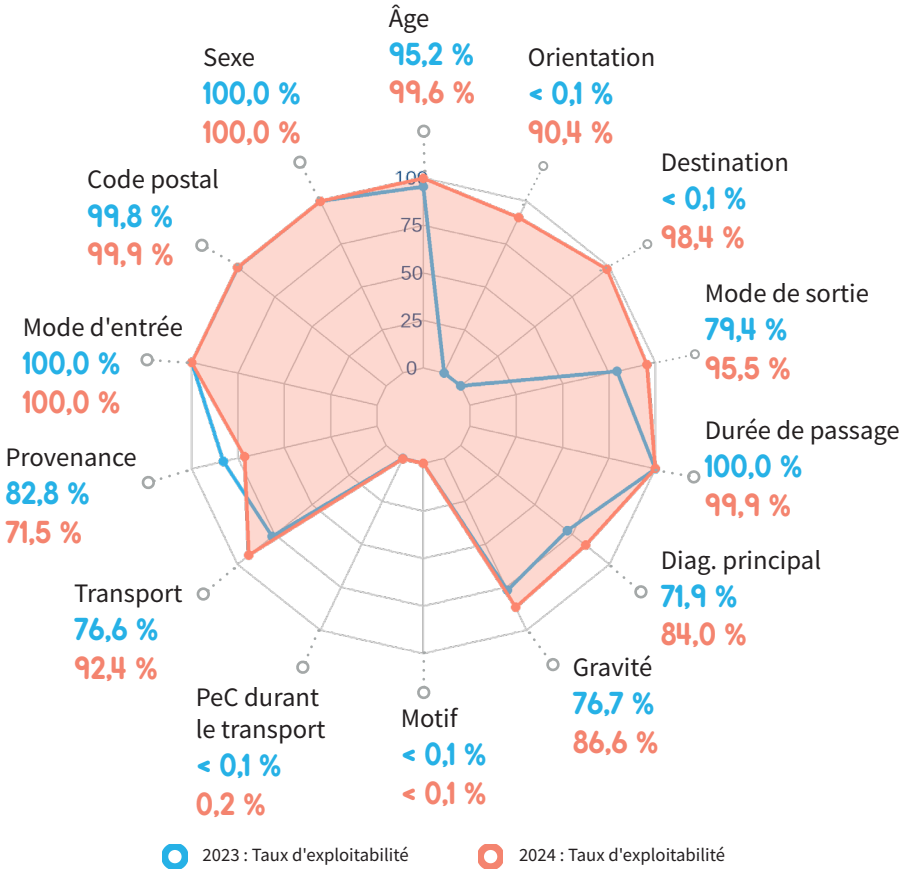


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

PAS-DE-CALAIS
AHNAC - Polyclinique de Riaumont

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 43,8 ans

Âge médian 39,8 ans



NOMBRE DE RPU

- 7,7 % par rapport à 2023

- 0,6 % par rapport à 2022

+ 9,6 % par rapport à 2021

19 631
RPU 2024

21 259 RPU 2023

19 757 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 0,91

	Femmes	Hommes
2023	51,9 %	48,0 %
2024	52,2 %	47,8 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 3h05

Durée moyenne 3h48

Passage en moins de 4h

2023 71,0 %

2024 62,4 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 81,0 % 2024 72,0 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 62,4 % 2024 24,0 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,2 %

PDS 40,4 %

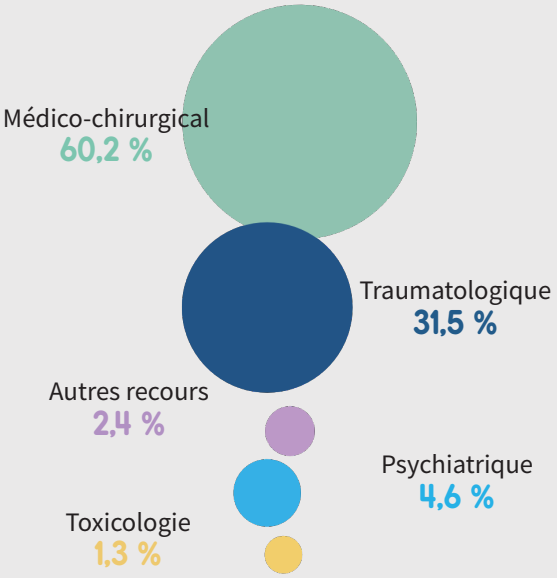
Jour : [8h - 20h[
- 77,2 %

Nuit : [20h - 8h[
- 22,8 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 8,7 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=4

CCMU 1 et P	CCMU 2
12,2 %	81,8 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
5,5 %	0,4 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

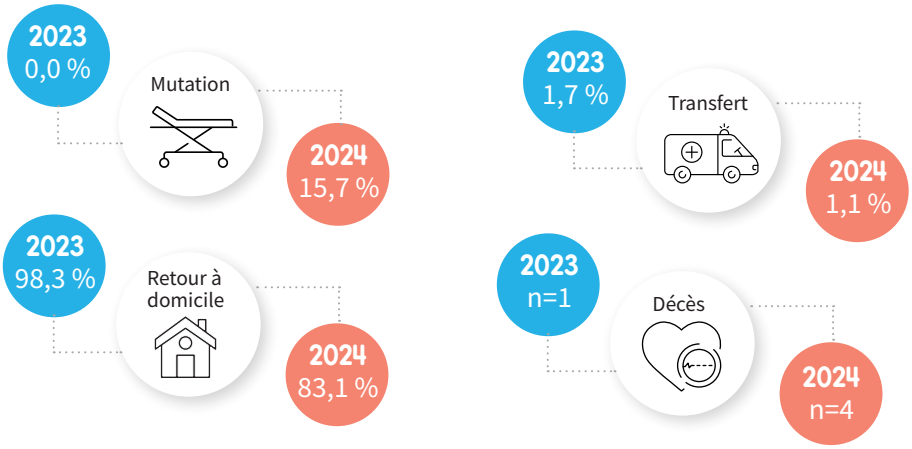
Nombre total de DP différents renseignés : 1 505

Représentant 95 % des recours exploitables : 754

90 % des recours exploitables : 448

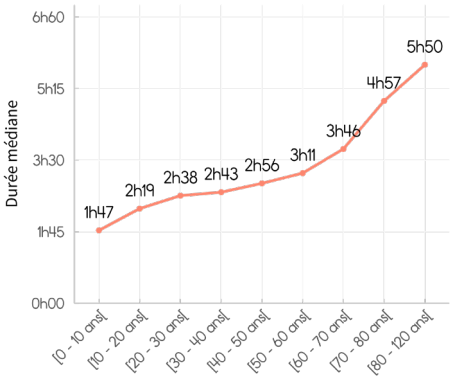
75 % des recours exploitables : 155

DEVENIR POST URGENCE

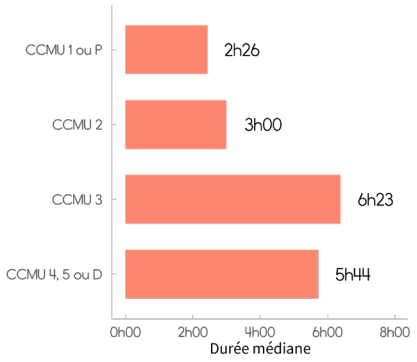


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

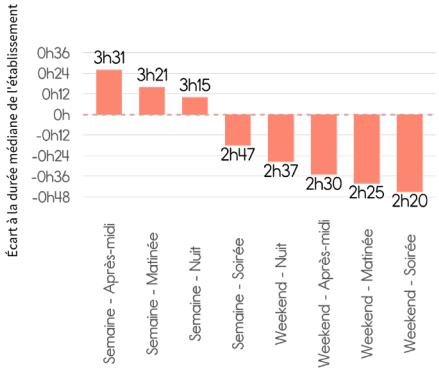
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



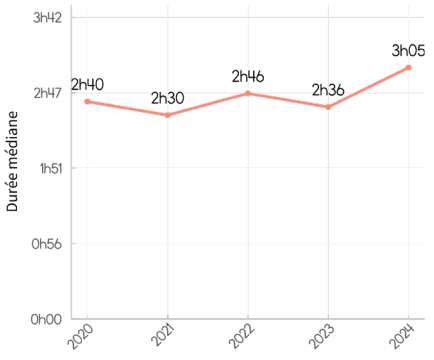
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

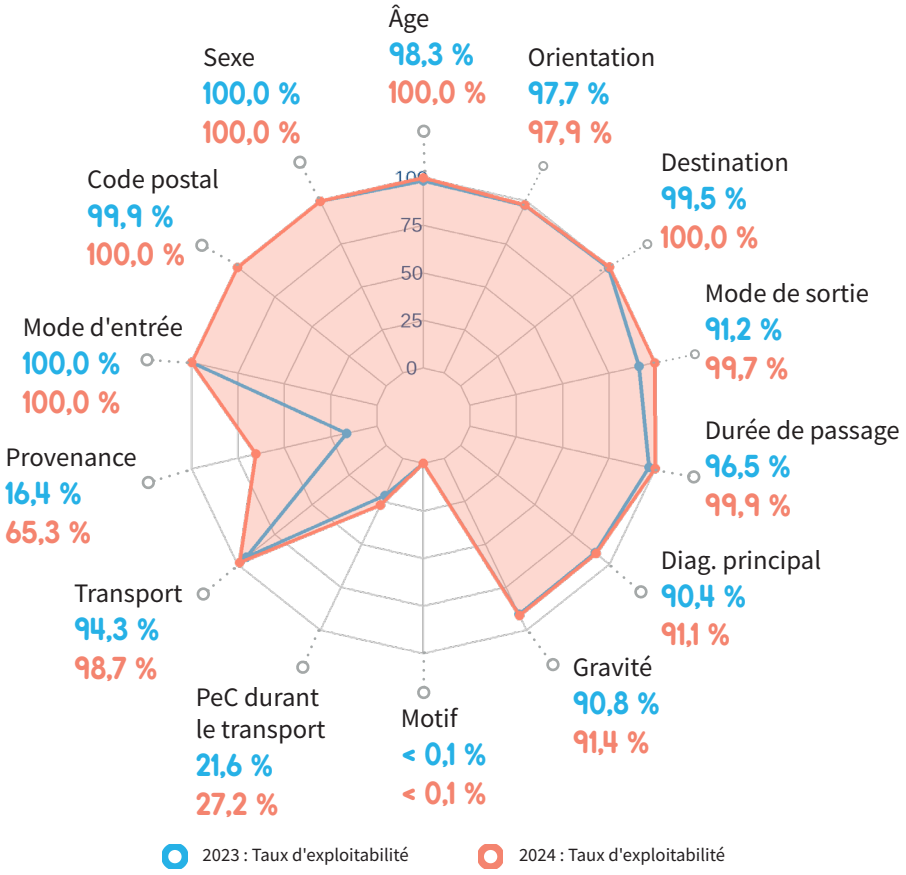


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

PAS-DE-CALAIS
AHNAC - Polyclinique de la Clarence

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 43,4 ans

Âge médian 40,0 ans



NOMBRE DE RPU

- 0,7 % par rapport à 2023

+ 7,4 % par rapport à 2022

+ 8,1 % par rapport à 2021

29 753
RPU 2024

29 953 RPU 2023

27 711 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 0,93

Femmes		Hommes	
2023	51,8 %	2023	48,2 %
2024	51,9 %	2024	48,1 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 2h51

Durée moyenne 3h23

Passage en moins de 4h

2023 61,3 %

2024 69,2 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 67,9 % 2024 75,8 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 30,8 % 2024 41,0 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 25,1 %

PDS 38,3 %

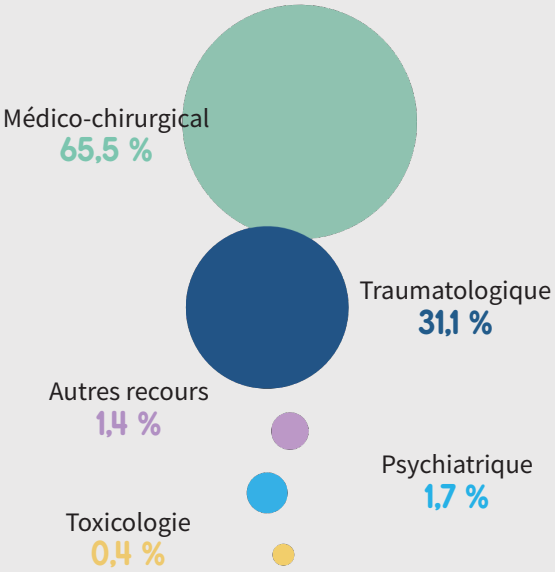
Jour : [8h - 20h[
- 78,7 %

Nuit : [20h - 8h[
- 21,3 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 8,9 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=2

CCMU 1 et P	CCMU 2
6,5 %	79,7 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
12,3 %	1,5 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

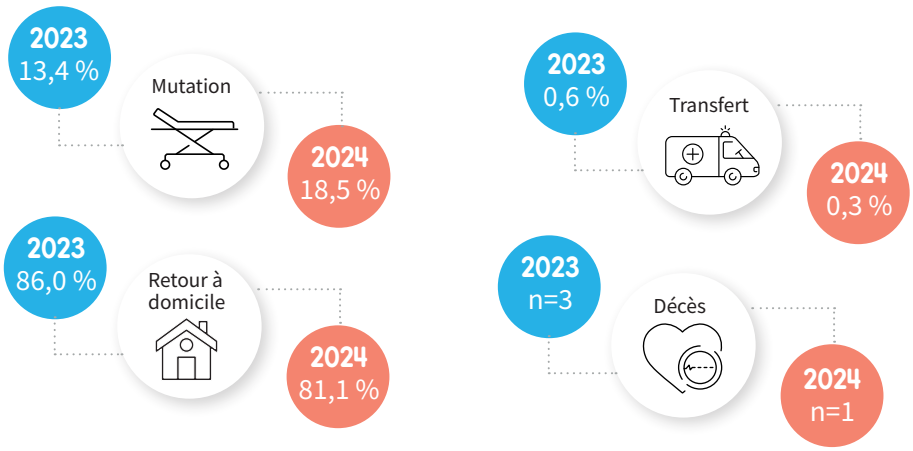
Nombre total de DP différents renseignés : 2 149

Représentant 95 % des recours exploitables : 1 015

90 % des recours exploitables : 607

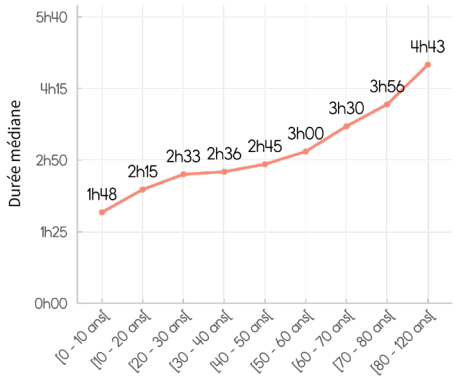
75 % des recours exploitables : 230

DEVENIR POST URGENCE

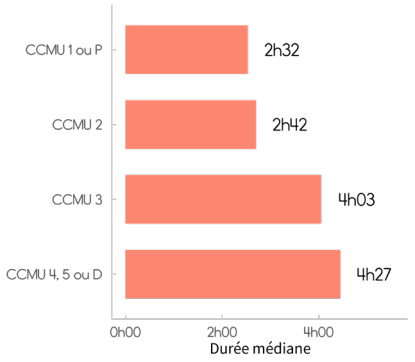


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

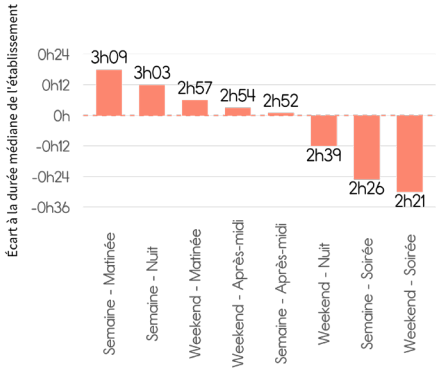
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



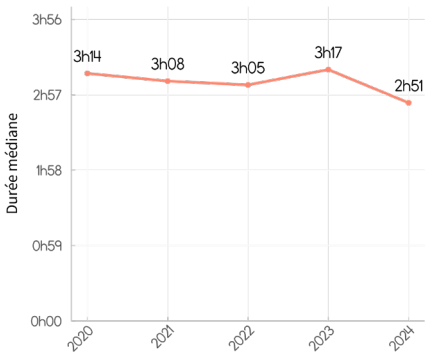
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

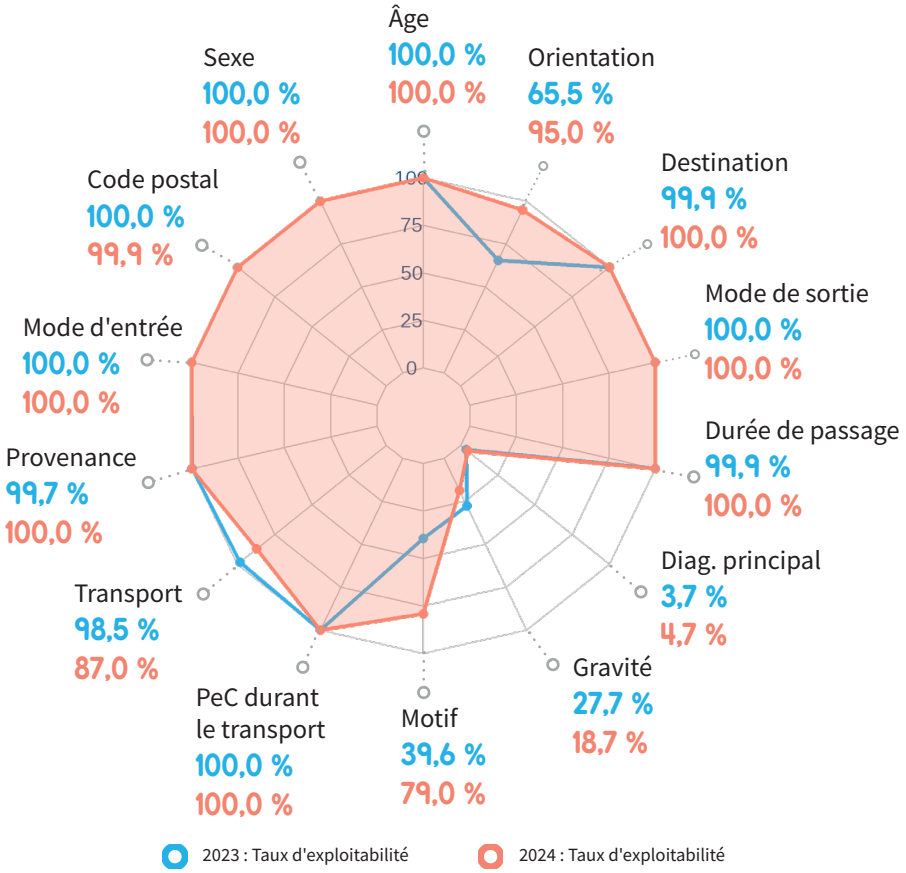


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

PAS-DE-CALAIS
CH d'Arras

Type de flux : Pédiatrique

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 4,6 ans

Âge médian 3,0 ans



NOMBRE DE RPU

- 38,2 % par rapport à 2023

NA par rapport à 2022

NA par rapport à 2021

5 971
RPU 2024

9 660	NA
RPU 2023	RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,03

Femmes	Hommes
2023 47,3 %	2023 52,7 %
2024 49,2 %	2024 50,8 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 2h33

Durée moyenne 2h53

Passage en moins de 4h

2023 82,4 %
2024 79,2 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 85,9 % 2024 82,8 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 66,1 % 2024 60,8 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 28,6 %

PDS 49,4 %

Jour : [8h - 20h[
- 68,0 %

Nuit : [20h - 8h[
- 32,0 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 11,4 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=0

CCMU 1 et P	CCMU 2
23,6 %	53,4 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
22,8 %	0,2 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés :



Représentant 95 % des recours exploitables :

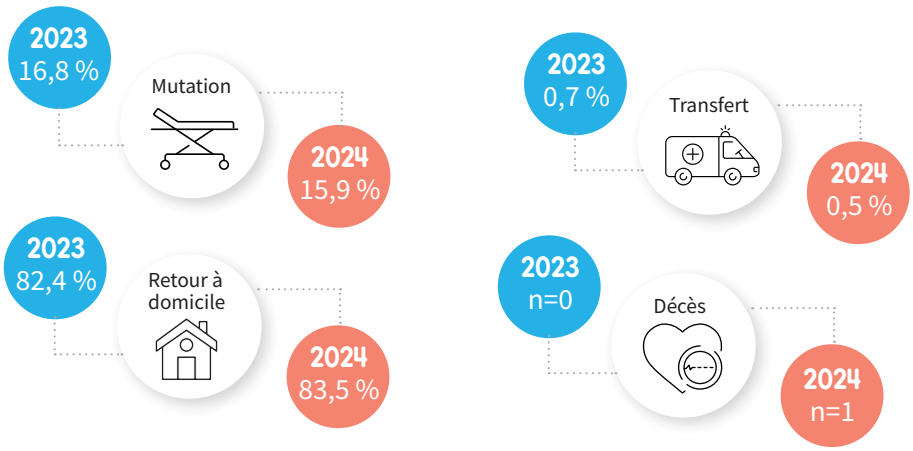


90 % des recours exploitables :

75 % des recours exploitables :

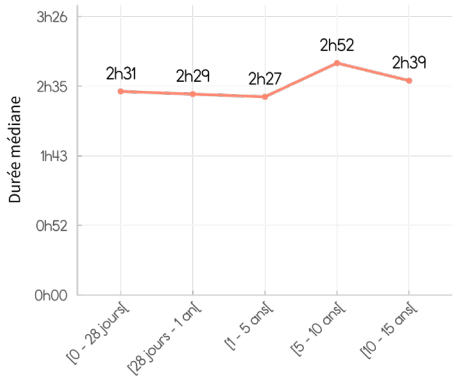


DEVENIR POST URGENCE

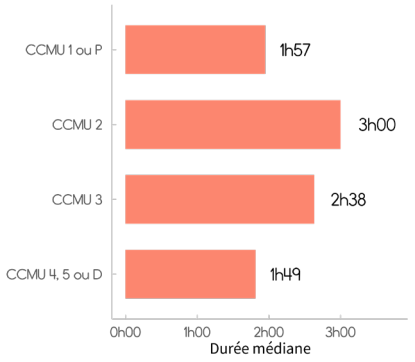


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

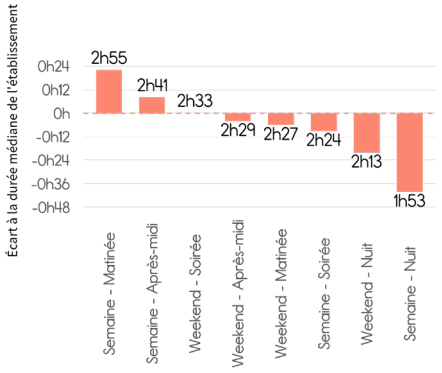
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



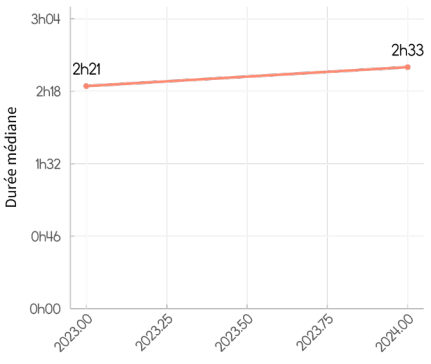
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

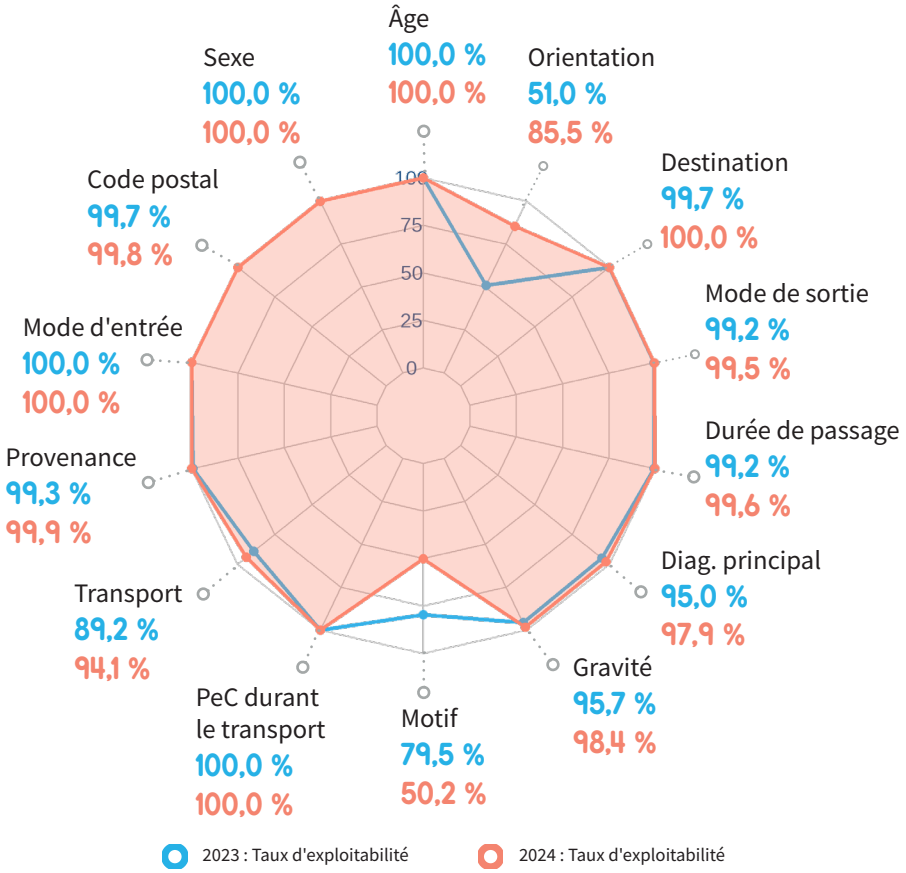


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

PAS-DE-CALAIS
CH d'Arras

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 47,2 ans

Âge médian 44,9 ans



NOMBRE DE RPU

+ 1,7 % par rapport à 2023

- 25,9 % par rapport à 2022

- 15,6 % par rapport à 2021

45 490
RPU 2024

44 716 RPU 2023

61 358 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,02

Femmes		Hommes	
2023	48,6 %	2023	51,4 %
2024	49,5 %	2024	50,5 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 3h08

Durée moyenne 4h04

Passage en moins de 4h

2023 55,0 %

2024 61,1 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 57,9 % 2024 63,7 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 46,8 % 2024 55,1 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,5 %

PDS 45,2 %

Jour : [8h - 20h[

- 70,9 %

Nuit : [20h - 8h[

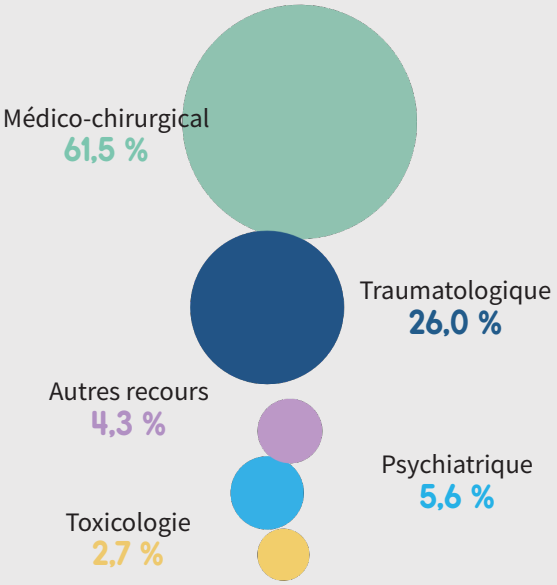
- 29,1 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 12,2 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=5

CCMU 1 et P	CCMU 2
28,4 %	19,8 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
50,1 %	1,7 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

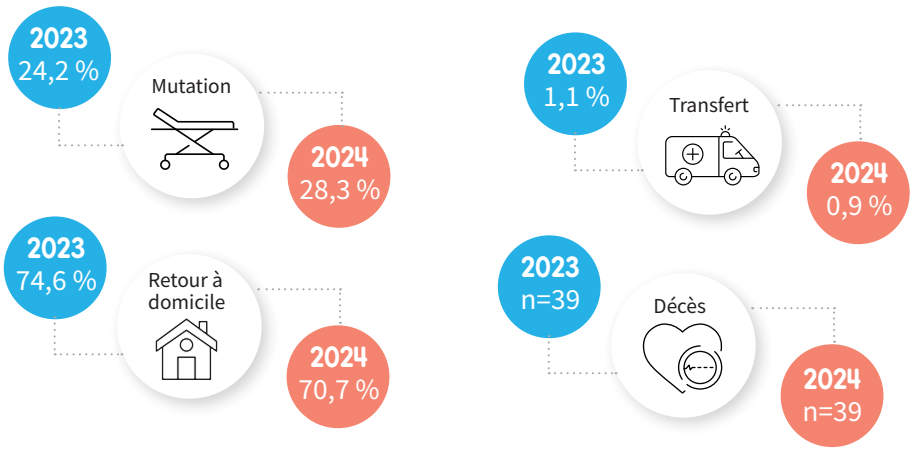
Nombre total de DP différents renseignés : 2 62(

Représentant 95 % des recours exploitables : 1 073

90 % des recours exploitables : 635

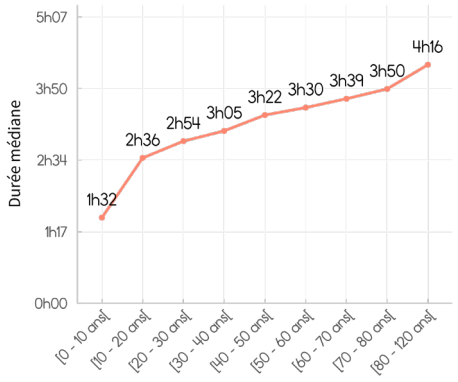
75 % des recours exploitables : 251

DEVENIR POST URGENCE

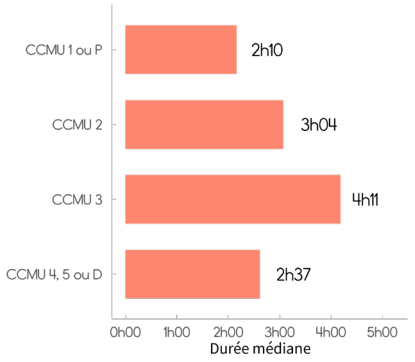


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

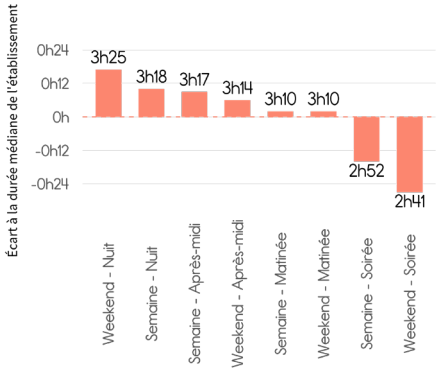
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



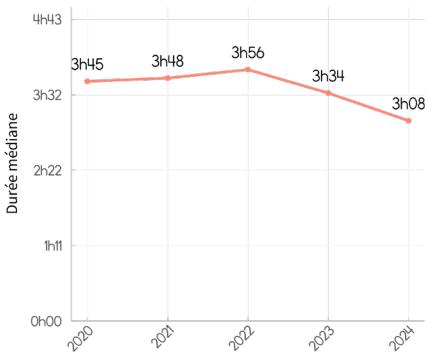
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

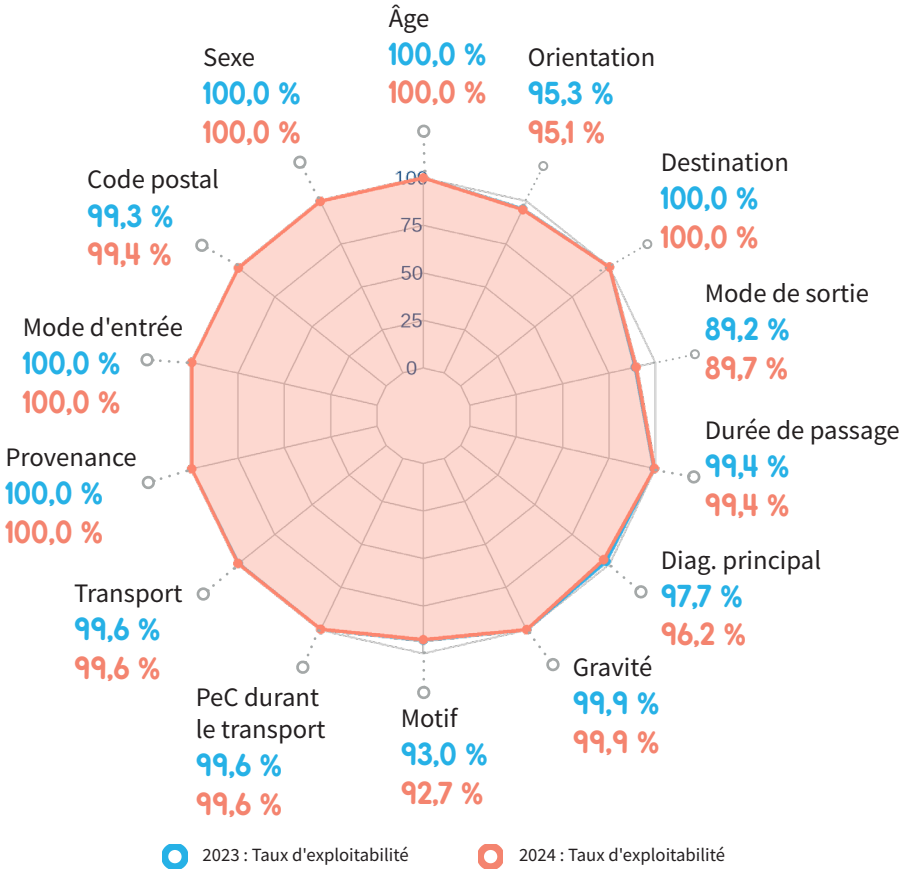


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

PAS-DE-CALAIS
CH de Béthune

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 43,8 ans

Âge médian 42,1 ans



NOMBRE DE RPU

+ 2,8 % par rapport à 2023

+ 4,5 % par rapport à 2022

+ 14,1 % par rapport à 2021

44 500

RPU 2024

43 275 RPU 2023

42 593 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,04

Femmes		Hommes	
2023	48,5 %	2023	51,5 %
2024	49,0 %	2024	51,0 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 4h24

Durée moyenne 7h14

Passage en moins de 4h

2023 46,7 %

2024 45,3 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 60,8 % 2024 60,4 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 9,3 % 2024 9,4 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 28,2 %

PDS 47,4 %

Jour : [8h - 20h[

- 69,2 %

Nuit : [20h - 8h[

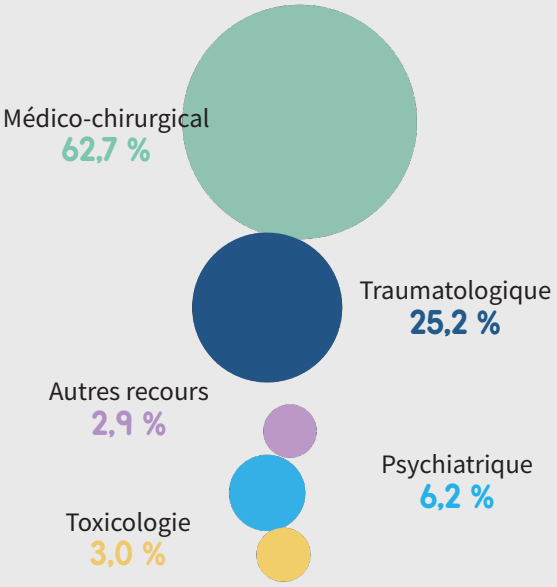
- 30,8 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 13,7 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=0

CCMU 1 et P	CCMU 2
4,2 %	75,2 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
19,0 %	1,5 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

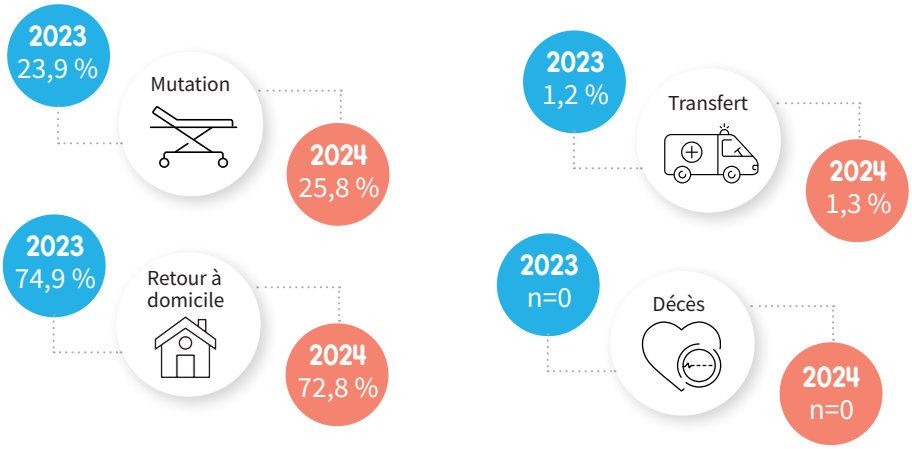
Nombre total de DP différents renseignés : 1 898

Représentant 95 % des recours exploitables : 654

90 % des recours exploitables : 362

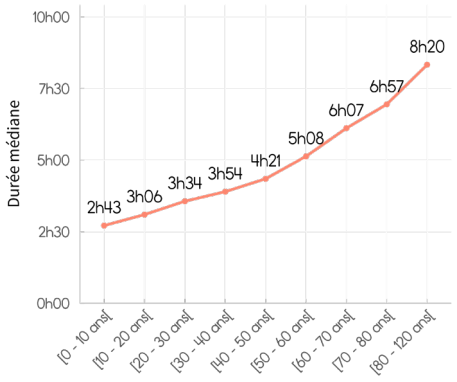
75 % des recours exploitables : 123

DEVENIR POST URGENCE

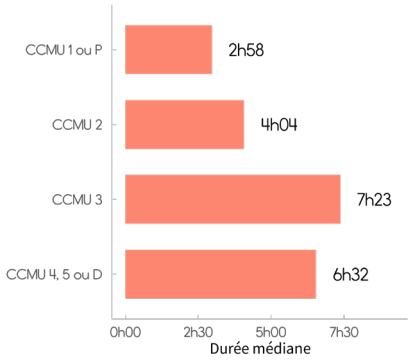


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

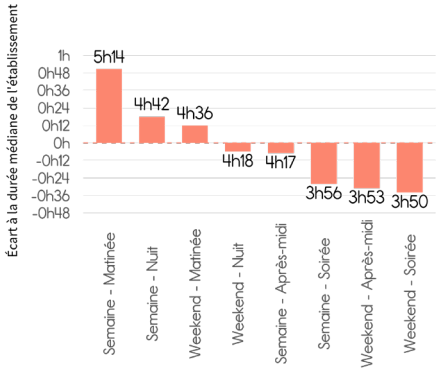
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



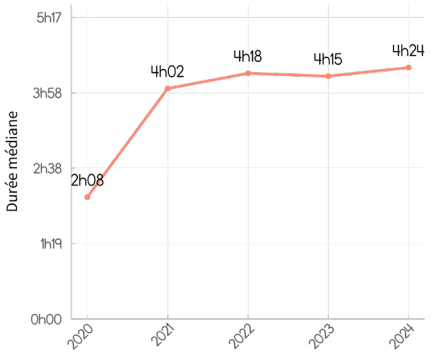
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

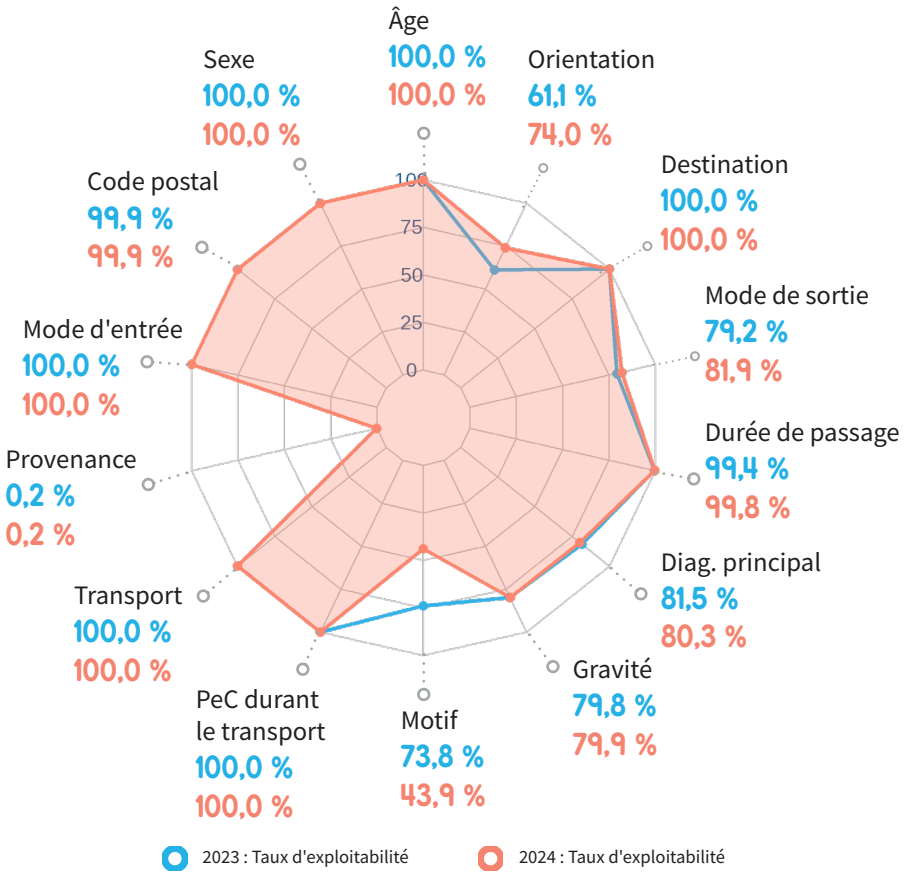


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

PAS-DE-CALAIS
CH de Boulogne-sur-Mer

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 45,1 ans

Âge médian 43,2 ans



NOMBRE DE RPU

+ 8,4 % par rapport à 2023

+ 7,0 % par rapport à 2022

- 8,5 % par rapport à 2021

51 773
RPU 2024

47 741 RPU 2023

48 380 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,06

Femmes		Hommes	
2023	47,6 %	2023	52,4 %
2024	48,6 %	2024	51,4 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 3h00

Durée moyenne 4h01

Passage en moins de 4h

2023 61,0 %

2024 60,1 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 58,8 % 2024 55,7 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 31,5 % 2024 30,6 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 31,3 %

PDS 50,3 %

Jour : [8h - 20h[

- 71,0 %

Nuit : [20h - 8h[

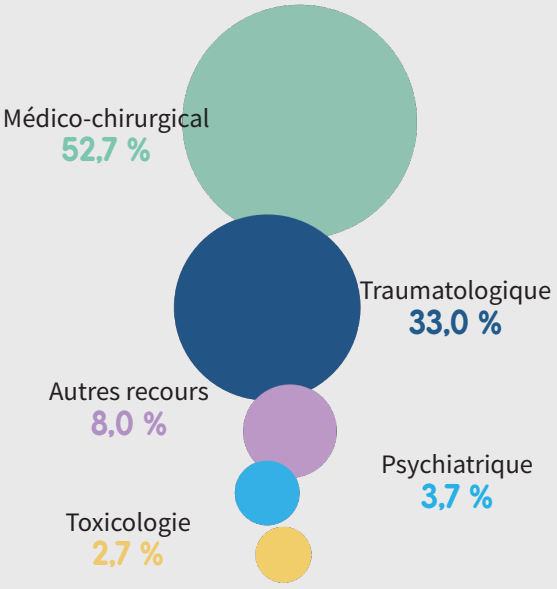
- 29,0 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 10,5 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=2

CCMU 1 et P	CCMU 2
26,2 %	55,4 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
17,8 %	0,6 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

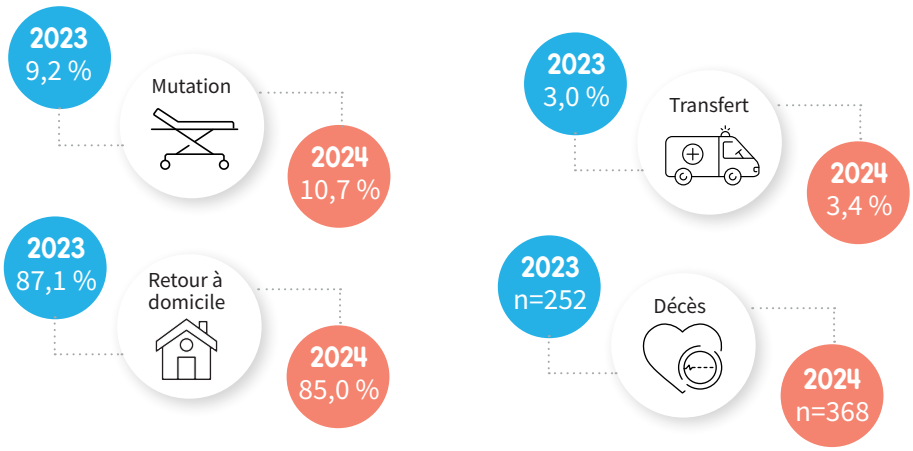
Nombre total de DP différents renseignés : 2 391

Représentant 95 % des recours exploitables : 970

90 % des recours exploitables : 576

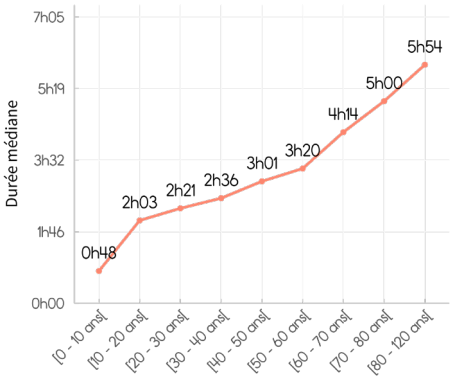
75 % des recours exploitables : 201

DEVENIR POST URGENCE

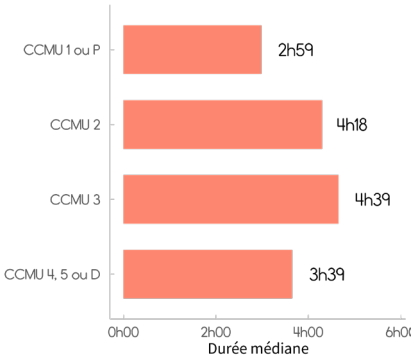


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

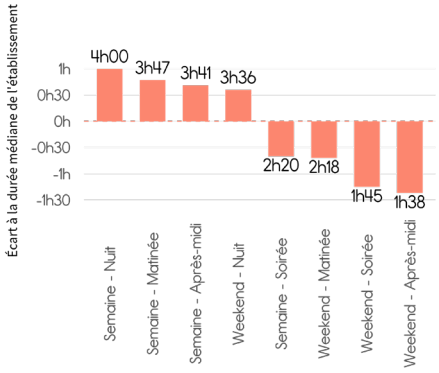
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



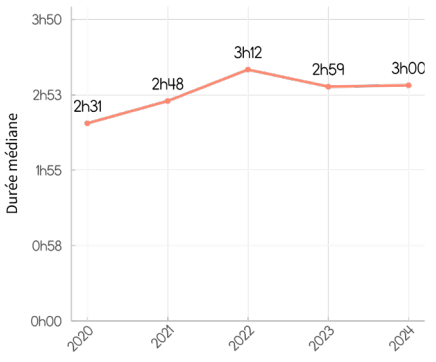
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

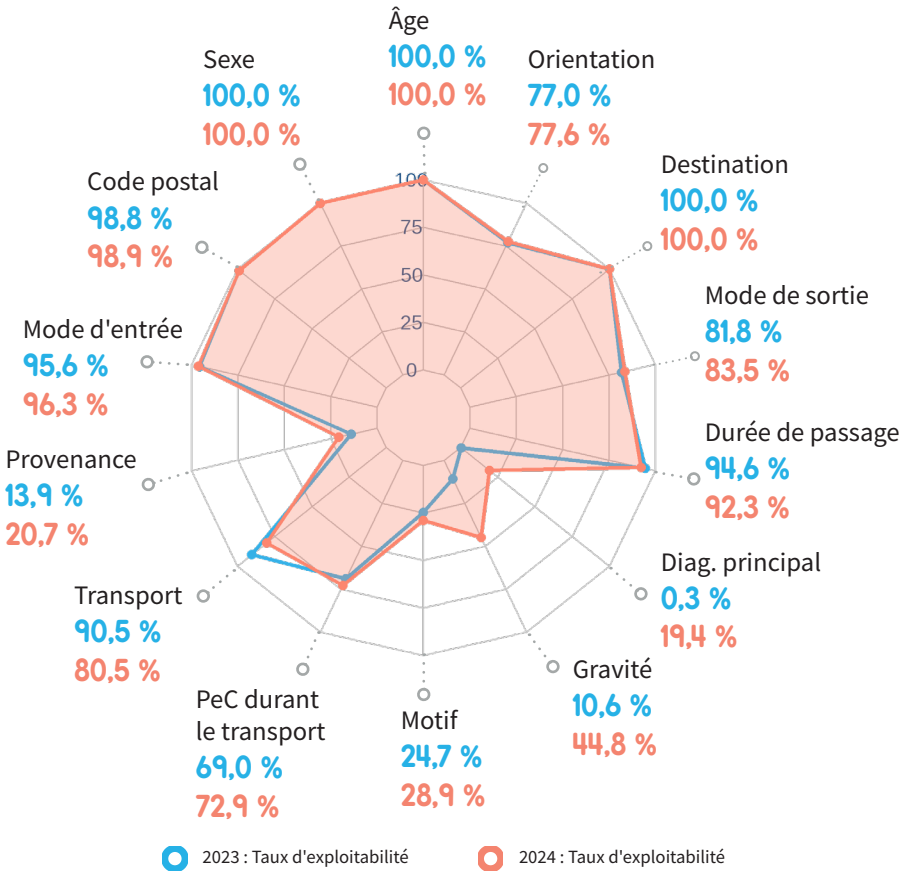


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

PAS-DE-CALAIS
CH de Calais

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 38,2 ans

Âge médian 34,0 ans



NOMBRE DE RPU

- 3,4 % par rapport à 2023
- 2,6 % par rapport à 2022
+ 8,5 % par rapport à 2021

52 087
RPU 2024

53 904 RPU 2023

53 467 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,01

Femmes		Hommes	
2023	49,0 %	2023	51,0 %
2024	49,7 %	2024	50,3 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 3h11

Durée moyenne 4h07

Passage en moins de 4h

2023 61,5 %

2024 61,3 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 58,2 % 2024 60,6 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 40,0 % 2024 38,8 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 27,1 %

PDS 43,9 %

Jour : [8h - 20h[

- 73,1 %

Nuit : [20h - 8h[

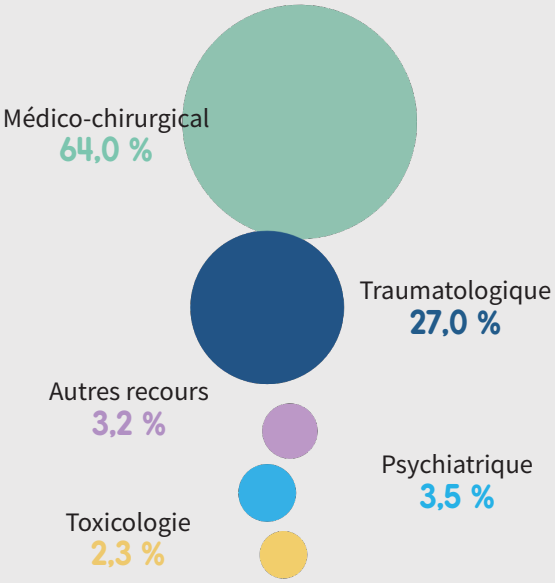
- 26,9 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 10,9 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=2

CCMU 1 et P	CCMU 2
9,7 %	74,3 %
CCMU 3	CCMU 4 et 5
14,2 %	1,8 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

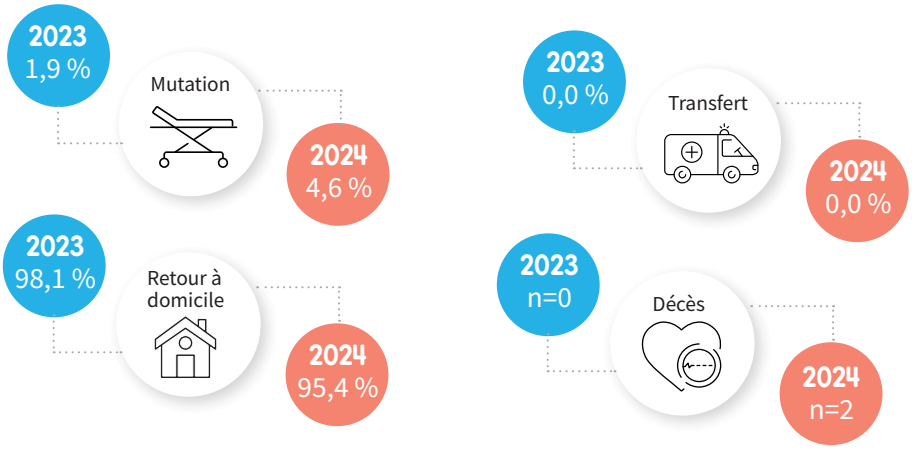
Nombre total de DP différents renseignés : 1 643

Représentant 95 % des recours exploitables : 1 122

90 % des recours exploitables : 744

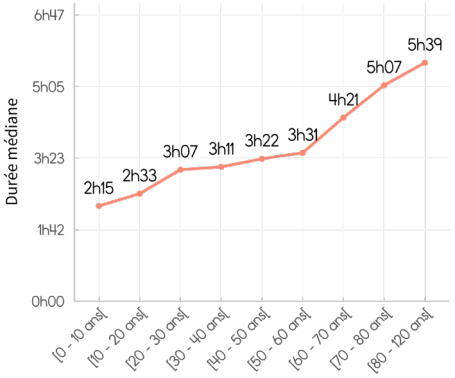
75 % des recours exploitables : 297

DEVENIR POST URGENCE

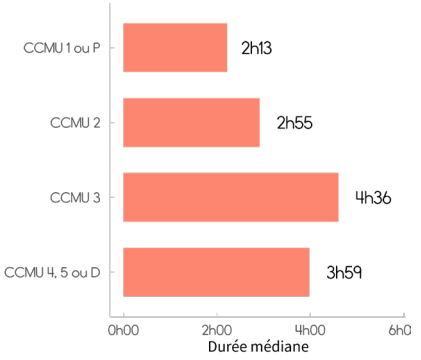


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

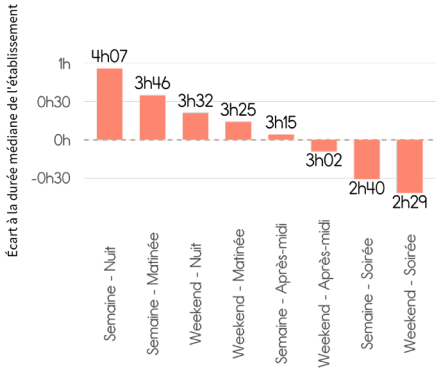
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



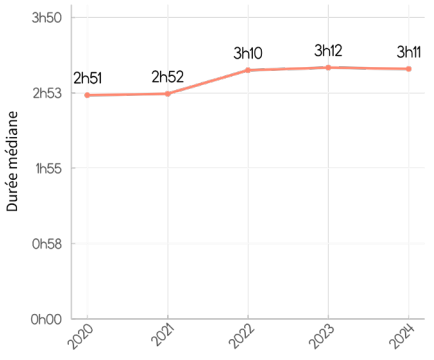
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

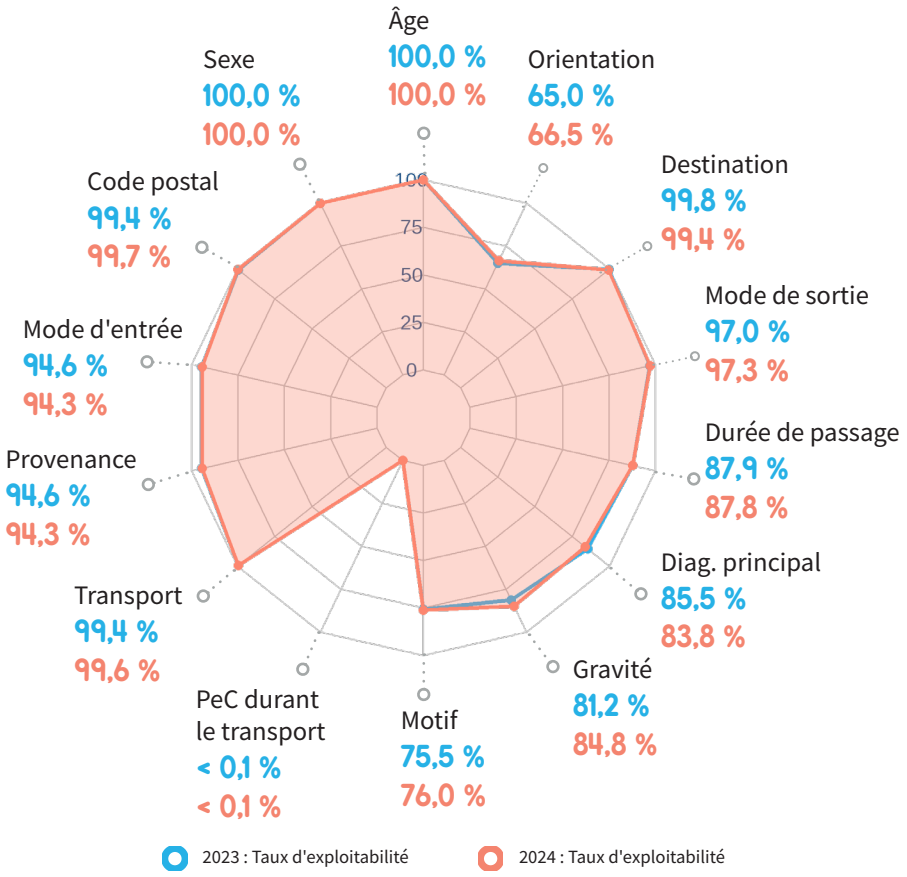


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

PAS-DE-CALAIS
CH de Lens

Type de flux : Polyvalent

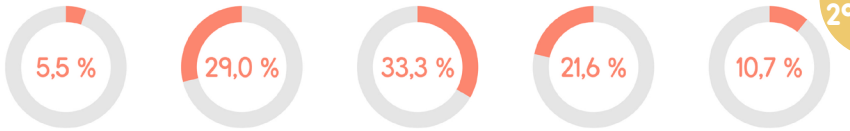
EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 34,4 ans

Âge médian 29,0 ans



NOMBRE DE RPU

+ 5,1 % par rapport à 2023

+ 4,6 % par rapport à 2022

+ 15,8 % par rapport à 2021

74 214
RPU 2024

70 626 RPU 2023

70 951 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 0,92

Femmes		Hommes	
2023	52,3 %	2023	47,6 %
2024	51,9 %	2024	48,0 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 3h21

Durée moyenne 4h58

Passage en moins de 4h

2023 61,9 %
2024 58,0 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 64,9 % 2024 61,0 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 29,5 % 2024 23,2 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,6 %

PDS 45,0 %

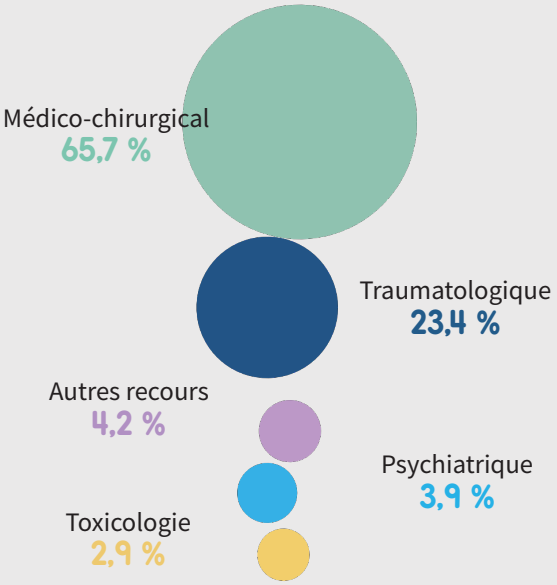
Jour : [8h - 20h[
- 71,7 %

Nuit : [20h - 8h[
- 28,3 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 11,4 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=20

CCMU 1 et P	CCMU 2
18,2 %	73,8 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
7,0 %	1,0 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

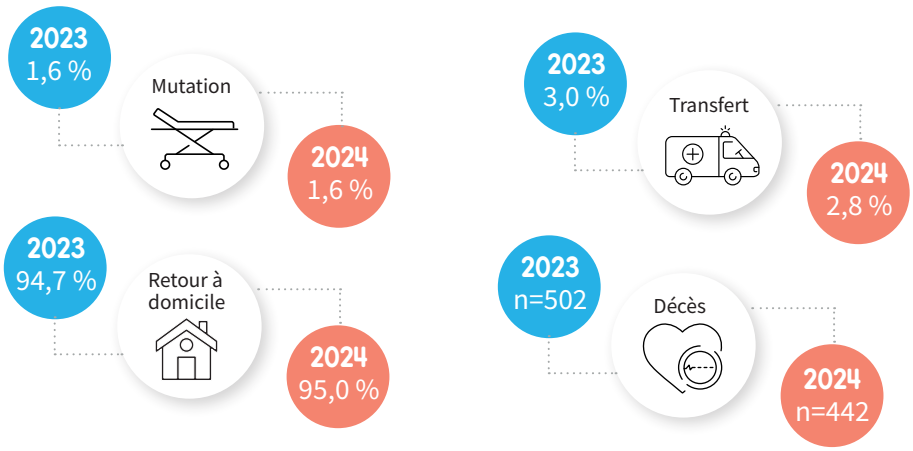
Nombre total de DP différents renseignés : 3 194

Représentant 95 % des recours exploitables : 1 234

90 % des recours exploitables : 725

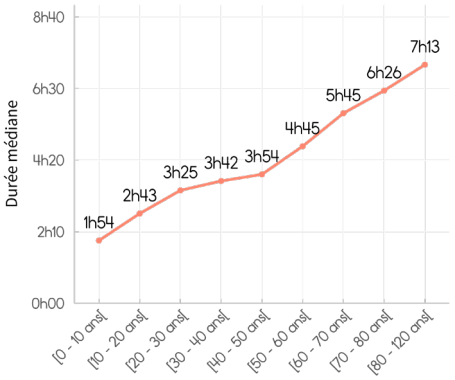
75 % des recours exploitables : 266

DEVENIR POST URGENCE

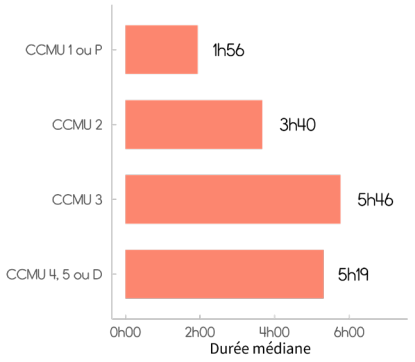


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

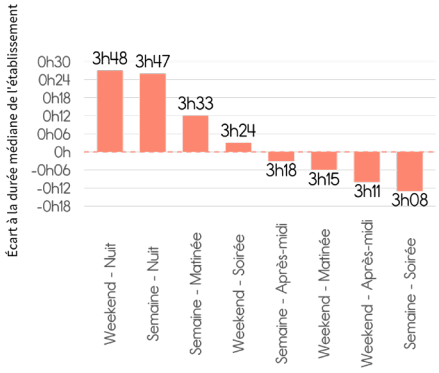
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



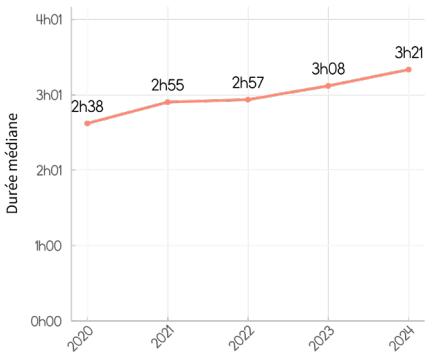
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année



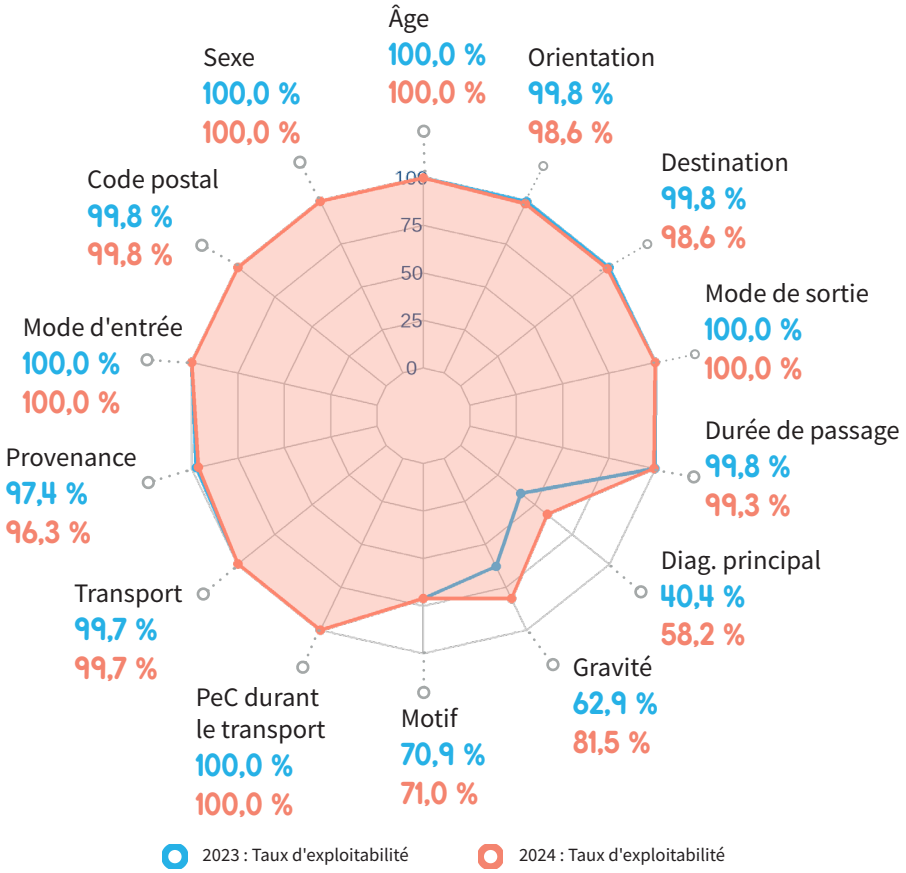
Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

PAS-DE-CALAIS

CH de l'Arrondissement de Montreuil (CHAM)

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 44,2 ans

Âge médian 42,9 ans



NOMBRE DE RPU

+ 7,2 % par rapport à 2023

+ 8,9 % par rapport à 2022

+ 21,5 % par rapport à 2021

35 087

RPU 2024

32 743 RPU 2023

32 220 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 0,94

Femmes		Hommes	
2023	50,0 %	2023	50,0 %
2024	51,5 %	2024	48,5 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 3h18

Durée moyenne 4h35

Passage en moins de 4h

2023 60,1 %

2024 59,5 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 71,1 % 2024 70,2 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 28,2 % 2024 30,1 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 28,2 %

PDS 45,6 %

Jour : [8h - 20h[

- 72,2 %

Nuit : [20h - 8h[

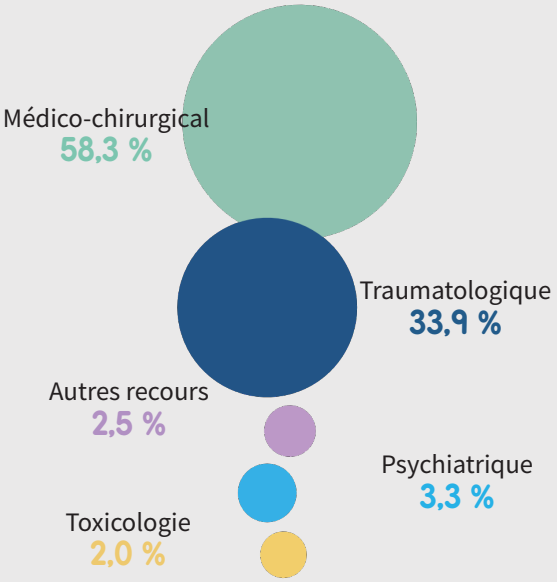
- 27,8 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 11,5 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=4

CCMU 1 et P	CCMU 2
15,6 %	62,7 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
20,2 %	1,5 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

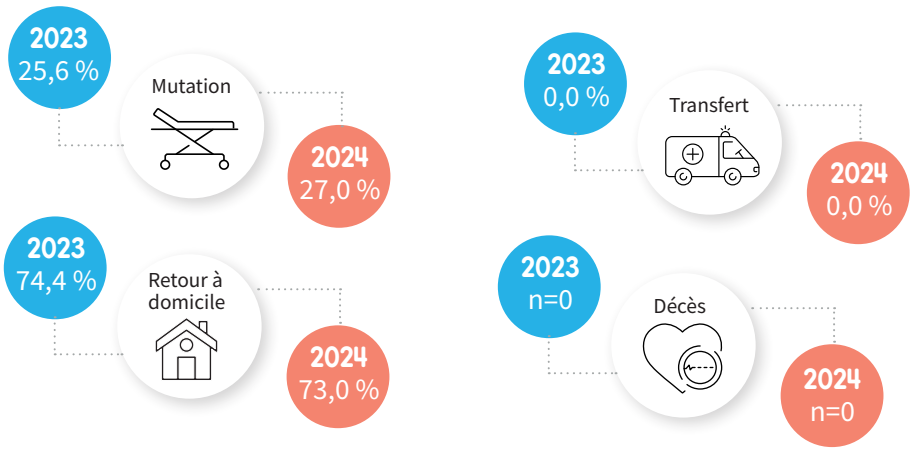
Nombre total de DP différents renseignés : 1 973

Représentant 95 % des recours exploitables : 1 045

90 % des recours exploitables : 633

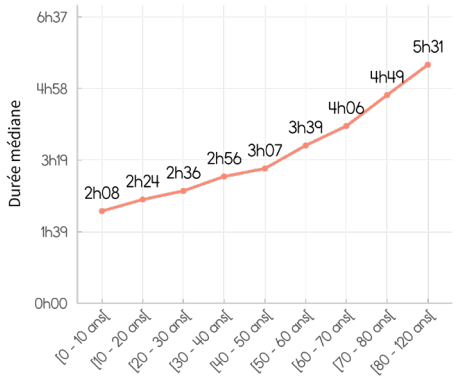
75 % des recours exploitables : 228

DEVENIR POST URGENCE

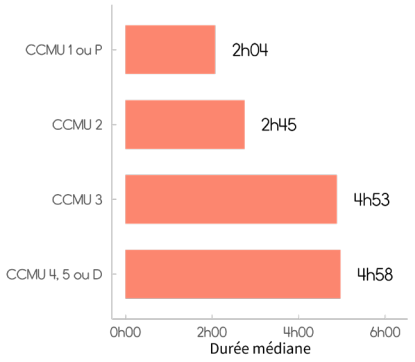


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

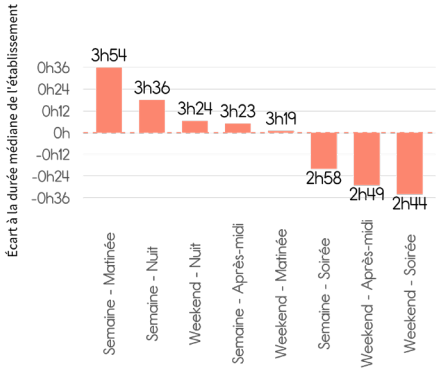
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



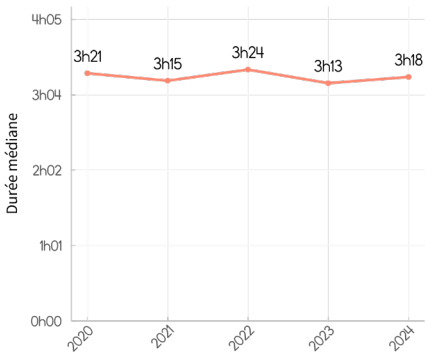
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

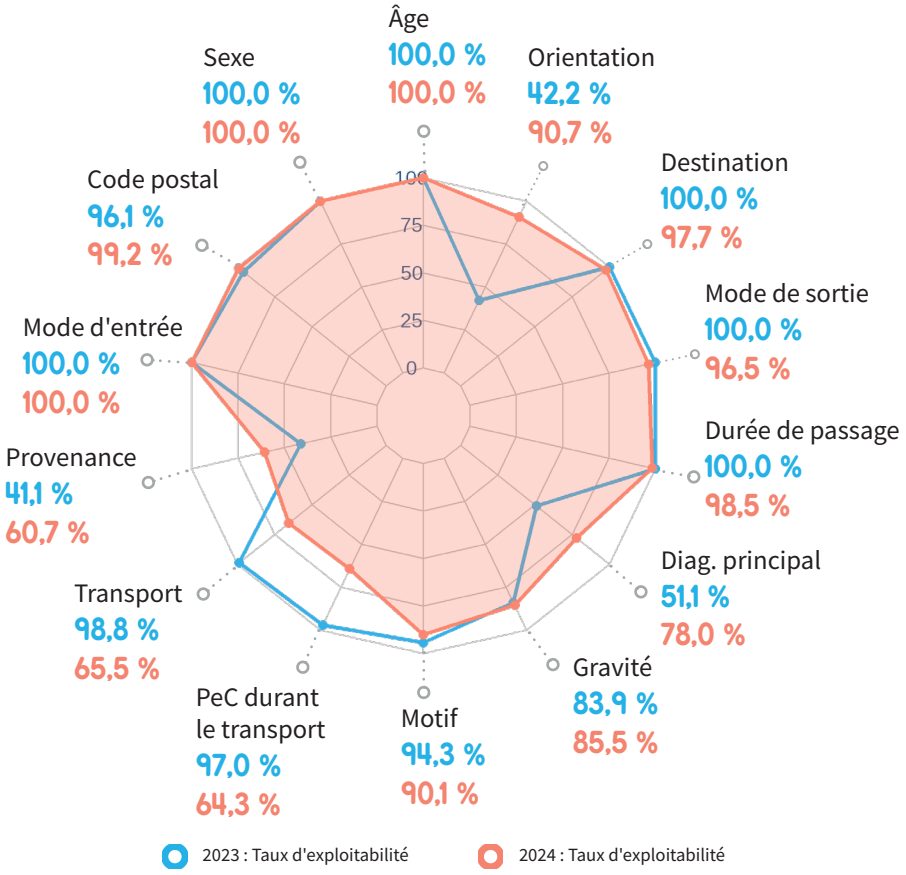


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

PAS-DE-CALAIS
CH de la Région de Saint-Omer

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 40,5 ans

Âge médian 37,2 ans



NOMBRE DE RPU

+ 8,8 % par rapport à 2023

- 9,5 % par rapport à 2022

+ 0,8 % par rapport à 2021

44 567
RPU 2024

40 944 RPU 2023

49 250 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,04

Femmes		Hommes	
2023	47,4 %	2023	52,6 %
2024	49,1 %	2024	50,9 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 3h20

Durée moyenne 4h18

Passage en moins de 4h

2023 67,7 %

2024 56,4 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 77,2 % 2024 61,0 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 36,6 % 2024 37,6 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 28,4 %

PDS 43,9 %

Jour : [8h - 20h[

- 74,4 %

Nuit : [20h - 8h[

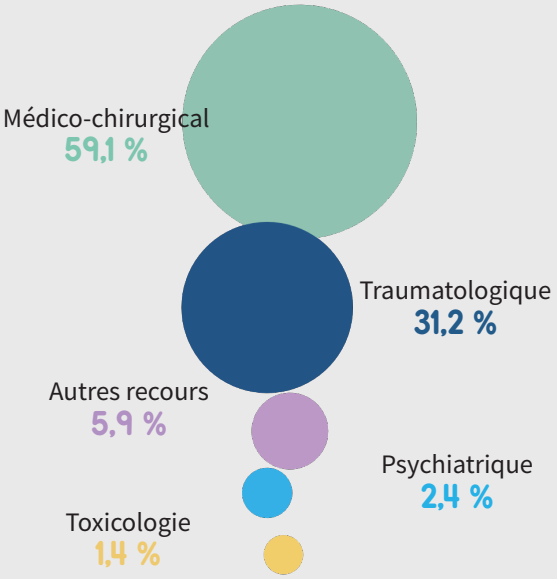
- 25,6 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 10,2 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=0

CCMU 1 et P	CCMU 2
2,2 %	50,1 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
47,6 %	0,1 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

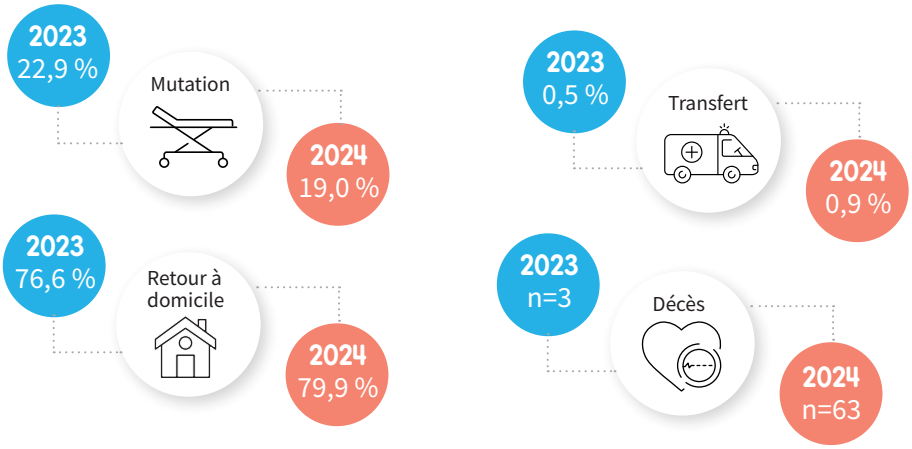
Nombre total de DP différents renseignés : 1 971

Représentant 95 % des recours exploitables : 819

90 % des recours exploitables : 503

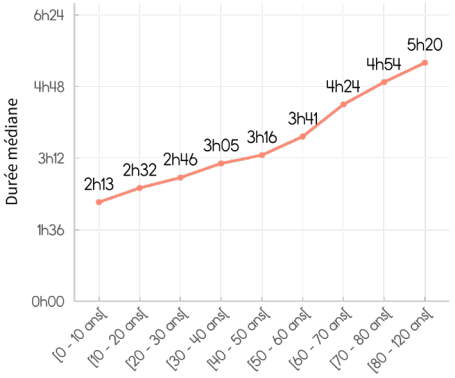
75 % des recours exploitables : 183

DEVENIR POST URGENCE

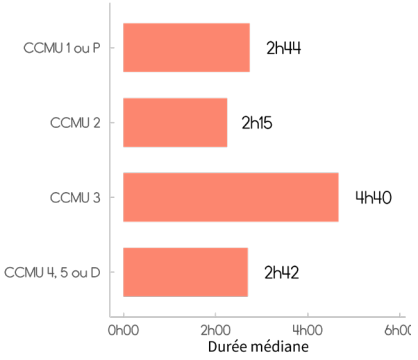


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

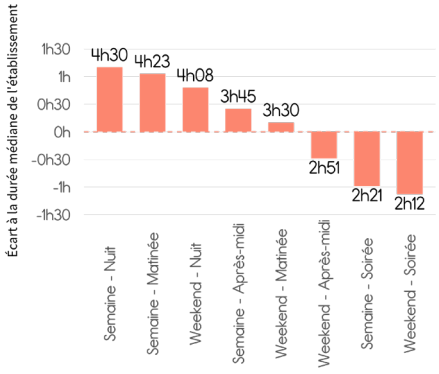
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



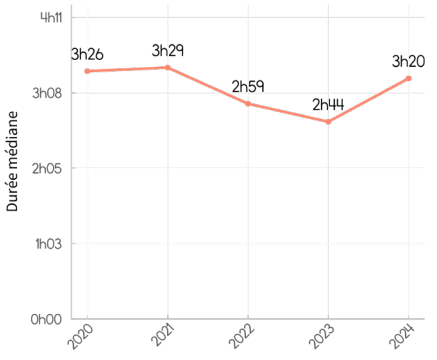
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

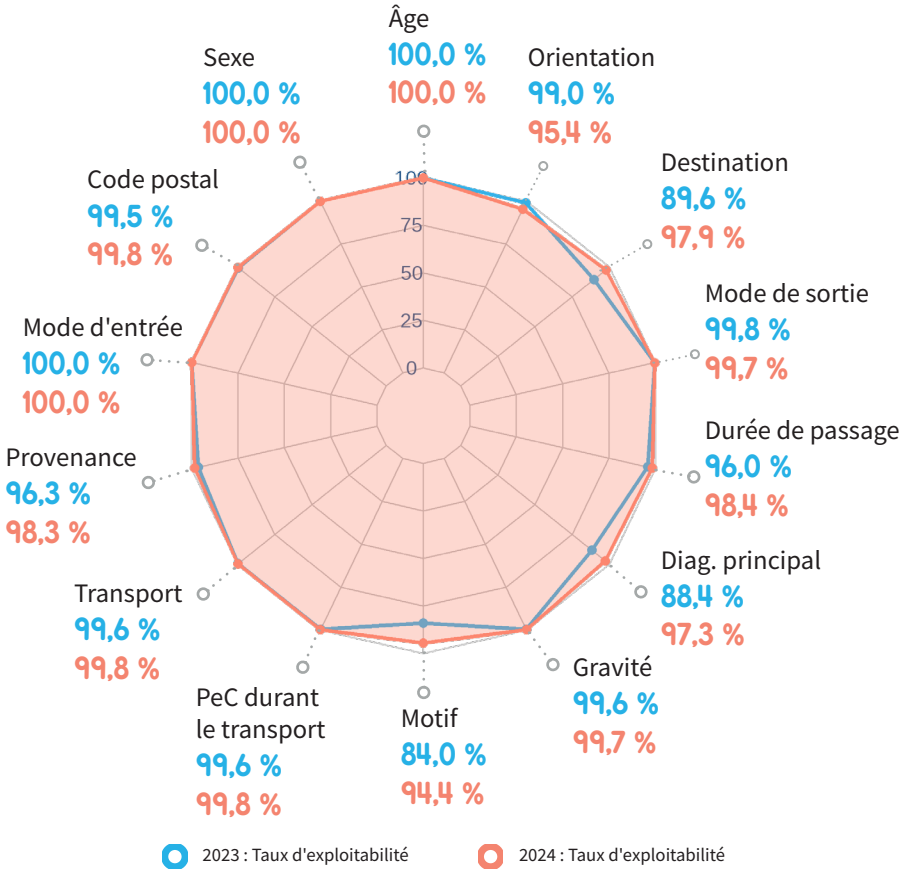


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

PAS-DE-CALAIS
Clinique Anne d'Artois

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 41,3 ans

Âge médian 39,6 ans

0,0 %	21,4 %	35,2 %	33,3 %	10,0 %
Moins de 1 an	[1 - 18 ans[	[18 - 45 ans[	[45 - 75 ans[	75 ans et plus

NOMBRE DE RPU

+ 4,0 % par rapport à 2023

+ 1,3 % par rapport à 2022

- 1,3 % par rapport à 2021

15 501
RPU 2024

14 898 RPU 2023

15 296 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 0,99

Femmes		Hommes	
2023	50,5 %	2023	49,5 %
2024	50,3 %	2024	49,7 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 1h34

Durée moyenne 2h55

Passage en moins de 4h

2023 87,0 %

2024 84,0 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 88,9 % 2024 88,1 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 16,4 % 2024 34,6 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 25,2 %

PDS 33,4 %

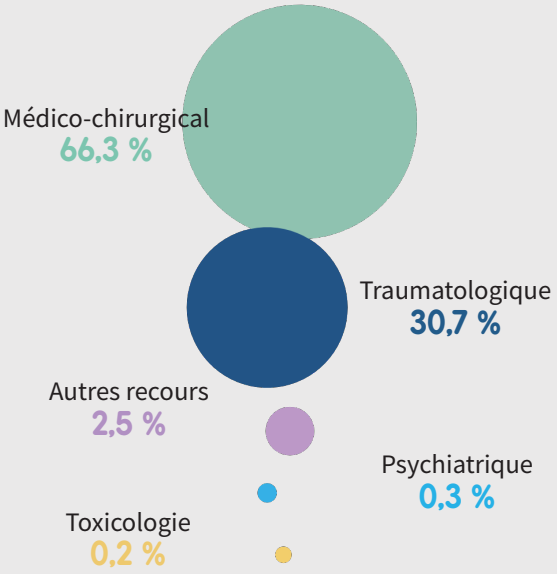
Jour : [8h - 20h[
- 85,1 %

Nuit : [20h - 8h[
- 14,9 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 4,7 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=1

CCMU 1 et P 10,6 %	CCMU 2 65,0 %
CCMU 3 23,3 %	CCMU 4 et 5 1,1 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés :



Représentant 95 % des recours exploitables :

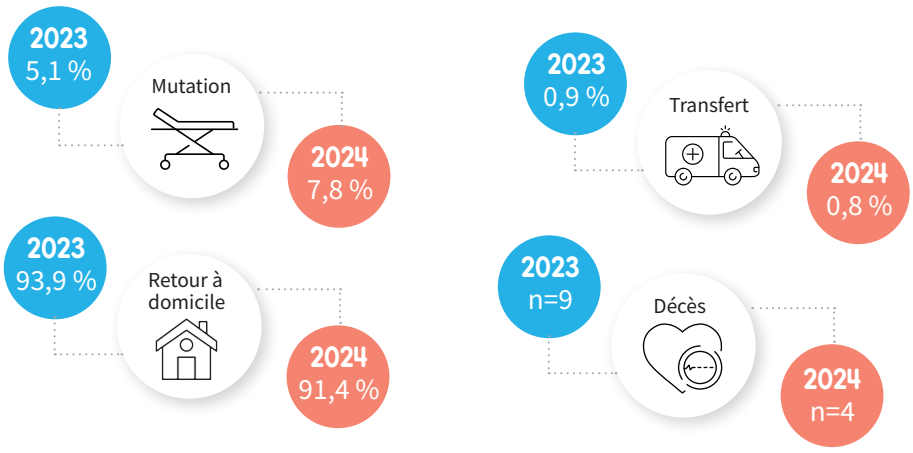


90 % des recours exploitables :

75 % des recours exploitables :

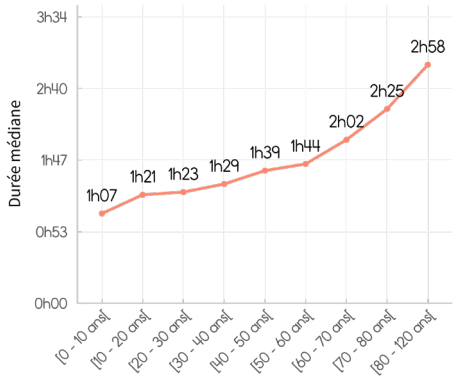


DEVENIR POST URGENCE

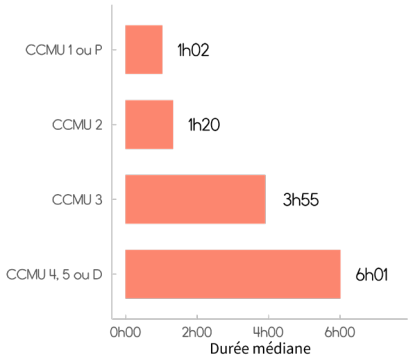


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

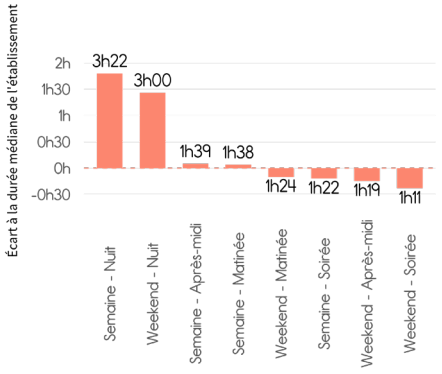
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



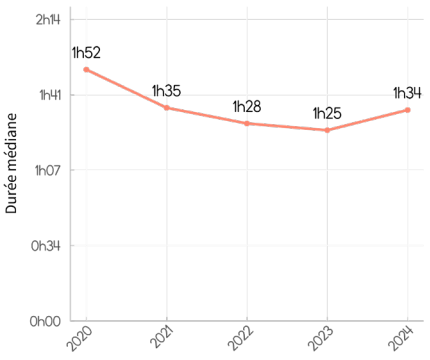
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

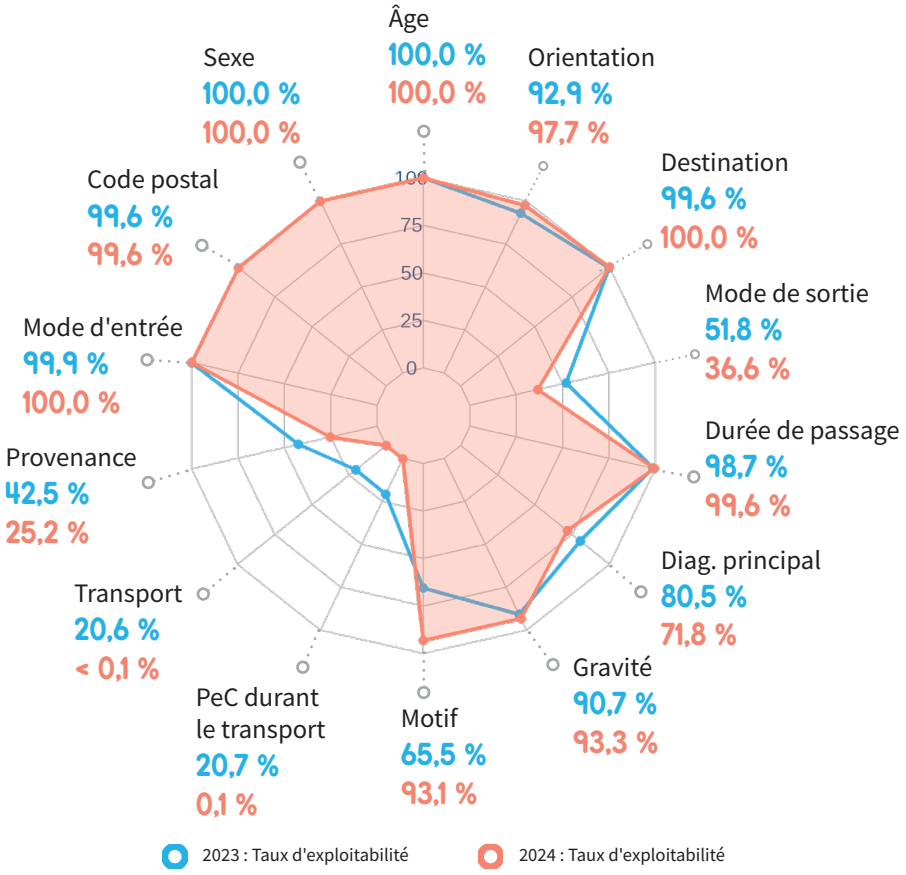


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

SOMME
CH d'Abbeville

Type de flux : Adulte

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 43,2 ans

Âge médian 41,7 ans



NOMBRE DE RPU

+ 13,0 % par rapport à 2023

+ 36,4 % par rapport à 2022

+ 52,1 % par rapport à 2021

46 009
RPU 2024

40 700 RPU 2023

33 738 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,04

Femmes		Hommes	
2023	48,3 %	2023	51,7 %
2024	49,0 %	2024	51,0 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 3h15

Durée moyenne 4h35

Passage en moins de 4h

2023 59,9 %
2024 60,3 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 50,0 % 2024 7,0 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 40,4 % 2024 42,7 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,3 %

PDS 42,6 %

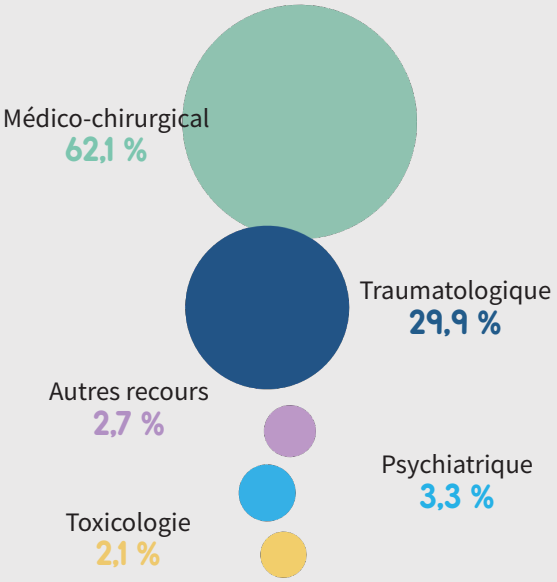
Jour : [8h - 20h[
- 74,5 %

Nuit : [20h - 8h[
- 25,5 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 10,5 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D n=9

CCMU 1 et P	CCMU 2
32,1 %	53,9 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
12,7 %	1,3 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

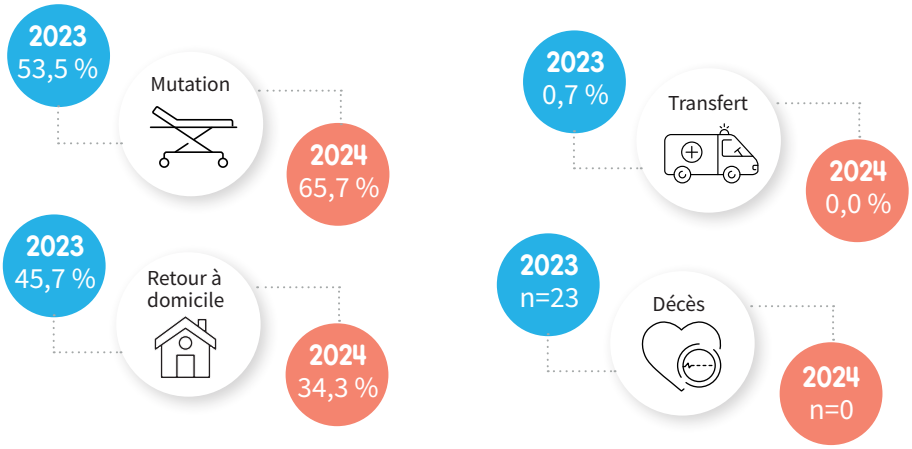
Nombre total de DP différents renseignés : 2 511

Représentant 95 % des recours exploitables : 1 171

90 % des recours exploitables : 704

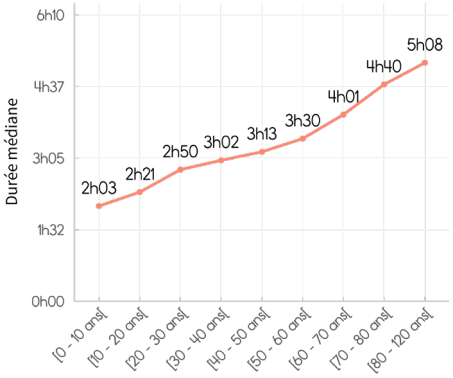
75 % des recours exploitables : 257

DEVENIR POST URGENCE

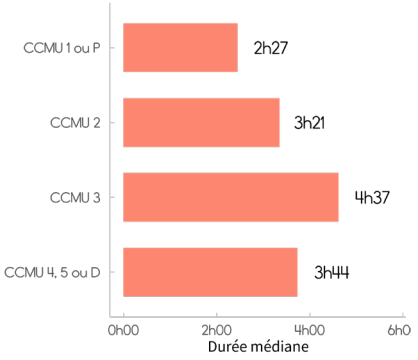


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

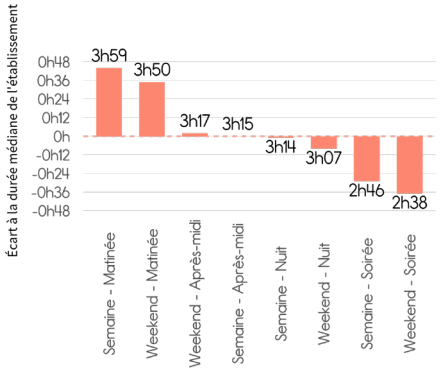
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



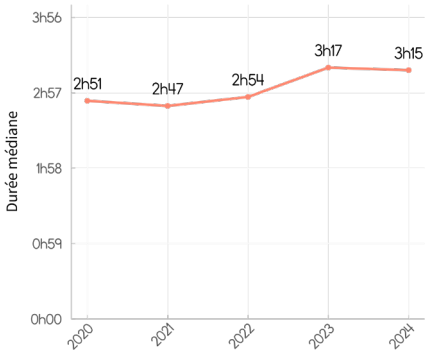
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

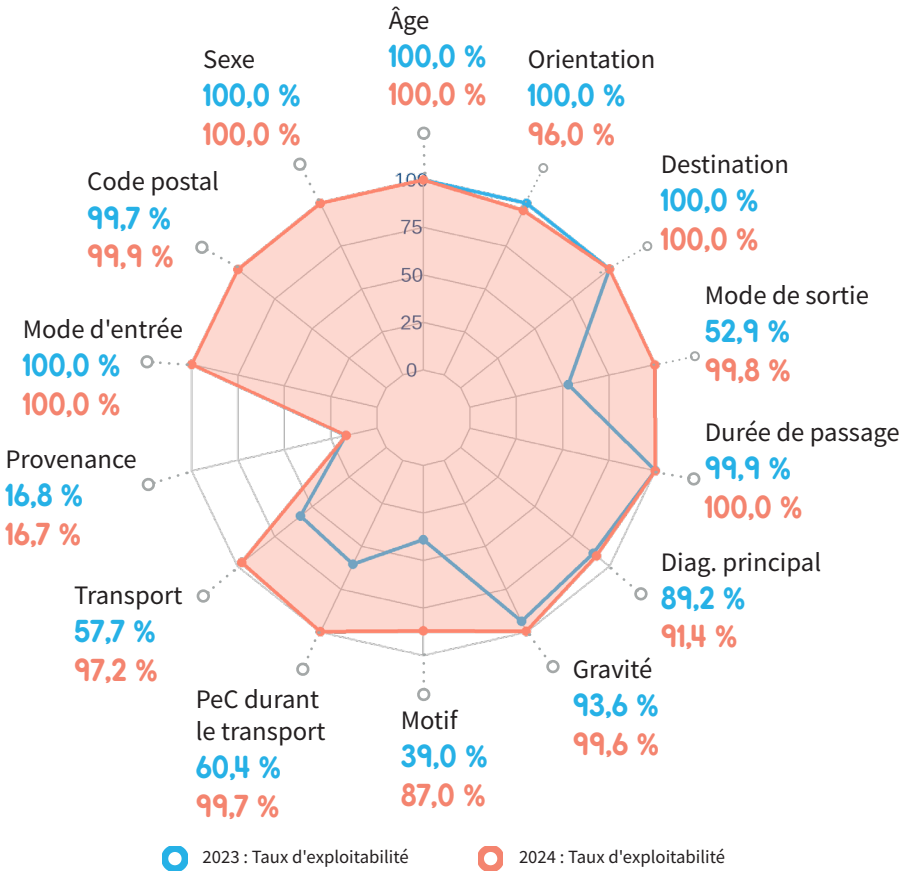


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

SOMME
CH de Doullens

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 44,1 ans

Âge médian 42,3 ans



NOMBRE DE RPU

+ 9,9 % par rapport à 2023

+ 23,0 % par rapport à 2022

+ 15,4 % par rapport à 2021

14 768
RPU 2024

13 440 RPU 2023

12 004 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,04

Femmes		Hommes	
2023	48,9 %	2023	51,1 %
2024	49,0 %	2024	51,0 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 1h41

Durée moyenne 2h05

Passage en moins de 4h

2023 59,4 %

2024 88,6 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 28,6 % 2024 92,6 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 67,2 % 2024 62,1 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 27,2 %

PDS 42,3 %

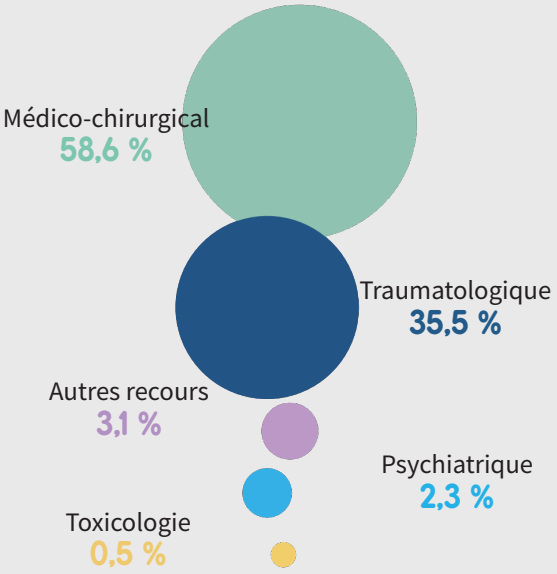
Jour : [8h - 20h[
- 76,2 %

Nuit : [20h - 8h[
- 23,8 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 9,2 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=1

CCMU 1 et P 18,9 %	CCMU 2 74,3 %
CCMU 3 6,0 %	CCMU 4 et 5 0,8 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés :


1 230

Représentant 95 % des recours exploitables :


622

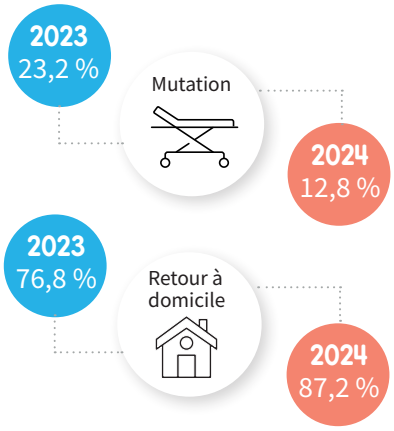
90 % des recours exploitables :

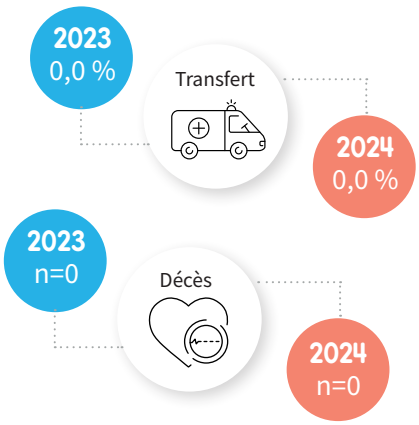
377

75 % des recours exploitables :


146

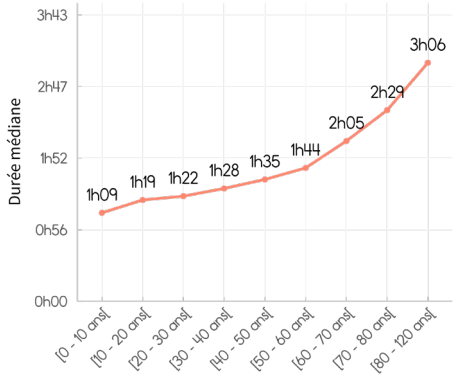
DEVENIR POST URGENCE



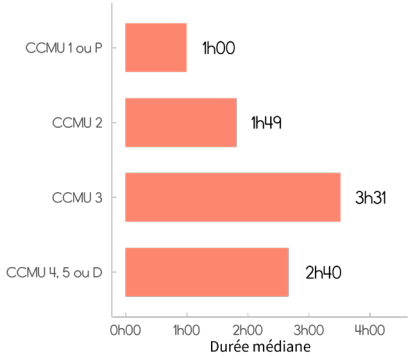


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

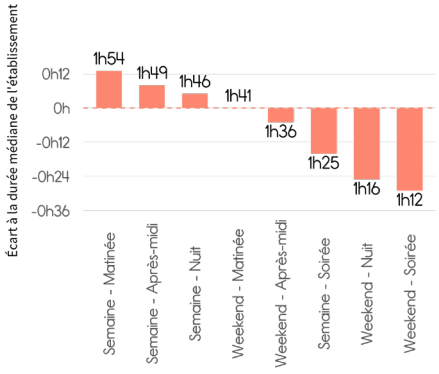
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



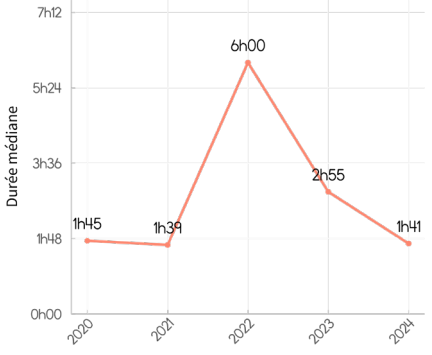
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

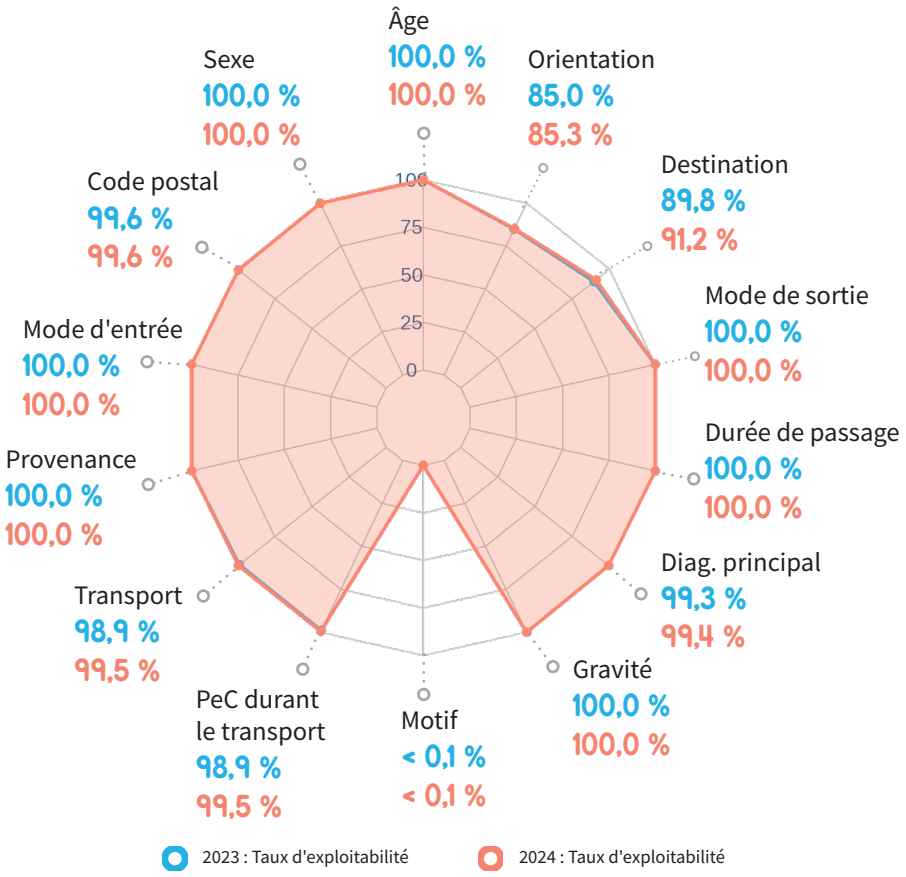


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

SOMME
CH de Péronne

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 47,7 ans

Âge médian 45,6 ans



NOMBRE DE RPU

+ 2,5 % par rapport à 2023

+ 5,9 % par rapport à 2022

+ 20,1 % par rapport à 2021

17 032
RPU 2024

16 614 RPU 2023

16 089 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,01

Femmes		Hommes	
2023	49,6 %	2023	50,4 %
2024	49,7 %	2024	50,3 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 2h07

Durée moyenne 2h53

Passage en moins de 4h

2023 79,3 %
2024 78,0 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 85,4 % 2024 84,1 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 53,5 % 2024 50,2 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 26,4 %

PDS 42,5 %

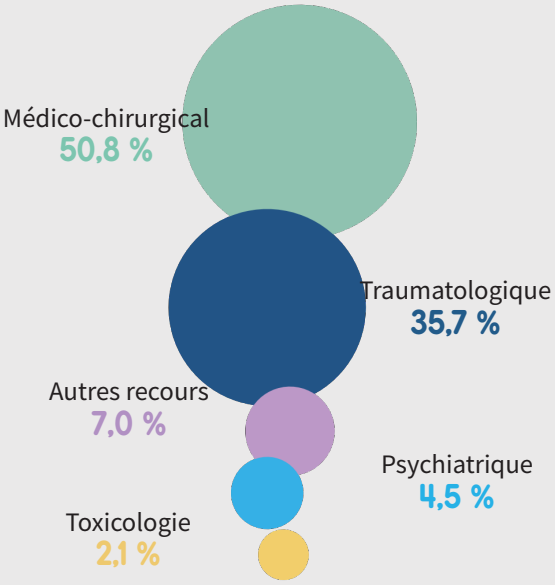
Jour : [8h - 20h[
- 74,4 %

Nuit : [20h - 8h[
- 25,6 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 10,4 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=4

CCMU 1 et P 19,3 %	CCMU 2 71,4 %
CCMU 3 8,5 %	CCMU 4 et 5 0,8 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés :


1 782

Représentant 95 % des recours exploitables :


967

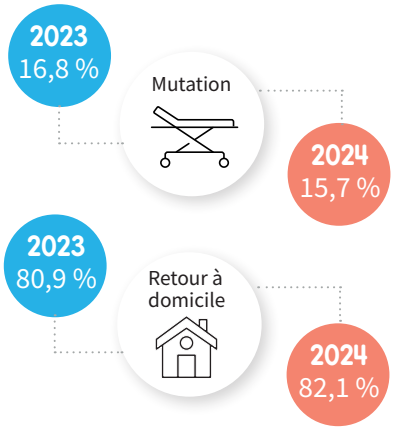
90 % des recours exploitables :

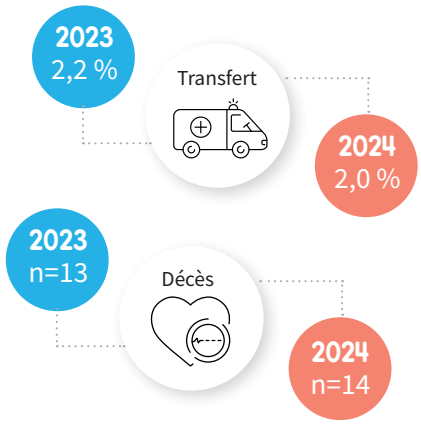
597

75 % des recours exploitables :


219

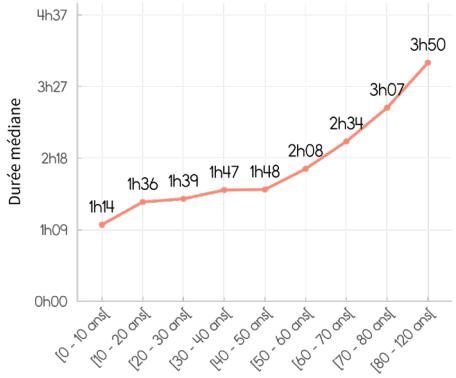
DEVENIR POST URGENCE



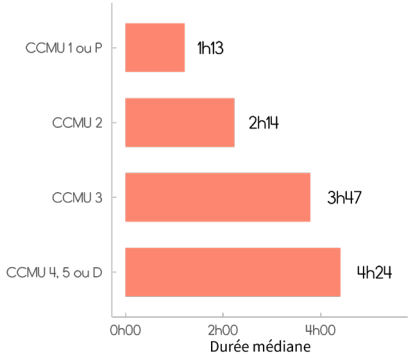


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

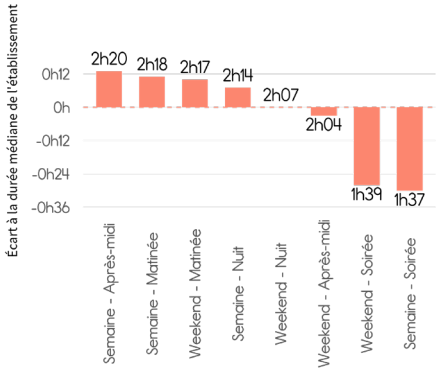
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



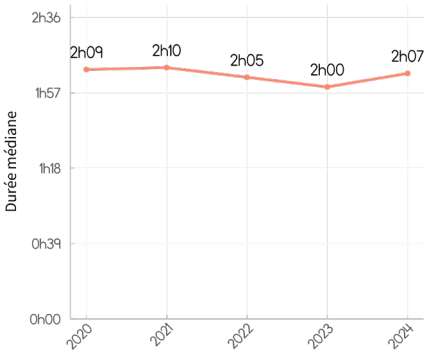
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

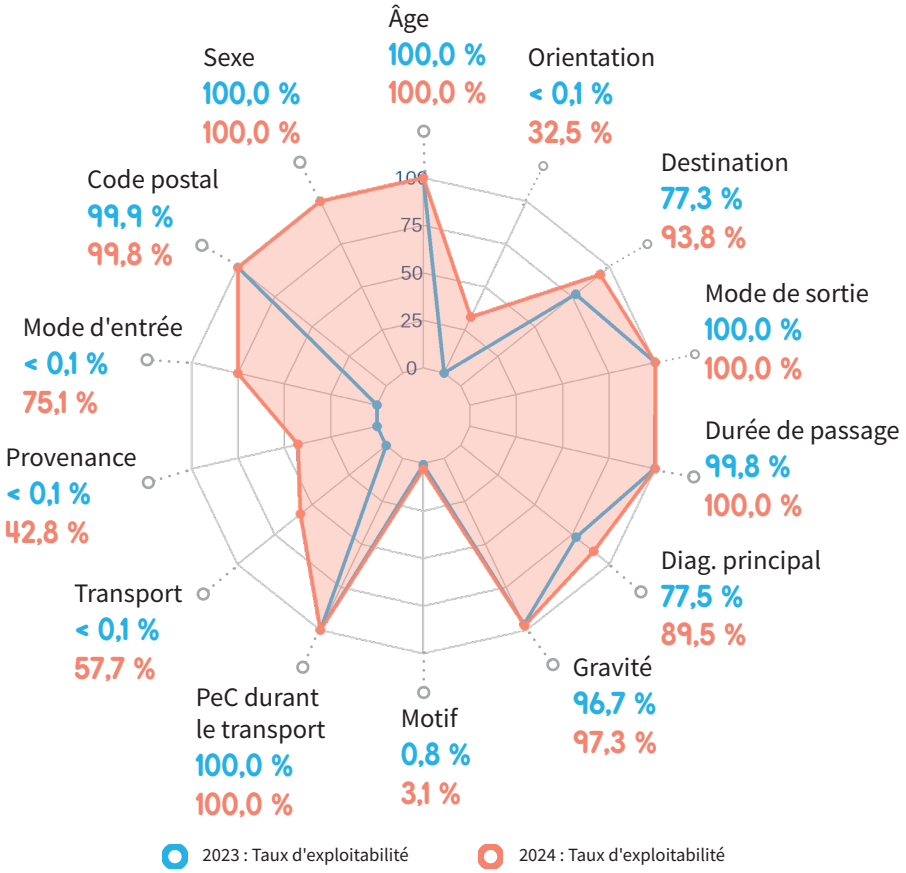


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

SOMME
CHIMR - Site de Montdidier

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 43,0 ans

Âge médian 40,1 ans



NOMBRE DE RPU

+ 5,0 % par rapport à 2023

+ 7,7 % par rapport à 2022

+ 12,1 % par rapport à 2021

16 459
RPU 2024

15 682 RPU 2023

15 282 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 0,97

Femmes		Hommes	
2023	49,2 %	2023	50,8 %
2024	50,8 %	2024	49,2 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 1h53

Durée moyenne 2h50

Passage en moins de 4h

2023 75,2 %
2024 78,2 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 80,8 % 2024 83,6 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 44,0 % 2024 46,3 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 27,8 %

PDS 44,4 %

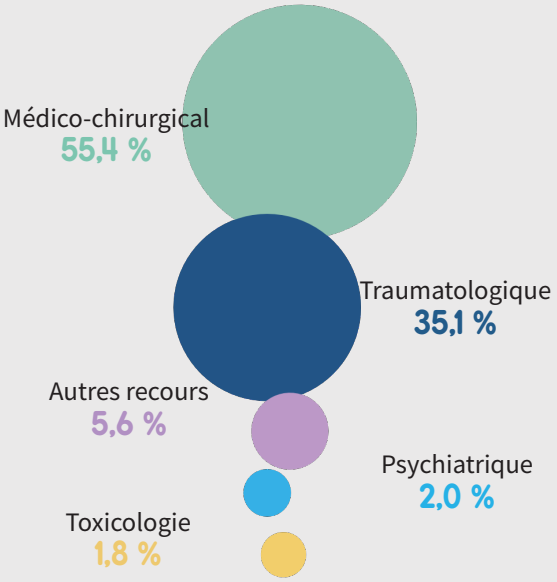
Jour : [8h - 20h[
- 74,1 %

Nuit : [20h - 8h[
- 25,9 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 10,3 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=5

CCMU 1 et P 9,4 %	CCMU 2 86,5 %
CCMU 3 3,4 %	CCMU 4 et 5 0,7 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés :


1 302

Représentant 95 % des recours exploitables :


661

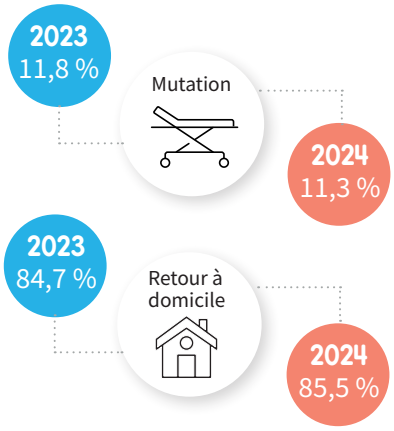
90 % des recours exploitables :

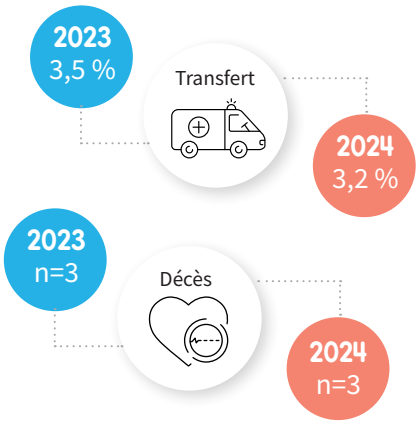
407

75 % des recours exploitables :


162

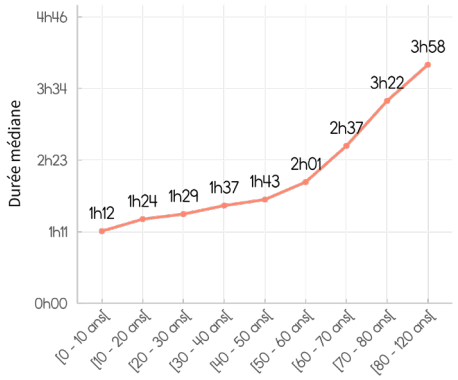
DEVENIR POST URGENCE



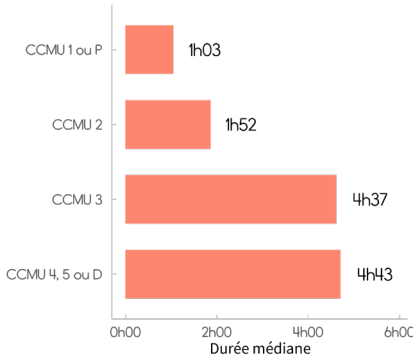


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



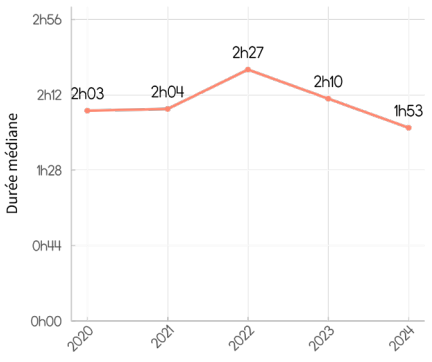
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

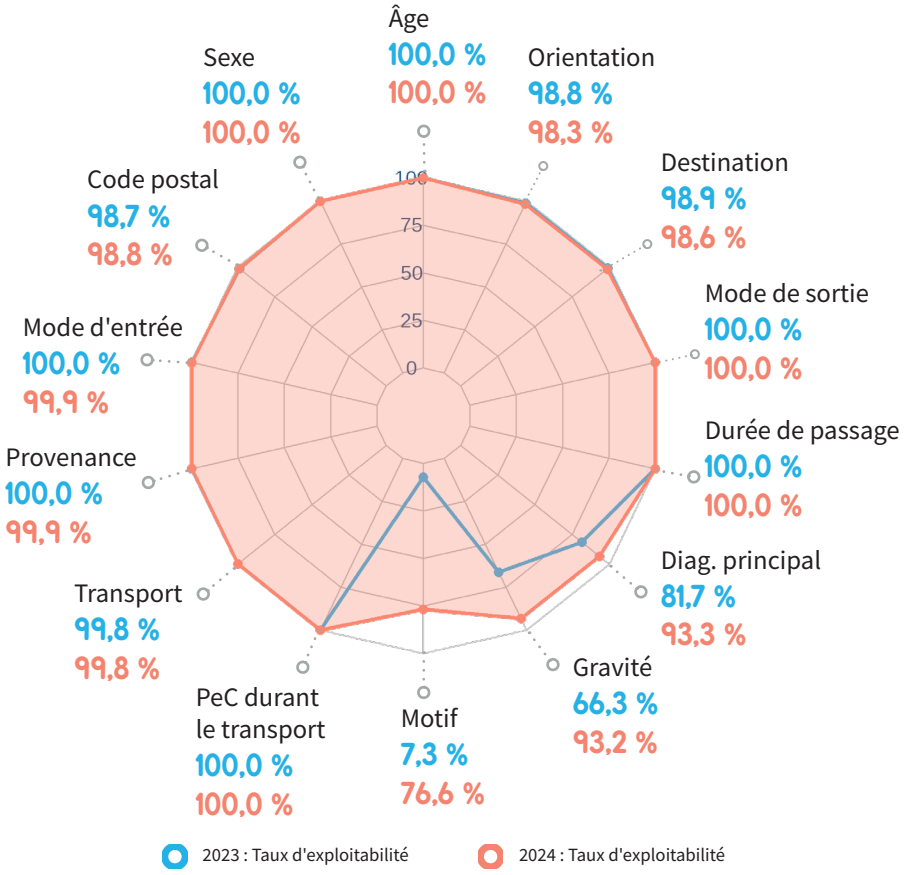


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

SOMME
CHU d'Amiens

Type de flux : Adulte

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 50,7 ans

Âge médian 49,1 ans



NOMBRE DE RPU

+ 3,8 % par rapport à 2023

0,0 % par rapport à 2022

+ 3,3 % par rapport à 2021

60 531
RPU 2024

58 325 RPU 2023

60 508 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,05

Femmes		Hommes	
2023	48,1 %	2023	51,9 %
2024	48,8 %	2024	51,2 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 5h12

Durée moyenne 5h38

Passage en moins de 4h

2023 43,8 %

2024 36,4 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 46,8 % 2024 37,5 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 36,9 % 2024 33,6 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 25,8 %

PDS 43,8 %

Jour : [8h - 20h[

- 72,2 %

Nuit : [20h - 8h[

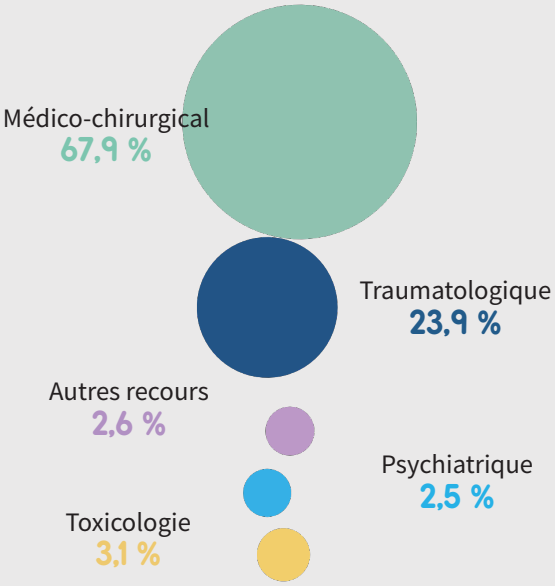
- 27,8 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 12,4 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=5

CCMU 1 et P	CCMU 2
10,0 %	76,2 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
10,7 %	3,1 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

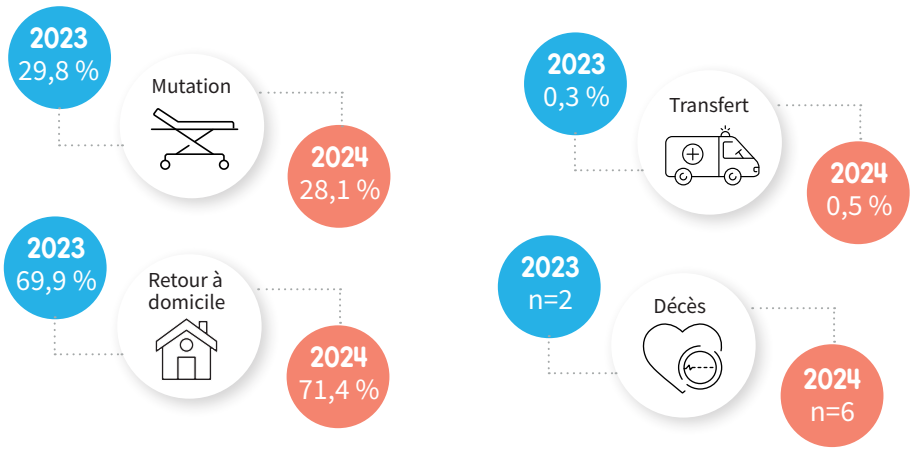
Nombre total de DP différents renseignés : 3 03

Représentant 95 % des recours exploitables : 1 219

90 % des recours exploitables : 717

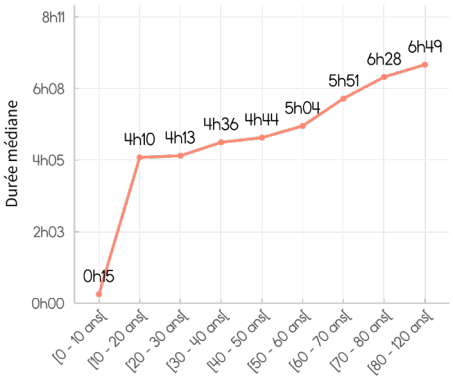
75 % des recours exploitables : 263

DEVENIR POST URGENCE

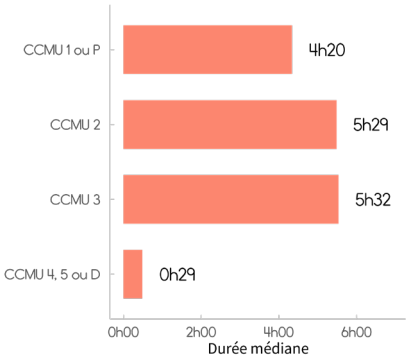


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

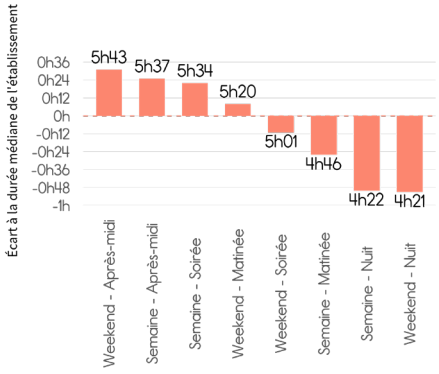
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



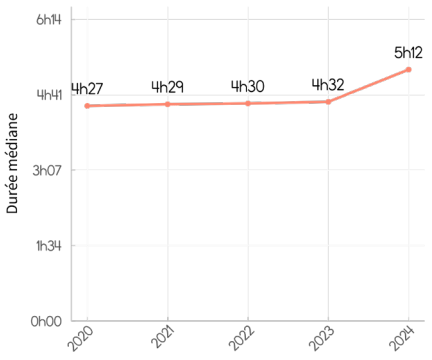
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

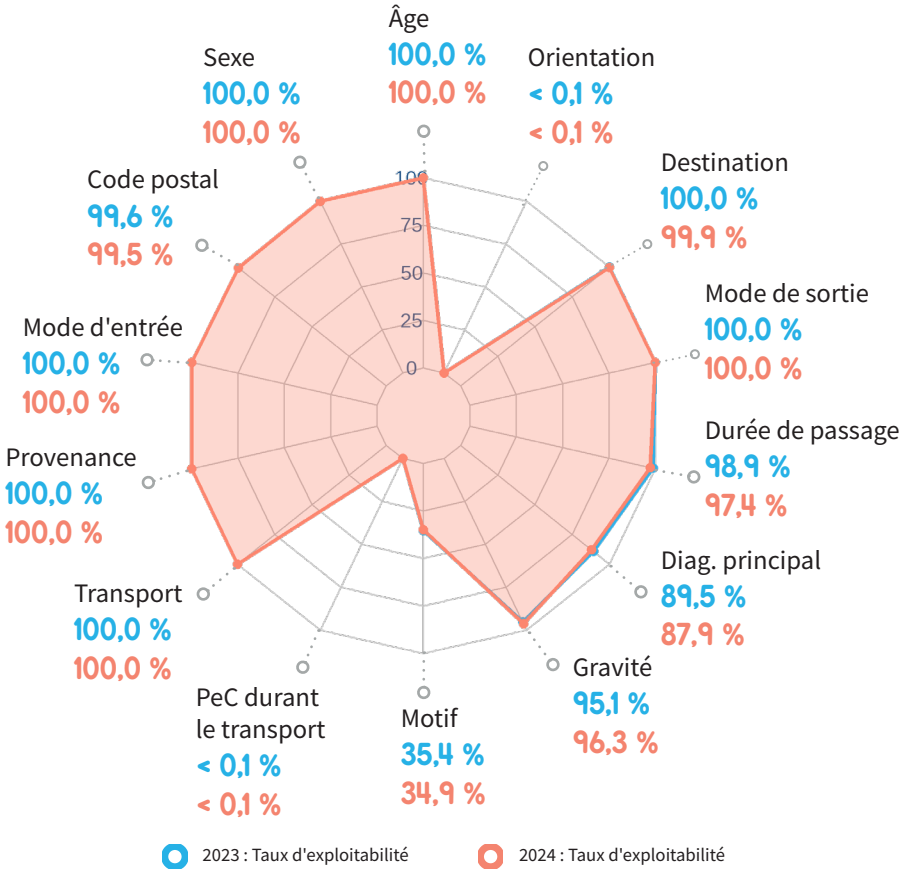


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

SOMME
CHU d'Amiens

Type de flux : Pédiatrique

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 7,0 ans

Âge médian 6,3 ans



NOMBRE DE RPU

+ 5,6 % par rapport à 2023

- 0,6 % par rapport à 2022

+ 8,3 % par rapport à 2021

27 732
RPU 2024

26 257 RPU 2023

27 896 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 1,10

Femmes		Hommes	
2023	46,5 %	2023	53,5 %
2024	47,7 %	2024	52,3 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 1h59

Durée moyenne 2h21

Passage en moins de 4h

2023 **76,1 %**
2024 **83,4 %**

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 **77,3 %** 2024 **86,3 %**

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 **66,3 %** 2024 **63,5 %**

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 25,3 %

PDS 43,2 %

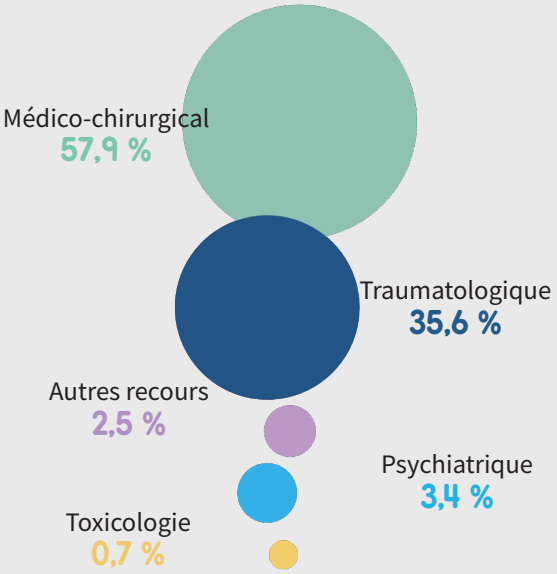
Jour : [8h - 20h[
- **73,3 %**

Nuit : [20h - 8h[
- **26,7 %**

Nuit profonde : [0h - 8h[
- **8,3 %**

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=4

CCMU 1 et P	CCMU 2
15,3 %	81,9 %
CCMU 3	**CCMU 4 et 5**
2,8 %	0,1 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

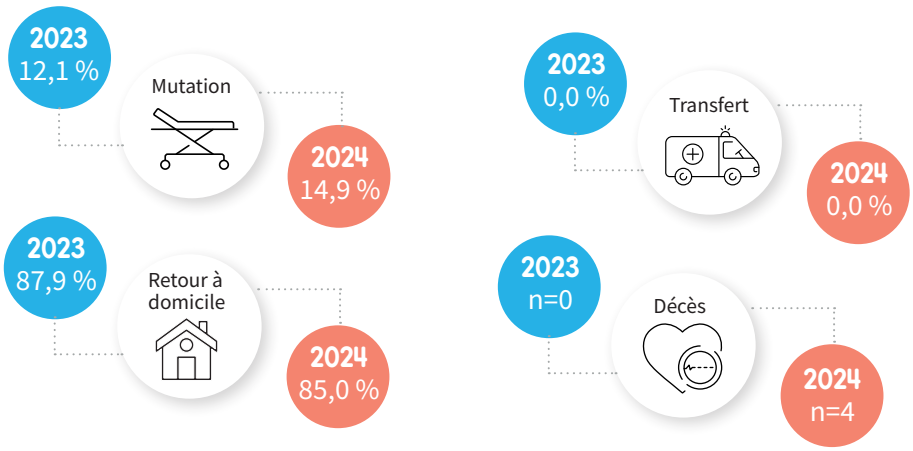
Nombre total de DP différents renseignés : 1 670

Représentant 95 % des recours exploitables : 729

90 % des recours exploitables : 439

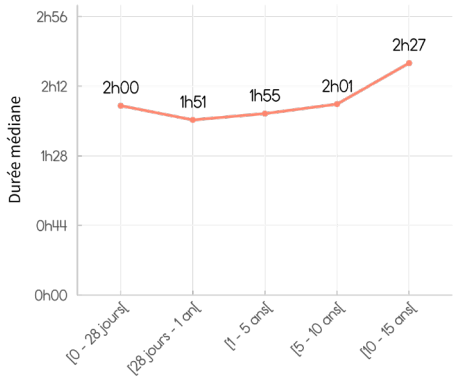
75 % des recours exploitables : 165

DEVENIR POST URGENCE

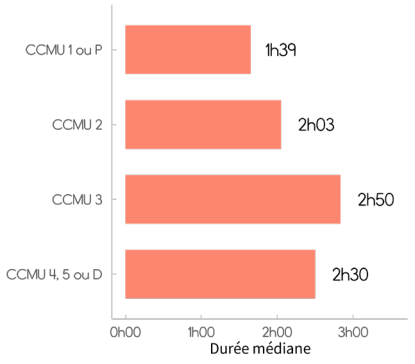


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

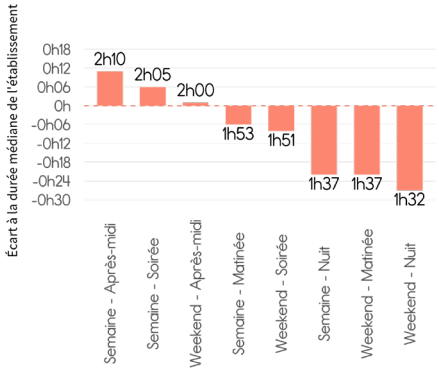
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



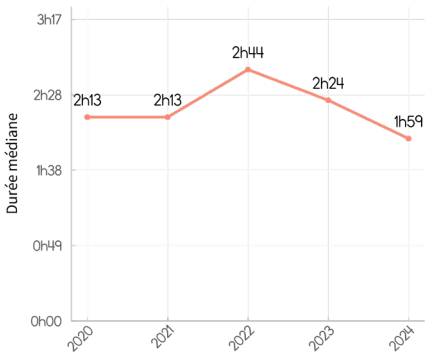
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année

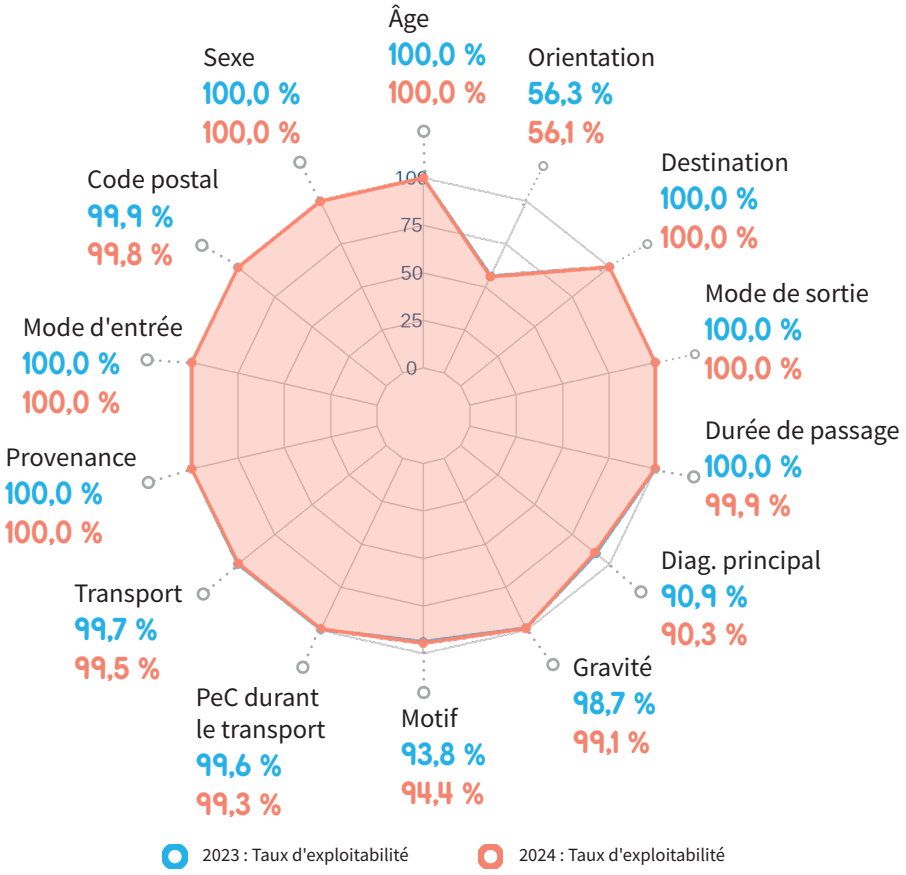


Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.

SOMME
SAS Cardiologie et urgences

Type de flux : Polyvalent

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 50,4 ans

Âge médian 51,2 ans



NOMBRE DE RPU

+ 10,5 % par rapport à 2023

+ 23,9 % par rapport à 2022

+ 9,4 % par rapport à 2021

23 894

RPU 2024

21 627 RPU 2023

19 285 RPU 2022

SEXE

Sex-ratio 0,97

Femmes		Hommes	
2023	50,4 %	2023	49,6 %
2024	50,8 %	2024	49,2 %

DURÉE DE PASSAGE

Durée médiane 2h27

Durée moyenne 3h23

Passage en moins de 4h

2023 74,1 %

2024 73,4 %

- **Lors d'un retour à domicile :**

2023 79,3 % 2024 78,1 %

- **Lors d'une hospitalisation post-urgence :**

2023 45,8 % 2024 45,8 %

HORAIRES D'ARRIVÉE

Weekend 25,3 %

PDS 35,5 %

Jour : [8h - 20h[

- 82,8 %

Nuit : [20h - 8h[

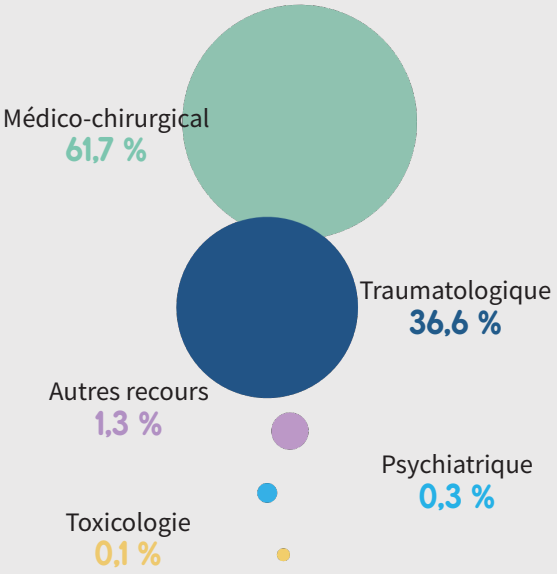
- 17,2 %

Nuit profonde : [0h - 8h[

- 6,6 %

Source : données RPU 2020-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC PRINCIPAL



GRAVITÉ (CCMU)

CCMU D
n=0

CCMU 1 et P 2,3 %	CCMU 2 67,4 %
CCMU 3 29,8 %	CCMU 4 et 5 0,6 %

Nombre de diagnostics principaux différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés :


1 237

Représentant 95 % des recours exploitables :


495

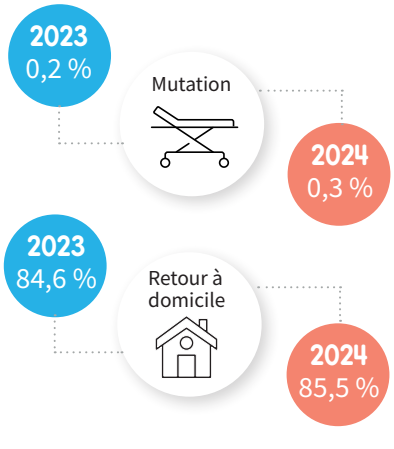
90 % des recours exploitables :

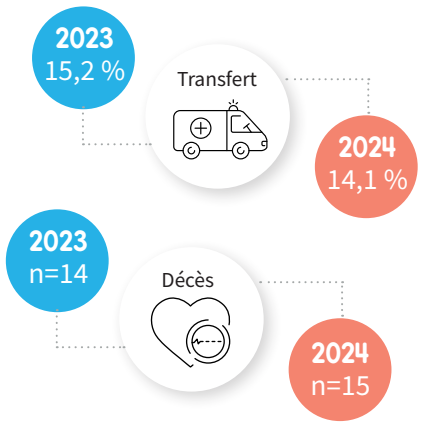
300

75 % des recours exploitables :


126

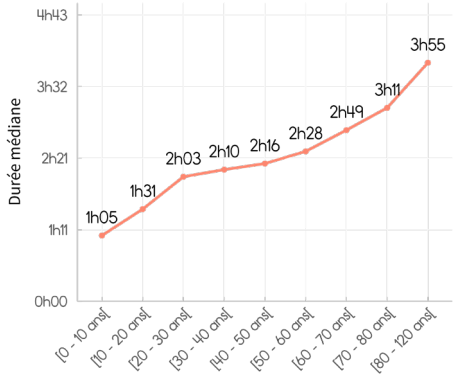
DEVENIR POST URGENCE



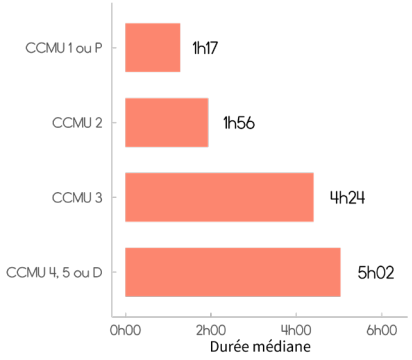


FOCUS SUR LA DURÉE DE PASSAGE

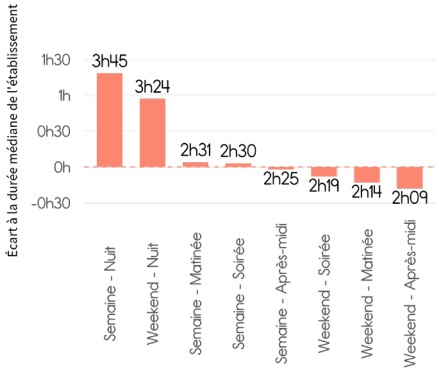
Évolution de la durée médiane de passage par tranche d'âge



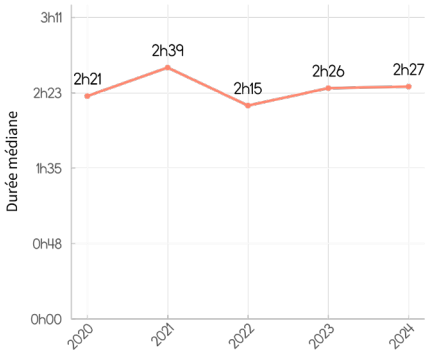
Répartition de la durée médiane de passage par niveau de gravité



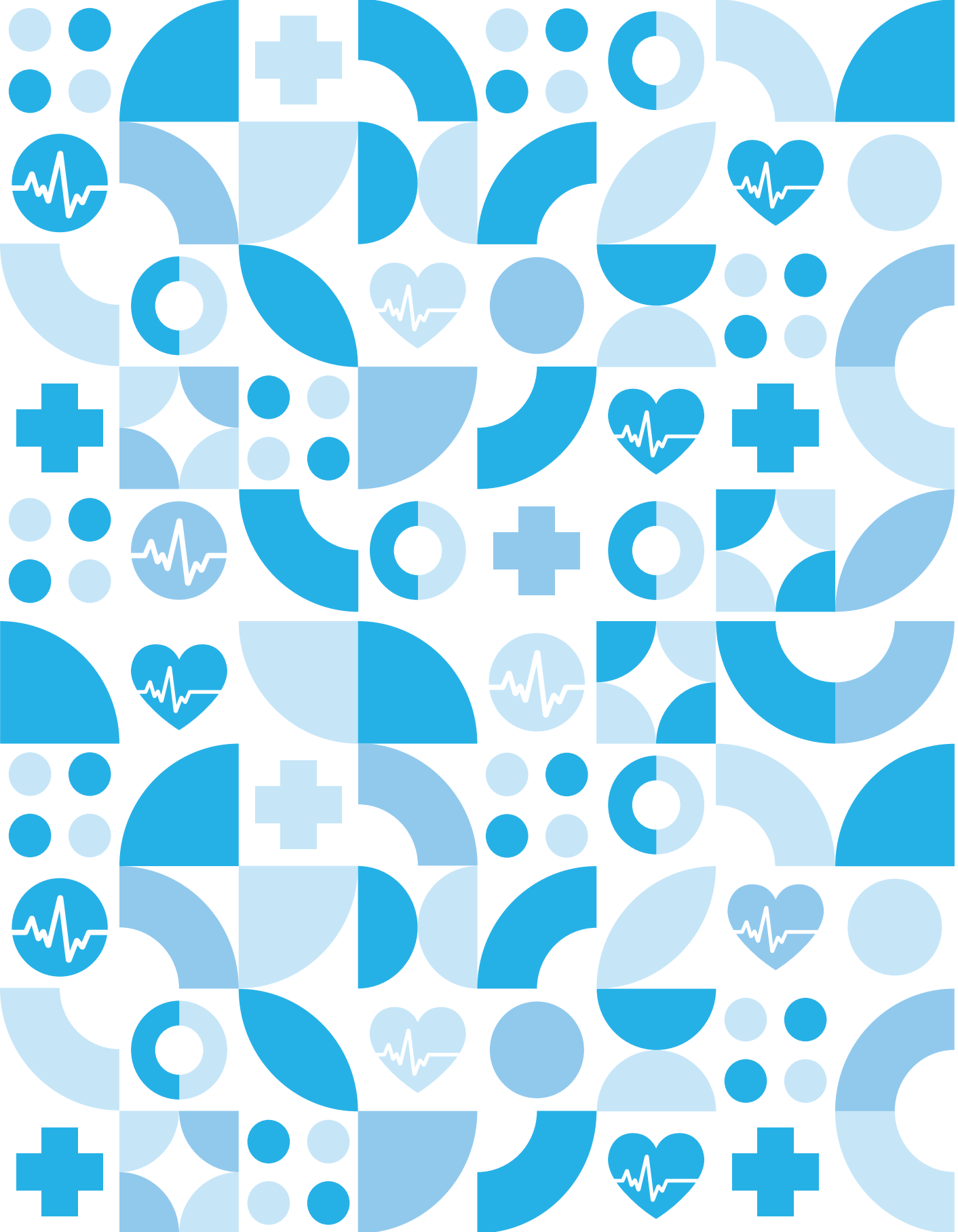
Variation de la durée médiane de passage aux urgences selon le jour et la plage horaire d'entrée, comparée à la médiane globale de l'établissement



Évolution de la durée médiane de passage par année



Remarque :
Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.
L'exploitabilité des items RPU est calculée selon les recommandations de la FEDORU.



Partie 4

Focus par SMUR

Focus par SMUR

Méthodologie

Introduction

Les RPIS (résumés patients d'intervention SMUR) proviennent des tablettes embarquées dans les SMUR de la région. Celles-ci permettent de produire un bilan dématérialisé intégré au dossier patient informatisé et d'alimenter la transmission des RPIS.

En 2024, seuls les départements du Nord, de l'Oise et du Pas-de-Calais transmettent leurs données RPIS. Cette partie présente donc uniquement les établissements SMUR concernés. Il convient de souligner que ces données ne reflètent pas l'ensemble des interventions régionales, d'autres établissements intervenant sans que leurs informations ne soient disponibles.

Précisions sur les données utilisées

Les items du RPIS sont détaillés dans le tableau présenté en page 22.

La variable « Destination », présenté dans cette partie, correspond à un regroupement de modalités issues du champ « Sce nom », qui désigne le nom du service. Comme ce champ est actuellement saisi en texte libre et donc difficilement exploitable, une table de correspondance a été élaborée par l'ORU à partir d'analyses textuelles. Cette table permet de classer les services dans des catégories plus larges (Autres, Obstétrique, Hospitalisation conventionnelle, Plateaux techniques, Lits chauds, Urgences) et d'identifier plus clairement les spécificités et types de prise en charge de chaque unité.

Interprétation des résultats RPIS

L'évolution du nombre de RPIS transmis ne traduit pas nécessairement une augmentation d'activité, mais reflète avant tout la montée en charge du dispositif et l'usage croissant des tablettes embarquées.

Les indicateurs doivent être interprétés à l'aune de l'exploitabilité des items utilisés (voir radar d'exploitabilité). Lorsque celle-ci est limitée, les résultats peuvent être biaisés ou incomplets et ne pas représenter fidèlement la réalité observée.

Sommaire

Nord

- SMUR Armentières
- SMUR Cambrai
- SMUR Douai
- SMUR Dunkerque
- SMUR Fourmies
- SMUR Lille
- SMUR Maubeuge
- SMUR Roubaix
- SMUR Tourcoing
- SMUR Valenciennes

Oise

- SMUR Beauvais
- SMUR Clermont
- SMUR Compiègne
- SMUR Creil
- SMUR Noyon

Pas-de-Calais

- SMUR Arras
- SMUR Béthune
- SMUR CHAM
- SMUR Calais
- SMUR Lens
- SMUR Saint-Omer



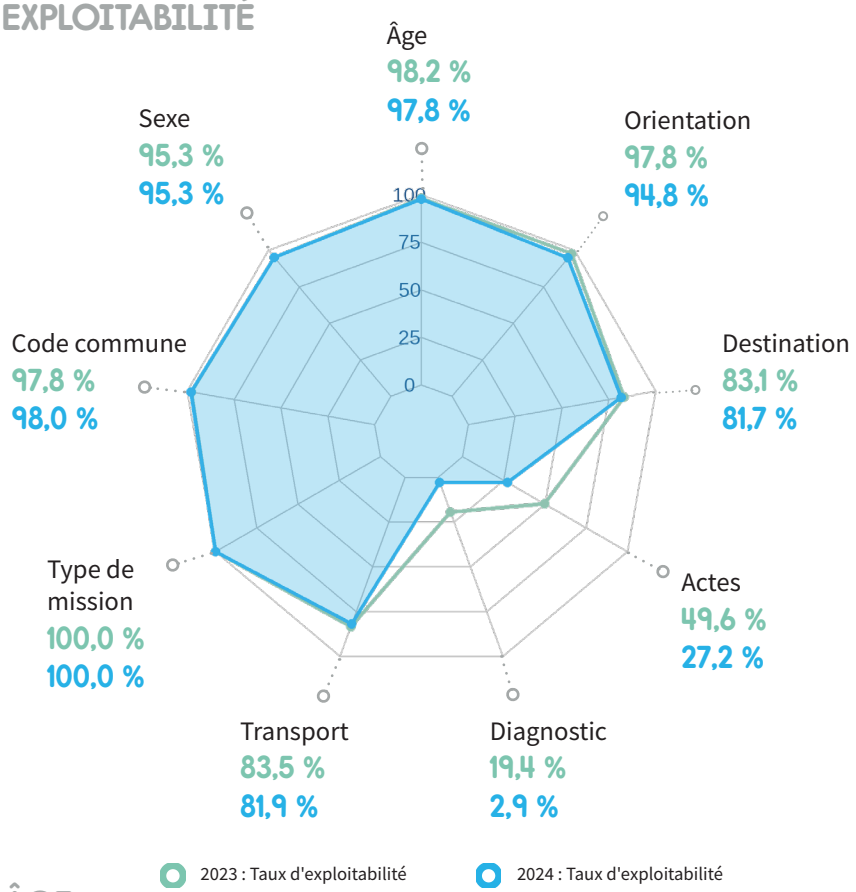
NORD
SMUR Armentières

SAE

1 377 SAE 2024 — **87,2 %** d'exhaustivité SAE 2024

1 426 SAE 2023 — **71,8 %** d'exhaustivité SAE 2023

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen **57,9 ans**

Âge médian **63,0 ans**



NOMBRE DE RPIS

+ 17,3 % par rapport à 2023

1 201
RPIS 2024

1 024 RPIS 2023

6 RPIS 2022

SEXE

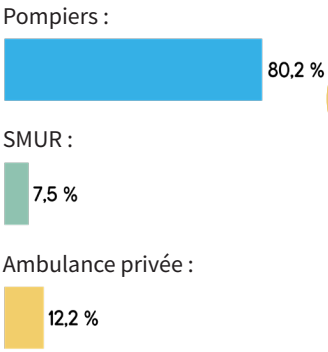
Sex-ratio **1,40**

Femmes		Hommes	
2023	42,5 %	2023	57,5 %
2024	41,7 %	2024	58,3 %

MODE DE TRANSPORT

Force de l'ordre **n=1**

Secouristes **n=0**



HORAIRES D'INTERVENTION

Weekend **29,9 %**

PDS **51,0 %**

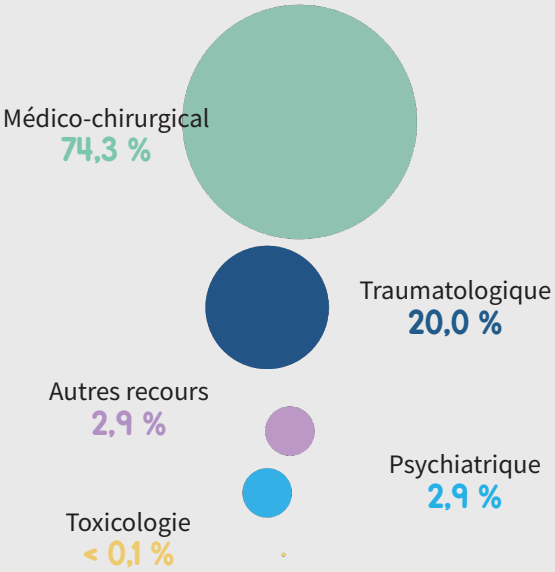
Jour : [8h - 20h[
- **64,1 %**

Nuit : [20h - 8h[
- **35,9 %**

Nuit profonde : [0h - 8h[
- **16,5 %**

Source : données RPIS 2021-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC



Cette répartition est à interpréter avec prudence : le codage généralement faible du diagnostic principal ne permet pas de la considérer comme pleinement représentative de la réalité.

Taux d'exploit. du diagnostic **2,9 %**

Nombre de diagnostics différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés : **26**

Représentant 95 % des recours exploitables : **24**

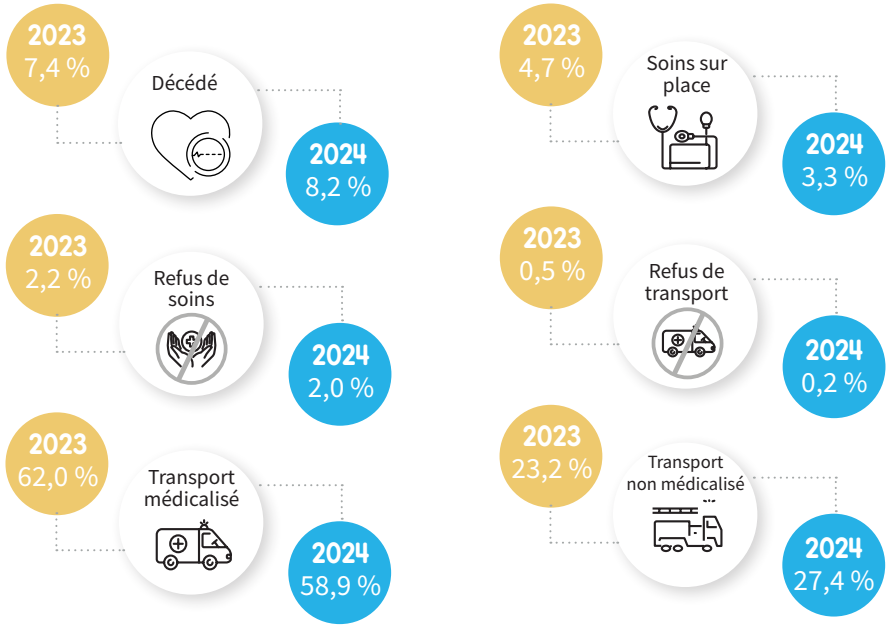
90 % des recours exploitables : **22**

75 % des recours exploitables : **17**

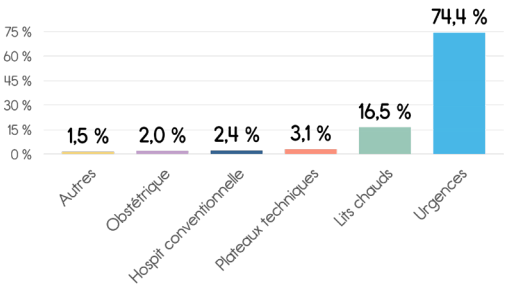
TYPE DE MISSION

Primaires		Secondaires dont TIIH	
2023	93,7 %	2023	6,3 %
2024	93,7 %	2024	6,3 %

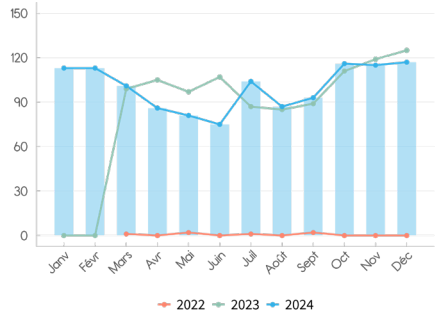
ORIENTATION



DESTINATION



Évolution mensuelle du nombre de RPIS transmis selon l'année pour le SMUR considéré. 2022-2024.



Analyse des valeurs atypiques des délais d'interventions SMUR pour l'année 2024

	Délais d'arrivée sur place (1)	Délais d'intervention sur place (2)	Délais d'intervention total (3)
*Taux d'exploitabilité**	98,3 %	94,4 %	93,9 %
Délais inférieur à 5 min	n = 426 (36,1 %)	n = 83 (7,3 %)	n = 60 (5,3 %)
Délais supérieur à 4 heures	n = 1 (0,1 %)	n = 20 (1,8 %)	n = 23 (2,0 %)
Délais supérieur à 24 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 2 (0,2 %)	n = 1 (0,1 %)

*Proportion d'interventions pour lesquelles les deux dates sont renseignées et que le délais est strictement positif.
(1) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure d'arrivée sur le lieu d'intervention.
(2) Délais entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ du lieu d'intervention.
(3) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure de disponibilité.

Remarques :
1. Les évolutions du nombre de RPIS transmis ne reflètent pas nécessairement une hausse d'activité, mais traduisent la montée en charge du dispositif et l'usage croissant des tablettes embarquées.
2. Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.

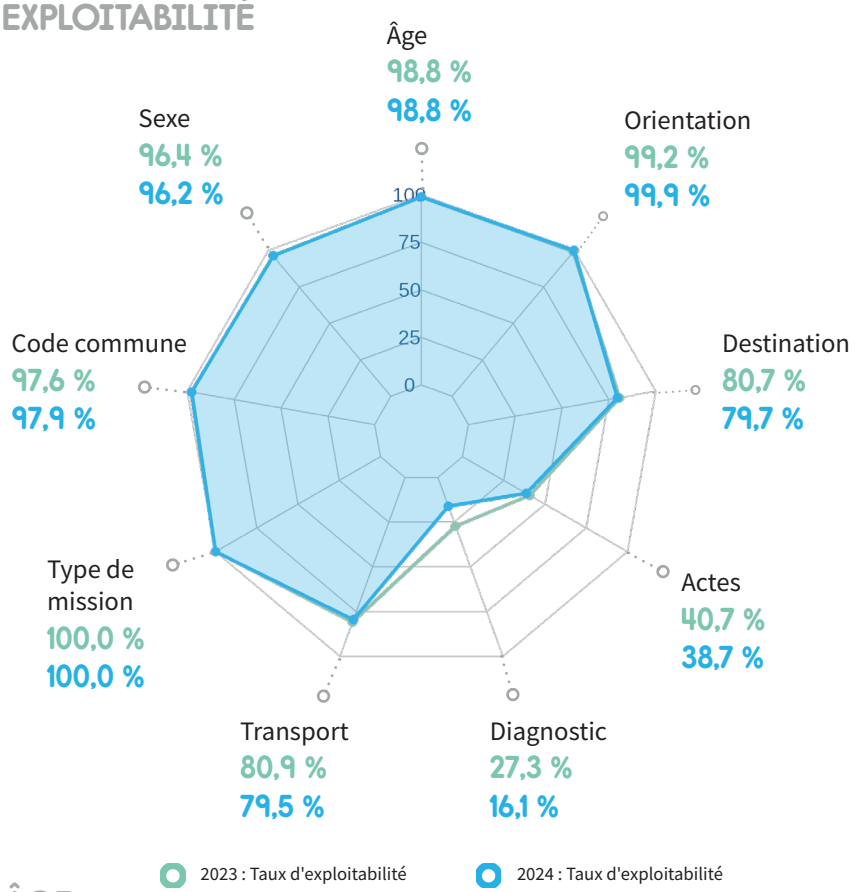
NORD
SMUR Cambrai

SAE

1 490 SAE 2024 — 101,5 % d'exhaustivité SAE 2024

1 470 SAE 2023 — 100,1 % d'exhaustivité SAE 2023

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 58,2 ans

Âge médian 62,0 ans



NOMBRE DE RPIS

+ 2,8 % par rapport à 2023

+ 57,8 % par rapport à 2022

1 512
RPIS 2024

1 471 RPIS 2023 — **958** RPIS 2022

SEXE

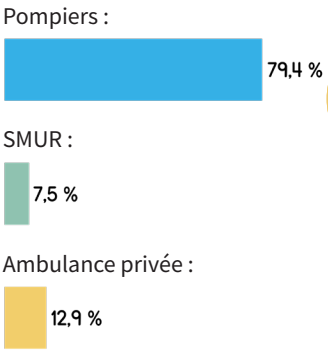
Sex-ratio 1,36

Femmes		Hommes	
2023	43,7 %	2023	56,3 %
2024	42,4 %	2024	57,6 %

MODE DE TRANSPORT

Force de l'ordre n=3

Secouristes n=0



HORAIRES D'INTERVENTION

Weekend 28,2 %

PDS 51,8 %

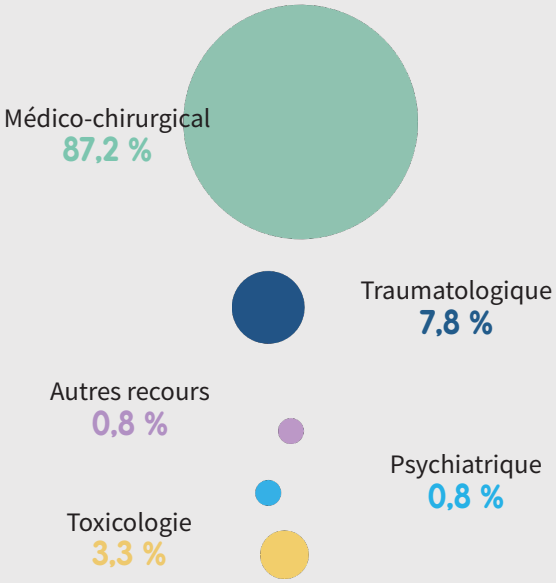
Jour : [8h - 20h[
- 63,6 %

Nuit : [20h - 8h[
- 36,4 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 18,9 %

Source : données RPIS 2021-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC



Cette répartition est à interpréter avec prudence : le codage généralement faible du diagnostic principal ne permet pas de la considérer comme pleinement représentative de la réalité.

Taux d'exploit. du diagnostic **16,1 %**

Nombre de diagnostics différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés : **80**

Représentant 95 % des recours exploitables : **67**

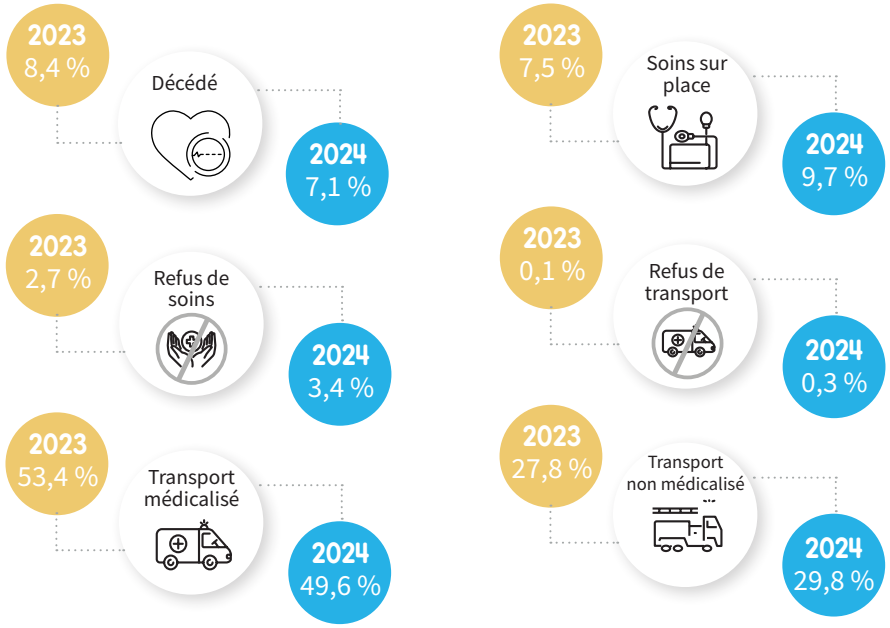
90 % des recours exploitables : **55**

75 % des recours exploitables : **27**

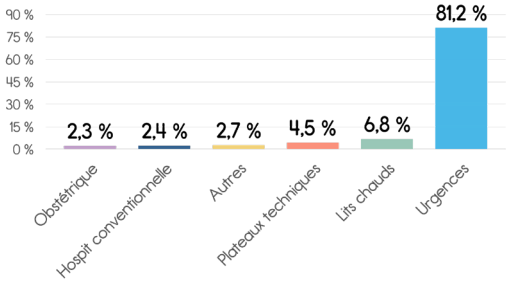
TYPE DE MISSION

Primaires		Secondaires dont TIIH	
2023	93,6 %	2023	6,4 %
2024	94,5 %	2024	5,5 %

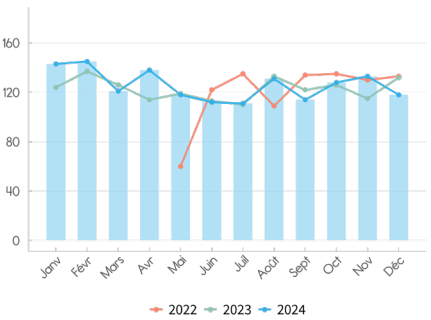
ORIENTATION



DESTINATION



Évolution mensuelle du nombre de RPIS transmis selon l'année pour le SMUR considéré. 2022-2024.



Analyse des valeurs atypiques des délais d'interventions SMUR pour l'année 2024

	Délais d'arrivée sur place [1]	Délais d'intervention sur place [2]	Délais d'intervention total [3]
*Taux d'exploitabilité**	98,7 %	99,6 %	99,7 %
Délais inférieur à 5 min	n = 339 (22,7 %)	n = 80 (5,3 %)	n = 38 (2,5 %)
Délais supérieur à 4 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 4 (0,3 %)	n = 2 (0,1 %)
Délais supérieur à 24 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 4 (0,3 %)	n = 2 (0,1 %)

*Proportion d'interventions pour lesquelles les deux dates sont renseignées et que le délais est strictement positif.
(1) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure d'arrivée sur le lieu d'intervention.
(2) Délais entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ du lieu d'intervention.
(3) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure de disponibilité.

Remarques :
1. Les évolutions du nombre de RPIS transmis ne reflètent pas nécessairement une hausse d'activité, mais traduisent la montée en charge du dispositif et l'usage croissant des tablettes embarquées.
2. Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.

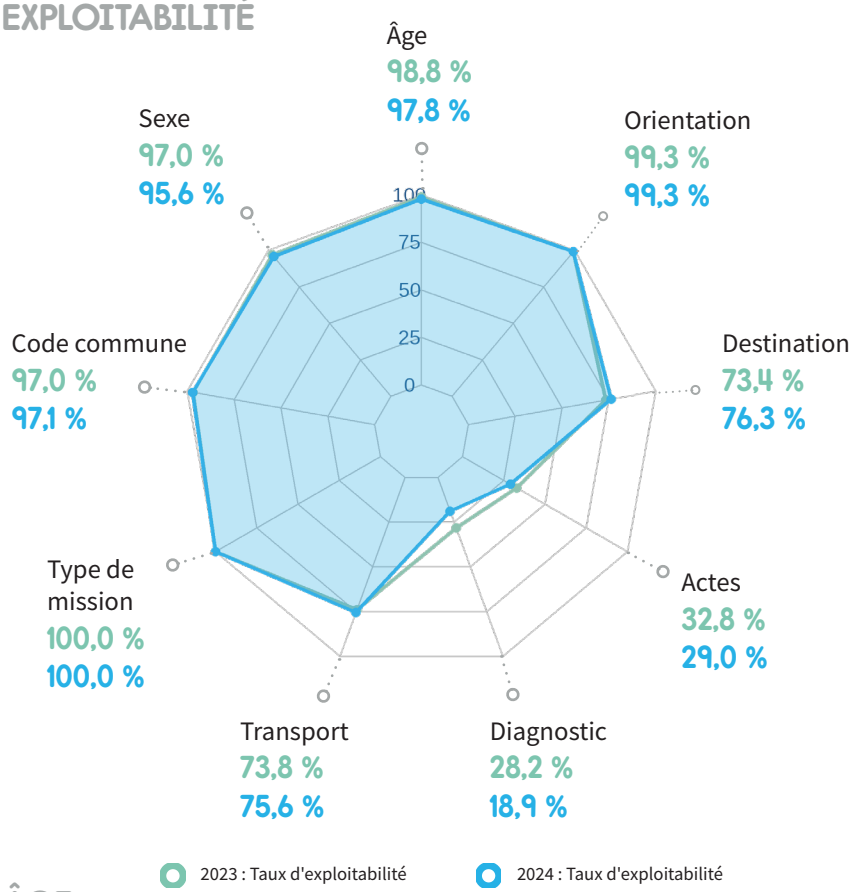
NORD
SMUR Douai

SAE

1 860 SAE 2024 — 103,7 % d'exhaustivité SAE 2024

1 818 SAE 2023 — 99,6 % d'exhaustivité SAE 2023

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 57,4 ans

Âge médian 61,0 ans



NOMBRE DE RPIS

+ 6,5 % par rapport à 2023

- 5,6 % par rapport à 2022

1 928
RPIS 2024

1 810 RPIS 2023

2 043 RPIS 2022

SEXE

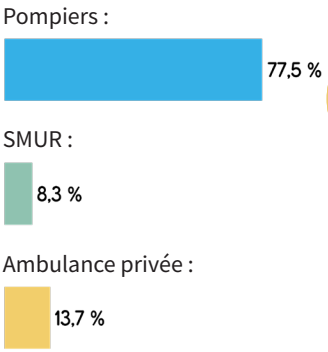
Sex-ratio 1,20

Femmes		Hommes	
2023	42,6 %	2023	57,4 %
2024	45,4 %	2024	54,6 %

MODE DE TRANSPORT

Force de l'ordre n=1

Secouristes n=6



HORAIRES D'INTERVENTION

Weekend 27,0 %

PDS 53,0 %

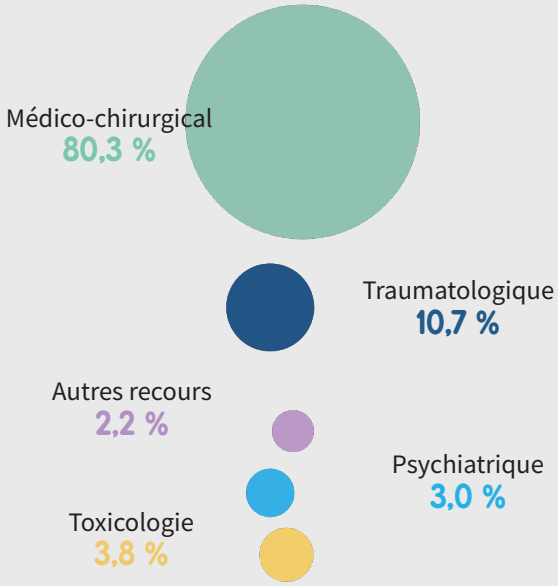
Jour : [8h - 20h[
- 61,1 %

Nuit : [20h - 8h[
- 38,9 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 20,7 %

Source : données RPIS 2021-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC



Cette répartition est à interpréter avec prudence : le codage généralement faible du diagnostic principal ne permet pas de la considérer comme pleinement représentative de la réalité.

Taux d'exploit. du diagnostic **18,9 %**

Nombre de diagnostics différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés : **153**

Représentant 95 % des recours exploitables : **134**

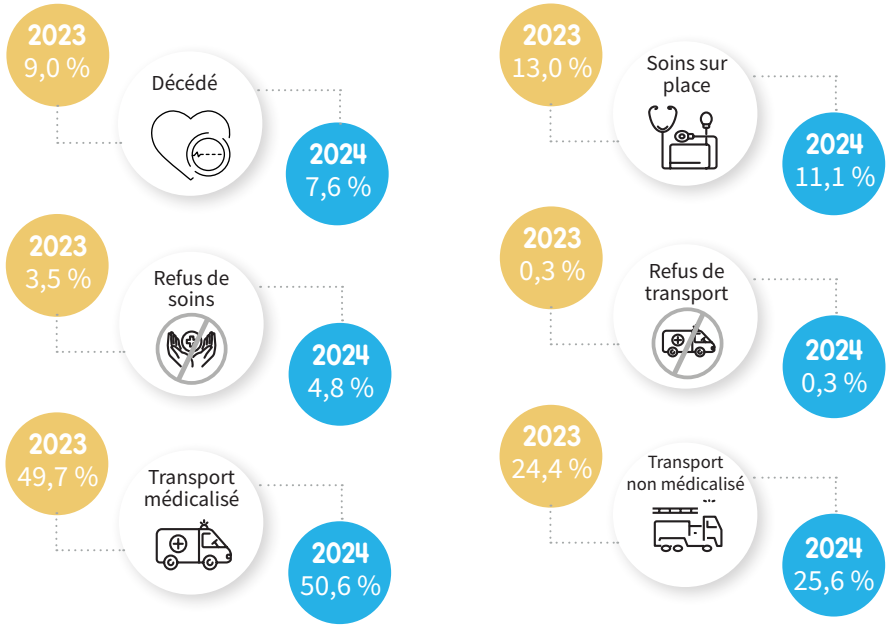
90 % des recours exploitables : **116**

75 % des recours exploitables : **61**

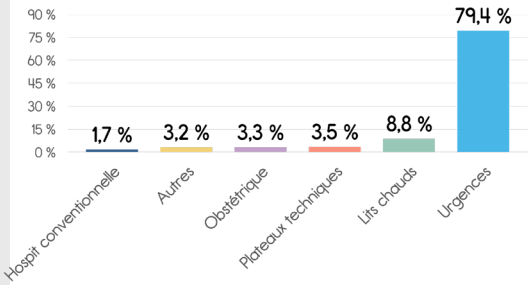
TYPE DE MISSION

Primaires		Secondaires dont TIIH	
2023	94,5 %	2023	5,5 %
2024	94,8 %	2024	5,2 %

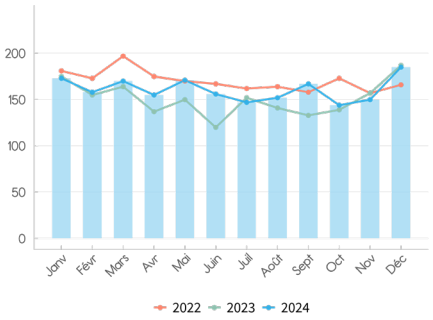
ORIENTATION



DESTINATION



Évolution mensuelle du nombre de RPIS transmis selon l'année pour le SMUR considéré. 2022-2024.



Analyse des valeurs atypiques des délais d'interventions SMUR pour l'année 2024

	Délais d'arrivée sur place [1]	Délais d'intervention sur place [2]	Délais d'intervention total [3]
*Taux d'exploitabilité**	98,2 %	98,8 %	99,2 %
Délais inférieur à 5 min	n = 548 (28,9 %)	n = 99 (5,2 %)	n = 55 (2,9 %)
Délais supérieur à 4 heures	n = 1 (0,1 %)	n = 11 (0,6 %)	n = 7 (0,4 %)
Délais supérieur à 24 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 11 (0,6 %)	n = 6 (0,3 %)

*Proportion d'interventions pour lesquelles les deux dates sont renseignées et que le délais est strictement positif.
(1) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure d'arrivée sur le lieu d'intervention.
(2) Délais entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ du lieu d'intervention.
(3) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure de disponibilité.

Remarques :
1. Les évolutions du nombre de RPIS transmis ne reflètent pas nécessairement une hausse d'activité, mais traduisent la montée en charge du dispositif et l'usage croissant des tablettes embarquées.
2. Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.

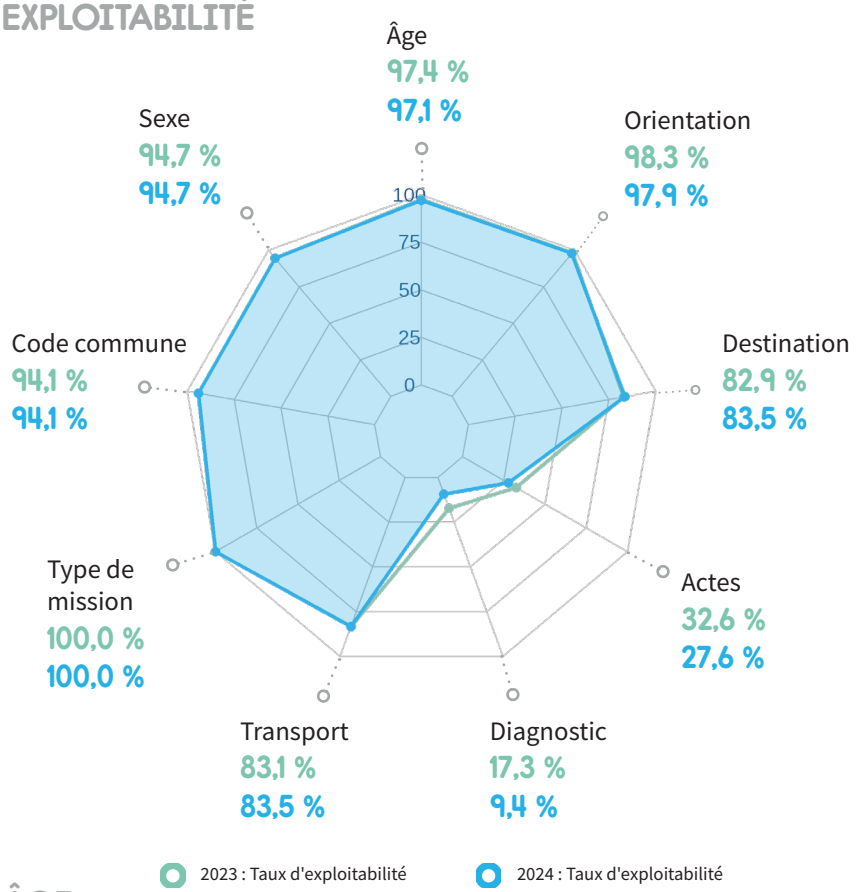
NORD
SMUR Dunkerque

SAE

2 740 SAE 2024 — 92,7 % d'exhaustivité SAE 2024

2 774 SAE 2023 — 78,5 % d'exhaustivité SAE 2023

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 58,5 ans

Âge médian 63,0 ans



NOMBRE DE RPIS

+ 16,6 % par rapport à 2023

+ 65,4 % par rapport à 2022

2 540
RPIS 2024

2 178 RPIS 2023

1 536 RPIS 2022

SEXE

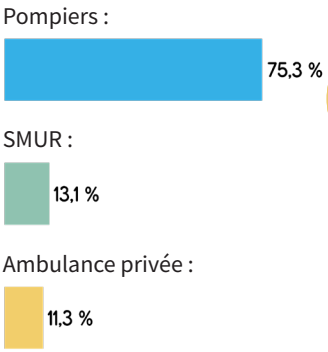
Sex-ratio 1,44

Femmes		Hommes	
2023	44,2 %	2023	55,8 %
2024	41,0 %	2024	59,0 %

MODE DE TRANSPORT

Force de l'ordre n=4

Secouristes n=2



HORAIRES D'INTERVENTION

Weekend 26,9 %

PDS 51,7 %

Jour : [8h - 20h[
- 64,1 %

Nuit : [20h - 8h[
- 35,9 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 18,7 %

Source : données RPIS 2021-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC



Médico-chirurgical
85,4 %



Traumatologique
12,6 %

Autres recours
0,4 %



Psychiatrique
0,8 %



Toxicologie
0,8 %



Cette répartition est à interpréter avec prudence : le codage généralement faible du diagnostic principal ne permet pas de la considérer comme pleinement représentative de la réalité.

Taux d'exploit. du diagnostic
9,4 %

Nombre de diagnostics différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés :



89

Représentant 95 % des recours exploitables :



77

90 % des recours exploitables :



65

75 % des recours exploitables :

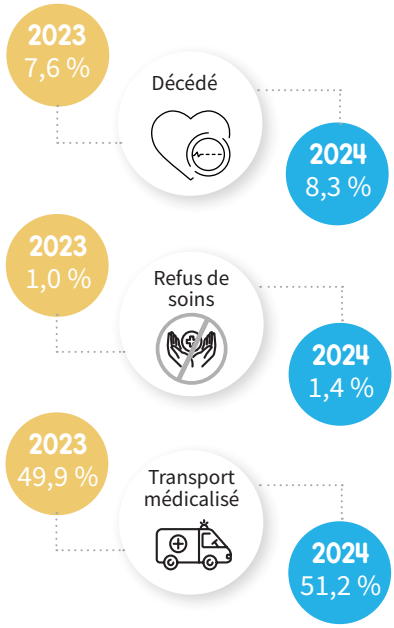


29

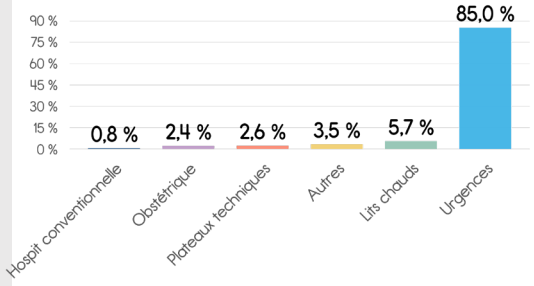
TYPE DE MISSION

Primaires		Secondaires dont TIIH	
2023	90,9 %	2023	9,1 %
2024	89,3 %	2024	10,7 %

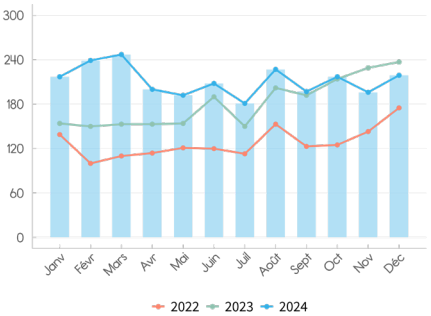
ORIENTATION



DESTINATION



Évolution mensuelle du nombre de RPIS transmis selon l'année pour le SMUR considéré. 2022-2024.



Analyse des valeurs atypiques des délais d'interventions SMUR pour l'année 2024

	Délais d'arrivée sur place [1]	Délais d'intervention sur place [2]	Délais d'intervention total [3]
*Taux d'exploitabilité**	96,0 %	97,4 %	97,0 %
Délais inférieur à 5 min	n = 1 156 (47,4 %)	n = 142 (5,7 %)	n = 68 (2,8 %)
Délais supérieur à 4 heures	n = 1 (0,0 %)	n = 21 (0,8 %)	n = 26 (1,1 %)
Délais supérieur à 24 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 2 (0,1 %)	n = 3 (0,1 %)

*Proportion d'interventions pour lesquelles les deux dates sont renseignées et que le délais est strictement positif.
(1) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure d'arrivée sur le lieu d'intervention.
(2) Délais entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ du lieu d'intervention.
(3) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure de disponibilité.

Remarques :
1. Les évolutions du nombre de RPIS transmis ne reflètent pas nécessairement une hausse d'activité, mais traduisent la montée en charge du dispositif et l'usage croissant des tablettes embarquées.
2. Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.

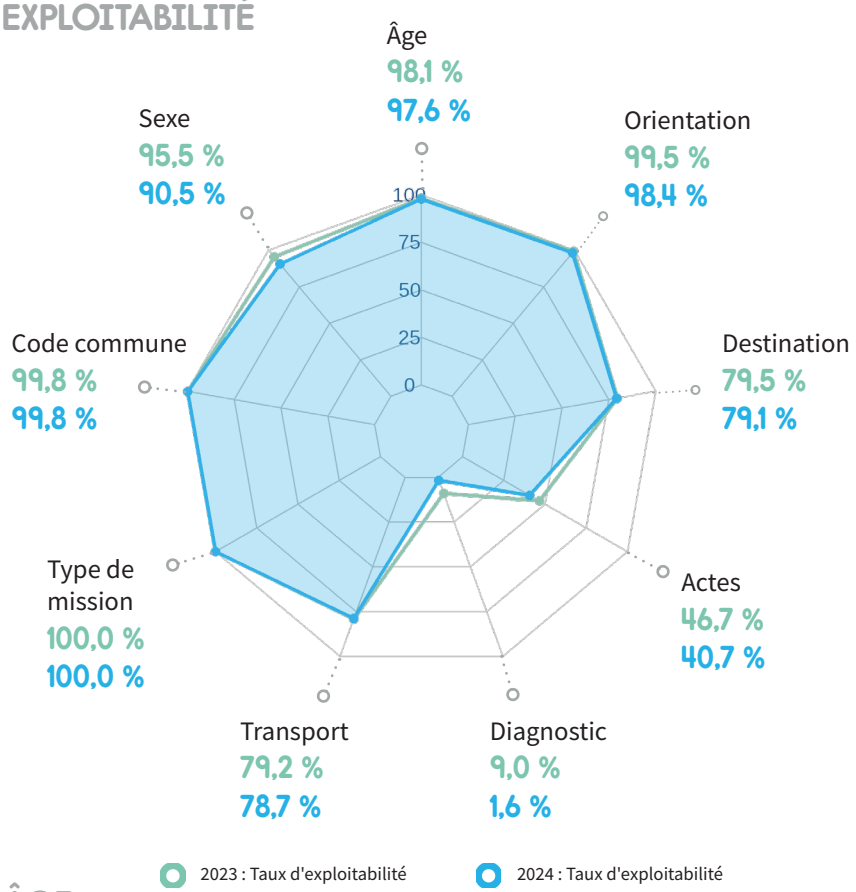
NORD
SMUR Fourmies

SAE

457 SAE 2024 — 108,1 % d'exhaustivité SAE 2024

427 SAE 2023 — 99,3 % d'exhaustivité SAE 2023

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 59,3 ans

Âge médian 64,0 ans



NOMBRE DE RPIS

+ 16,5 % par rapport à 2023

+ 35,3 % par rapport à 2022

494
RPIS 2024

424 RPIS 2023 — **365** RPIS 2022

SEXE

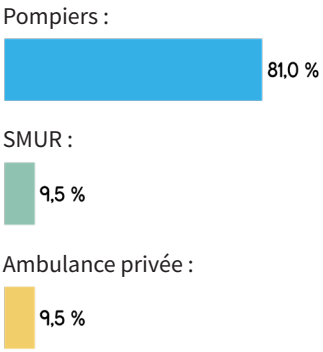
Sex-ratio 1,28

Femmes		Hommes	
2023	46,7 %	2023	53,3 %
2024	43,8 %	2024	56,2 %

MODE DE TRANSPORT

Force de l'ordre n=0

Secouristes n=0



HORAIRES D'INTERVENTION

Weekend 25,5 %

PDS 48,2 %

Jour : [8h - 20h[
- 66,4 %

Nuit : [20h - 8h[
- 33,6 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 16,4 %

Source : données RPIS 2021-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC



Médico-chirurgical
100,0 %

Traumatologique
< 0,1 %

Autres recours
< 0,1 %

Psychiatrique
< 0,1 %

Toxicologie
< 0,1 %

Cette répartition est à interpréter avec prudence : le codage généralement faible du diagnostic principal ne permet pas de la considérer comme pleinement représentative de la réalité.

Taux d'exploit. du diagnostic
1,6 %

Nombre de diagnostics différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés : 6

Représentant 95 % des recours exploitables : 5

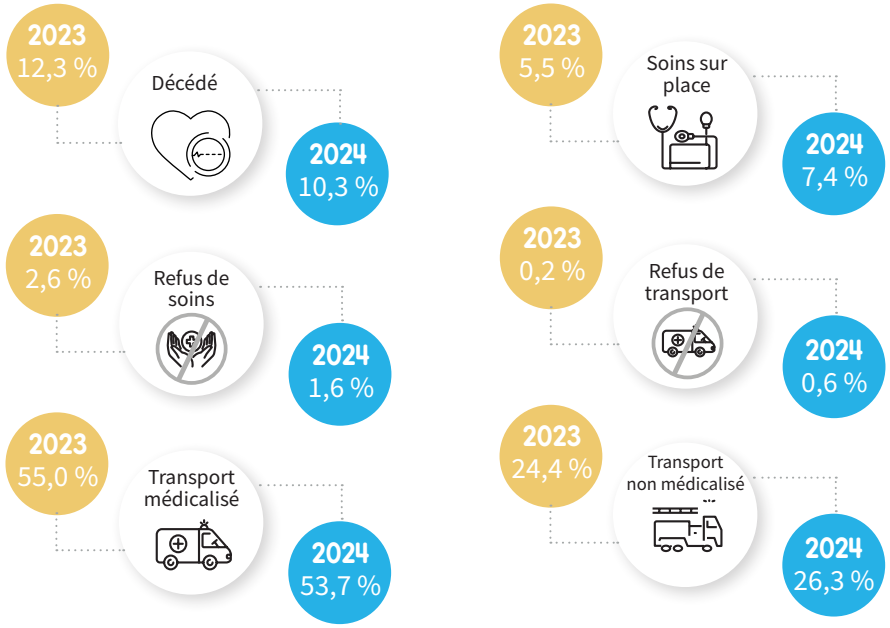
90 % des recours exploitables : 5

75 % des recours exploitables : 4

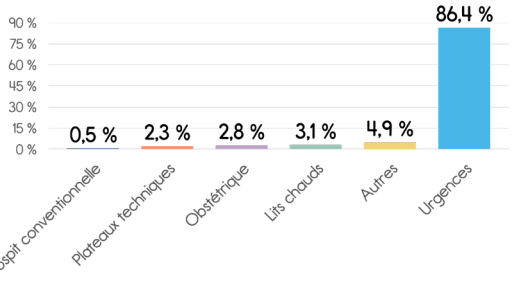
TYPE DE MISSION

Primaires		Secondaires dont TIIH	
2023	93,9 %	2023	6,1 %
2024	94,7 %	2024	5,3 %

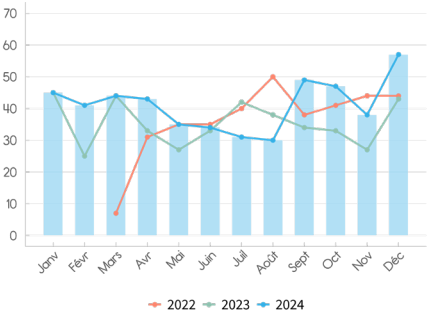
ORIENTATION



DESTINATION



Évolution mensuelle du nombre de RPIS transmis selon l'année pour le SMUR considéré. 2022-2024.



Analyse des valeurs atypiques des délais d'interventions SMUR pour l'année 2024

	Délais d'arrivée sur place (1)	Délais d'intervention sur place (2)	Délais d'intervention total (3)
*Taux d'exploitabilité**	98,8 %	98,6 %	97,6 %
Délais inférieur à 5 min	n = 236 (48,4 %)	n = 12 (2,5 %)	n = 8 (1,7 %)
Délais supérieur à 4 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 1 (0,2 %)	n = 1 (0,2 %)
Délais supérieur à 24 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 1 (0,2 %)	n = 1 (0,2 %)

*Proportion d'interventions pour lesquelles les deux dates sont renseignées et que le délais est strictement positif.
(1) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure d'arrivée sur le lieu d'intervention.
(2) Délais entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ du lieu d'intervention.
(3) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure de disponibilité.

Remarques :
1. Les évolutions du nombre de RPIS transmis ne reflètent pas nécessairement une hausse d'activité, mais traduisent la montée en charge du dispositif et l'usage croissant des tablettes embarquées.
2. Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.

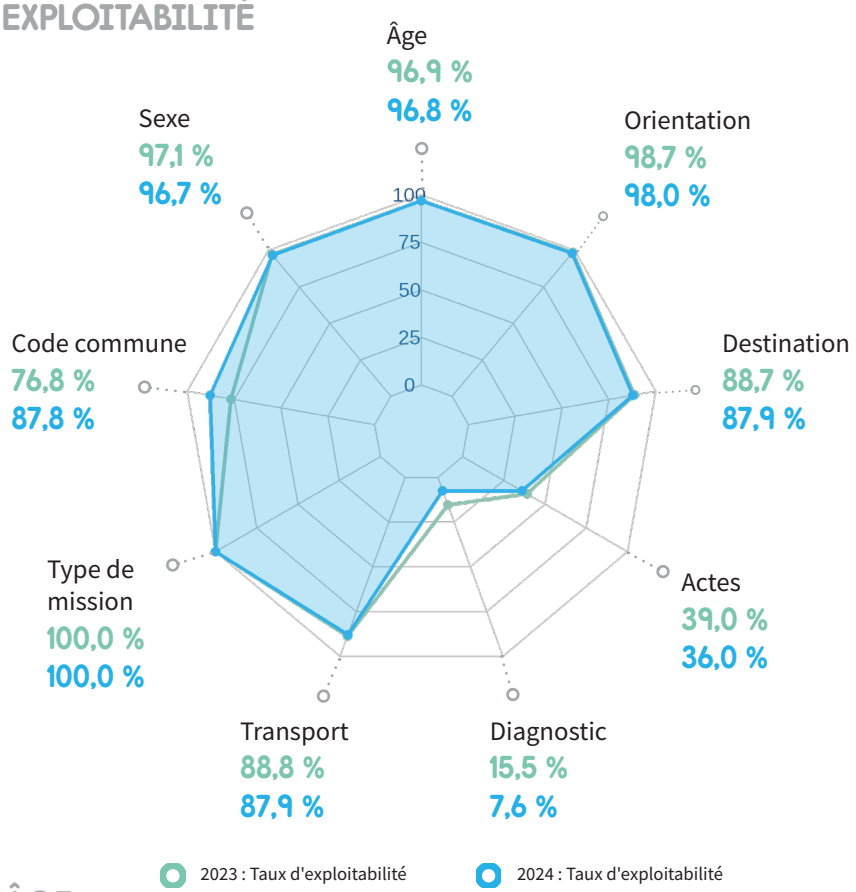
NORD
SMUR Lille

SAE

11 856 SAE 2024 — 82,8 % d'exhaustivité SAE 2024

12 076 SAE 2023 — 78,2 % d'exhaustivité SAE 2023

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 53,4 ans

Âge médian 58,0 ans



NOMBRE DE RPIS

+ 3,9 % par rapport à 2023

- 2,2 % par rapport à 2022

9 811
RPIS 2024

9 439 RPIS 2023

10 034 RPIS 2022

SEXE

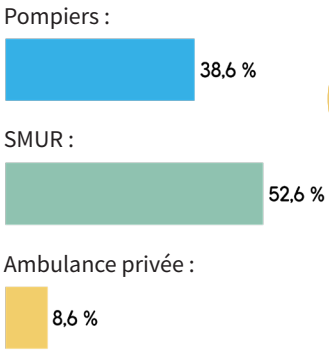
Sex-ratio 1,31

Femmes		Hommes	
2023	41,3 %	2023	58,7 %
2024	43,3 %	2024	56,7 %

MODE DE TRANSPORT

Force de l'ordre n=17

Secouristes n=3



HORAIRES D'INTERVENTION

Weekend 26,9 %

PDS 50,1 %

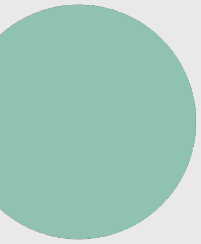
Jour : [8h - 20h[
- 66,7 %

Nuit : [20h - 8h[
- 33,3 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 15,8 %

Source : données RPIS 2021-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC



Médico-chirurgical
83,9 %

Traumatologique
8,6 %

Autres recours
2,4 %

Psychiatrique
1,5 %

Toxicologie
3,6 %

Cette répartition est à interpréter avec prudence : le codage généralement faible du diagnostic principal ne permet pas de la considérer comme pleinement représentative de la réalité.

Taux d'exploit. du diagnostic
7,6 %

Nombre de diagnostics différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés :
273

Représentant 95 % des recours exploitables :
235

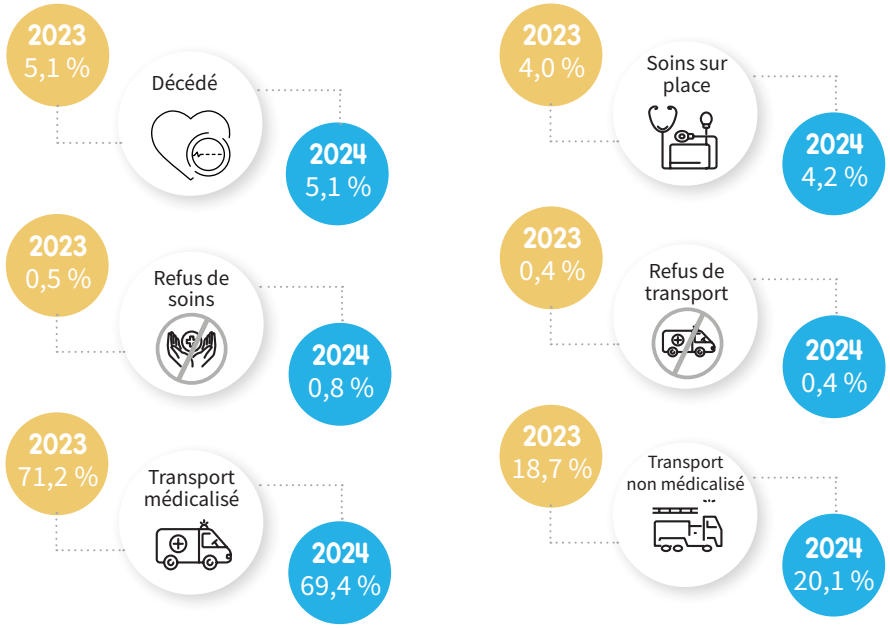
90 % des recours exploitables :
198

75 % des recours exploitables :
90

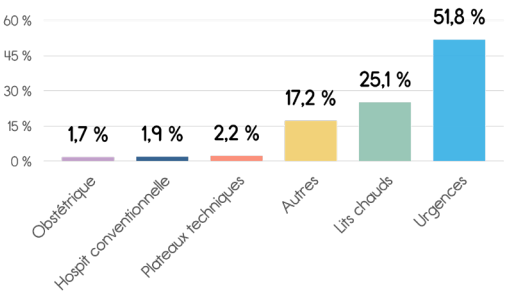
TYPE DE MISSION

Primaires		Secondaires dont TIIH	
2023	53,3 %	2023	46,7 %
2024	54,6 %	2024	45,4 %

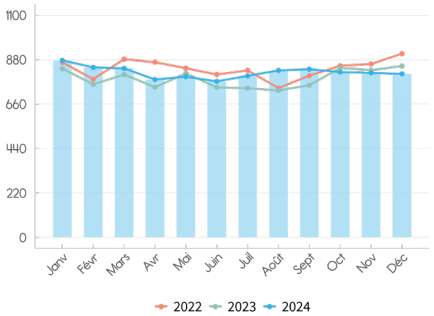
ORIENTATION



DESTINATION



Évolution mensuelle du nombre de RPIS transmis selon l'année pour le SMUR considéré. 2022-2024.



Analyse des valeurs atypiques des délais d'interventions SMUR pour l'année 2024

	Délais d'arrivée sur place [1]	Délais d'intervention sur place [2]	Délais d'intervention total [3]
*Taux d'exploitabilité**	97,1 %	96,9 %	96,7 %
Délais inférieur à 5 min	n = 4 808 (50,5 %)	n = 487 (5,1 %)	n = 223 (2,4 %)
Délais supérieur à 4 heures	n = 3 (0,0 %)	n = 54 (0,6 %)	n = 94 (1,0 %)
Délais supérieur à 24 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 5 (0,1 %)	n = 0 (0,0 %)

*Proportion d'interventions pour lesquelles les deux dates sont renseignées et que le délais est strictement positif.
(1) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure d'arrivée sur le lieu d'intervention.
(2) Délais entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ du lieu d'intervention.
(3) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure de disponibilité.

Remarques :
1. Les évolutions du nombre de RPIS transmis ne reflètent pas nécessairement une hausse d'activité, mais traduisent la montée en charge du dispositif et l'usage croissant des tablettes embarquées.
2. Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.

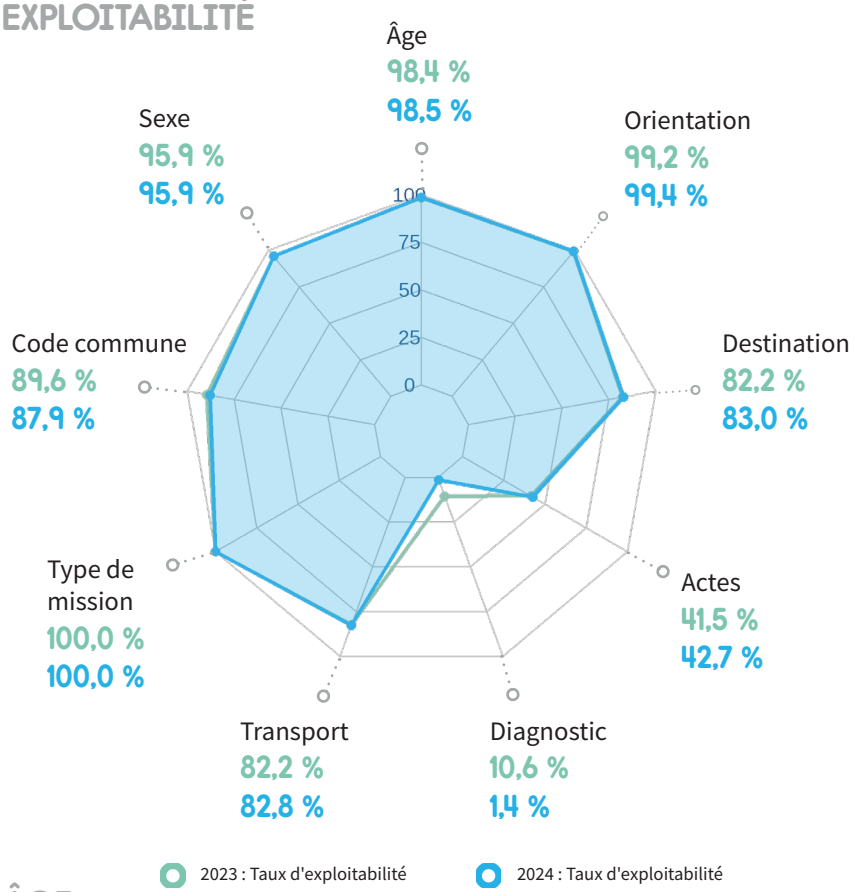
NORD
SMUR Maubeuge

SAE

2 020 SAE 2024 — 96,5 % d'exhaustivité SAE 2024

2 091 SAE 2023 — 93,0 % d'exhaustivité SAE 2023

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 59,5 ans

Âge médian 63,0 ans



NOMBRE DE RPIS

+ 0,3 % par rapport à 2023

+ 31,9 % par rapport à 2022

1 950
RPIS 2024

1 945 RPIS 2023

1 478 RPIS 2022

SEXE

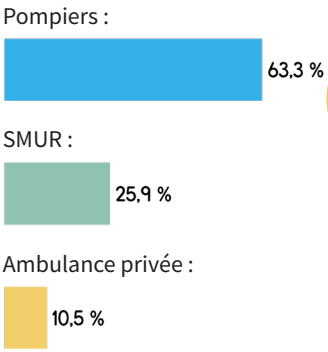
Sex-ratio 1,42

Femmes		Hommes	
2023	43,4 %	2023	56,6 %
2024	41,4 %	2024	58,6 %

MODE DE TRANSPORT

Force de l'ordre n=2

Secouristes n=2



HORAIRES D'INTERVENTION

Weekend 27,9 %

PDS 47,7 %

Jour : [8h - 20h[
- 67,8 %

Nuit : [20h - 8h[
- 32,2 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 15,8 %

Source : données RPIS 2021-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

Focus établissement - Données RPIS

DIAGNOSTIC



Médico-chirurgical
85,7 %

Traumatologique
7,1 %

Autres recours
< 0,1 %

Psychiatrique
< 0,1 %

Toxicologie
7,1 %

Cette répartition est à interpréter avec prudence : le codage généralement faible du diagnostic principal ne permet pas de la considérer comme pleinement représentative de la réalité.

Taux d'exploit. du diagnostic
1,4 %

Nombre de diagnostics différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés : 25

Représentant 95 % des recours exploitables : 23

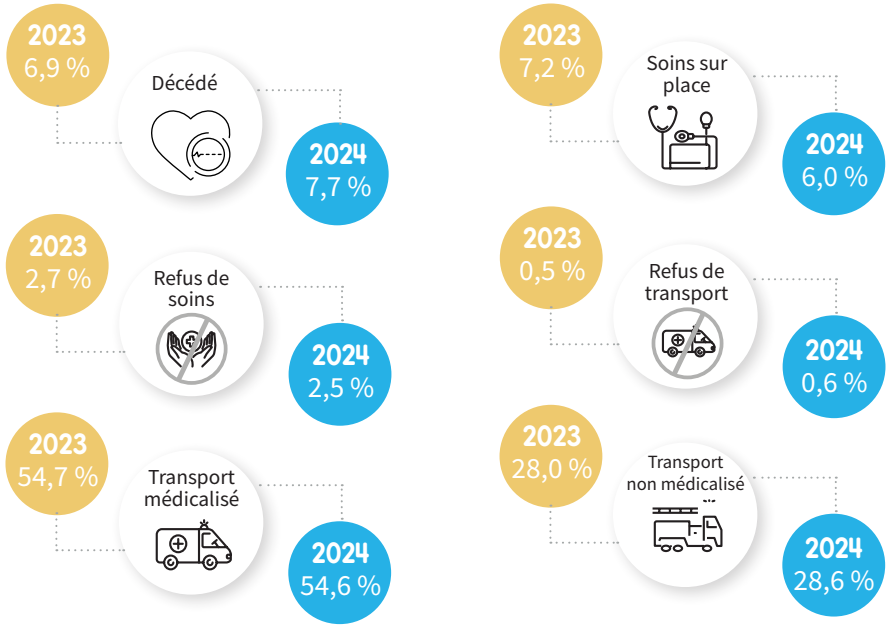
90 % des recours exploitables : 22

75 % des recours exploitables : 18

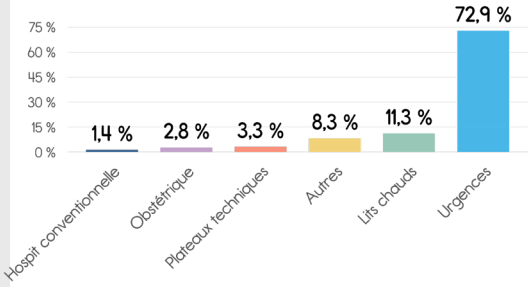
TYPE DE MISSION

Primaires		Secondaires dont TIIH	
2023	80,5 %	2023	19,5 %
2024	78,8 %	2024	21,2 %

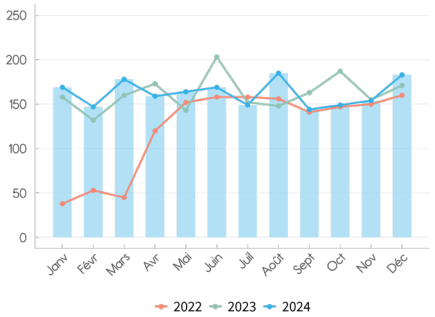
ORIENTATION



DESTINATION



Évolution mensuelle du nombre de RPIS transmis selon l'année pour le SMUR considéré. 2022-2024.



Analyse des valeurs atypiques des délais d'interventions SMUR pour l'année 2024

	Délais d'arrivée sur place (1)	Délais d'intervention sur place (2)	Délais d'intervention total (3)
*Taux d'exploitabilité**	98,9 %	99,5 %	99,1 %
Délais inférieur à 5 min	n = 780 (40,5 %)	n = 84 (4,3 %)	n = 42 (2,2 %)
Délais supérieur à 4 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 6 (0,3 %)	n = 9 (0,5 %)
Délais supérieur à 24 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 1 (0,1 %)	n = 1 (0,1 %)

*Proportion d'interventions pour lesquelles les deux dates sont renseignées et que le délais est strictement positif.
(1) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure d'arrivée sur le lieu d'intervention.
(2) Délais entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ du lieu d'intervention.
(3) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure de disponibilité.

Remarques :
1. Les évolutions du nombre de RPIS transmis ne reflètent pas nécessairement une hausse d'activité, mais traduisent la montée en charge du dispositif et l'usage croissant des tablettes embarquées.
2. Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.

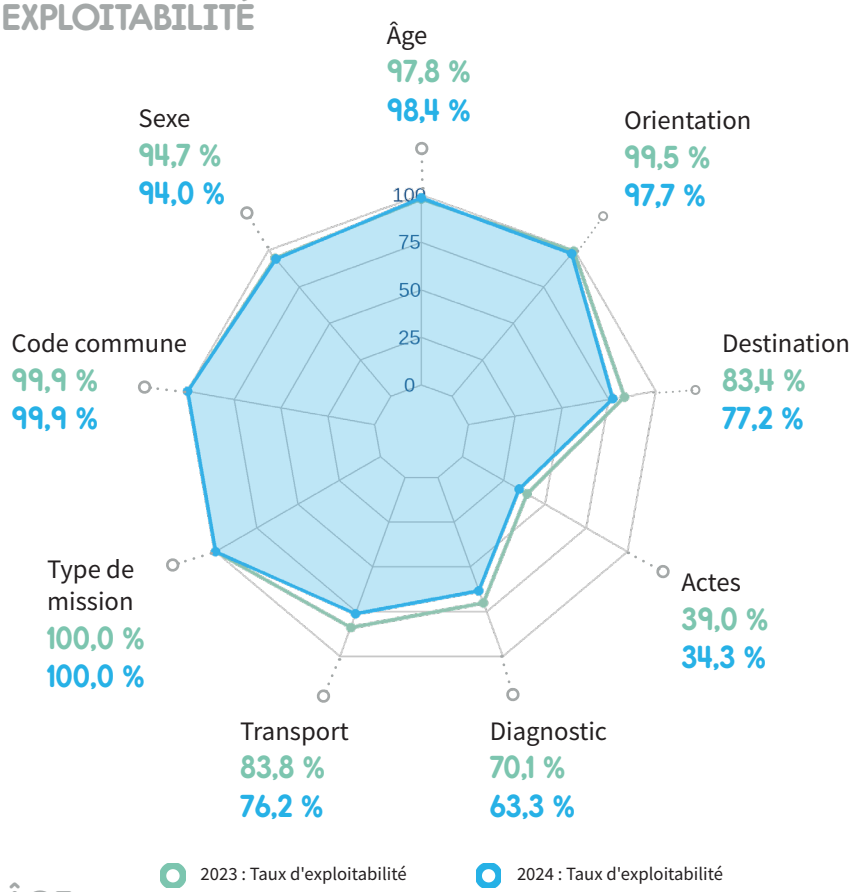
NORD
SMUR Roubaix

SAE

1 620 SAE 2024 — 103,0 % d'exhaustivité SAE 2024

1 697 SAE 2023 — 100,9 % d'exhaustivité SAE 2023

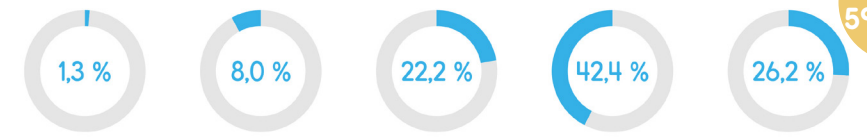
EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 55,3 ans

Âge médian 59,0 ans



NOMBRE DE RPIS

- 2,5 % par rapport à 2023
- 8,7 % par rapport à 2022

1 669 RPIS 2024

1 712 RPIS 2023 — **1 828** RPIS 2022

SEXE

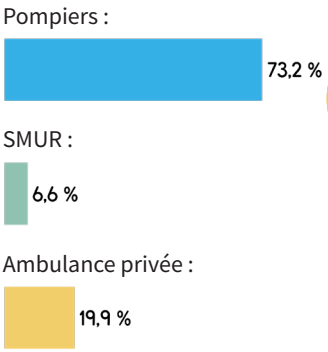
Sex-ratio 1,32

Femmes		Hommes	
2023	44,6 %	2023	55,4 %
2024	43,1 %	2024	56,9 %

MODE DE TRANSPORT

Force de l'ordre n=3

Secouristes n=1



HORAIRES D'INTERVENTION

Weekend 27,5 %

PDS 51,2 %

Jour : [8h - 20h[
- 63,9 %

Nuit : [20h - 8h[
- 36,1 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 18,6 %

Source : données RPIS 2021-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC



Médico-chirurgical
81,5 %



Traumatologique
10,5 %

Autres recours
2,9 %



Psychiatrique
2,1 %

Toxicologie
2,9 %



Cette répartition est à interpréter avec prudence : le codage généralement faible du diagnostic principal ne permet pas de la considérer comme pleinement représentative de la réalité.

Taux d'exploit. du diagnostic
63,3 %

Nombre de diagnostics différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés :



301

Représentant 95 % des recours exploitables :



248

90 % des recours exploitables :



195

75 % des recours exploitables :

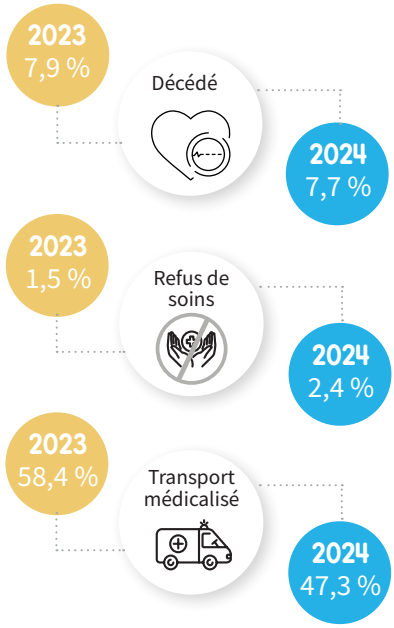


77

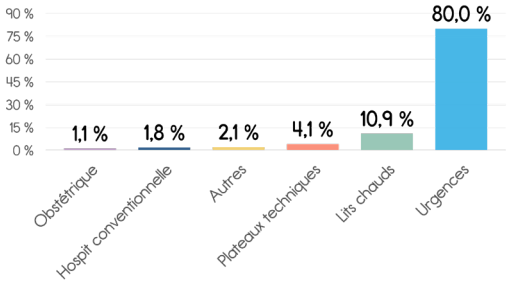
TYPE DE MISSION

Primaires		Secondaires dont TIIH	
2023	94,2 %	2023	5,8 %
2024	94,8 %	2024	5,2 %

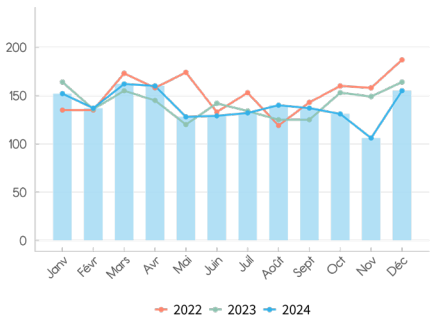
ORIENTATION



DESTINATION



Évolution mensuelle du nombre de RPIS transmis selon l'année pour le SMUR considéré. 2022-2024.



Analyse des valeurs atypiques des délais d'interventions SMUR pour l'année 2024

	Délais d'arrivée sur place [1]	Délais d'intervention sur place [2]	Délais d'intervention total [3]
*Taux d'exploitabilité**	98,6 %	98,6 %	98,4 %
Délais inférieur à 5 min	n = 1 107 (67,3 %)	n = 60 (3,6 %)	n = 41 (2,5 %)
Délais supérieur à 4 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 1 (0,1 %)	n = 2 (0,1 %)
Délais supérieur à 24 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 0 (0,0 %)	n = 0 (0,0 %)

*Proportion d'interventions pour lesquelles les deux dates sont renseignées et que le délais est strictement positif.
(1) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure d'arrivée sur le lieu d'intervention.
(2) Délais entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ du lieu d'intervention.
(3) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure de disponibilité.

Remarques :
1. Les évolutions du nombre de RPIS transmis ne reflètent pas nécessairement une hausse d'activité, mais traduisent la montée en charge du dispositif et l'usage croissant des tablettes embarquées.
2. Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.

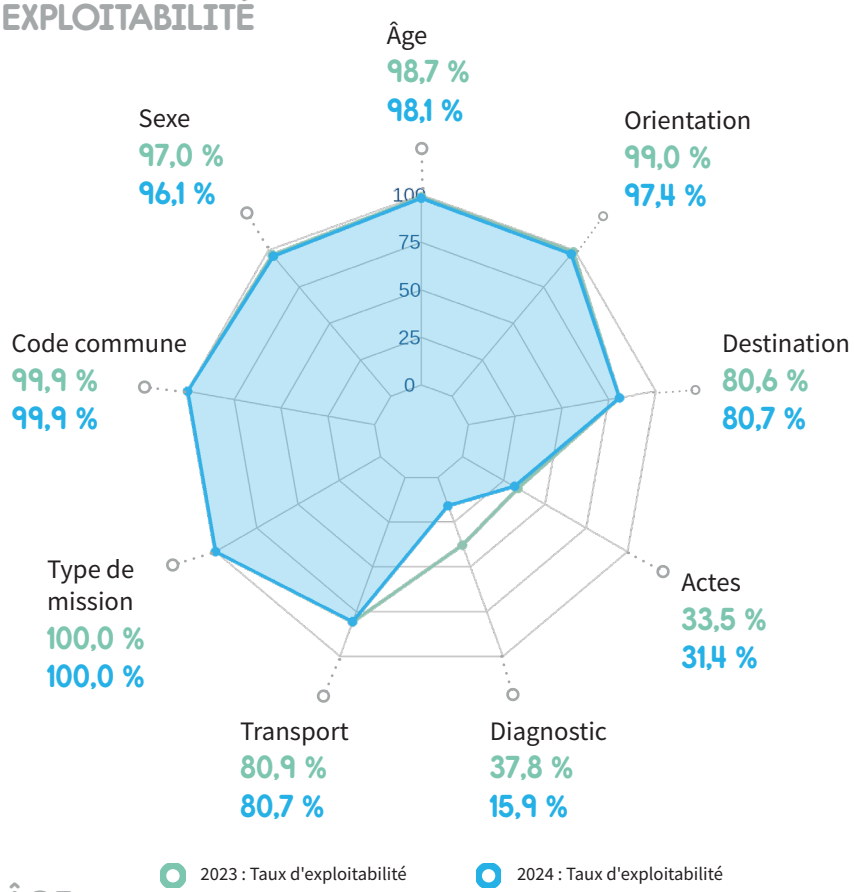
NORD
SMUR Tourcoing

SAE

1 698 SAE 2024 — **100,3 %** d'exhaustivité SAE 2024

1 666 SAE 2023 — **99,4 %** d'exhaustivité SAE 2023

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen **57,9 ans**

Âge médian **61,0 ans**



NOMBRE DE RPIS

+ 2,8 % par rapport à 2023

+ 23,0 % par rapport à 2022

1 703
RPIS 2024

1 656 RPIS 2023

1 385 RPIS 2022

SEXE

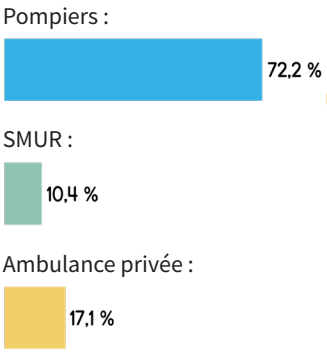
Sex-ratio **1,24**

Femmes		Hommes	
2023	44,3 %	2023	55,7 %
2024	44,6 %	2024	55,4 %

MODE DE TRANSPORT

Force de l'ordre **n=4**

Secouristes **n=0**



HORAIRES D'INTERVENTION

Weekend **26,0 %**

PDS **52,6 %**

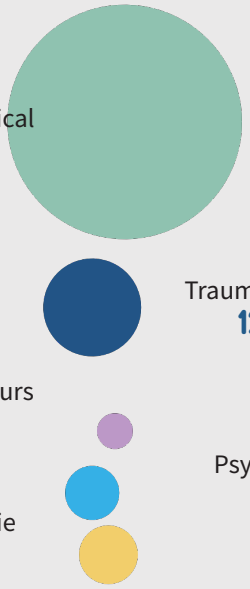
Jour : [8h - 20h[
- **62,8 %**

Nuit : [20h - 8h[
- **37,2 %**

Nuit profonde : [0h - 8h[
- **18,6 %**

Source : données RPIS 2021-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC



Cette répartition est à interpréter avec prudence : le codage généralement faible du diagnostic principal ne permet pas de la considérer comme pleinement représentative de la réalité.

Taux d'exploit. du diagnostic **15,9 %**

Nombre de diagnostics différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés : **105**

Représentant 95 % des recours exploitables : **91**

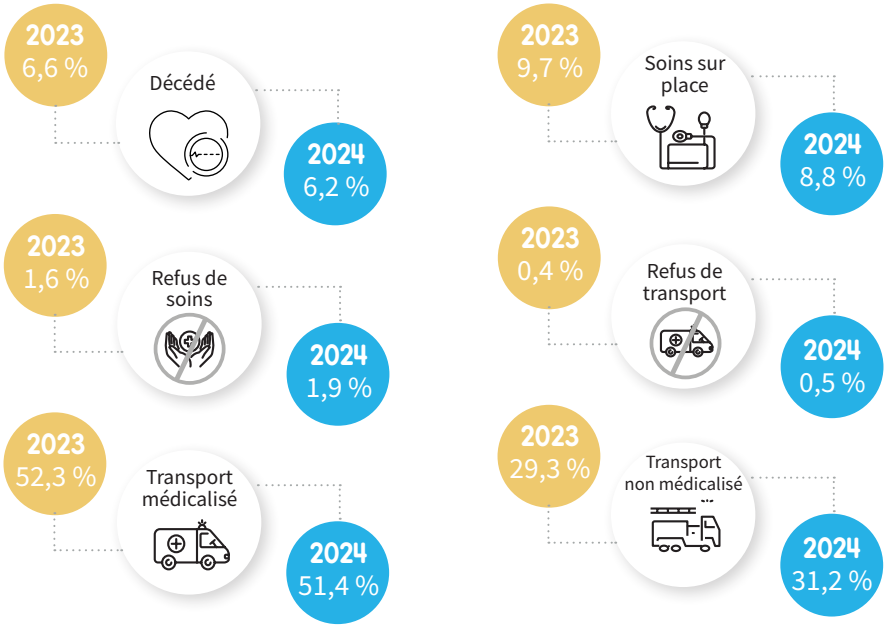
90 % des recours exploitables : **77**

75 % des recours exploitables : **37**

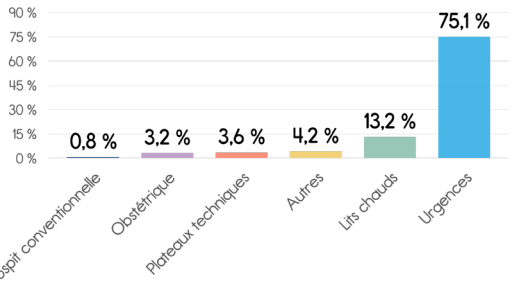
TYPE DE MISSION

Primaires		Secondaires dont TIIH	
2023	90,6 %	2023	9,4 %
2024	91,7 %	2024	8,3 %

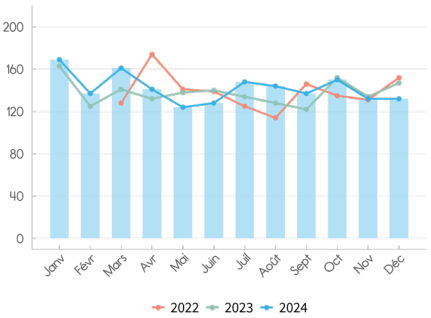
ORIENTATION



DESTINATION



Évolution mensuelle du nombre de RPIS transmis selon l'année pour le SMUR considéré. 2022-2024.



Analyse des valeurs atypiques des délais d'interventions SMUR pour l'année 2024

	Délais d'arrivée sur place [1]	Délais d'intervention sur place [2]	Délais d'intervention total [3]
*Taux d'exploitabilité**	97,7 %	97,7 %	97,5 %
Délais inférieur à 5 min	n = 617 (37,1 %)	n = 75 (4,5 %)	n = 31 (1,9 %)
Délais supérieur à 4 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 3 (0,2 %)	n = 12 (0,7 %)
Délais supérieur à 24 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 0 (0,0 %)	n = 2 (0,1 %)

*Proportion d'interventions pour lesquelles les deux dates sont renseignées et que le délais est strictement positif.
(1) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure d'arrivée sur le lieu d'intervention.
(2) Délais entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ du lieu d'intervention.
(3) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure de disponibilité.

Remarques :
1. Les évolutions du nombre de RPIS transmis ne reflètent pas nécessairement une hausse d'activité, mais traduisent la montée en charge du dispositif et l'usage croissant des tablettes embarquées.
2. Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.

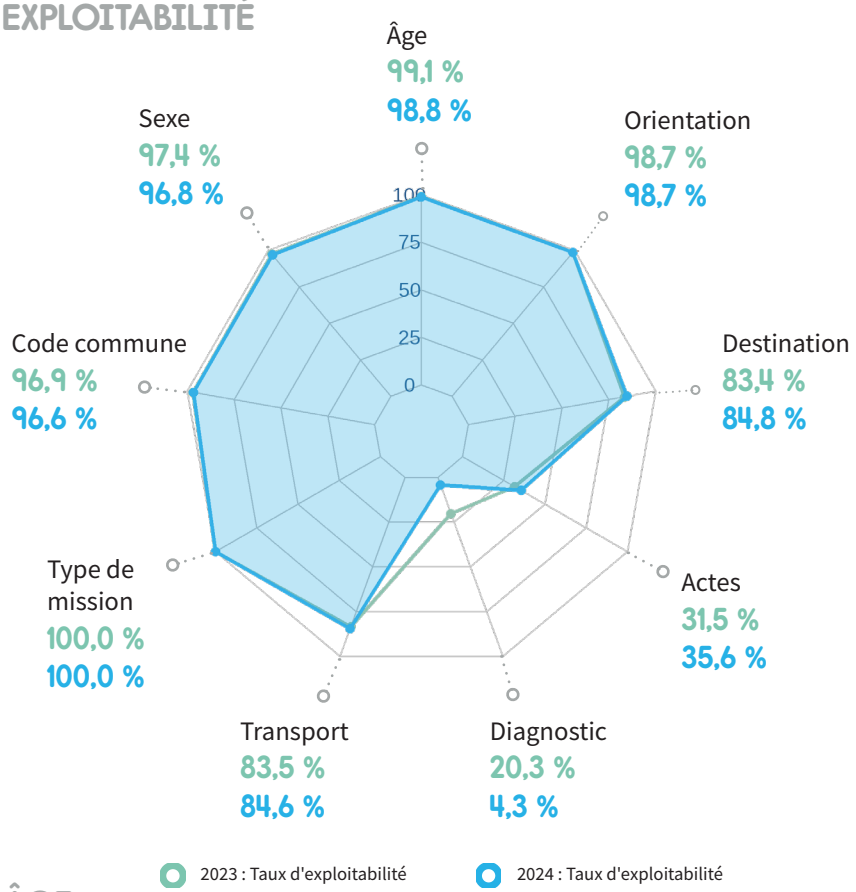
NORD
SMUR Valenciennes

SAE

4 266 SAE 2024 — **92,9 %** d'exhaustivité SAE 2024

4 339 SAE 2023 — **87,6 %** d'exhaustivité SAE 2023

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen **59,3 ans**

Âge médian **64,0 ans**



NOMBRE DE RPIS

3 963 RPIS 2024

+ 4,3 % par rapport à 2023

+ 19,9 % par rapport à 2022

3 801 RPIS 2023

3 306 RPIS 2022

SEXE

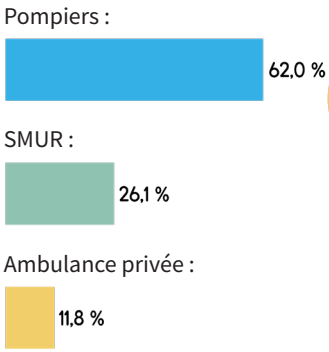
Sex-ratio **1,29**

Femmes		Hommes	
2023	42,4 %	2023	57,6 %
2024	43,7 %	2024	56,3 %

MODE DE TRANSPORT

Force de l'ordre **n=3**

Secouristes **n=2**



HORAIRES D'INTERVENTION

Weekend **28,4 %**

PDS **49,4 %**

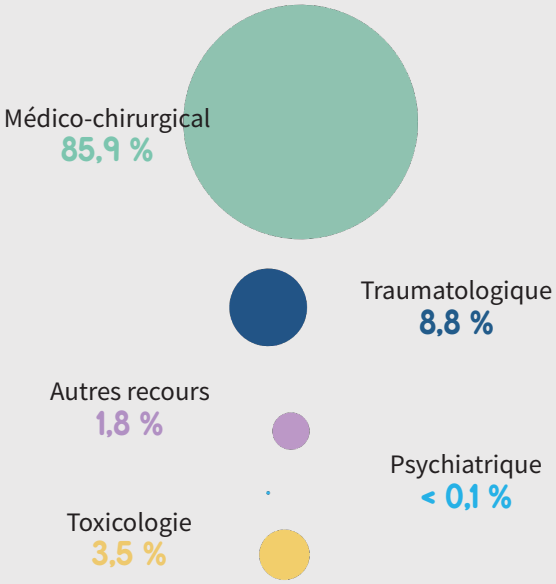
Jour : [8h - 20h[
- **65,8 %**

Nuit : [20h - 8h[
- **34,2 %**

Nuit profonde : [0h - 8h[
- **17,6 %**

Source : données RPIS 2021-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC



Cette répartition est à interpréter avec prudence : le codage généralement faible du diagnostic principal ne permet pas de la considérer comme pleinement représentative de la réalité.

Taux d'exploit. du diagnostic **4,3 %**

Nombre de diagnostics différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés : **68**

Représentant 95 % des recours exploitables : **59**

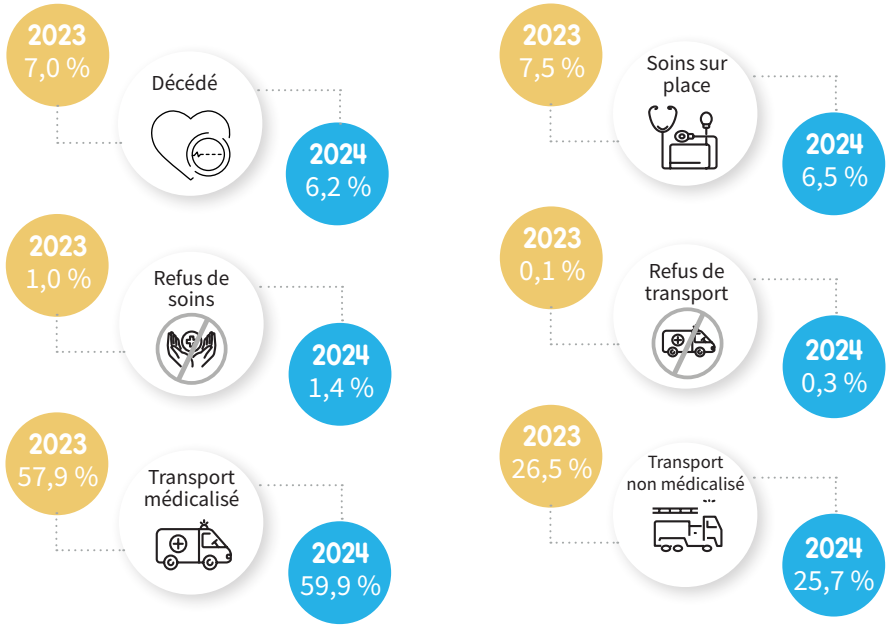
90 % des recours exploitables : **51**

75 % des recours exploitables : **25**

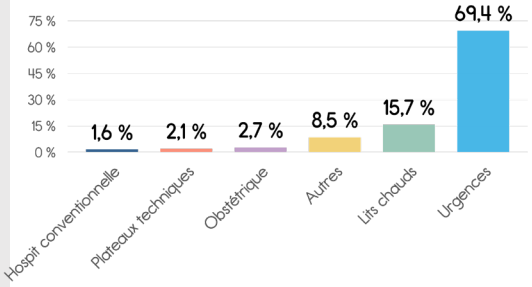
TYPE DE MISSION

Primaires		Secondaires dont TIIH	
2023	78,9 %	2023	21,1 %
2024	78,3 %	2024	21,7 %

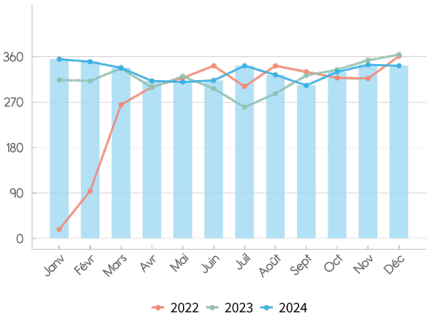
ORIENTATION



DESTINATION



Évolution mensuelle du nombre de RPIS transmis selon l'année pour le SMUR considéré. 2022-2024.



Analyse des valeurs atypiques des délais d'interventions SMUR pour l'année 2024

	Délais d'arrivée sur place [1]	Délais d'intervention sur place [2]	Délais d'intervention total [3]
*Taux d'exploitabilité**	98,9 %	98,3 %	98,3 %
Délais inférieur à 5 min	n = 886 (22,6 %)	n = 130 (3,3 %)	n = 63 (1,6 %)
Délais supérieur à 4 heures	n = 1 (0,0 %)	n = 15 (0,4 %)	n = 20 (0,5 %)
Délais supérieur à 24 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 6 (0,2 %)	n = 0 (0,0 %)

*Proportion d'interventions pour lesquelles les deux dates sont renseignées et que le délais est strictement positif.
(1) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure d'arrivée sur le lieu d'intervention.
(2) Délais entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ du lieu d'intervention.
(3) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure de disponibilité.

Remarques :
1. Les évolutions du nombre de RPIS transmis ne reflètent pas nécessairement une hausse d'activité, mais traduisent la montée en charge du dispositif et l'usage croissant des tablettes embarquées.
2. Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.

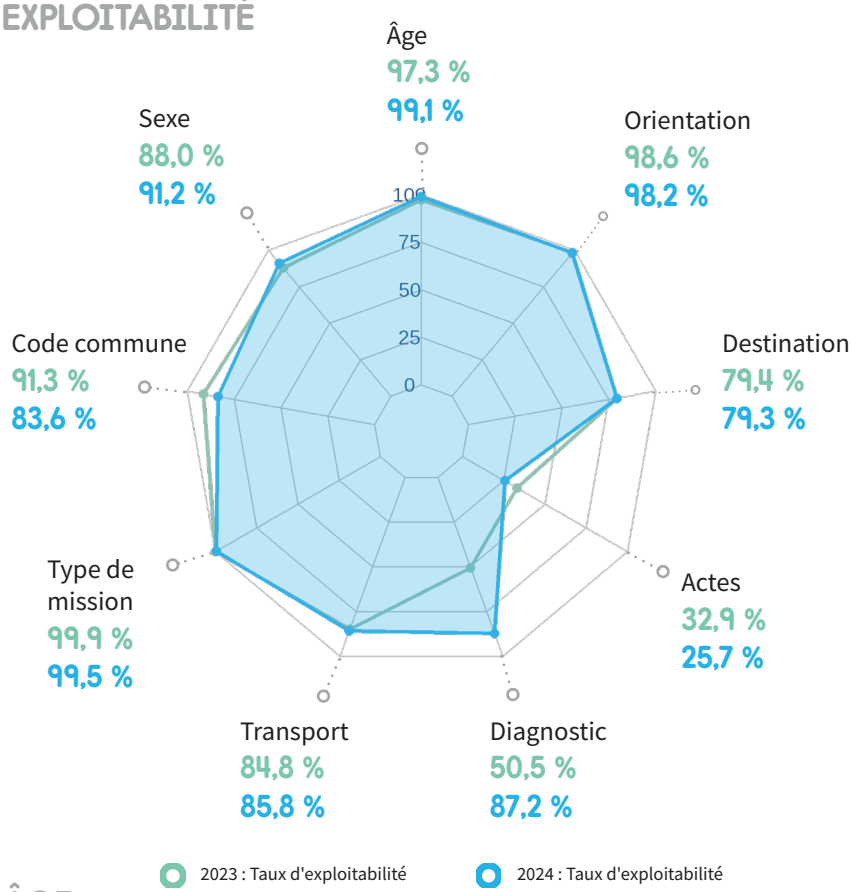
OISE
SMUR Beauvais

SAE

2 827 SAE 2024 — 102,0 % d'exhaustivité SAE 2024

2 804 SAE 2023 — 103,6 % d'exhaustivité SAE 2023

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 56,0 ans

Âge médian 59,0 ans



NOMBRE DE RPIS

- 0,7 % par rapport à 2023

+ 95,9 % par rapport à 2022

2 884
RPIS 2024

2 904 RPIS 2023

1 472 RPIS 2022

SEXE

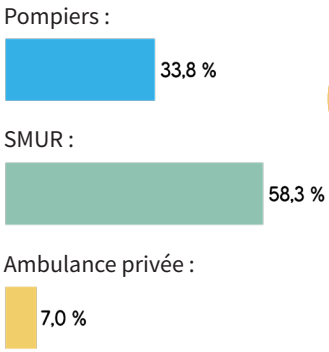
Sex-ratio 1,06

Femmes		Hommes	
2023	45,1 %	2023	54,9 %
2024	48,5 %	2024	51,5 %

MODE DE TRANSPORT

Force de l'ordre n=5

Secouristes n=18



HORAIRES D'INTERVENTION

Weekend 27,1 %

PDS 45,3 %

Jour : [8h - 20h[
- 71,7 %

Nuit : [20h - 8h[
- 28,3 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 14,4 %

Source : données RPIS 2021-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC



Médico-chirurgical
79,2 %



Traumatologique
12,6 %

Autres recours
1,9 %



Psychiatrique
2,9 %



Toxicologie
3,4 %

Cette répartition est à interpréter avec prudence : le codage généralement faible du diagnostic principal ne permet pas de la considérer comme pleinement représentative de la réalité.

Taux d'exploit. du diagnostic
87,2 %

Nombre de diagnostics différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés :



540

Représentant 95 % des recours exploitables :



414

90 % des recours exploitables :



288

75 % des recours exploitables :

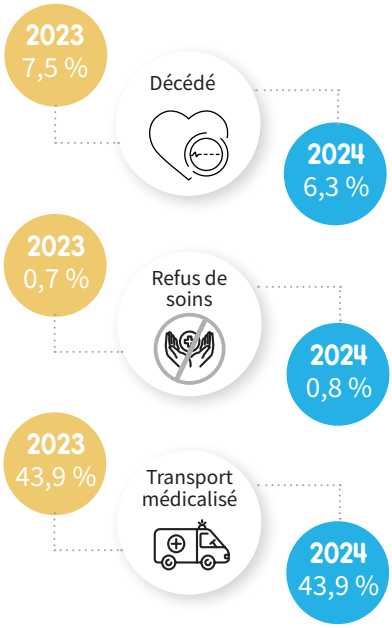


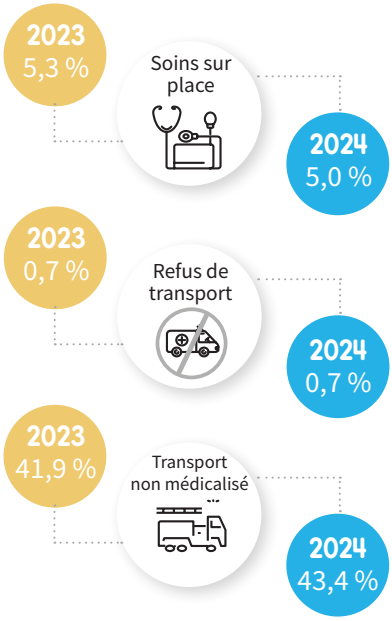
95

TYPE DE MISSION

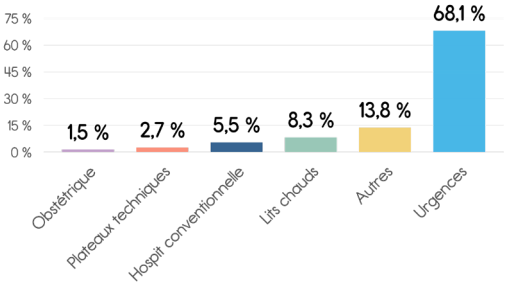
Primaires		Secondaires dont TIIH	
2023	78,9 %	2023	21,1 %
2024	80,5 %	2024	19,5 %

ORIENTATION

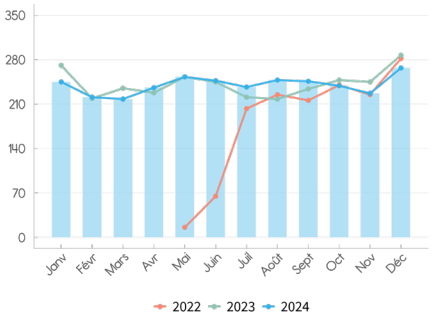




DESTINATION



Évolution mensuelle du nombre de RPIS transmis selon l'année pour le SMUR considéré. 2022-2024.



Analyse des valeurs atypiques des délais d'interventions SMUR pour l'année 2024

	Délais d'arrivée sur place (1)	Délais d'intervention sur place (2)	Délais d'intervention total (3)
*Taux d'exploitabilité**	97,0 %	96,8 %	96,9 %
Délais inférieur à 5 min	n = 834 (29,8 %)	n = 74 (2,7 %)	n = 20 (0,7 %)
Délais supérieur à 4 heures	n = 1 (0,0 %)	n = 22 (0,8 %)	n = 34 (1,2 %)
Délais supérieur à 24 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 12 (0,4 %)	n = 2 (0,1 %)

*Proportion d'interventions pour lesquelles les deux dates sont renseignées et que le délais est strictement positif.
(1) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure d'arrivée sur le lieu d'intervention.
(2) Délais entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ du lieu d'intervention.
(3) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure de disponibilité.

Remarques :
1. Les évolutions du nombre de RPIS transmis ne reflètent pas nécessairement une hausse d'activité, mais traduisent la montée en charge du dispositif et l'usage croissant des tablettes embarquées.
2. Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.

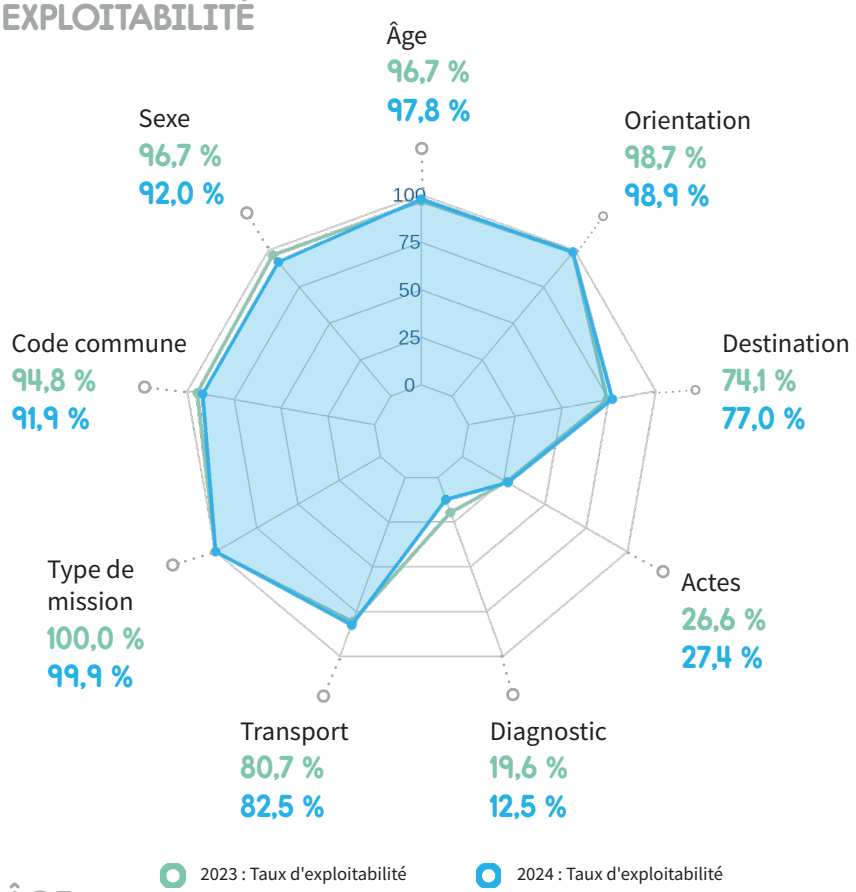
OISE
SMUR Clermont

SAE

1 285 SAE 2024 — **91,6 %** d'exhaustivité SAE 2024

1 219 SAE 2023 — **52,3 %** d'exhaustivité SAE 2023

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen **56,5 ans**

Âge médian **60,0 ans**



NOMBRE DE RPIS

+ 84,5 % par rapport à 2023

+ 565,0 % par rapport à 2022

1 177
RPIS 2024

638 RPIS 2023

177 RPIS 2022

SEXE

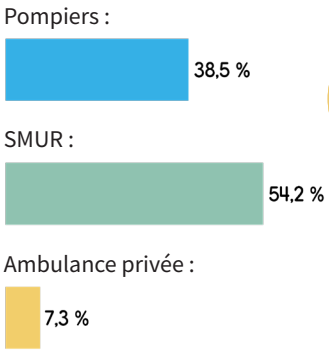
Sex-ratio **1,15**

Femmes		Hommes	
2023	47,5 %	2023	52,5 %
2024	46,5 %	2024	53,5 %

MODE DE TRANSPORT

Force de l'ordre **n=0**

Secouristes **n=0**



HORAIRES D'INTERVENTION

Weekend **29,0 %**

PDS **49,9 %**

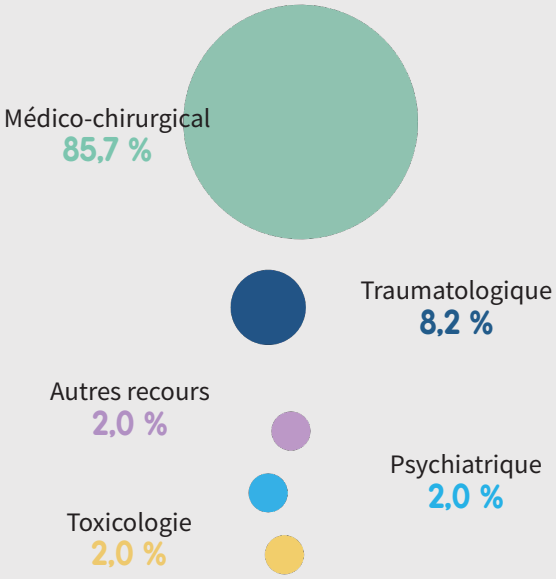
Jour : [8h - 20h[
- **65,8 %**

Nuit : [20h - 8h[
- **34,2 %**

Nuit profonde : [0h - 8h[
- **16,2 %**

Source : données RPIS 2021-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC



Cette répartition est à interpréter avec prudence : le codage généralement faible du diagnostic principal ne permet pas de la considérer comme pleinement représentative de la réalité.

Taux d'exploit. du diagnostic **12,5 %**

Nombre de diagnostics différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés : **71**

Représentant 95 % des recours exploitables : **63**

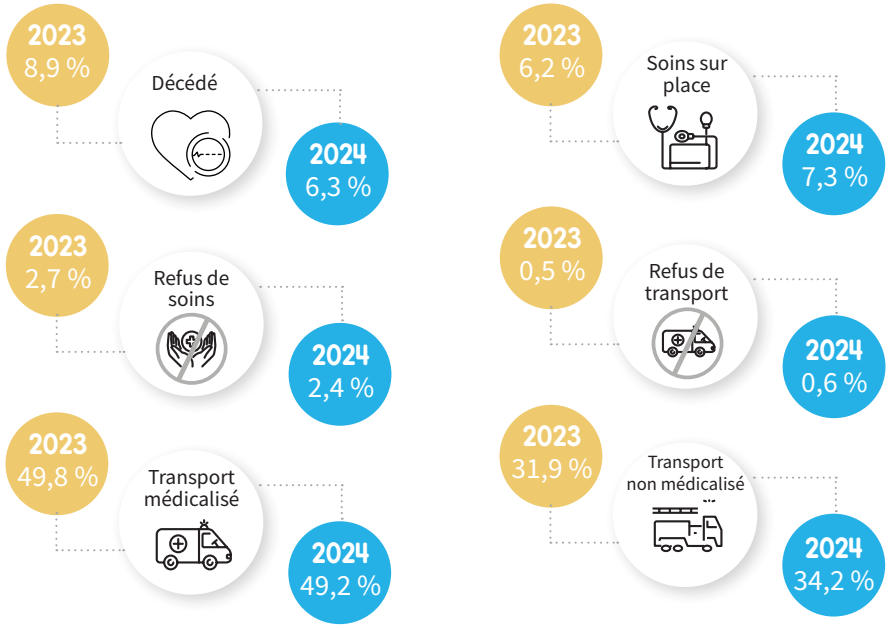
90 % des recours exploitables : **56**

75 % des recours exploitables : **34**

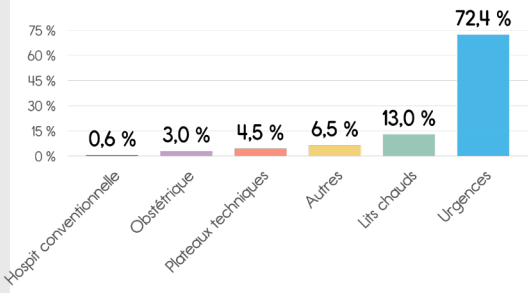
TYPE DE MISSION

Primaires		Secondaires dont TIIH	
2023	90,3 %	2023	9,7 %
2024	88,0 %	2024	12,0 %

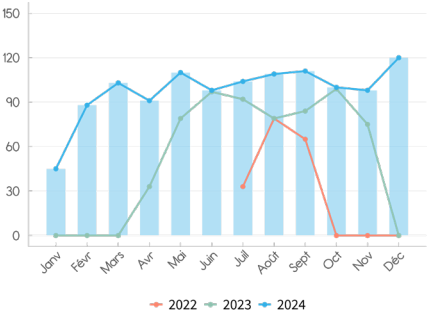
ORIENTATION



DESTINATION



Évolution mensuelle du nombre de RPIS transmis selon l'année pour le SMUR considéré. 2022-2024.



Analyse des valeurs atypiques des délais d'interventions SMUR pour l'année 2024

	Délais d'arrivée sur place (1)	Délais d'intervention sur place (2)	Délais d'intervention total (3)
*Taux d'exploitabilité**	98,4 %	98,5 %	98,5 %
Délais inférieur à 5 min	n = 564 (48,7 %)	n = 58 (5,0 %)	n = 37 (3,2 %)
Délais supérieur à 4 heures	n = 1 (0,1 %)	n = 5 (0,4 %)	n = 8 (0,7 %)
Délais supérieur à 24 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 1 (0,1 %)	n = 0 (0,0 %)

*Proportion d'interventions pour lesquelles les deux dates sont renseignées et que le délais est strictement positif.
(1) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure d'arrivée sur le lieu d'intervention.
(2) Délais entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ du lieu d'intervention.
(3) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure de disponibilité.

Remarques :
1. Les évolutions du nombre de RPIS transmis ne reflètent pas nécessairement une hausse d'activité, mais traduisent la montée en charge du dispositif et l'usage croissant des tablettes embarquées.
2. Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.

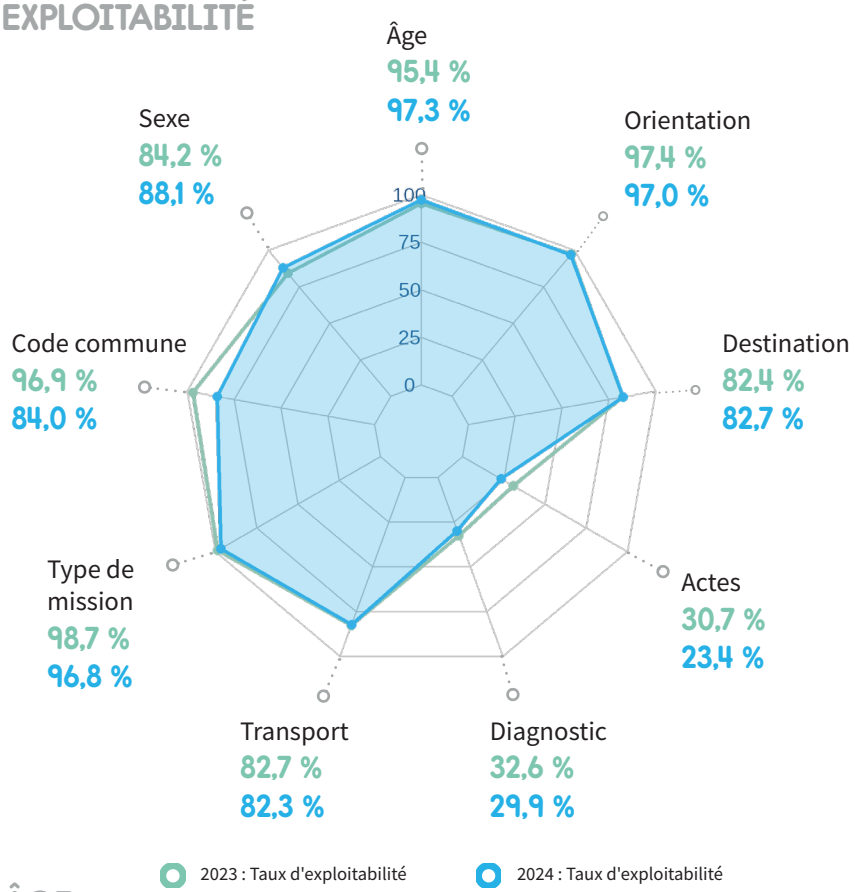
OISE
SMUR Compiègne

SAE

2 045 SAE 2024 — **58,8 %** d'exhaustivité SAE 2024

2 132 SAE 2023 — **28,8 %** d'exhaustivité SAE 2023

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen **58,0 ans**

Âge médian **62,0 ans**



NOMBRE DE RPIS

+ 96,2 % par rapport à 2023

1 203
RPIS 2024

613 RPIS 2023

9 RPIS 2022

SEXE

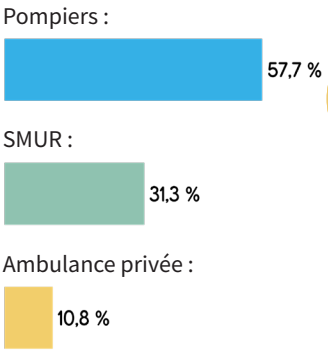
Sex-ratio **1,22**

Femmes		Hommes	
2023	42,4 %	2023	57,6 %
2024	45,0 %	2024	55,0 %

MODE DE TRANSPORT

Force de l'ordre **n=0**

Secouristes **n=2**



HORAIRES D'INTERVENTION

Weekend **26,2 %**

PDS **42,5 %**

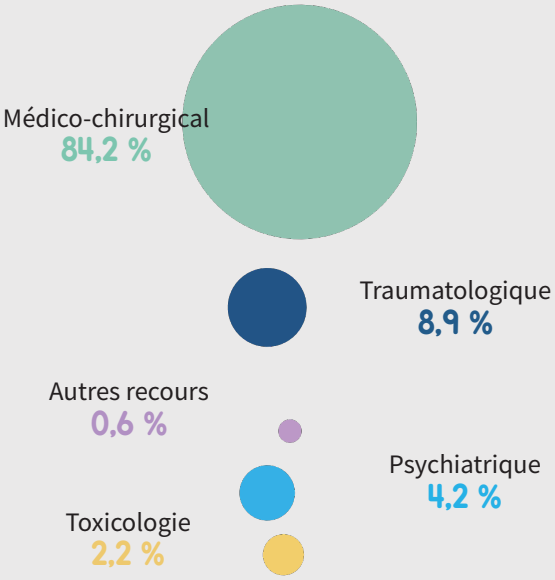
Jour : [8h - 20h[
- **74,5 %**

Nuit : [20h - 8h[
- **25,5 %**

Nuit profonde : [0h - 8h[
- **13,8 %**

Source : données RPIS 2021-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC



Cette répartition est à interpréter avec prudence : le codage généralement faible du diagnostic principal ne permet pas de la considérer comme pleinement représentative de la réalité.

Taux d'exploit. du diagnostic **29,9 %**

Nombre de diagnostics différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés : **119**

Représentant 95 % des recours exploitables : **101**

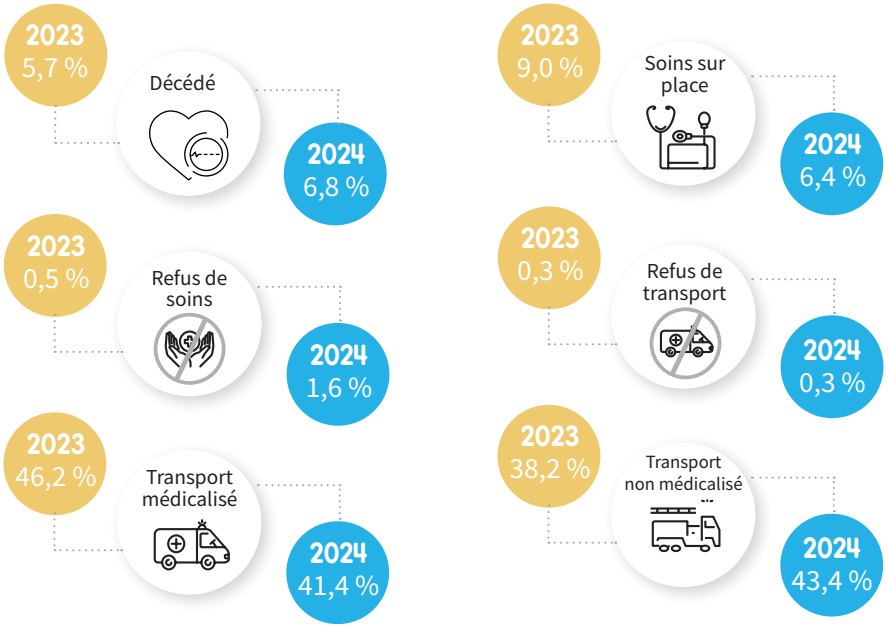
90 % des recours exploitables : **83**

75 % des recours exploitables : **36**

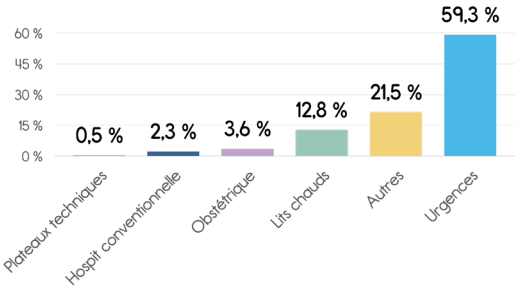
TYPE DE MISSION

Primaires		Secondaires dont TIIH	
2023	83,6 %	2023	16,4 %
2024	77,7 %	2024	22,3 %

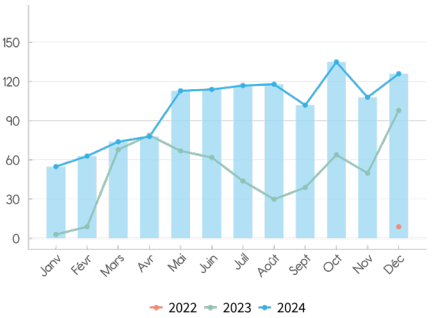
ORIENTATION



DESTINATION



Évolution mensuelle du nombre de RPIS transmis selon l'année pour le SMUR considéré. 2022-2024.



Analyse des valeurs atypiques des délais d'interventions SMUR pour l'année 2024

	Délais d'arrivée sur place (1)	Délais d'intervention sur place (2)	Délais d'intervention total (3)
*Taux d'exploitabilité**	97,3 %	95,9 %	96,7 %
Délais inférieur à 5 min	n = 407 (34,8 %)	n = 96 (8,3 %)	n = 34 (2,9 %)
Délais supérieur à 4 heures	n = 1 (0,1 %)	n = 7 (0,6 %)	n = 13 (1,1 %)
Délais supérieur à 24 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 1 (0,1 %)	n = 2 (0,2 %)

*Proportion d'interventions pour lesquelles les deux dates sont renseignées et que le délais est strictement positif.
(1) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure d'arrivée sur le lieu d'intervention.
(2) Délais entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ du lieu d'intervention.
(3) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure de disponibilité.

Remarques :
1. Les évolutions du nombre de RPIS transmis ne reflètent pas nécessairement une hausse d'activité, mais traduisent la montée en charge du dispositif et l'usage croissant des tablettes embarquées.
2. Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.

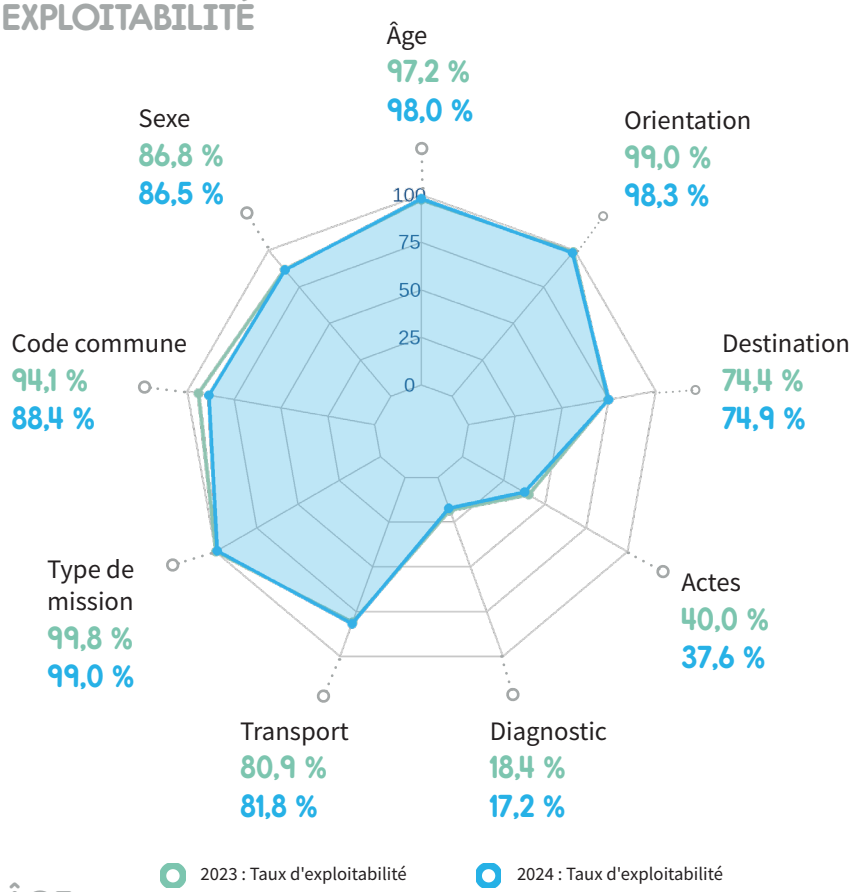
OISE
SMUR Creil

SAE

1 934 SAE 2024 — **119,2 %** d'exhaustivité SAE 2024

2 012 SAE 2023 — **86,4 %** d'exhaustivité SAE 2023

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen **54,3 ans**

Âge médian **58,0 ans**



NOMBRE DE RPIS

+ 32,5 % par rapport à 2023

2 305
RPIS 2024

1 739 RPIS 2023

9 RPIS 2022

SEXE

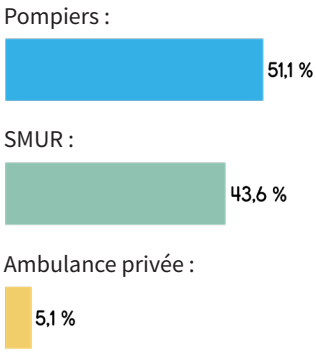
Sex-ratio **1,09**

Femmes		Hommes	
2023	44,9 %	2023	55,1 %
2024	47,7 %	2024	52,3 %

MODE DE TRANSPORT

Force de l'ordre **n=3**

Secouristes **n=0**



HORAIRES D'INTERVENTION

Weekend **25,5 %**

PDS **49,7 %**

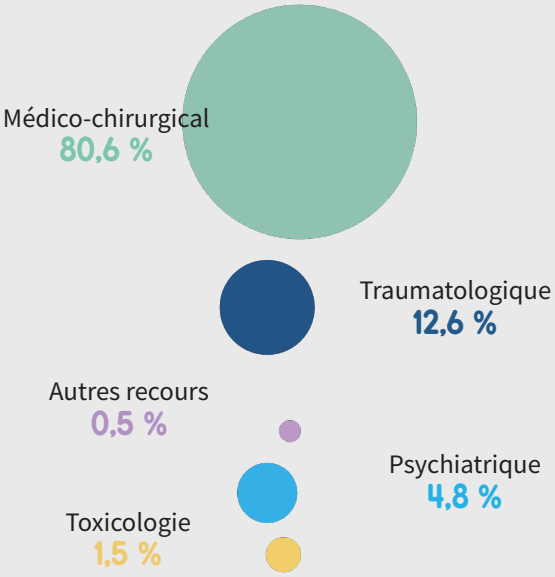
Jour : [8h - 20h[
- **66,8 %**

Nuit : [20h - 8h[
- **33,2 %**

Nuit profonde : [0h - 8h[
- **15,7 %**

Source : données RPIS 2021-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC



Cette répartition est à interpréter avec prudence : le codage généralement faible du diagnostic principal ne permet pas de la considérer comme pleinement représentative de la réalité.

Taux d'exploit. du diagnostic **17,2 %**

Nombre de diagnostics différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés : **170**

Représentant 95 % des recours exploitables : **150**

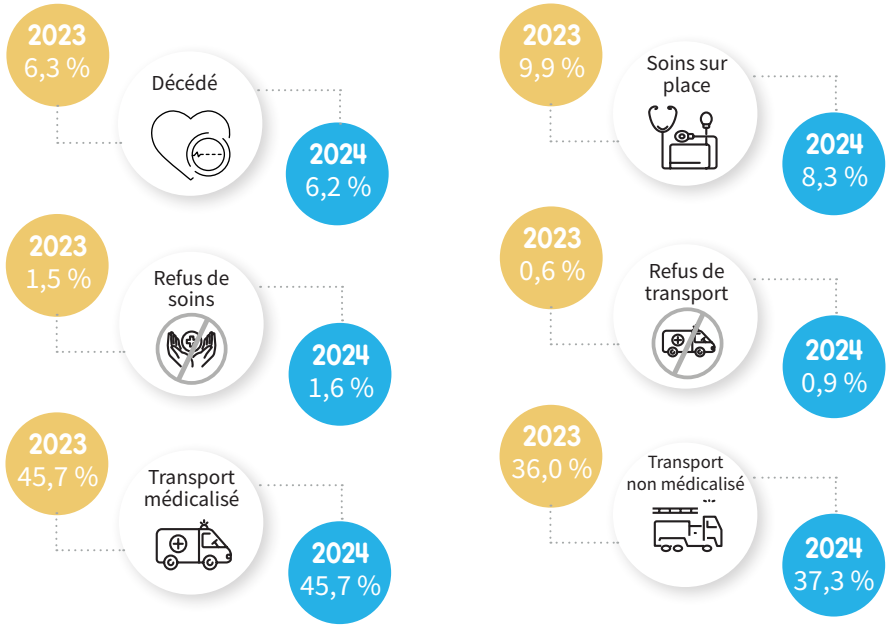
90 % des recours exploitables : **130**

75 % des recours exploitables : **70**

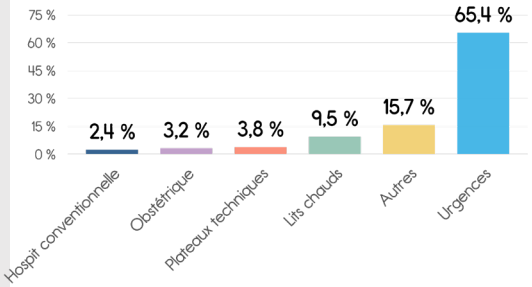
TYPE DE MISSION

Primaires		Secondaires dont TIIH	
2023	84,1 %	2023	15,9 %
2024	84,8 %	2024	15,2 %

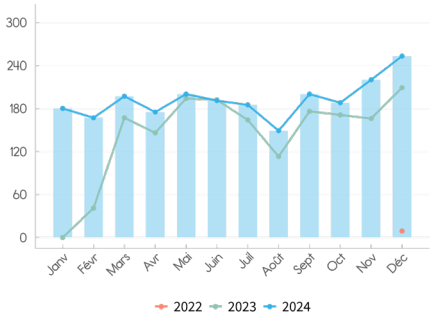
ORIENTATION



DESTINATION



Évolution mensuelle du nombre de RPIS transmis selon l'année pour le SMUR considéré. 2022-2024.



Analyse des valeurs atypiques des délais d'interventions SMUR pour l'année 2024

	Délais d'arrivée sur place (1)	Délais d'intervention sur place (2)	Délais d'intervention total (3)
*Taux d'exploitabilité**	99,0 %	97,9 %	97,4 %
Délais inférieur à 5 min	n = 610 (26,7 %)	n = 79 (3,5 %)	n = 30 (1,3 %)
Délais supérieur à 4 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 17 (0,8 %)	n = 27 (1,2 %)
Délais supérieur à 24 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 7 (0,3 %)	n = 3 (0,1 %)

*Proportion d'interventions pour lesquelles les deux dates sont renseignées et que le délais est strictement positif.
(1) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure d'arrivée sur le lieu d'intervention.
(2) Délais entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ du lieu d'intervention.
(3) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure de disponibilité.

Remarques :
1. Les évolutions du nombre de RPIS transmis ne reflètent pas nécessairement une hausse d'activité, mais traduisent la montée en charge du dispositif et l'usage croissant des tablettes embarquées.
2. Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.

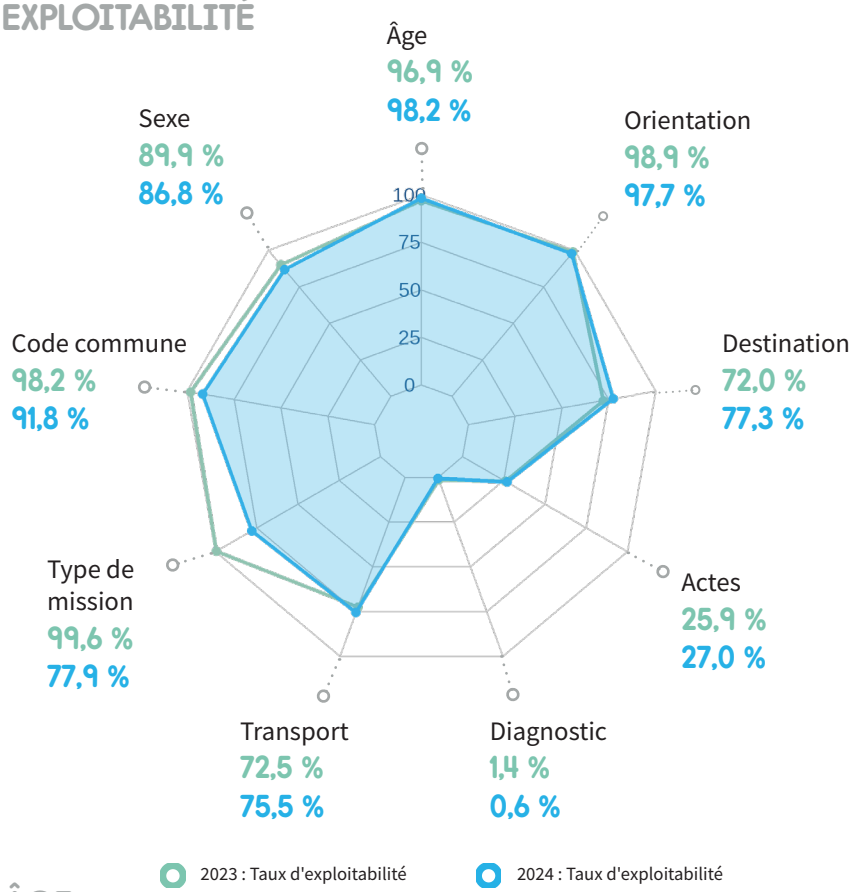
OISE
SMUR Noyon

SAE

676 SAE 2024 — **97,6 %** d'exhaustivité SAE 2024

693 SAE 2023 — **79,8 %** d'exhaustivité SAE 2023

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen **57,9 ans**

Âge médian **62,0 ans**



NOMBRE DE RPIS

+ 19,3 % par rapport à 2023

660
RPIS 2024

553 RPIS 2023

13 RPIS 2022

SEXE

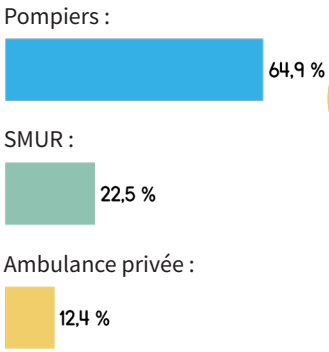
Sex-ratio **1,22**

Femmes		Hommes	
2023	41,0 %	2023	59,0 %
2024	45,0 %	2024	55,0 %

MODE DE TRANSPORT

Force de l'ordre **n=1**

Secouristes **n=0**



HORAIRES D'INTERVENTION

Weekend **29,2 %**

PDS **49,7 %**

Jour : [8h - 20h[
- **65,2 %**

Nuit : [20h - 8h[
- **34,8 %**

Nuit profonde : [0h - 8h[
- **17,1 %**

Source : données RPIS 2021-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC



Médico-chirurgical
100,0 %

Traumatologique
< 0,1 %

Autres recours
< 0,1 %

Psychiatrique
< 0,1 %

Toxicologie
< 0,1 %

Cette répartition est à interpréter avec prudence : le codage généralement faible du diagnostic principal ne permet pas de la considérer comme pleinement représentative de la réalité.

Taux d'exploit. du diagnostic
0,6 %

Nombre de diagnostics différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés : 4

Représentant 95 % des recours exploitables : 3

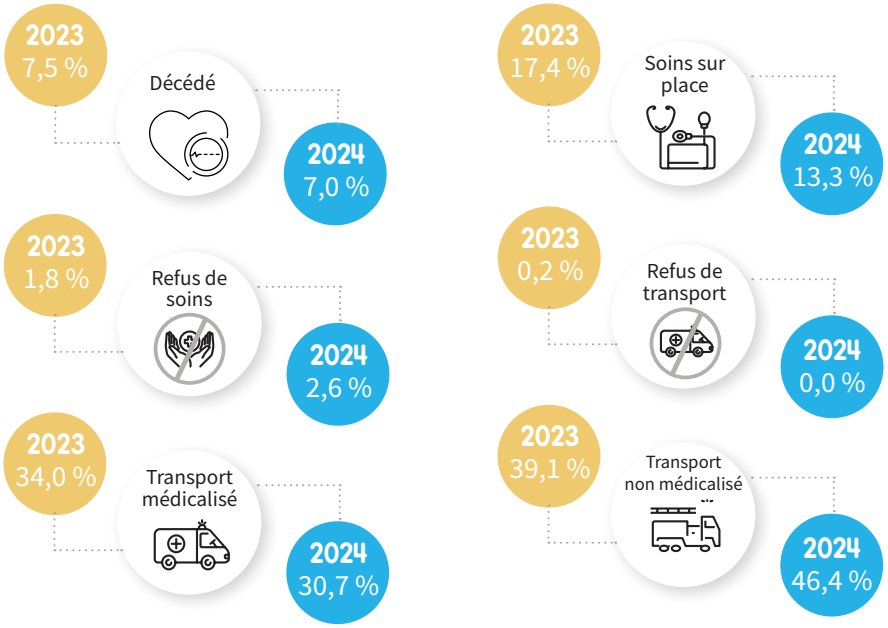
90 % des recours exploitables : 3

75 % des recours exploitables : 3

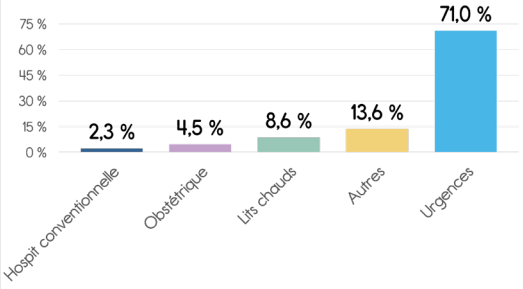
TYPE DE MISSION

Primaires		Secondaires dont TIIH	
2023	87,7 %	2023	12,3 %
2024	83,1 %	2024	16,9 %

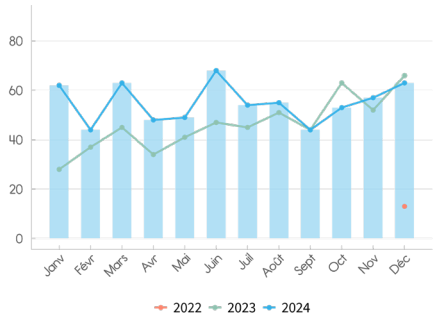
ORIENTATION



DESTINATION



Évolution mensuelle du nombre de RPIS transmis selon l'année pour le SMUR considéré. 2022-2024.



Analyse des valeurs atypiques des délais d'interventions SMUR pour l'année 2024

	Délais d'arrivée sur place (1)	Délais d'intervention sur place (2)	Délais d'intervention total (3)
*Taux d'exploitabilité**	98,0 %	98,9 %	98,9 %
Délais inférieur à 5 min	n = 255 (39,4 %)	n = 26 (4,0 %)	n = 3 (0,5 %)
Délais supérieur à 4 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 4 (0,6 %)	n = 1 (0,2 %)
Délais supérieur à 24 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 4 (0,6 %)	n = 0 (0,0 %)

*Proportion d'interventions pour lesquelles les deux dates sont renseignées et que le délais est strictement positif.
(1) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure d'arrivée sur le lieu d'intervention.
(2) Délais entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ du lieu d'intervention.
(3) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure de disponibilité.

Remarques :
1. Les évolutions du nombre de RPIS transmis ne reflètent pas nécessairement une hausse d'activité, mais traduisent la montée en charge du dispositif et l'usage croissant des tablettes embarquées.
2. Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.

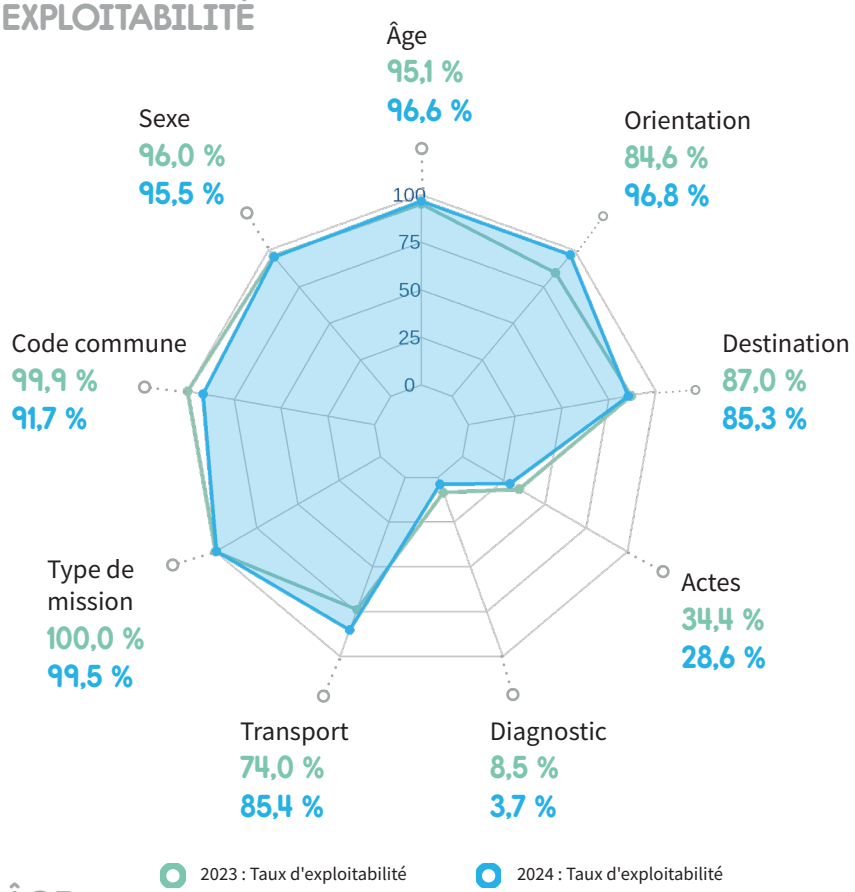
PAS-DE-CALAIS
SMUR Arras

SAE

6 226 SAE 2024 — 85,7 % d'exhaustivité SAE 2024

6 643 SAE 2023 — 78,9 % d'exhaustivité SAE 2023

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 56,9 ans

Âge médian 61,0 ans



NOMBRE DE RPIS

+ 1,8 % par rapport à 2023

+ 9,9 % par rapport à 2022

5 338
RPIS 2024

5 244 RPIS 2023

4 855 RPIS 2022

SEXE

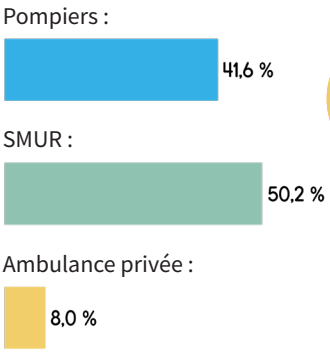
Sex-ratio 1,53

Femmes		Hommes	
2023	41,4 %	2023	58,6 %
2024	39,5 %	2024	60,5 %

MODE DE TRANSPORT

Force de l'ordre n=8

Secouristes n=4



HORAIRES D'INTERVENTION

Weekend 27,2 %

PDS 47,5 %

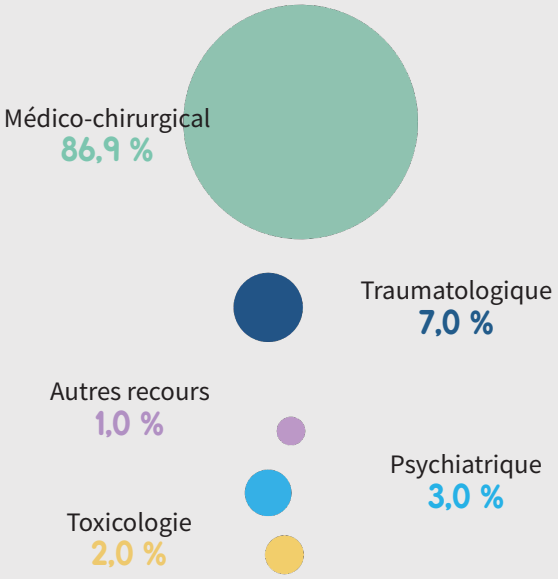
Jour : [8h - 20h[
- 68,2 %

Nuit : [20h - 8h[
- 31,8 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 14,5 %

Source : données RPIS 2021-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC



Cette répartition est à interpréter avec prudence : le codage généralement faible du diagnostic principal ne permet pas de la considérer comme pleinement représentative de la réalité.

Taux d'exploit. du diagnostic **3,7 %**

Nombre de diagnostics différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés : **97**

Représentant 95 % des recours exploitables : **87**

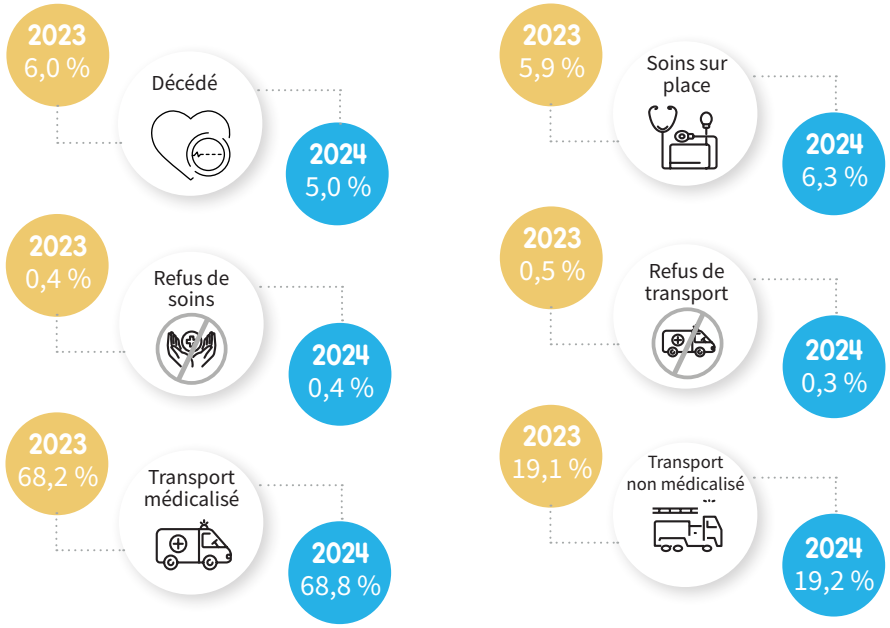
90 % des recours exploitables : **77**

75 % des recours exploitables : **47**

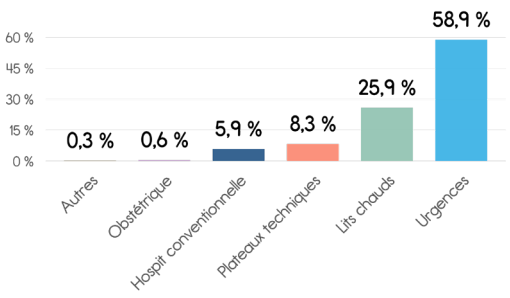
TYPE DE MISSION

Primaires		Secondaires dont TIIH	
2023	63,3 %	2023	36,7 %
2024	62,5 %	2024	37,5 %

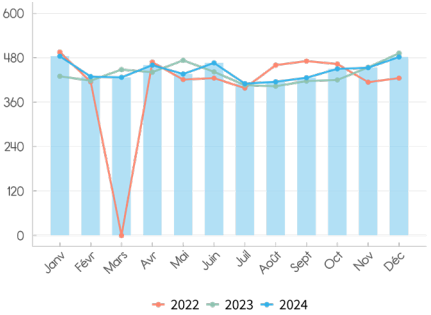
ORIENTATION



DESTINATION



Évolution mensuelle du nombre de RPIS transmis selon l'année pour le SMUR considéré. 2022-2024.



Analyse des valeurs atypiques des délais d'interventions SMUR pour l'année 2024

	Délais d'arrivée sur place [1]	Délais d'intervention sur place [2]	Délais d'intervention total [3]
*Taux d'exploitabilité**	97,2 %	95,5 %	94,4 %
Délais inférieur à 5 min	n = 1 723 (33,2 %)	n = 207 (4,1 %)	n = 27 (0,5 %)
Délais supérieur à 4 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 40 (0,8 %)	n = 109 (2,2 %)
Délais supérieur à 24 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 13 (0,3 %)	n = 7 (0,1 %)

*Proportion d'interventions pour lesquelles les deux dates sont renseignées et que le délais est strictement positif.
(1) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure d'arrivée sur le lieu d'intervention.
(2) Délais entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ du lieu d'intervention.
(3) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure de disponibilité.

Remarques :
1. Les évolutions du nombre de RPIS transmis ne reflètent pas nécessairement une hausse d'activité, mais traduisent la montée en charge du dispositif et l'usage croissant des tablettes embarquées.
2. Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.

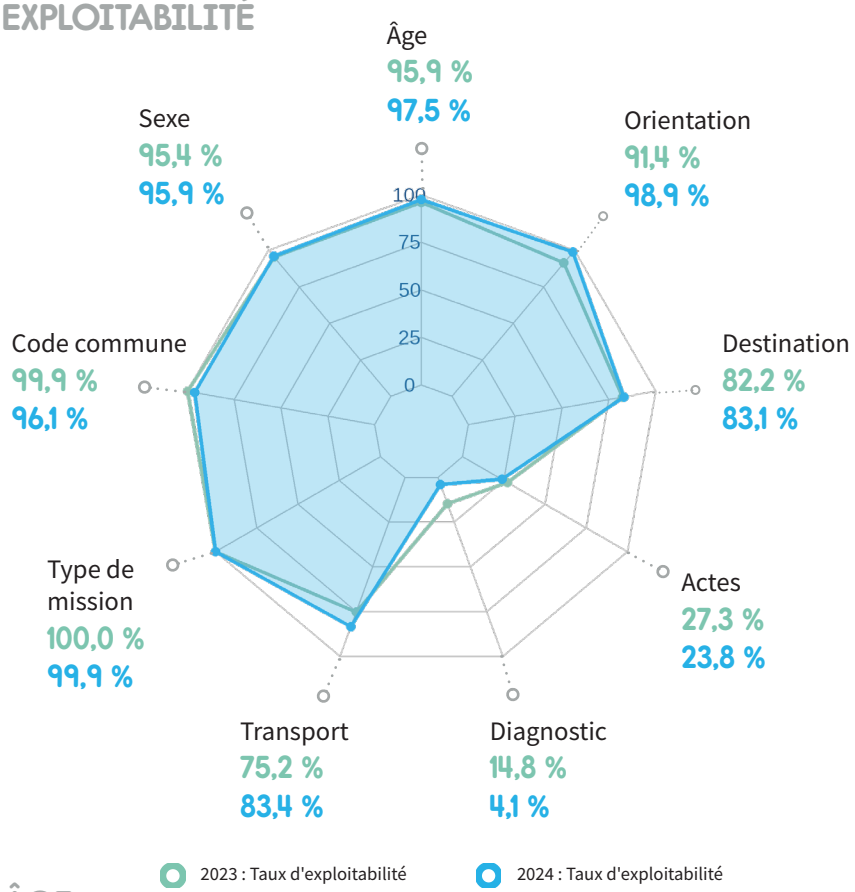
PAS-DE-CALAIS
SMUR Béthune

SAE

2 833 SAE 2024 — 93,7 % d'exhaustivité SAE 2024

2 675 SAE 2023 — 100,0 % d'exhaustivité SAE 2023

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 58,2 ans

Âge médian 63,0 ans



NOMBRE DE RPIS

- 0,8 % par rapport à 2023

2 654
RPIS 2024

2 675 RPIS 2023 — **0** RPIS 2022

SEXE

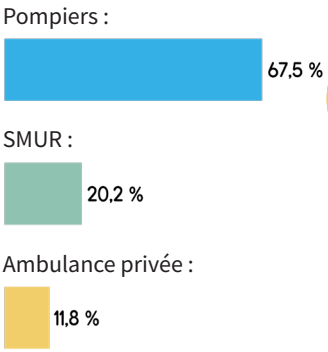
Sex-ratio 1,35

Femmes		Hommes	
2023	41,7 %	2023	58,3 %
2024	42,6 %	2024	57,4 %

MODE DE TRANSPORT

Force de l'ordre n=4

Secouristes n=7



HORAIRES D'INTERVENTION

Weekend 25,7 %

PDS 46,0 %

Jour : [8h - 20h[
- 68,7 %

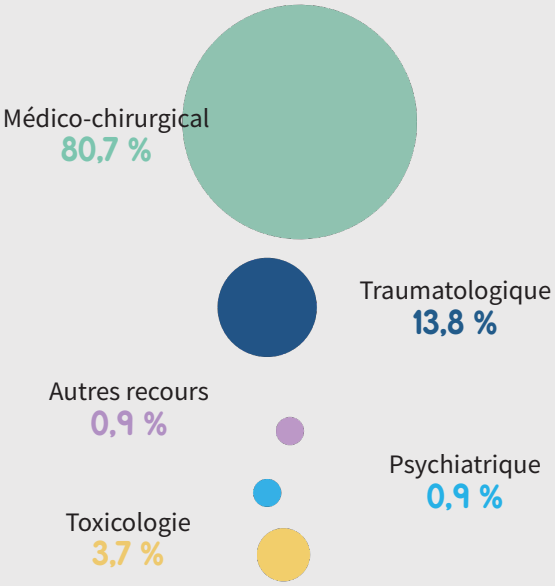
Nuit : [20h - 8h[
- 31,3 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 16,2 %

Source : données RPIS 2021-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

Focus établissement - Données RPIS

DIAGNOSTIC



Cette répartition est à interpréter avec prudence : le codage généralement faible du diagnostic principal ne permet pas de la considérer comme pleinement représentative de la réalité.

Taux d'exploit. du diagnostic **4,1 %**

Nombre de diagnostics différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés : **78**

Représentant 95 % des recours exploitables : **72**

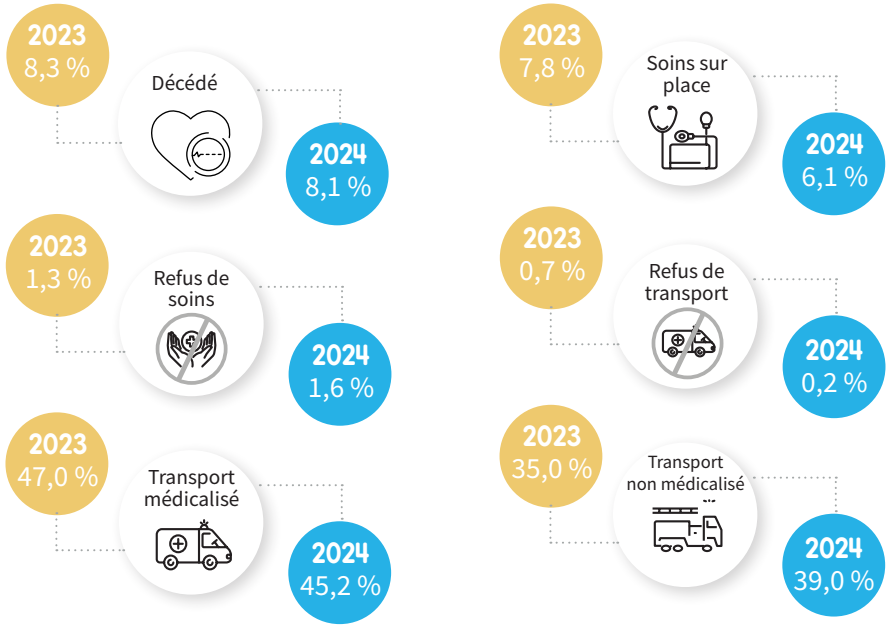
90 % des recours exploitables : **67**

75 % des recours exploitables : **50**

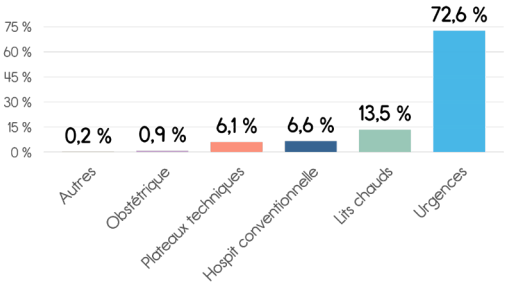
TYPE DE MISSION

Primaires		Secondaires dont TIIH	
2023	86,5 %	2023	13,5 %
2024	84,1 %	2024	15,9 %

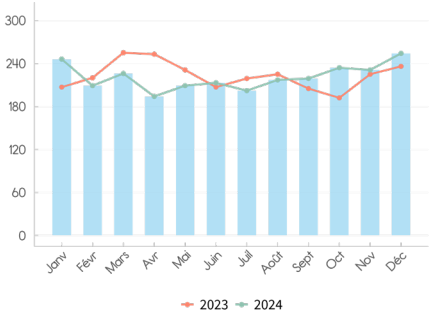
ORIENTATION



DESTINATION



Évolution mensuelle du nombre de RPIS transmis selon l'année pour le SMUR considéré. 2022-2024.



Analyse des valeurs atypiques des délais d'interventions SMUR pour l'année 2024

	Délais d'arrivée sur place [1]	Délais d'intervention sur place [2]	Délais d'intervention total [3]
*Taux d'exploitabilité**	97,1 %	98,4 %	98,4 %
Délais inférieur à 5 min	n = 623 (24,2 %)	n = 94 (3,6 %)	n = 34 (1,3 %)
Délais supérieur à 4 heures	n = 1 (0,0 %)	n = 6 (0,2 %)	n = 11 (0,4 %)
Délais supérieur à 24 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 4 (0,2 %)	n = 0 (0,0 %)

*Proportion d'interventions pour lesquelles les deux dates sont renseignées et que le délais est strictement positif.
(1) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure d'arrivée sur le lieu d'intervention.
(2) Délais entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ du lieu d'intervention.
(3) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure de disponibilité.

Remarques :
1. Les évolutions du nombre de RPIS transmis ne reflètent pas nécessairement une hausse d'activité, mais traduisent la montée en charge du dispositif et l'usage croissant des tablettes embarquées.
2. Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.

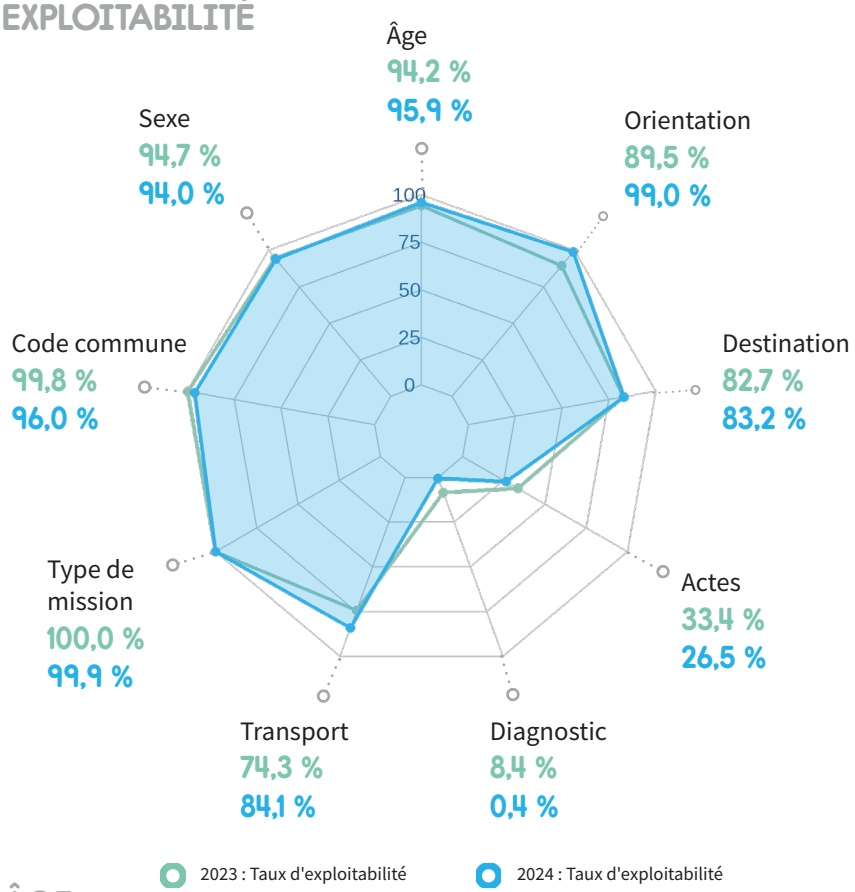
PAS-DE-CALAIS
SMUR Boulogne-sur-Mer

SAE

2 107 SAE 2024 — 94,4 % d'exhaustivité SAE 2024

1 776 SAE 2023 — 95,4 % d'exhaustivité SAE 2023

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 58,5 ans

Âge médian 64,0 ans



NOMBRE DE RPIS

+ 17,5 % par rapport à 2023

1 990
RPIS 2024

1 694 RPIS 2023

0 RPIS 2022

SEXE

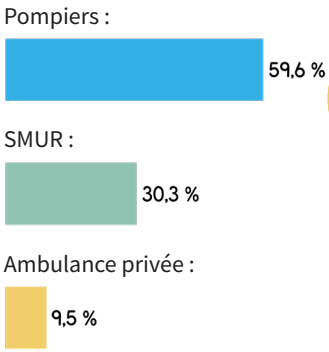
Sex-ratio 1,42

Femmes		Hommes	
2023	42,6 %	2023	57,4 %
2024	41,4 %	2024	58,6 %

MODE DE TRANSPORT

Force de l'ordre n=7

Secouristes n=3



HORAIRES D'INTERVENTION

Weekend 28,5 %

PDS 45,4 %

Jour : [8h - 20h[
- 72,2 %

Nuit : [20h - 8h[
- 27,8 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 13,9 %

Source : données RPIS 2021-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC



Médico-chirurgical
100,0 %

Traumatologique
< 0,1 %

Autres recours
< 0,1 %

Psychiatrique
< 0,1 %

Toxicologie
< 0,1 %

Cette répartition est à interpréter avec prudence : le codage généralement faible du diagnostic principal ne permet pas de la considérer comme pleinement représentative de la réalité.

Taux d'exploit. du diagnostic
0,4 %

Nombre de diagnostics différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés : 5

Représentant 95 % des recours exploitables : 4

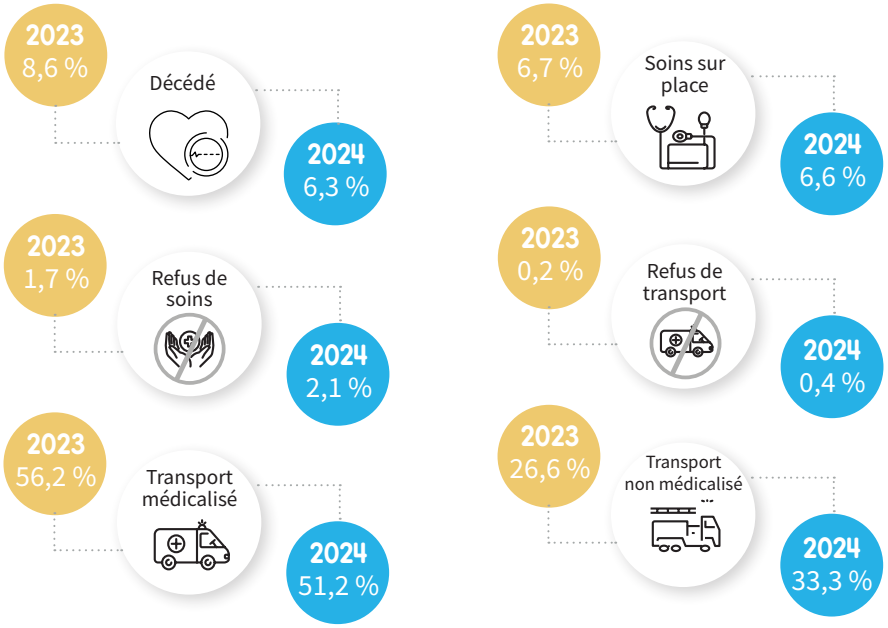
90 % des recours exploitables : 4

75 % des recours exploitables : 3

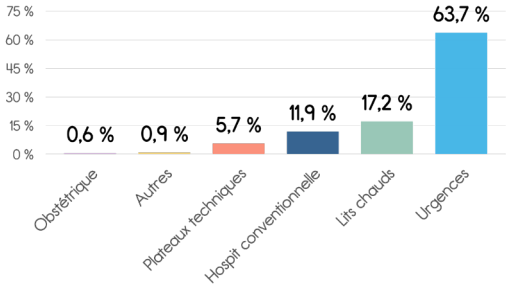
TYPE DE MISSION

Primaires		Secondaires dont TIIH	
2023	82,6 %	2023	17,4 %
2024	77,3 %	2024	22,7 %

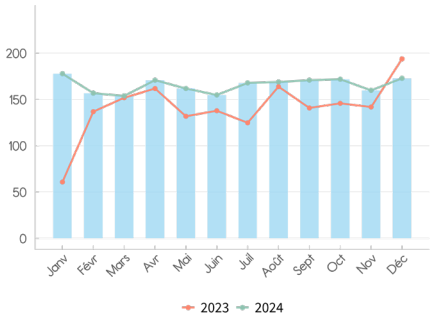
ORIENTATION



DESTINATION



Évolution mensuelle du nombre de RPIS transmis selon l'année pour le SMUR considéré. 2022-2024.



Analyse des valeurs atypiques des délais d'interventions SMUR pour l'année 2024

	Délais d'arrivée sur place (1)	Délais d'intervention sur place (2)	Délais d'intervention total (3)
*Taux d'exploitabilité**	99,5 %	98,5 %	98,3 %
Délais inférieur à 5 min	n = 540 (27,3 %)	n = 60 (3,1 %)	n = 19 (1,0 %)
Délais supérieur à 4 heures	n = 1 (0,1 %)	n = 18 (0,9 %)	n = 33 (1,7 %)
Délais supérieur à 24 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 2 (0,1 %)	n = 1 (0,1 %)

*Proportion d'interventions pour lesquelles les deux dates sont renseignées et que le délais est strictement positif.
(1) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure d'arrivée sur le lieu d'intervention.
(2) Délais entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ du lieu d'intervention.
(3) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure de disponibilité.

Remarques :
1. Les évolutions du nombre de RPIS transmis ne reflètent pas nécessairement une hausse d'activité, mais traduisent la montée en charge du dispositif et l'usage croissant des tablettes embarquées.
2. Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.

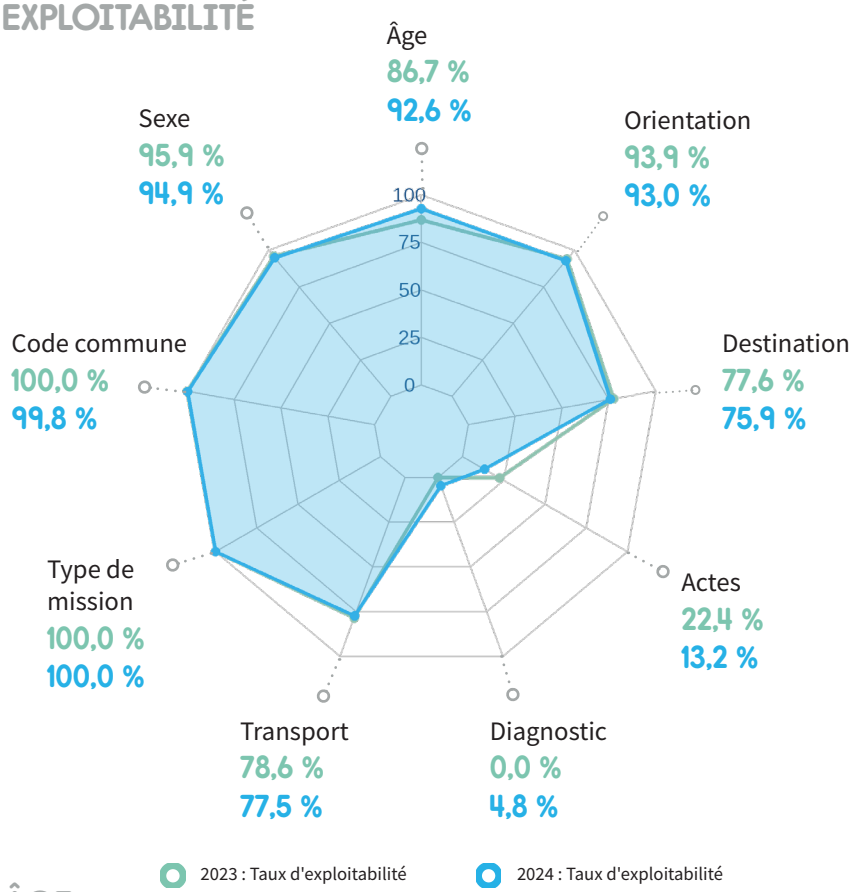
PAS-DE-CALAIS
SMUR CHAM

SAE

1 170 SAE 2024 — 74,2 % d'exhaustivité SAE 2024

1 600 SAE 2023 — 6,1 % d'exhaustivité SAE 2023

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 60,7 ans

Âge médian 66,0 ans



NOMBRE DE RPIS

+ 785,7 % par rapport à 2023

868
RPIS 2024

98 RPIS 2023 — **0** RPIS 2022

SEXE

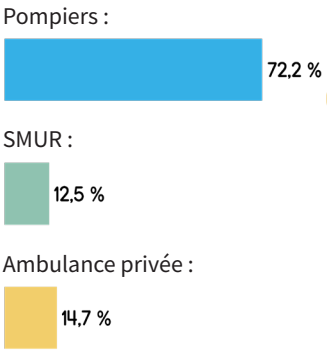
Sex-ratio 1,57

Femmes		Hommes	
2023	37,2 %	2023	62,8 %
2024	38,8 %	2024	61,2 %

MODE DE TRANSPORT

Force de l'ordre n=2

Secouristes n=2



HORAIRES D'INTERVENTION

Weekend 28,1 %

PDS 49,7 %

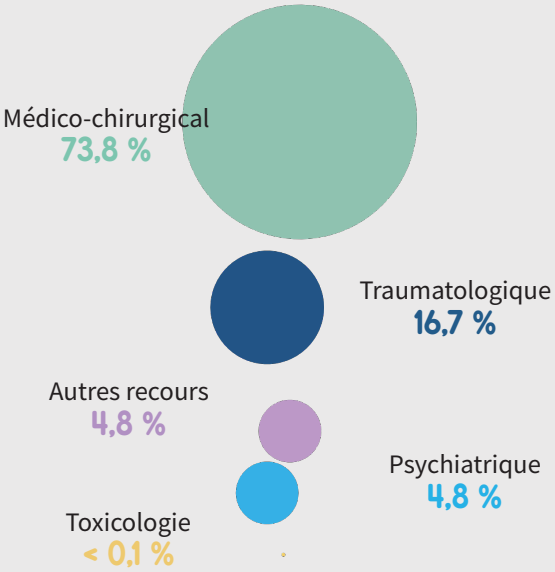
Jour : [8h - 20h[
- 65,6 %

Nuit : [20h - 8h[
- 34,4 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 17,7 %

Source : données RPIS 2021-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC



Cette répartition est à interpréter avec prudence : le codage généralement faible du diagnostic principal ne permet pas de la considérer comme pleinement représentative de la réalité.

Taux d'exploit. du diagnostic **4,8 %**

Nombre de diagnostics différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés : **28**

Représentant 95 % des recours exploitables : **25**

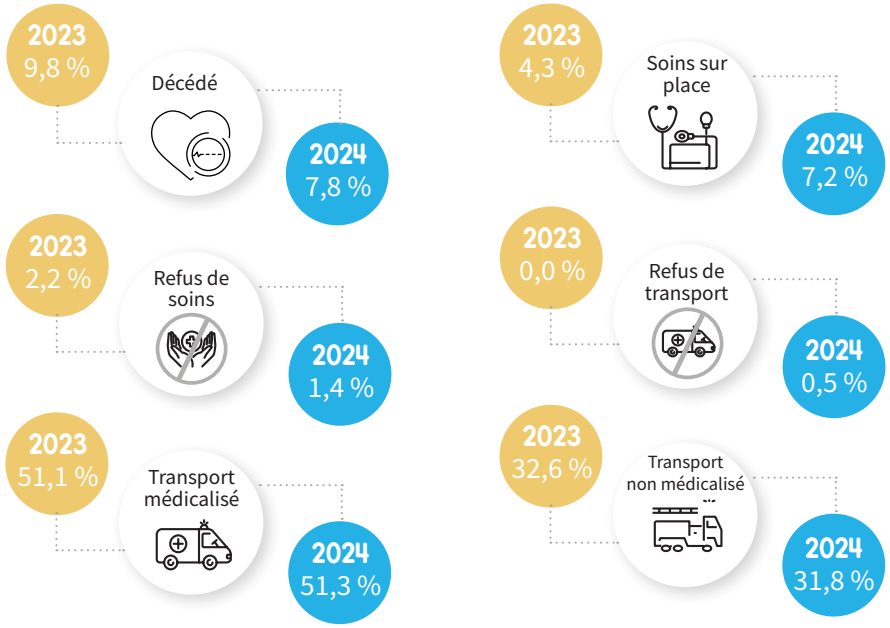
90 % des recours exploitables : **23**

75 % des recours exploitables : **17**

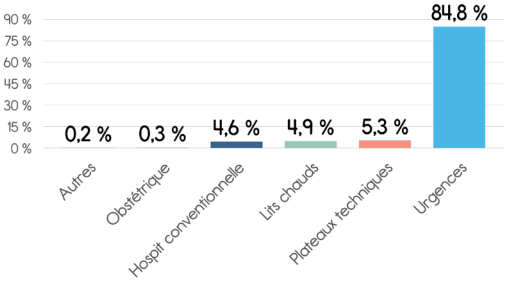
TYPE DE MISSION

Primaires		Secondaires dont TIIH	
2023	95,9 %	2023	4,1 %
2024	92,9 %	2024	7,1 %

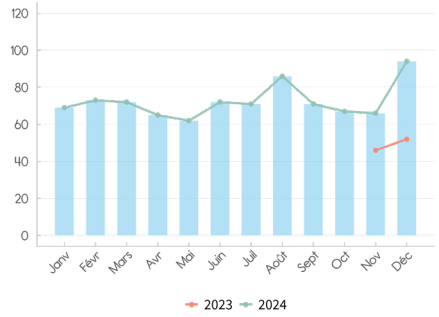
ORIENTATION



DESTINATION



Évolution mensuelle du nombre de RPIS transmis selon l'année pour le SMUR considéré. 2022-2024.



Analyse des valeurs atypiques des délais d'interventions SMUR pour l'année 2024

	Délais d'arrivée sur place [1]	Délais d'intervention sur place [2]	Délais d'intervention total [3]
*Taux d'exploitabilité**	98,8 %	92,4 %	90,0 %
Délais inférieur à 5 min	n = 203 (23,7 %)	n = 40 (5,0 %)	n = 12 (1,5 %)
Délais supérieur à 4 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 15 (1,9 %)	n = 25 (3,2 %)
Délais supérieur à 24 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 1 (0,1 %)	n = 4 (0,5 %)

*Proportion d'interventions pour lesquelles les deux dates sont renseignées et que le délais est strictement positif.
(1) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure d'arrivée sur le lieu d'intervention.
(2) Délais entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ du lieu d'intervention.
(3) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure de disponibilité.

Remarques :
1. Les évolutions du nombre de RPIS transmis ne reflètent pas nécessairement une hausse d'activité, mais traduisent la montée en charge du dispositif et l'usage croissant des tablettes embarquées.
2. Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.

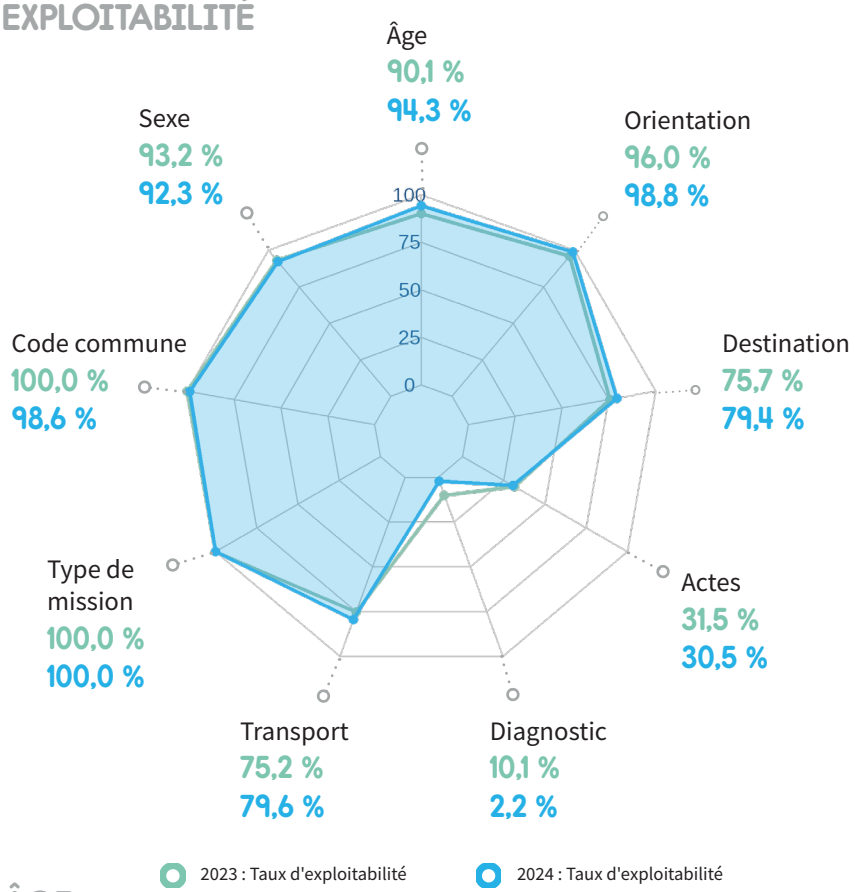
PAS-DE-CALAIS
SMUR Calais

SAE

1 694 SAE 2024 — 104,1 % d'exhaustivité SAE 2024

1 861 SAE 2023 — 93,5 % d'exhaustivité SAE 2023

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 54,7 ans

Âge médian 59,0 ans



NOMBRE DE RPIS

+ 1,3 % par rapport à 2023

+ 365,2 % par rapport à 2022

1 763
RPIS 2024

1 740 RPIS 2023

379 RPIS 2022

SEXE

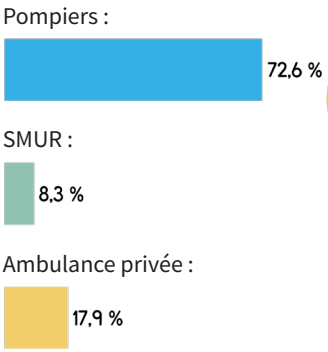
Sex-ratio 1,50

Femmes		Hommes	
2023	38,0 %	2023	62,0 %
2024	39,9 %	2024	60,1 %

MODE DE TRANSPORT

Force de l'ordre n=7

Secouristes n=9



HORAIRES D'INTERVENTION

Weekend 31,6 %

PDS 49,1 %

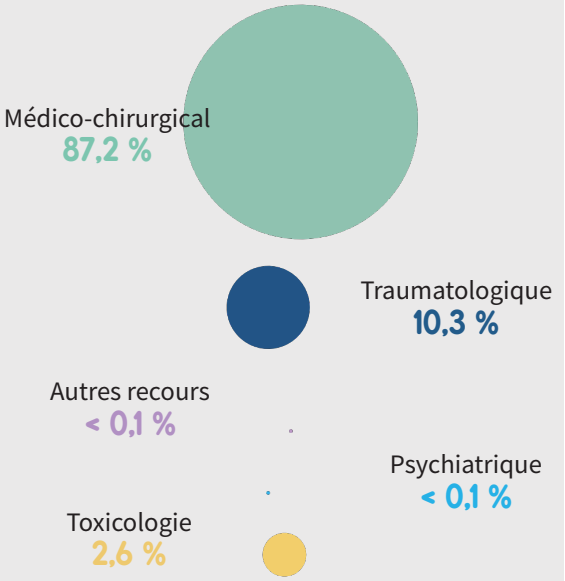
Jour : [8h - 20h[
- 67,0 %

Nuit : [20h - 8h[
- 33,0 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 16,5 %

Source : données RPIS 2021-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC



Cette répartition est à interpréter avec prudence : le codage généralement faible du diagnostic principal ne permet pas de la considérer comme pleinement représentative de la réalité.

Taux d'exploit. du diagnostic **2,2 %**

Nombre de diagnostics différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés : **23**

Représentant 95 % des recours exploitables : **21**

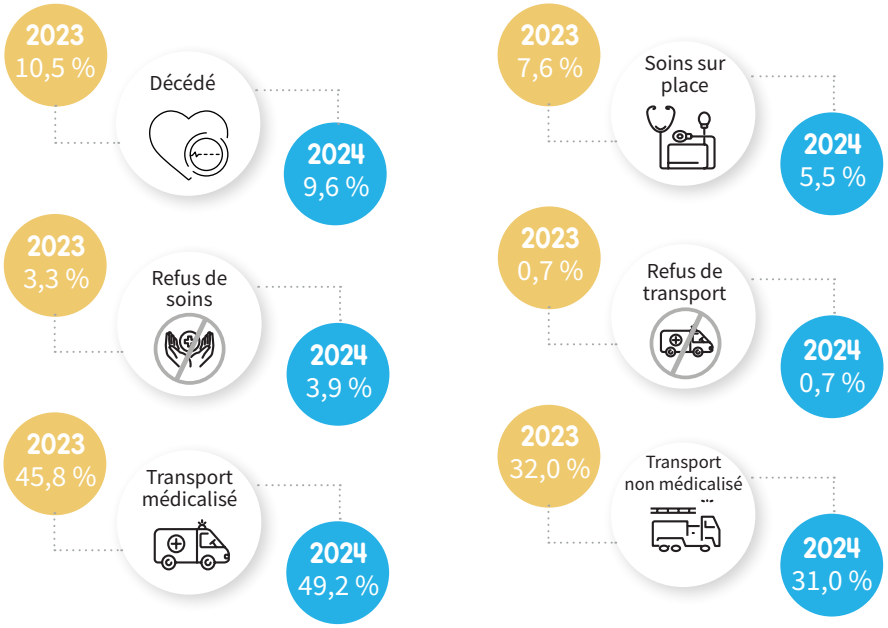
90 % des recours exploitables : **19**

75 % des recours exploitables : **13**

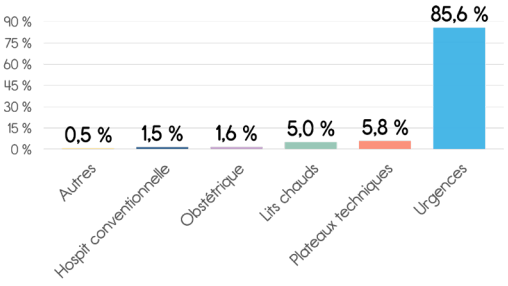
TYPE DE MISSION

Primaires		Secondaires dont TIIH	
2023	94,2 %	2023	5,8 %
2024	94,2 %	2024	5,8 %

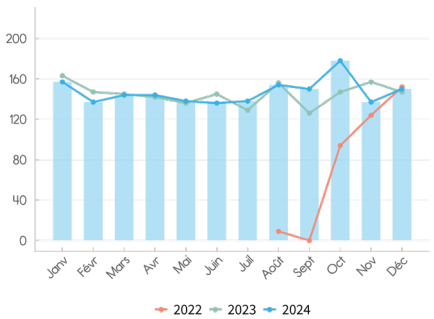
ORIENTATION



DESTINATION



Évolution mensuelle du nombre de RPIS transmis selon l'année pour le SMUR considéré. 2022-2024.



Analyse des valeurs atypiques des délais d'interventions SMUR pour l'année 2024

	Délais d'arrivée sur place [1]	Délais d'intervention sur place [2]	Délais d'intervention total [3]
*Taux d'exploitabilité**	98,4 %	98,9 %	98,9 %
Délais inférieur à 5 min	n = 659 (38,0 %)	n = 92 (5,3 %)	n = 31 (1,8 %)
Délais supérieur à 4 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 6 (0,3 %)	n = 8 (0,5 %)
Délais supérieur à 24 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 1 (0,1 %)	n = 2 (0,1 %)

*Proportion d'interventions pour lesquelles les deux dates sont renseignées et que le délais est strictement positif.
(1) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure d'arrivée sur le lieu d'intervention.
(2) Délais entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ du lieu d'intervention.
(3) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure de disponibilité.

Remarques :
1. Les évolutions du nombre de RPIS transmis ne reflètent pas nécessairement une hausse d'activité, mais traduisent la montée en charge du dispositif et l'usage croissant des tablettes embarquées.
2. Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.

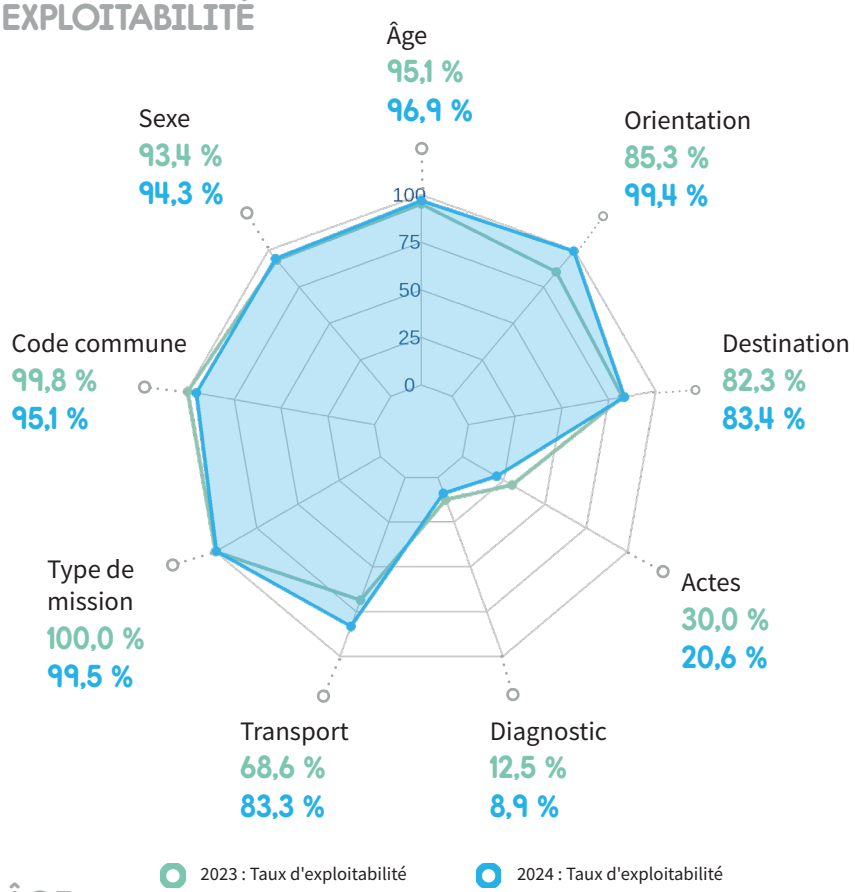
PAS-DE-CALAIS
SMUR Lens

SAE

4 171 SAE 2024 — 94,8 % d'exhaustivité SAE 2024

3 933 SAE 2023 — 100,0 % d'exhaustivité SAE 2023

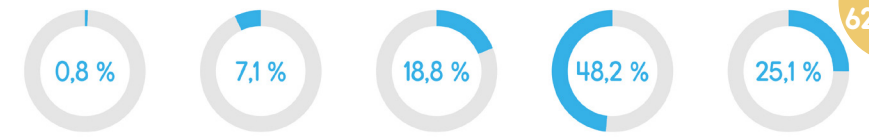
EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 56,9 ans

Âge médian 62,0 ans



NOMBRE DE RPIS

+ 0,6 % par rapport à 2023

3 956
RPIS 2024

3 933 RPIS 2023 — **0** RPIS 2022

SEXE

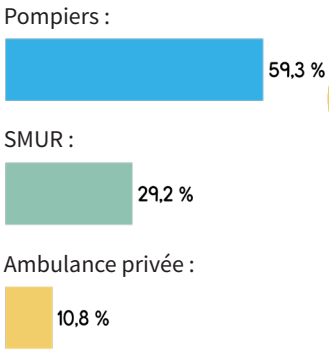
Sex-ratio 1,37

Femmes		Hommes	
2023	44,0 %	2023	56,0 %
2024	42,2 %	2024	57,8 %

MODE DE TRANSPORT

Force de l'ordre n=3

Secouristes n=20



HORAIRES D'INTERVENTION

Weekend 26,6 %

PDS 45,9 %

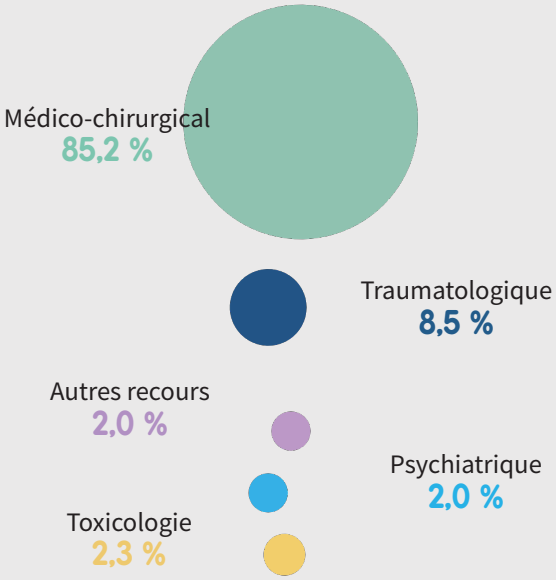
Jour : [8h - 20h[
- 69,5 %

Nuit : [20h - 8h[
- 30,5 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 15,5 %

Source : données RPIS 2021-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC



Cette répartition est à interpréter avec prudence : le codage généralement faible du diagnostic principal ne permet pas de la considérer comme pleinement représentative de la réalité.

Taux d'exploit. du diagnostic **8,9 %**

Nombre de diagnostics différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés : **158**

Représentant 95 % des recours exploitables : **140**

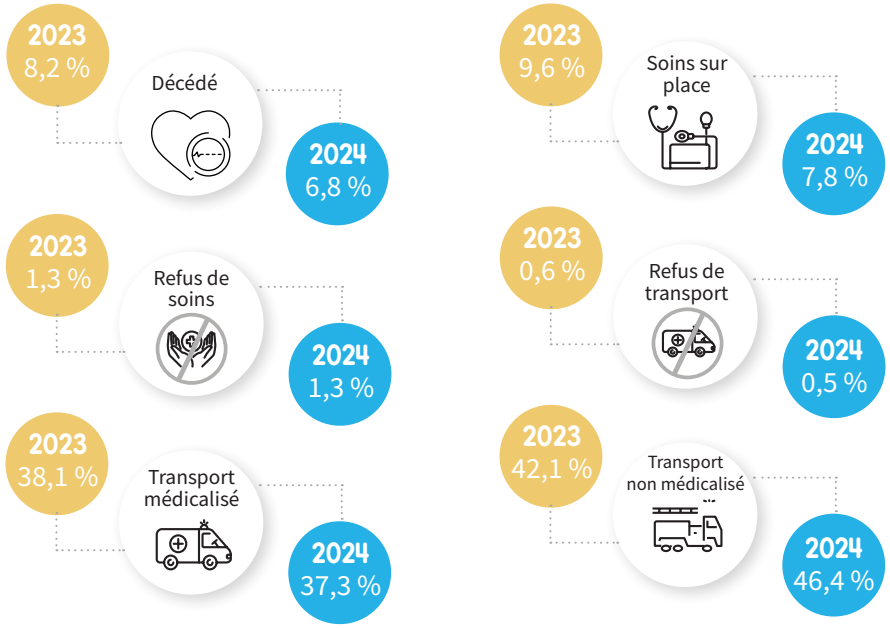
90 % des recours exploitables : **122**

75 % des recours exploitables : **70**

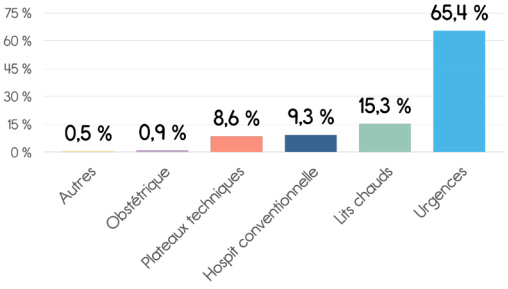
TYPE DE MISSION

Primaires		Secondaires dont TIIH	
2023	78,9 %	2023	21,1 %
2024	76,9 %	2024	23,1 %

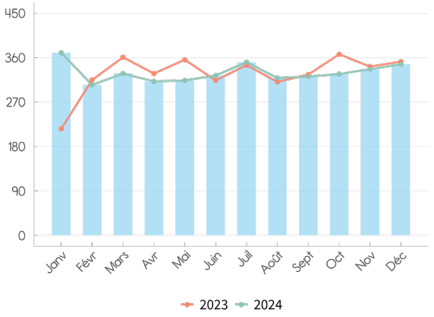
ORIENTATION



DESTINATION



Évolution mensuelle du nombre de RPIS transmis selon l'année pour le SMUR considéré. 2022-2024.



Analyse des valeurs atypiques des délais d'interventions SMUR pour l'année 2024

	Délais d'arrivée sur place [1]	Délais d'intervention sur place [2]	Délais d'intervention total [3]
*Taux d'exploitabilité**	94,7 %	99,0 %	99,0 %
Délais inférieur à 5 min	n = 848 (22,6 %)	n = 180 (4,6 %)	n = 52 (1,3 %)
Délais supérieur à 4 heures	n = 2 (0,1 %)	n = 9 (0,2 %)	n = 22 (0,6 %)
Délais supérieur à 24 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 2 (0,1 %)	n = 1 (0,0 %)

*Proportion d'interventions pour lesquelles les deux dates sont renseignées et que le délai est strictement positif.
(1) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure d'arrivée sur le lieu d'intervention.
(2) Délais entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ du lieu d'intervention.
(3) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure de disponibilité.

Remarques :
1. Les évolutions du nombre de RPIS transmis ne reflètent pas nécessairement une hausse d'activité, mais traduisent la montée en charge du dispositif et l'usage croissant des tablettes embarquées.
2. Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.

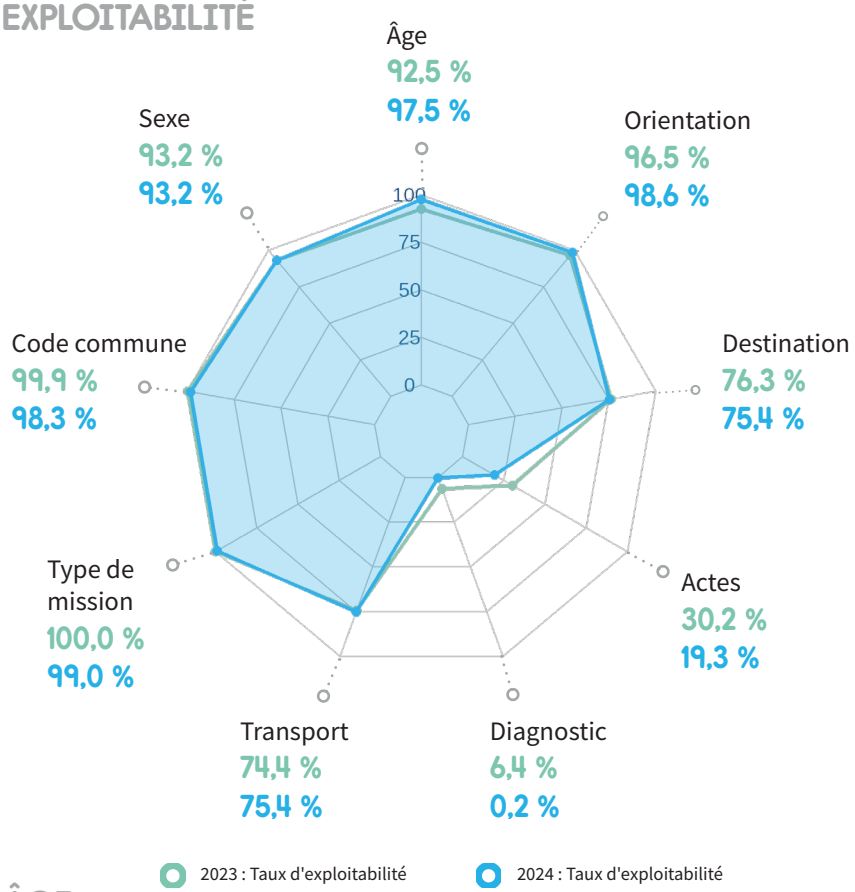
PAS-DE-CALAIS
SMUR Saint-Omer

SAE

1 353 SAE 2024 — 100,8 % d'exhaustivité SAE 2024

1 373 SAE 2023 — 96,6 % d'exhaustivité SAE 2023

EXPLOITABILITÉ



ÂGE

Âge moyen 57,1 ans

Âge médian 61,0 ans



NOMBRE DE RPIS

+ 2,9 % par rapport à 2023

+ 5,9 % par rapport à 2022

1 364
RPIS 2024

1 326 RPIS 2023 — **1 288** RPIS 2022

SEXE

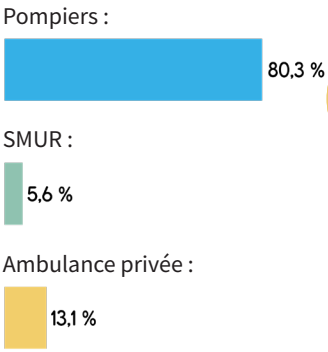
Sex-ratio 1,42

Femmes		Hommes	
2023	44,3 %	2023	55,7 %
2024	41,3 %	2024	58,7 %

MODE DE TRANSPORT

Force de l'ordre n=3

Secouristes n=7



HORAIRES D'INTERVENTION

Weekend 32,4 %

PDS 50,1 %

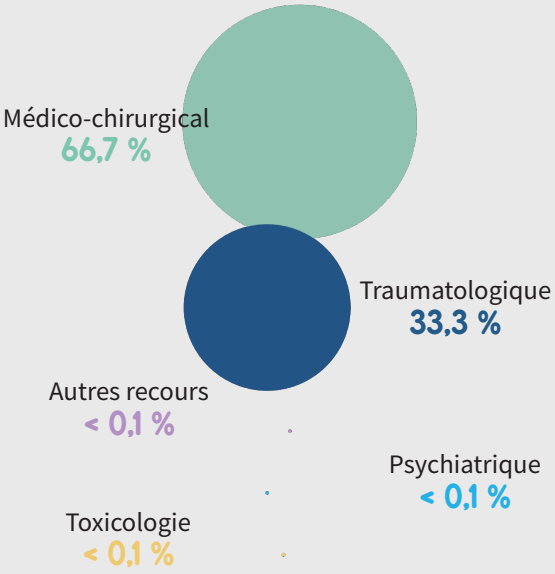
Jour : [8h - 20h[
- 66,1 %

Nuit : [20h - 8h[
- 33,9 %

Nuit profonde : [0h - 8h[
- 16,5 %

Source : données RPIS 2021-2024 | Exploitation : GRADeS Inéa - ORU

DIAGNOSTIC



Cette répartition est à interpréter avec prudence : le codage généralement faible du diagnostic principal ne permet pas de la considérer comme pleinement représentative de la réalité.

Taux d'exploit. du diagnostic **0,2 %**

Nombre de diagnostics différents renseignés :

Nombre total de DP différents renseignés : **3**

Représentant 95 % des recours exploitables : **2**

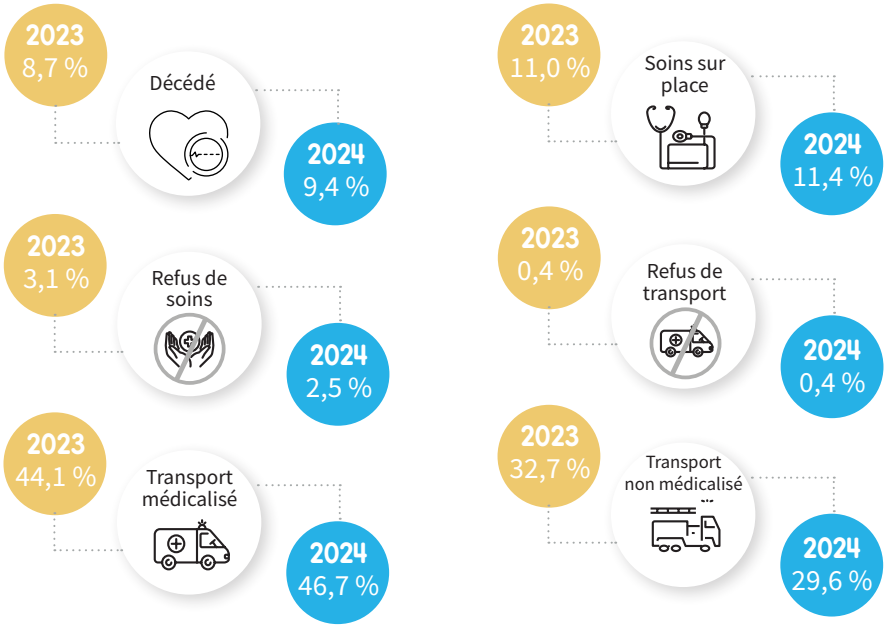
90 % des recours exploitables : **2**

75 % des recours exploitables : **2**

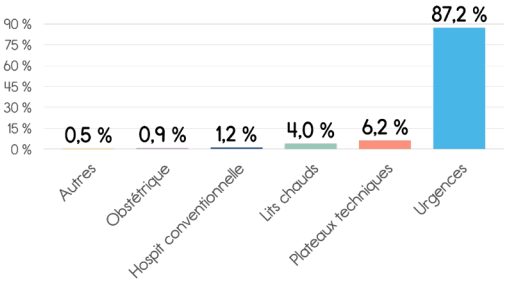
TYPE DE MISSION

Primaires		Secondaires dont TIIH	
2023	94,6 %	2023	5,4 %
2024	96,1 %	2024	3,9 %

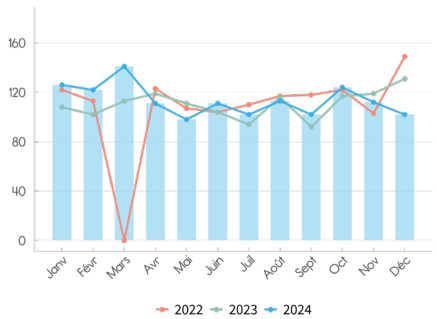
ORIENTATION



DESTINATION



Évolution mensuelle du nombre de RPIS transmis selon l'année pour le SMUR considéré. 2022-2024.

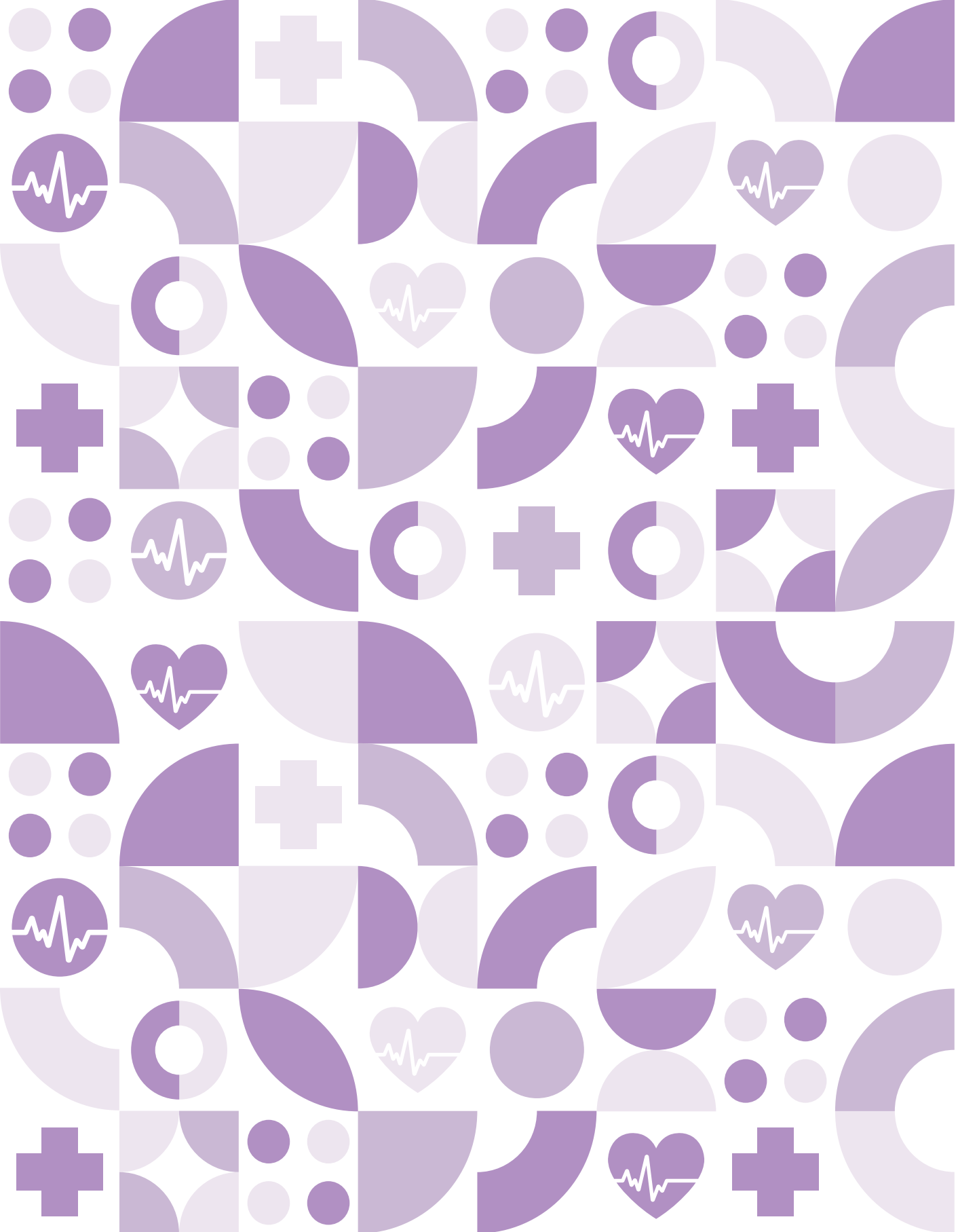


Analyse des valeurs atypiques des délais d'interventions SMUR pour l'année 2024

	Délais d'arrivée sur place (1)	Délais d'intervention sur place (2)	Délais d'intervention total (3)
*Taux d'exploitabilité**	99,2 %	98,5 %	98,3 %
Délais inférieur à 5 min	n = 242 (17,9 %)	n = 43 (3,2 %)	n = 17 (1,3 %)
Délais supérieur à 4 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 4 (0,3 %)	n = 9 (0,7 %)
Délais supérieur à 24 heures	n = 0 (0,0 %)	n = 4 (0,3 %)	n = 3 (0,2 %)

*Proportion d'interventions pour lesquelles les deux dates sont renseignées et que le délais est strictement positif.
(1) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure d'arrivée sur le lieu d'intervention.
(2) Délais entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ du lieu d'intervention.
(3) Délais entre l'heure de départ de la base du SMUR et l'heure de disponibilité.

Remarques :
1. Les évolutions du nombre de RPIS transmis ne reflètent pas nécessairement une hausse d'activité, mais traduisent la montée en charge du dispositif et l'usage croissant des tablettes embarquées.
2. Les indicateurs présentés doivent être interprétés au regard de l'exploitabilité des items qu'ils mobilisent (voir radar d'exploitabilité). Lorsque l'exploitabilité est insuffisante, les indicateurs peuvent être biaisés ou incomplets, et ne plus représenter de manière fidèle la réalité observée.



Partie 5

Organisation des structures

Méthodologie

Introduction

Ce chapitre présente les résultats obtenus lors de la complétion, en 2023-2024, du questionnaire relatif à l'organisation des services d'urgence dont l'objectif est de décrire les structures, les processus et les équipements ou outils en place dans les différents établissements. Pour ce faire, nous avons utilisé une approche mixte combinant un questionnaire riche et détaillé et des entretiens semi-directifs par téléphone. Les résultats obtenus offrent une base pour comprendre les dynamiques actuelles et pour proposer des améliorations organisationnelles et nécessiteront d'être mis à jour régulièrement par les établissements.

Population Cible

La population cible de cette étude comprenait les professionnels des 49 établissements siège d'au moins un service d'urgence de la région, incluant :

- Les médecins urgentistes ;
- Les médecins DIM ;
- Les cadres de santé ;
- Les directions générales ;
- Les directions des systèmes d'information.

Cette diversité de fonctions permet d'obtenir une vision globale et multidimensionnelle des urgences cependant les répondants n'ont pas toujours été homogène et un entretien téléphonique ou des retours mails ont été nécessaires afin de clarifier certains points.

Collecte des Données

Un questionnaire structuré a été élaboré en lien avec des médecins et l'Agence régionale de santé pour recueillir les informations. Ce questionnaire a été distribué par voie électronique aux participants, avec une demande de retour dans un délai spécifié ; ce délai a été repoussé à plusieurs reprises notamment par manque d'adhésion permettant ainsi une réponse à l'enquête sur plus de 12 mois. Les questions étaient conçues pour être claires et précises, mais certaines ont pu être interprétées différemment par les répondants en raison de la diversité de leurs rôles et responsabilités. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés pour approfondir les réponses obtenues via le questionnaire et pour clarifier les points ambigus.

Analyse des Données

Les réponses au questionnaire ont été retranscrites telles quelles dans ce document mais de façon thématique pour plus de clarté.

Limites

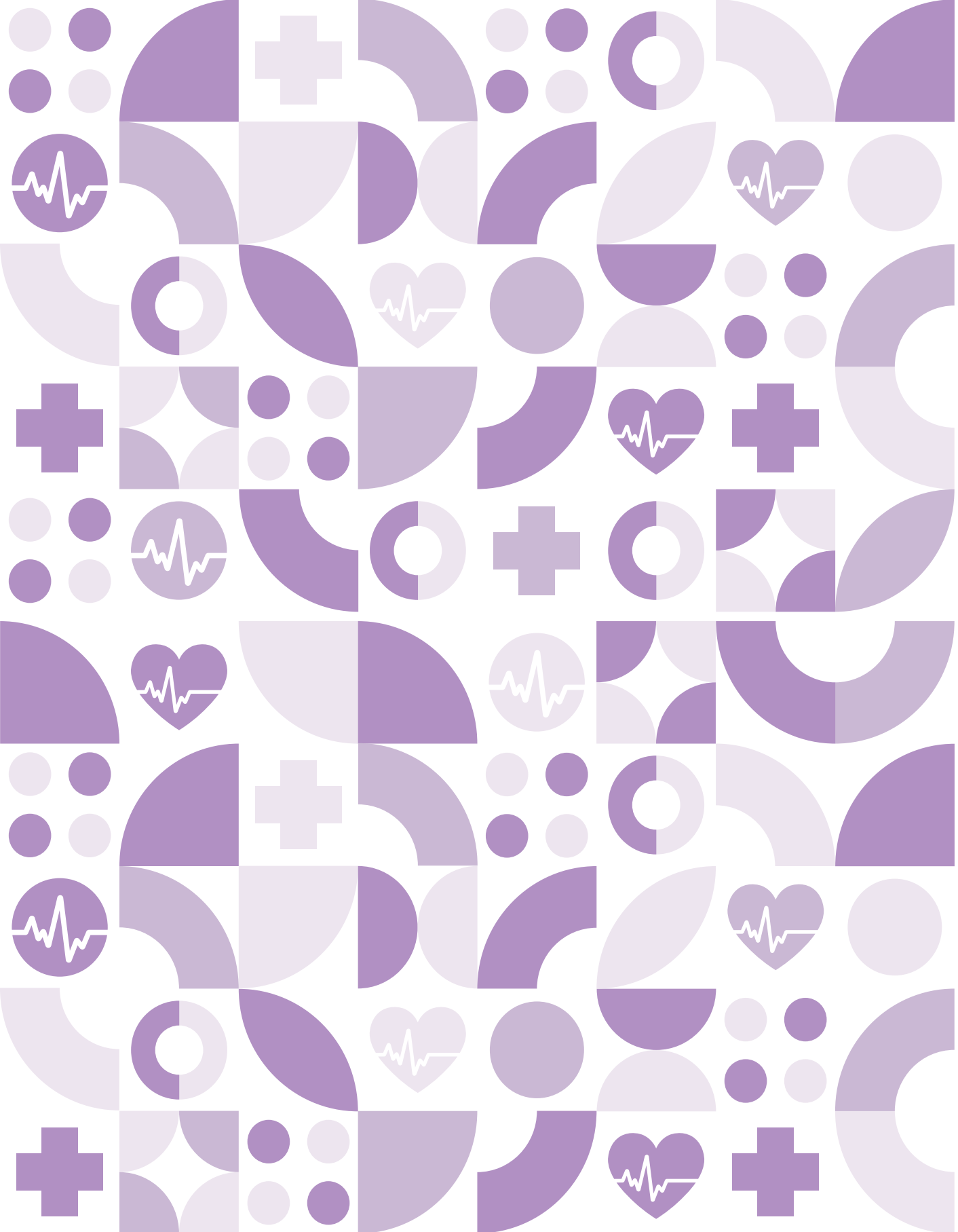
Plusieurs limites sont à mentionner, notamment :

- **Hétérogénéité des répondants : La diversité des fonctions des répondants a pu introduire des biais dans l'interprétation des questions et donc la réponse obtenue ;**
- **Compréhension différente des questions : Certaines questions ont été comprises différemment par les établissements, ce qui peut affecter la comparabilité des réponses ;**
- **Période étendue : La période allongée de l'enquête a pu introduire des biais de réponse avec des changements de processus ou d'outils non pris en compte.**
- **Non réponse : certains établissement n'ont pas répondu à l'enquête ou ont omis certaines parties et/ou questions.**

Evolution et mise à jour

Ce panorama se veut dynamique pour s'adapter aux évolutions des services. Si vous relevez des incohérences ou des changements, merci de nous en faire part à oru@esante-hdf.fr





Sommaire

02

- CH de Château-Thierry
- CH de Chauny
- CH de Laon
- CH de Saint-Quentin
- CH de Soissons
- CH d'Hirson
- Polyclinique Saint-Claude

80

- CH d'Abbeville
- CH de Doullens
- CH de Péronne
- CHIMR - Site de Montdidier
- CHU d'Amiens
- SAS Cardiologie et Urgences

62

- CH de Lens
- Clinique Anne d'Artois
- AHNAC - Polyclinique de la Clarence
- AHNAC - Polyclinique de Riaumont
- AHNAC - Polyclinique d'Hénin-Beaumont
- CH d'Arras
- CH de Béthune
- CH de Boulogne-sur-Mer
- CH de Calais
- CH de la Région de Saint-Omer (CHRSO)
- CH de l'Arrondissement de Montreuil (CHAM)

60

- CH de Beauvais
- CH de Clermont
- CHICN - Site de Compiègne
- CHICN - Site de Noyon
- GHPSO - Site de Creil
- Polyclinique Saint-Côme

59

- GHICL - ES Saint-Philibert
- GHICL - ES Saint-Vincent
- Polyclinique de Grande-Synthe
- Polyclinique Vauban
- CH d'Armentières
- CH de Cambrai
- CH de Denain
- CH de Douai
- CH de Dunkerque
- CH de Fourmies
- CH de Roubaix
- CH de Sambre-Avesnois (CHSA)
- CH de Seclin
- CH de Tourcoing
- CH de Valenciennes
- CH d'Hazebrouck
- CH Le Cateau-Cambrésis
- CHU de Lille
- Clinique Saint-Amé

*ETABLISSEMENTS DE L'***AISNE**



02

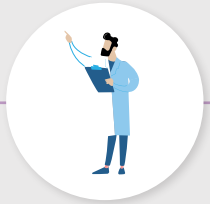
- **CH de Château-Thierry**
- **CH de Chauny**
- **CH de Laon**
- **CH de Saint-Quentin**
- **CH de Soissons**
- **CH d'Hirson**
- **Polyclinique Saint-Claude**

Organisation

AISNE
CH de Château-Thierry

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : Non

Le chef de service est urgentiste : Non

Le chef de pôle est urgentiste : Non

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : Non

Existence d'un cadre dédié aux urgences : Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : Non

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : Oui

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Existence d'une charte décrivant les éléments **objectifs** de tension (nb entrées, nb de personnes âgées, absence de lit d'aval, ...)

Existence d'un plan HET : ? Oui

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Non
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Oui

Nombre de lits supplémentaires **6**



Soins non programmés (SNP)



Fréquence de réunion **En cas de tension**

Existence d'une comission des admissions non programmées : Oui

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Oui

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui



Fréquence de mise à jour du TB **Toutes les heures**

Non

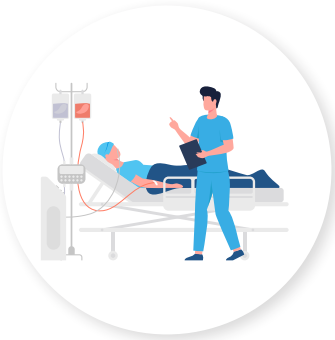
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Non
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Oui

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Non
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Non
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Pas de bed-management
Assuré par le cadre des urgences	Pas de bed-management
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Pas de bed-management
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Pas de bed-management

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Non

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **avec** une ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Oui**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Oui**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui



A l'échelle du GHT/groupe d'établissements/ territoire



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Non**

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Non**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Urgentistes & MIR/MAR**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pas de SAUV pédia**

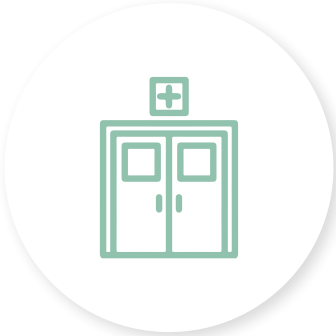
2 Nombre de places SAUV adulte

0 Nombre de places SAUV pédiatrique

11 Nombre de box SU adulte

0 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Non
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Non
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Non

Fonction assurée par l'IOA 24h/24

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

3 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **3** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

2 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

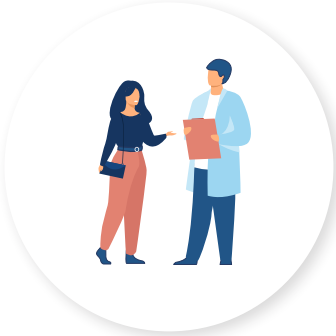
DONT **2** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

0 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SU	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Echelle de tri utilisée **CIMU**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Au SU par un urgentiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Orthopédie

Réorientations

Pas de réorientation

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Oui

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Oui

Plage horaire d'appel **24h/24**





L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

- La raison est traumatologique

Organisation

- Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif
- Le déchocage est réalisé au SU polyvalent



Equipe médicale

- Absence de pédopsychiatre
- Absence de psychologue pour les enfants
- Absence d'infirmier en pédopsychiatrie
- Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Organisation

Le SMUR

Transition vers la dématérialisation



Format du dossier médical SMUR : **Tablette informatique**

Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR : **Non**

Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique : **Non**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : **Oui**

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la journée

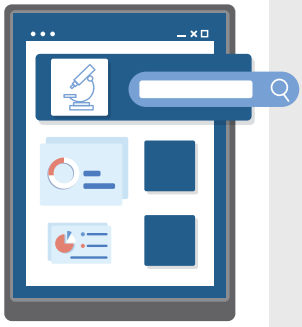
DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la nuit)



Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : **Oui**

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : **Oui**



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH : **Non**

En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux : **Non**

En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* : **Non**

cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence

Missions du médecin SMUR



Missions des médecins SMUR au sein du SU lorsqu'ils ne sont pas en intervention

PEC des patients en circuit court

PEC des patients en circuit long

Poursuite de la PEC des patients amenés par le SMUR

En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

Non

Interprétation radiographique

Interprétation systématique des radiographies par des radiologues

Toujours interprétées en différé

Interprétation par l'IA immédiatement et par le radiologue en différé

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Absence de prélèvements échoguidés au SU

Absence de réalisation d'échographies spécialisées au SU

Echographies doppler pour suspicion de phlébites
En journée (SU ou ES) hors w-e/jours fériés

IRM

Présence d'une IRM sur site

Accès facilité/dédié pour les urgences **24h/24 7j/7**

Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU
Brancardage

Accès facilité pour les urgences
24h/24 7j/7

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Oui
Lactate	Non
Ionogramme	Non
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

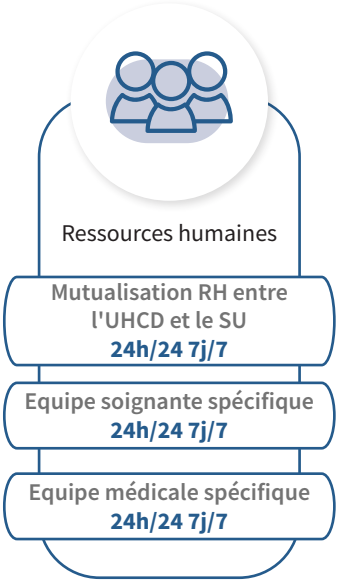
UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

8 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **8** lits scopés

DONT **7** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance



Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et l'urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Organisation

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Non

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Non

Présence dans l'ES



D'un anesthésiste sur site dédié aux urgences

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Non

Absence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

Absence de neurologue dans l'ES

Existence d'une thrombolyse AVC 24h/24 7j/7

Absence d'un accès thrombectomie sur site

Aucune coronographie dans l'ES

Vasculaire

Absence d'un service de chirurgie vasculaire

Absence de chirurgie de l'aorte thoracique

Absence d'ischémie aiguë des membres

Hémorragie

Présence d'une endoscopie digestive en urgence 24h24 7j/7

Présence d'une endoscopie bronchique en urgence la semaine, en journée

Absence d'une radiologie interventionnelle

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **Résurgences**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **RPU synthétisé par le DPI**

Outils

- **Non utilisation** du ROR au quotidien
- **Utilisation** des outils d'intelligence artificielle → Radiologie
- **Non connaissance** du BJML
- **Pratique** de la télémédecine → Télé-AVC en émission
- Utilisation de **Pacs to pacs** pour les avis neuro chirurgicaux

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Au DPI
- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour la gestion de la file d'attente
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** d'un dossier papier pour **chaque** patient des urgences
- **Absence** d'affichage des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / centrale de surveillance**

Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✕ Non



Transmission des informations patients :

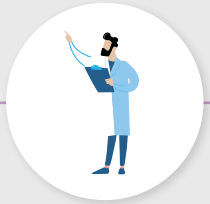
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU

Organisation

AISNE
CH de Chauny

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : Oui

Le chef de service est urgentiste : Oui

Le chef de pôle est urgentiste : Oui

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : Oui

Existence d'un cadre dédié aux urgences : Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : Non

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : Oui

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Existence d'un plan HET : Oui

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Oui
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Non

Soins non programmés (SNP)

Fréquence de réunion **2/an**

Existence d'une comission des admissions non programmées : Oui

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Oui

Gestion des lits & bed-management

Fréquence de mise à jour du TB **2/j**

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Oui

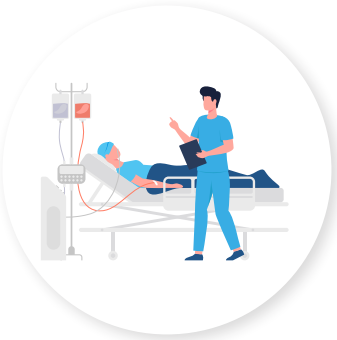
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Oui

Lits dédiés



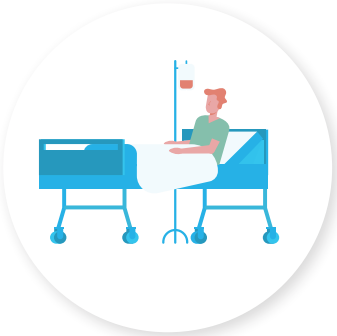
Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Oui	Pendant certaines périodes d'épidémies hivernales
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui	
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non	

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Oui
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Non
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Pas de bed-management
Assuré par le cadre des urgences	Pas de bed-management
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Pas de bed-management
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Pas de bed-management

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Oui

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **sans** ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Oui**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Non**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences : Non



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Oui**

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Oui**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Les urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pas de SAUV pédia**

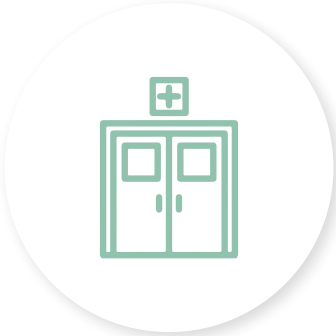
3 Nombre de places SAUV adulte

0 Nombre de places SAUV pédiatrique

9 Nombre de box SU adulte

0 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Non
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Non
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Non

Fonction assurée par l'IOA + MOA + agent administratif de 8h à 18h

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

2 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **2** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

2 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

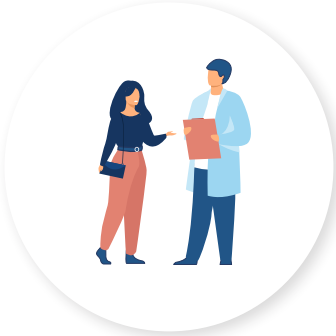
DONT **2** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

0 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Non
IAO en soutien dans l'activité du SU	Non
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Echelle de tri utilisée **Echelle propre au service**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Urgentiste & spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Cardiologie

Digestif

Pédiatrie

Orthopédie

Réorientations

Réorientation immédiate

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Oui

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Oui

Plage horaire d'appel **24h/24**



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

- La raison est traumatologique
- La raison est médicale
- L'enfant est âgé de plus d'1 an

Organisation

- Le déchocage est réalisé au SU polyvalent

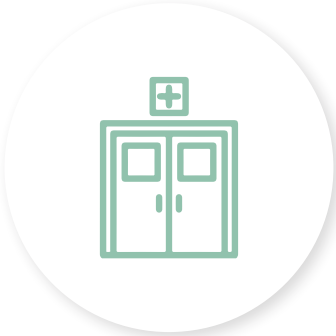


Equipe médicale

- Absence de pédopsychiatre
- Absence de psychologue pour les enfants
- Absence d'infirmier en pédopsychiatrie
- Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Le SMUR

Transition vers la dématérialisation



Format du dossier médical SMUR : **Papier & tablette**

Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR : **Oui**

Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique : **Non**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : ✓ Oui

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la journée

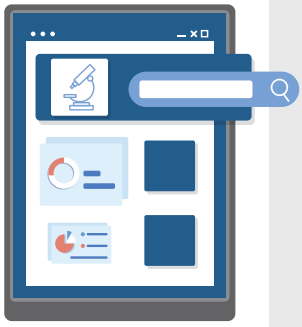
DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

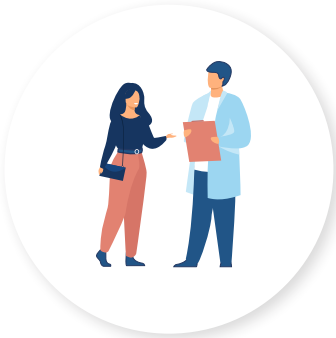
DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la nuit)



Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : ✓ Oui

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : ✓ Oui



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH : **Non**

En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux : **Non**

En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* : **Oui**

cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence

Missions du médecin SMUR



Missions des médecins SMUR au sein du SU lorsqu'ils ne sont pas en intervention

- **PEC des patients en circuit court**
- **PEC des patients en circuit long**
- **PEC des patients UHCD**
- **Poursuite de la PEC des patients amenés par le SMUR**
- **Aide à l'accueil et à l'évaluation (type MAO)**

En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

Oui et équipe précurseur

Interprétation radiographique

Interprétation <u>systématique</u> des radiographies par des radiologues

<u>Toujours</u> interprétées en différé

Appel à un service de télé-interprétation en journée et/ou PDSES

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Absence de prélèvements échoguidés au SU

Présence de réalisation d'échographies spécialisées au SU

Echographies doppler pour suspicion de phlébites
En journée (SU ou ES) hors w-e/jours fériés

IRM

Absence d'une IRM sur site

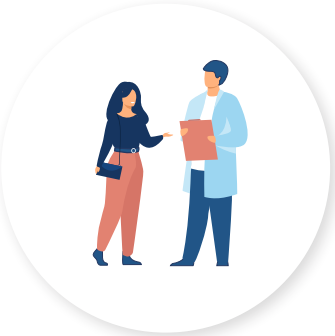
Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU
Brancardage

Accès facilité pour les urgences
24h/24 7j/7

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Oui
Lactate	Oui
Ionogramme	Oui
Troponine	Oui
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

6 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **6** lits scopés

DONT **2** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Equipe soignante spécifique **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe médicale spécifique

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **0** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et l'urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD avec utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Organisation

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Oui

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Présence dans l'ES



D'un PMO

D'un accueil polytraumatisé adulte

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Non

Présence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

Absence de neurologue dans l'ES

Absence d'une thrombolyse AVC

Absence d'un accès thrombectomie sur site

Aucune coronographie dans l'ES

Vasculaire

Absence d'un service de chirurgie vasculaire

Absence de chirurgie de l'aorte thoracique

Absence d'ischémie aiguë des membres

Hémorragie

Présence d'une endoscopie digestive en urgence **la semaine, en journée**

Présence d'une endoscopie bronchique en urgence **24h/24 7j/7**

Absence d'une radiologie interventionnelle

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **Orbis**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **RPU synthétisé par le DPI**

Outils

- **Utilisation** du ROR au quotidien
- **Non utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Connaissance** du BJML
- **Absence de pratique** de la télémédecine

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour la gestion de la file d'attente
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** d'un dossier papier pour **chaque** patient des urgences
- **Affichage** des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / centrale de surveillance**



Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✕ Non

Transmission des informations patients :

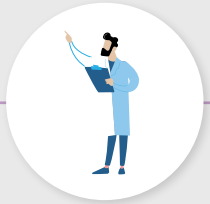
La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU
Envoi du courrier de sortie vers MT par MSS

Organisation

AISNE
CH de Laon

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : Oui

Le chef de service est urgentiste : Oui

Le chef de pôle est urgentiste : Oui

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : Oui

Existence d'un cadre dédié aux urgences : Non

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : Non

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : Oui

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Existence d'un plan HET : Oui

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Non
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Oui

Nombre de lits supplémentaires **1**



Soins non programmés (SNP)



Fréquence de réunion **3/an**

Existence d'une comission des admissions non programmées : Oui

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Oui

Gestion des lits & bed-management



Fréquence de mise à jour du TB 4/j

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Non

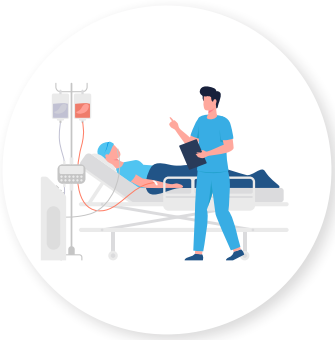
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Oui
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Non
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Oui

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Oui
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Non
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Pas de bed-management
Assuré par le cadre des urgences	Pas de bed-management
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Pas de bed-management
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Pas de bed-management

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Non

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **avec** une ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Non**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Oui**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui

A l'échelle du GHT/groupe d'établissements/ territoire



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Oui**

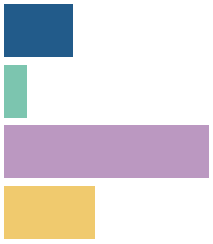
Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Oui**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Les urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Les pédiatres**



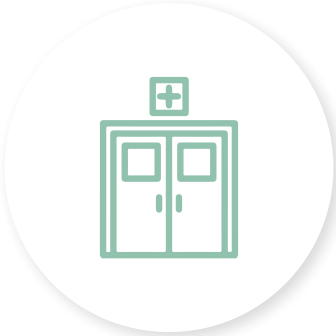
3 Nombre de places SAUV adulte

1 Nombre de places SAUV pédiatrique

9 Nombre de box SU adulte

4 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24 — **Oui**

Existence d'un agent de sécurité à l'accueil — **Oui (en journée/soirée)**

Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24 — **Oui**

Existence d'une assistance sociale dans le service — **Non**

Fonction assurée par l'IOA 24h/24

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : **Oui**

6 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **6** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

4 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

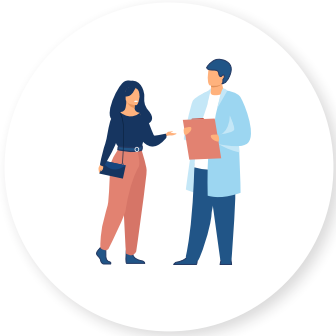
DONT **4** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

2 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24 — **Oui**

IAO en soutien dans l'activité du SU — **Non**

IAO en soutien dans l'activité du SMUR — **Non**

IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD — **Oui**

Echelle de tri utilisée **CIMU**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Au SU par un urgentiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Ophtalmologie

ORL

Orthopédie

Réorientations

Réorientation immédiate

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Oui

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Oui

Plage horaire d'appel **24h/24**



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

La raison est traumatologique

Organisation

Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif



Equipe médicale

Absence de pédopsychiatre

Présence de psychologue pour les enfants

Absence d'infirmier en pédopsychiatrie

Présence de lits UHCD réservés aux enfants

Les urgences pédiatriques

Pas de réponse sur cette partie de l'enquête

Le SAMU

Présence d'autres acteurs en régulation (hors PDSA) : **Non**

Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et la SAMU : **Oui**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SAMU : **Oui**

3 Nombre de lignes médicales au SAMU la journée

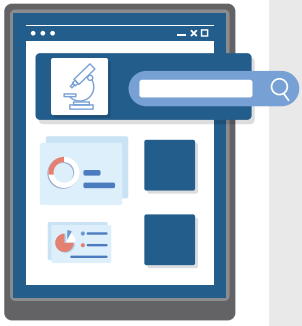
DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **2** lignes assurées par des médecins non urgentistes

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes



Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : **Non**

Régulation

En régulation, vous disposez de :

- **Une liaison 15-18 téléphonique**
- **La réception des bilans dématérialisés des SMUR**
- **Une visio patient**
- **La réception des bilans dématérialisés des secouristes (AP, VSAV, autres)**

Le SMUR

Missions du médecin SMUR

Missions des médecins SMUR au sein du SU lorsqu'ils ne sont pas en intervention

- **PEC des patients en circuit court**
- **PEC des patients UHCD**
- **Aide à l'accueil et à l'évaluation (type MAO)**

En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

- **Oui et équipe précurseur**

Transition vers la dématérialisation



Format du dossier médical SMUR	**Papier & tablette**
Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR	**Non**
Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique	**Non**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : **Oui**

2 Nombre de lignes médicales au SMUR la journée

DONT **2** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **2** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la journée)

2 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

DONT **2** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **2** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la nuit)



Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : **Oui**

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : **Non**



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH :	**Oui**
En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux :	**Non**
En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* :	**Non**

**cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence*

Organisation

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Absence de prélèvements échoguidés au SU

Présence de réalisation d'échographies spécialisées au SU

Echographies doppler pour suspicion de phlébites
En journée (SU ou ES) hors w-e/jours fériés

IRM

Présence d'une IRM sur site

Accès facilité/dédié pour les urgences **24h/24 7j/7**

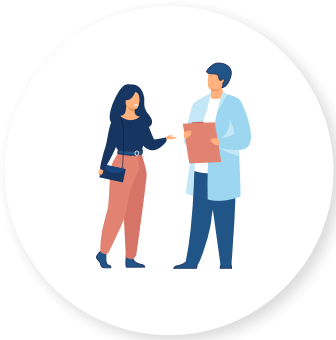
Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU
Brancardage

Accès facilité pour les urgences
24h/24 7j/7

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Non
Gaz du sang	Non
Lactate	Non
Ionogramme	Non
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Non

Interprétation radiographique

Interprétation systématique des radiographies par des radiologues

Toujours interprétées en différé

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

4 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **4** lits scopés

DONT **4** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe soignante spécifique

Pas d'équipe médicale spécifique

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et l'urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Oui

6 Nombre de lits UHCD pédiatriques

DONT **4** lits mère-enfant

DONT **2** lits scopés

DONT **2** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe soignante spécifique

Pas d'équipe médicale spécifique

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Non

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **0** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non pédiatres (la journée)

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non pédiatres (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et l'urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD avec utilisation du RPU

Organisation

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Oui

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Présence dans l'ES



D'un PMO

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Oui

Absence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

Absence de neurologue dans l'ES

Absence d'une thrombolyse AVC

Absence d'un accès thrombectomie sur site

Aucune coronographie dans l'ES

Vasculaire

Absence d'un service de chirurgie vasculaire

Absence de chirurgie de l'aorte thoracique

Absence d'ischémie aiguë des membres

Hémorragie

Présence d'une endoscopie digestive en urgence **24h24 7j/7**

Absence d'une endoscopie bronchique en urgence

Absence d'une radiologie interventionnelle

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **Résurgences** — Idem au SU pédiatrique

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : **Oui**

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **RPU synthétisé par le DPI**

Outils

- **Non utilisation** du ROR au quotidien
- **Non utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Non connaissance** du BJML
- **Absence de pratique** de la télémédecine

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Présence** de borne tactile pour **les ambulances**
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** d'un dossier papier pour **chaque** patient des urgences
- **Affichage** des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / centrale de surveillance**



Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : **Non**

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : **Non**

Transmission des informations patients :

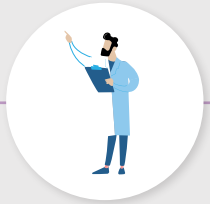
Réception du DLU de manière dématérialisée
La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU

Organisation

AISNE
CH Saint-Quentin

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : Non

Le chef de service est urgentiste : Oui

Le chef de pôle est urgentiste : Oui

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : Oui

Existence d'un cadre dédié aux urgences : Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : Non

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : Oui

Gestion des lits

Eléments objectifs via un suivi quotidien d'indicateurs de tension

Hôpital en tension (HET)

Existence d'un plan HET : Oui

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Oui
Réalisé via le ROR	Oui

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Oui

Nombre de lits supplémentaires **13**

Soins non programmés (SNP)

Existence d'une comission des admissions non programmées : Non

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Non

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Fréquence de mise à jour du TB **Toutes les 12 heures**

Oui

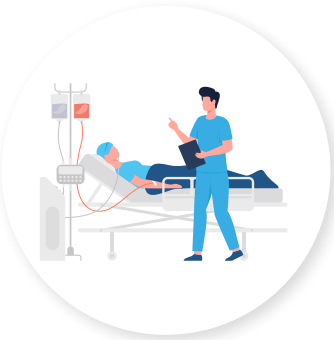
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



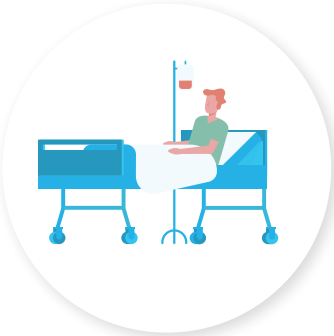
Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Non
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Non
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Oui
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Oui

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Oui
Assuré par le cadre des urgences	Non
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Non
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Oui

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Oui

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **sans** une ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Non**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Oui**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui



A l'échelle du GHT/groupe d'établissements/ territoire



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Oui**

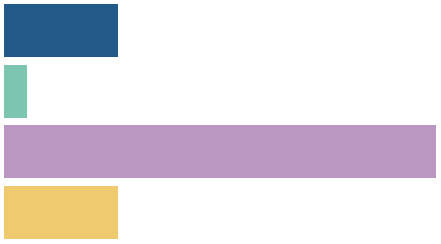
Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Oui**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pédiatres**



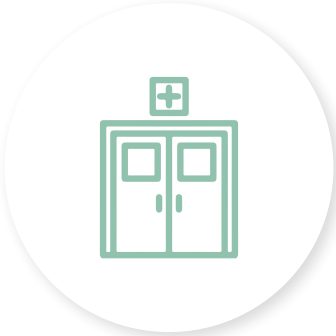
5 Nombre de places SAUV adulte

1 Nombre de places SAUV pédiatrique

19 Nombre de box SU adulte

5 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Oui
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Non
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Oui

Fonction assurée par l'IOA + MAO

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

5 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **5** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

3 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

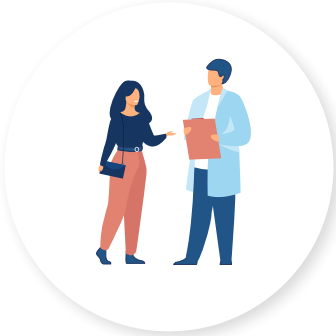
DONT **3** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

1 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SU	Non
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Echelle de tri utilisée **FRENCH**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Par un autre spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Cardiologie

Ophtalmologie

Réorientations

Pas de réorientation

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Non

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Non



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

La raison est traumatologique

Organisation

Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif

Le déchocage est réalisé au SU polyvalent

Un RPU est généré



Equipe médicale

Présence de pédopsychiatre

Présence de psychologue pour les enfants

Présence d'infirmier en pédopsychiatrie

Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Les urgences pédiatriques

Âge maximal d'admission habituel aux urgences pédiatriques : **18 ans**

Les urgences pédiatriques sont individualisées et accueillent plus de 90 % des patients de moins de 18 ans : Oui

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

1 Nombre de lignes médicales au SU pédiatriques la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non pédiatres (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SU pédiatrique la nuit

DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non pédiatre (la nuit)



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Non
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Non
Présence de l'IAO 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Non

Echelle de tri utilisée
Echelle propre au service

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Par un autre spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

- **Cardiologie**
- **Psychiatrie**
- **Ophtalmologie**
- **ORL**
- **Orthopédie**

Réorientations

Pas de réorientation

Le point d'accueil prend-il en charge les enfants pour des motifs traumatologiques : **Oui**

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : **Non**

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : **Non**

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : **Non**



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

La raison est traumatologique

Organisation

- Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif
- Le déchocage est réalisé au SU polyvalent
- Un RPU est généré



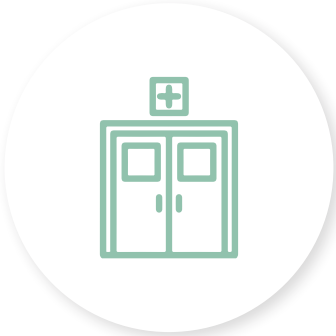
Equipe médicale

- Présence de pédopsychiatre
- Présence de psychologue pour les enfants
- Présence d'infirmier en pédopsychiatrie
- Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Organisation

Le SMUR

Transition vers la dématérialisation



Format du dossier médical SMUR : **Papier**

Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR : **Non**

Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique : **Non**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : **Oui**

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la journée

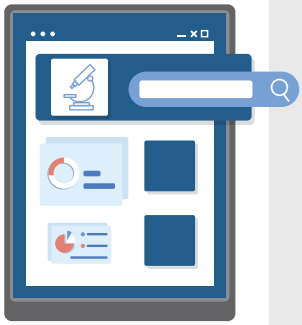
DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **1** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

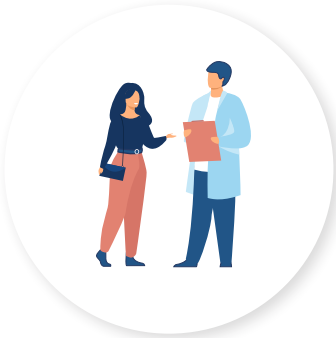
DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **1** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la nuit)



Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : **Oui**

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : **Oui**



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH : **Oui**

En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux : **Oui**

En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* : **Oui**

cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence

Missions du médecin SMUR



Missions des médecins SMUR au sein du SU lorsqu'ils ne sont pas en intervention

PEC des patients en circuit court

Aide à l'accueil et à l'évaluation (type MAO)

En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

Oui et équipe précurseur

Interprétation radiographique

Interprétation systématique des radiographies par des radiologues

Toujours interprétées en temps différé

Interprétation par l'IA immédiatement et par le radiologue en différé

Appel à un service de télé-interprétation en journée et/ou PDSES

Plateaux techniques

Echographie

- **Présence** d'un échographe dédié aux urgences
- **Présence** de prélèvements échoguidés au SU
- **Présence** de réalisation d'échographies spécialisées au SU
- **Possibilité** d'échographie doppler pour suspicion de phlébites (SU ou ES)

IRM

- **Présence** d'une IRM sur site
- **24h/24 7j/7**

Scanner

- **Présence** d'un scanner sur site
- Accessibilité du scanner depuis le SU **Brancardage**
- **24/24 7/7**

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Non
Lactate	Non
Ionogramme	Non
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

10 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **0** lits scopés

DONT **0** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe soignante spécifique

Pas d'équipe médicale spécifique

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et l'urgentiste

Utilisation du même logiciel SU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Organisation

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Oui

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Présence dans l'ES



- D'une chirurgie de la main
- D'un PMO
- D'un accueil polytraumatisé adulte
- D'un anesthésiste sur site dédié aux urgences

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Oui

Présence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières



AVC / SCA

- **Présence** d'un neurologue dans l'ES **24h/24 7j/7**
- **Existence** d'une thrombolyse AVC **24h/24 7j/7**
- **Absence** d'un accès thrombectomie sur site
- **Existence** de coronographie dans l'ES

Vasculaire

- **Présence** d'un service de chirurgie vasculaire **24h/24 7j/7**
- **Absence** de chirurgie de l'aorte thoracique **la semaine, en journée**
- **Présence** d'ischémie aiguë des membres **24h/24 7j/7**



Hémorragie

- **Présence** d'une endoscopi digestive en urgence **24h/24 7j/7**
- **Présence** d'une endoscopi bronchique en urgence **la semaine, en journée**
- **Présence** d'une radiologie interventionnelle **la semaine, en journée**

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **Orbis**

Idem au SU pédiatrique

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **RPU synthétisé par le DPI**

Outils

- **Utilisation** du ROR au quotidien
- **Non utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Non connaissance** du BJML
- **Absence de pratique** de la télémédecine
- Utilisation de **Pacs to pacs** pour les avis neuro chirurgicaux

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Au DPI
- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** de dossier papier
- **Pas d'affichage** des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / centrale de surveillance**



Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✓ Oui

Transmission des informations patients :

Réception du DLU de manière dématérialisée
La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU

Organisation

AISNE

CH de Soissons

Date de dernière modification :
30/06/2024

Pas de réponse à l'enquête





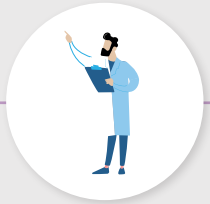


Organisation

AISNE
CH d'Hirson

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : **Oui**

Le chef de service est urgentiste : **Oui**

Le chef de pôle est urgentiste : **Non**

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : **Non**

Existence d'un cadre dédié aux urgences : **Oui**

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : **Oui**

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : **Non**

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Existence d'un plan HET : **Oui**

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	**Oui**
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	**Non**
Réalisé via le ROR	**Oui**

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : **Non**

Soins non programmés (SNP)

Existence d'une comission des admissions non programmées : **Non**

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : **Non**

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : **Oui**



Fréquence de mise à jour du TB **3/j**

Non

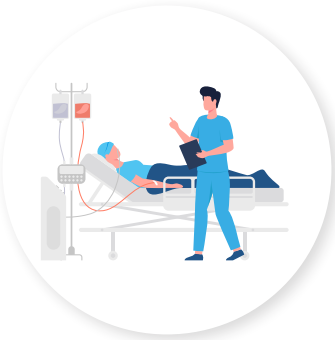
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Non
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Non
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Non
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Pas de bed-management
Assuré par le cadre des urgences	Pas de bed-management
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Pas de bed-management
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Pas de bed-management

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Non

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **sans** une ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Oui**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Oui**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui

A l'échelle de l'établissement



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Non**

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Non**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pas de SAUV pédia**

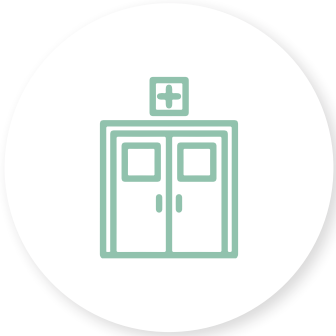
2 Nombre de places SAUV adulte

0 Nombre de places SAUV pédiatrique

5 Nombre de box SU adulte

0 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Non
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Non
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Non

Fonction assurée par l'IOA

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

2 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **2** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **2** lignes assurées par des médecins non urgentistes (la journée)

2 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

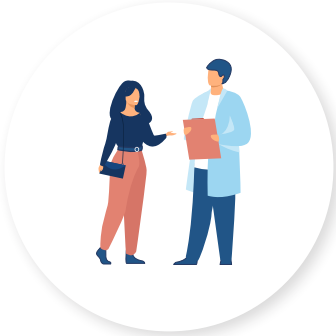
DONT **2** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **2** lignes assurées par des médecins non urgentistes (la nuit)

1 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Non
IAO en soutien dans l'activité du SU	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Oui
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Oui

Echelle de tri utilisée **FRENCH**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Urgentiste & spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Cardiologie

Pédiatrie

Réorientations

Réorientations immédiates

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Oui

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Non

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Non



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

La raison est traumatologique

Organisation

Le déchocage est réalisé au SU polyvalent

Un RPU est généré



Equipe médicale

Absence de pédopsychiatre

Absence de psychologue pour les enfants

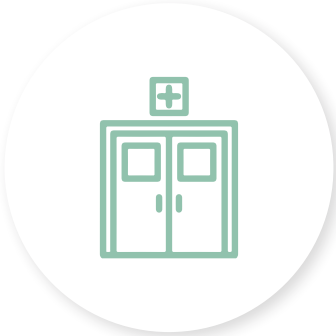
Absence d'infirmier en pédopsychiatrie

Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Organisation

Le SMUR

Transition vers la dématérialisation



Format du dossier médical SMUR : **Tablette informatique**

Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR : **Non**

Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique : **Non**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : **Oui**

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la journée

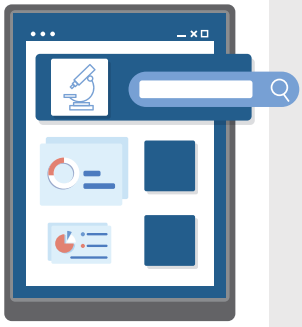
DONT 1 ligne couverte en permanence (la journée)

DONT 1 ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

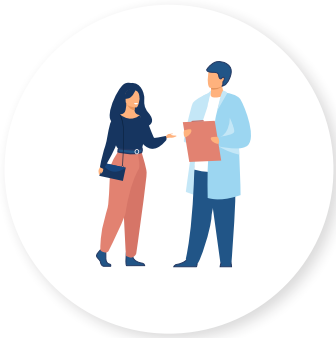
DONT 1 ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT 1 ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la nuit)



Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : **Oui**

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : **Oui**



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH : **Oui**

En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux : **Non**

En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* : **Oui**

cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence

Missions du médecin SMUR



Missions des médecins SMUR au sein du SU lorsqu'ils ne sont pas en intervention

- **PEC des patients en circuit court**
- **PEC des patients en circuit long**
- **PEC des patients UHCD**
- **Poursuite de la PEC des patients amenés par le SMUR**

En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

Oui et équipe précurseur

Interprétation radiographique

Interprétation <u>systématique</u> des radiographies par des radiologues

<u>Toujours</u> interprétées en temps réel

Appel à un service de télé-interprétation en journée et/ou PDSES

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Absence de prélèvements échoguidés au SU

Absence de réalisation d'échographies spécialisées au SU

Présence échographie doppler pour suspicion de phlébites (SU ou ES) hors week=end et jours fériés

IRM

Absence d'une IRM sur site

Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU
Brancardage

Accès facilité pour les urgences
24h/24 7j/7

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Oui
Lactate	Oui
Ionogramme	Oui
Troponine	Oui
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

4 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **4** lits scopés

DONT **4** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe soignante spécifique

Pas d'équipe médicale spécifique

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et l'urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD avec utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Oui

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Non

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Non

Présence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières



AVC / SCA

- **Absence** d'un neurologue dans l'ES
- **Absence** d'une thrombolyse AVC
- **Absence** d'un accès thrombectomie sur site
- **Aucune** coronographie dans l'ES

Vasculaire

- **Absence** d'un service de chirurgie vasculaire
- **Absence** de chirurgie de l'aorte thoracique
- **Absence** de prise en charge d'ischémie aiguë des membres



Hémorragie

- **Absence** d'une endoscopie digestive en urgence
- **Absence** d'une endoscopie bronchique en urgence
- **Absence** d'une radiologie interventionnelle

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **AUCUN**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **RPU synthétisé par le DPI**

Outils

- **Utilisation** du ROR au quotidien
- **Non utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Méconnaissance** du BJML
- **Présence de pratique** de la télémédecine
- Utilisation de **TELURGE** pour les avis neuro chirurgicaux

NON RENSEIGNE

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour **les ambulances**
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** de dossier papier
- **Pas d'affichage** des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Aucun scope connecté**



Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✓ Oui

Transmission des informations patients : **La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU**

Organisation

AISNE

Polyclinique Saint-Claude

Date de dernière modification : 30/06/2024

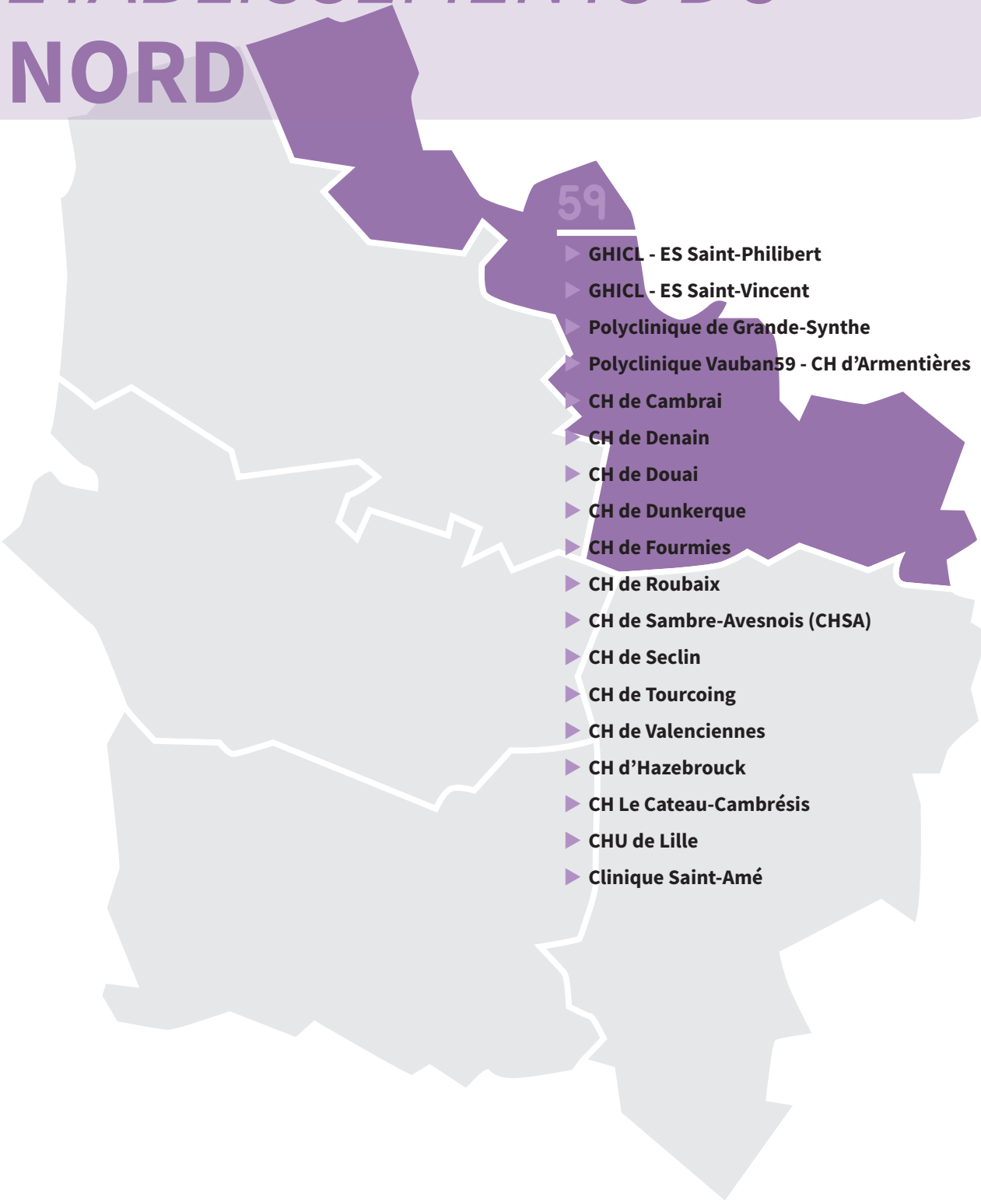
Pas de réponse à l'enquête







ETABLISSEMENTS DU NORD



59

- GHICL - ES Saint-Philibert
- GHICL - ES Saint-Vincent
- Polyclinique de Grande-Synthe
- Polyclinique Vauban59 - CH d'Armentières
- CH de Cambrai
- CH de Denain
- CH de Douai
- CH de Dunkerque
- CH de Fourmies
- CH de Roubaix
- CH de Sambre-Avesnois (CHSA)
- CH de Seclin
- CH de Tourcoing
- CH de Valenciennes
- CH d'Hazebrouck
- CH Le Cateau-Cambrésis
- CHU de Lille
- Clinique Saint-Amé

Organisation

NORD

CH de Cambrai

Date de dernière modification : 30/06/2024

Pas de réponse à l'enquête







NORD

CH de Denain

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Pas de réponse sur cette partie de l'enquête

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Oui

Nombre de lits supplémentaires
6

Soins non programmés (SNP)

Existence d'une comission des admissions non programmées : Oui

Fréquence de réunion
En cas de tension

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Fréquence de mise à jour du TB
4/j

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Non

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Non

Organisation générale

Etablissement

Pas de réponse sur cette partie de l'enquête

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ?

Qui gérent la SAUV pédiatrique ?

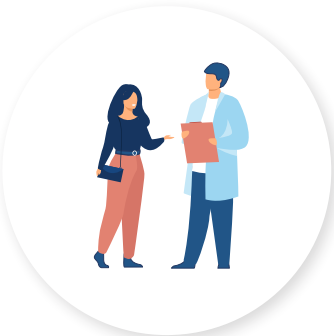
2 Nombre de places SAUV adulte

0 Nombre de places SAUV pédiatrique

8 Nombre de box SU adulte

1 Nombre de box SU pédiatrique

Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Non
IAO en soutien dans l'activité du SU	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Organisation

Reconvocations

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : ✕ Non

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Orthopédie

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : ✓ Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : ✕ Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : ✕ Non

L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

- La raison est traumatologique
- La raison est médicale
- Mutualisation tout âge

Organisation

- Le déchocage est réalisé au SU polyvalent

Equipe médicale

- Présence de pédopsychiatre dans l'ES
- Présence de psychologue pour les enfants dans l'ES
- Présence d'infirmier en pédopsychiatrie dans l'ES
- Absence de lits UHCD réservés aux enfants



Numérique & systéme d'information

Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **Medasys DxCare**

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Non

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Non

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Oui

Présence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

Absence d'un neurologue dans l'ES

Existence d'une thrombolyse AVC **24h/24 7j/7**

Absenced'un accès thrombectomie sur site

Aucune coronographie dans l'ES

Vasculaire

Absence d'un service de chirurgie vasculaire

Absence de chirurgie de l'aorte thoracique **la semaine, en journée**

Absence d'ischémie aiguë des membres **la semaine, en journée**

Hémorragie

Présence d'une endoscopie digestive en urgence **la semaine, en journée**

Présence d'une endoscopie bronchique en urgence **24h/24 7j/7**

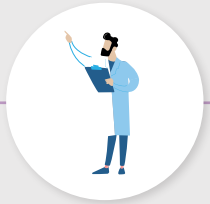
Absence d'une radiologie interventionnelle

Organisation

NORD
CH de Douai

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : Non

Le chef de service est urgentiste : Oui

Le chef de pôle est urgentiste : Non

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : Oui

Existence d'un cadre dédié aux urgences : Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : Oui

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : Non

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Existence d'un plan HET : Oui

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Oui
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Non

Soins non programmés (SNP)

Existence d'une comission des admissions non programmées : Oui

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Non

Fréquence de réunion **3/an et période pré-hivernale**

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Non

Fréquence de mise à jour du TB **2/j**

Non

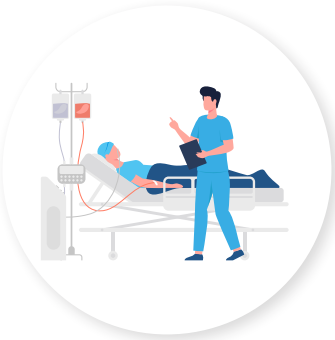
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Oui

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Oui
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Oui
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Non
Assuré par le cadre des urgences	Non
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Non
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Non

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Oui

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **sans** une ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Oui**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Oui**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui

A l'échelle du GHT/groupe d'établissements/ territoire



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Non**

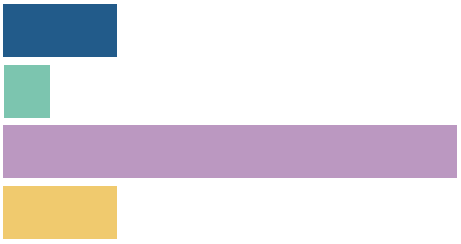
Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Oui**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Oui**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pédiatres**



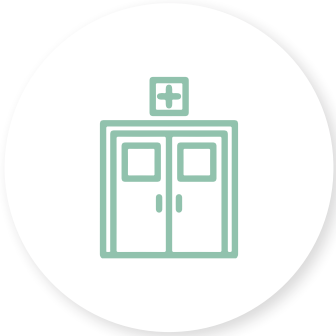
5 Nombre de places SAUV adulte

2 Nombre de places SAUV pédiatrique

20 Nombre de box SU adulte

5 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24 — **Oui**

Existence d'un agent de sécurité à l'accueil — **Oui (24h/24)**

Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24 — **Oui**

Existence d'une assistance sociale dans le service — **Oui sauf le WE**

Fonction assurée par l'IOA + MAO

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : **Oui**

6 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **6** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **2** lignes assurées par des médecins non urgentistes (la journée)

2 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

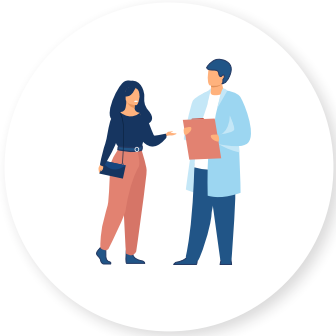
DONT **2** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

0 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24 — **Oui**

IAO en soutien dans l'activité du SU — **Non**

IAO en soutien dans l'activité du SMUR — **Non**

IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD — **Non**

Echelle de tri utilisée **AUCUNE**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Par un autre spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Pédiatrie

Ophtalmologie

Orthopédie

Réorientations

Réorientations protocolisées

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Oui

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Oui

24h/24



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

- La raison est traumatologique
- La raison est médicale
- L'enfant est âgé de plus d'1 an

Organisation

- Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif éalisé aux urgences
- Un RPU est généré



Equipe médicale

- Présence de pédopsychiatre dans l'ES
- Présence de psychologue pour les enfants dans l'ES
- Présence d'infirmier en pédopsychiatrie dans l'ES
- Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Organisation

Le SMUR

Transition vers la dématérialisation

Format du dossier médical SMUR : **Tablette informatique**

Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR : **Non**

Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique : **Non**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : **Oui**

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la journée

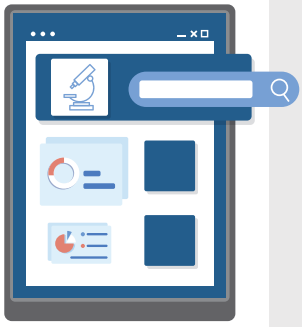
DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **1** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **1** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la nuit)



Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : **Oui**

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : **Oui**



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH : **Non**

En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux : **Non**

En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* : **Non**

**cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence*

Missions du médecin SMUR

Missions des médecins SMUR au sein du SU lorsqu'ils ne sont pas en intervention

Poursuite de la PEC des patients amenés par le SMUR

PEC des patients UHCD

En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

Oui et équipe précurseur

Interprétation radiographique

Interprétation systématique des radiographies par des radiologues

Interprétation par l'IA immédiatement et par le radiologue en différé

Appel à un service de télé-interprétation en journée et/ou PDSES

Plateaux techniques

Echographie

- **Présence** d'un échographe dédié aux urgences
- **Présence** de prélèvements échoguidés au SU
- **Présence** de réalisation d'échographies spécialisées au SU
- **Présence** d'échographie doppler pour suspicion de phlébites (SU ou ES) hors week-end et jours fériés

IRM

- **Présence** d'une IRM sur site
- **24h/24 7j/7**

Scanner

- **Présence** d'un scanner sur site
- Accessibilité du scanner depuis le SU
  Brancardage
- Scanner dédié aux urgences

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Non
Lactate	Non
Ionogramme	Non
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

11 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **2** lits scopés

DONT **0** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe soignante spécifique

Pas d'équipe médicale spécifique

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM + TIM

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Organisation

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Oui

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Présence dans l'ES



D'une chirurgie de la main la semaine en journée

D'un PMO

D'un anesthésiste sur site dédié aux urgences

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Oui

Présence d'une IDE psy aux urgences : Oui

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Oui

Filières

AVC / SCA

Présence d'un neurologue dans l'ES **la semaine, en journée**

Existence d'une thrombolyse AVC **24h/24 7j/7**

Absence d'un accès thrombectomie sur site

Aucune coronographie dans l'ES

Vasculaire

Présence d'un service de chirurgie vasculaire **24h/24 7j/7**

Présence de chirurgie de l'aorte thoracique **24h/24 7j/7**

Présence d'ischémie aiguë des membres **24h/24 7j/7**

Hémorragie

Présence d'une endoscopie digestive en urgence **24h/24 7j/7**

Présence d'une endoscopie bronchique en urgence **24h/24 7j/7**

Absence d'une radiologie interventionnelle

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **DMU NET**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : **Oui**

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **RPU synthétisé par le DPI**

Outils

- **Non utilisation** du ROR au quotidien
- **Non utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Connaissance** du BJML
- **Pratique** de la télémédecine
- Utilisation de **TELURGE** pour les avis neuro chirurgicaux

Télé-AVC en émission et réception

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Au DPI
- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour **les ambulances**
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** de dossier papier
- **Affichage** des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / Centrale de surveillance**



Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ **Non**

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✕ **Non**

Transmission des informations patients :

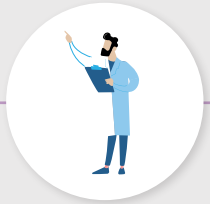
La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU

Organisation

NORD
CH de Dunkerque

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : Oui

Le chef de service est urgentiste : Oui

Le chef de pôle est urgentiste : Oui

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : Non

Existence d'un cadre dédié aux urgences : Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : Oui

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : Non

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Existence d'un plan HET : Non

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Non
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Oui

Nombre de lits supplémentaires : **8**

Soins non programmés (SNP)

Existence d'une comission des admissions non programmées : Non

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Non

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Fréquence de mise à jour du TB : **3/j**

Non

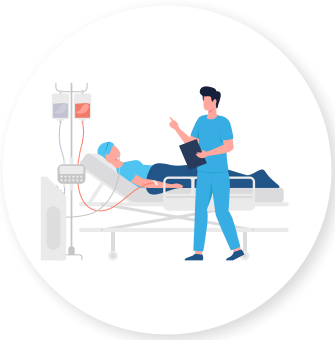
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Oui

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Oui
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Oui
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Oui

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Non
Assuré par le cadre des urgences	Non
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Non
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Non

Organisation

Organisation générale

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Oui

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **sans** une ambulance

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Oui**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Oui**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui



A l'échelle du GHT/groupe d'établissements/ territoire



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Oui**

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Oui**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pédiatres & urgentistes**

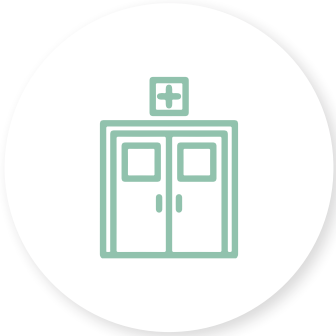
4 Nombre de places SAUV adulte

0 Nombre de places SAUV pédiatrique

13 Nombre de box SU adulte

8 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24 — **Oui**

Existence d'un agent de sécurité à l'accueil — **Oui (en journée/soirée)**

Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24 — **Oui**

Existence d'une assistance sociale dans le service — **Oui sauf le WE**

Fonction assurée par l'IOA

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : **Oui**

5 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **5** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

2 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

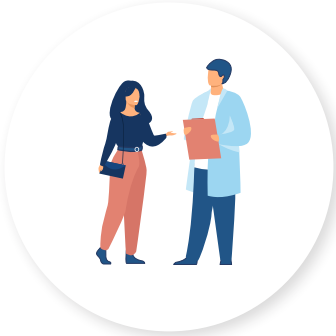
DONT **2** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

0 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24 — **Non**

IAO en soutien dans l'activité du SU — **Non**

IAO en soutien dans l'activité du SMUR — **Non**

IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD — **Non**

Echelle de tri utilisée **FRENCH**

Organisation

Reconvocations



Pas de reconvocations

Réorientations

Réorientations immédiates

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Oui

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Oui

La journée

L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

- **La raison est traumatologique**

Organisation

- Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif fait au SU
- Le déchocage est réalisé au SU polyvalent
- Un RPU est généré

Equipe médicale

- Absence de pédopsychiatre
- Absence de psychologue pour les enfants
- Absence d'infirmier en pédopsychiatrie
- Présence de lits UHCD réservés aux enfants

Organisation

Le SMUR

Transition vers la dématérialisation

Format du dossier médical SMUR : **Tablette informatique**

Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR : **Non**

Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique : **Non**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : Oui

2 Nombre de lignes médicales au SMUR la journée

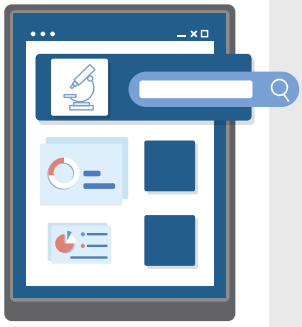
DONT **2** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **2** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la journée)

2 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

DONT **2** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **2** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la nuit)



Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : Oui

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : Oui



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH : **Oui**

En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux : **Oui**

En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* : **Non**

cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence

Missions du médecin SMUR

Missions des médecins SMUR au sein du SU lorsqu'ils ne sont pas en intervention

- **PEC des patients en circuit court**
- **PEC des patients UHCD**
- **Poursuite de la PEC des patients amenés par le SMUR**

En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

Non

Interprétation radiographique

Interprétation systématique des radiographies par des radiologues

Appel à un service de télé-interprétation en journée et/ou PDSES

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Présence de réalisation d'échographies spécialisées au SU

Présence d'échographie doppler pour suspicion de phlébites (SU ou ES) hors week-end et fériés

IRM

Présence d'une IRM sur site

Accès facilité/dédié pour les urgences **24h/24 7j/7**

Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU
Autonome

Accès facilité pour les urgences
24h/24 7j/7

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Non
Lactate	Non
Ionogramme	Non
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

15 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **15** lits scopés

DONT **4** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe soignante spécifique

Pas d'équipe médicale spécifique

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD avec utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Organisation

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Non

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Présence dans l'ES



D'un PMO

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Oui

Absence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

- **Présence** d'un neurologue dans l'ES **la semaine, en journée**
- **Existence** d'une thrombolyse AVC **24h/24 7j/7**
- **Absence** d'un accès thrombectomie sur site
- **Présence** d'une coronographie dans l'ES 24h/24 7j/7

Vasculaire

- **Présence** d'un service de chirurgie vasculaire **la semaine, en journée**
- **Présence** de chirurgie de l'aorte thoracique **la semaine, en journée**
- **Présence** d'ischémie aiguë des membres **la semaine, en journée**

Hémorragie

- **Présence** d'une endoscopie digestive en urgence **24h/24 7j/7**
- **Présence** d'une endoscopie bronchique en urgence **24h/24 7j/7**
- **Absence** d'une radiologie interventionnelle

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **Hopital Manager**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **Le RPU est synthétisé par le DPI**

Outils

- **Non utilisation** du ROR au quotidien
- **Utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Méconnaissance** du BJML
- **Absence de pratique** de la télémédecine

Radiologie (GLEAMER)

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour **les ambulances**
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** de dossier papier
- **Absence** d'affichage des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté au DPI / Centrale de surveillance**

Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✓ Oui



Transmission des informations patients :

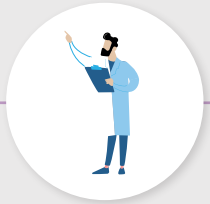
La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU

Organisation

NORD
CH de Fourmies

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans :

Non

Le chef de service est urgentiste :

Oui

Le chef de pôle est urgentiste :

Non

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC :

Oui

Existence d'un cadre dédié aux urgences :

Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années :

Non

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe :

Non

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Existence d'un plan HET : ? Oui

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Non
Réalisé via le ROR	Oui

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Oui

Nombre de lits supplémentaires
6



Soins non programmés (SNP)



Fréquence de réunion
Non planifiée

Existence d'une comission des admissions non programmées : Non

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Oui

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui



Fréquence de mise à jour du TB
3/j

Non

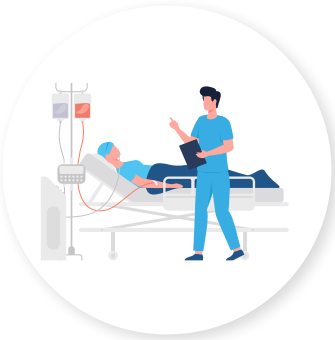
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Oui

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Non
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Non
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Pas de bed-management
Assuré par le cadre des urgences	Pas de bed-management
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Pas de bed-management
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Pas de bed-management

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières



Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Non

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **avec** une ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences — Non

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités — Oui

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui

A l'échelle de l'établissements



Existence d'un accès facilité à l'HAD — Non

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité — Non

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité — Non

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pédiatres & urgentistes**

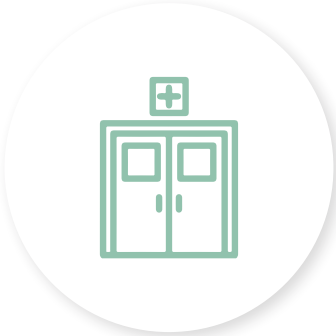
2 Nombre de places SAUV adulte

1 Nombre de places SAUV pédiatrique

5 Nombre de box SU adulte

1 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Non
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Non
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Non

Fonction assurée par l'IOA

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

2 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **2** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

2 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

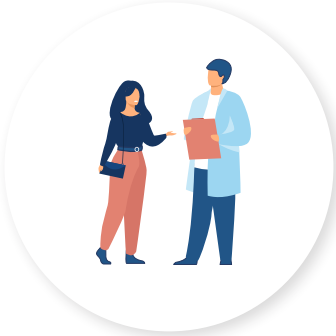
DONT **2** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

1 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Non
IAO en soutien dans l'activité du SU	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Echelle de tri utilisée **FRENCH**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Au SU par un urgentiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Orthopédie

ORL

Pédiatrie

Réorientations

Pas de réorientation

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Non

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Oui

Plage horaire d'appel **24h/24**



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

- La raison est traumatologique
- La raison est médicale
- L'enfant est âgé de plus d'1 an

Organisation

- Le déchocage est réalisé au SU polyvalent
- Un RPU est généré



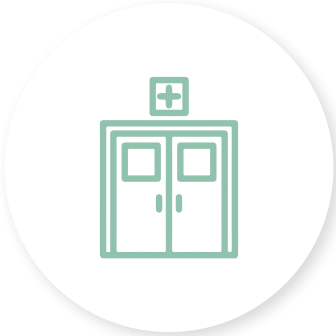
Equipe médicale

- Absence de pédopsychiatre
- Absence de psychologue pour les enfants
- Absence d'infirmier en pédopsychiatrie
- Présence de lits UHCD réservés aux enfants

Organisation

Le SMUR

Transition vers la dématérialisation



Format du dossier médical SMUR : **Tablette informatique**

Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR : **Oui**

Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique : **Non**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : **Oui**

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la journée

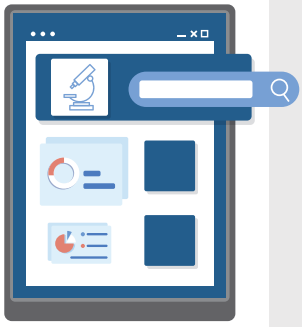
DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

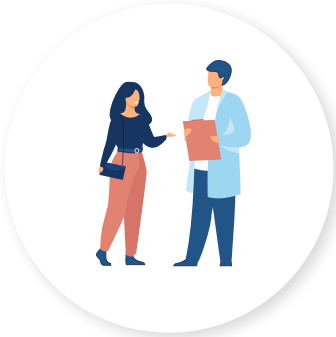
DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la nuit)



Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : **Oui**

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : **Oui**



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH : **Non**

En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux : **Non**

En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* : **Non**

cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence

Missions du médecin SMUR



Missions des médecins SMUR au sein du SU lorsqu'ils ne sont pas en intervention

PEC des patients en circuit court

PEC des patients en circuit long

En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

Oui et équipe précurseur

Interprétation radiographique

Interprétation systématique des radiographies par des radiologues

Toujours interprétées en temps réel

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Echographies doppler pour suspicion de phlébites En journée (SU ou ES) y compris w-e/jours fériés

IRM

Présence d'une IRM sur site

Accès facilité pour les urgences **pendant la PDSES**

Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU **Autonome**

Accès facilité pour les urgences **24h/24 7j/7**

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Oui
Lactate	Oui
Ionogramme	Oui
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

12 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **2** lits scopés

DONT **2** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Aucune mutualisation RH entre l'UHCD et le SU

Equipe soignante spécifique **24h/24 7j/7**

Equipe médicale spécifique **24h/24 7j/7**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Pour les patients des urgences et autres (sortie de blocs opératoire, autre convention ...)

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM

Utilisation du logiciel DIM

UHCD pédiatrique

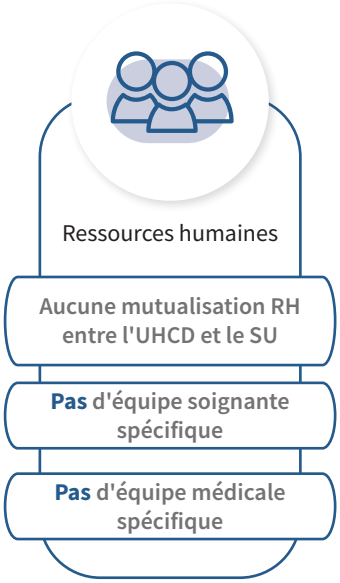
Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Oui

4 Nombre de lits UHCD pédiatriques

DONT **0** lit mère-enfant

DONT **0** lit scopés

DONT **0** lit scopés et reliés à une centrale de surveillance



Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non pédiatres (la journée)

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non pédiatres (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM

Utilisation du logiciel DIM

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Non

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Non

Présence dans l'ES



- D'une chirurgie de la main
- D'un accueil polytraumatisé adulte
- D'un anesthésiste sur site dédié aux urgences

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Non

Présence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières



AVC / SCA

- **Absence** de neurologue dans l'ES
- **Absence** d'une thrombolyse AVC
- **Absence** d'un accès thrombectomie sur site
- **Aucune** coronographie dans l'ES

Vasculaire

- **Absence** d'un service de chirurgie vasculaire
- **Absence** de chirurgie de l'aorte thoracique
- **Absence** d'ischémie aiguë des membres



Hémorragie

- **Absence** d'une endoscopie digestive en urgence
- **Absence** d'une endoscopie bronchique en urgence
- **Absence** d'une radiologie interventionnelle

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **Hôpital Web**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **Le RPU est synthétisé dans le DPI**

Outils

- **Utilisation** du ROR au quotidien
- **Non utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Connaissance** du BJML
- **Absence de pratique** de la télémédecine
- Utilisation de **TELURGE** pour les avis neuro chirurgicaux

Télé-AVC en emission

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Au DPI
- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour **les ambulances**
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Absence** de dossier papier
- **Absence** d'affichage des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / Centrale de surveillance**



Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✕ Non

Transmission des informations patients :

La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU
Envoi du courrier de sortie vers MT par MSS



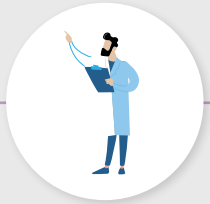


Organisation

NORD
CH Le Cateau-Cambrésis

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : Non

Le chef de service est urgentiste : Oui

Le chef de pôle est urgentiste : Oui

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : Non

Existence d'un cadre dédié aux urgences : Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : Oui

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : Oui

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Existence d'un plan HET : Oui

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Non
Réalisé via le ROR	Oui

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Non

Soins non programmés (SNP)

Existence d'une comission des admissions non programmées : Oui

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Non

Fréquence de réunion **2/an**

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Fréquence de mise à jour du TB **2/j**

Non

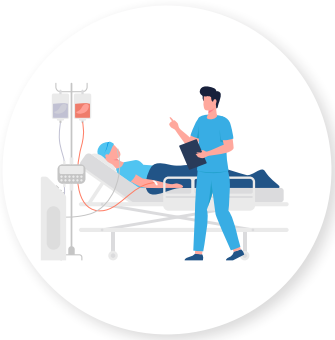
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Oui
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Oui
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Oui

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Non
Assuré par le cadre des urgences	Oui
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Oui
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Oui

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Non

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **avec** une ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Oui**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Oui**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui

A l'échelle de l'établissement



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Oui**

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Oui**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pas de SAUV pédia**

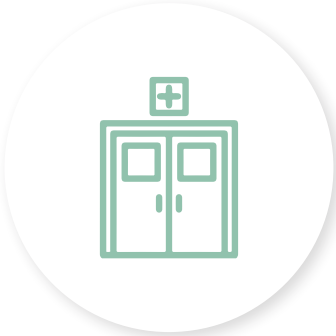
2 Nombre de places SAUV adulte

0 Nombre de places SAUV pédiatrique

4 Nombre de box SU adulte

1 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24 — **Non**

Existence d'un agent de sécurité à l'accueil — **Non**

Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24 — **Oui**

Existence d'une assistance sociale dans le service — **Oui, sauf le week end**

Fonction assurée par l'IOA 24h/24

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : **Oui**

2 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **2** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

2 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

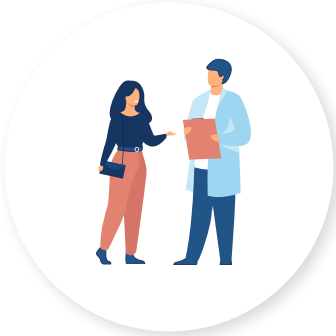
DONT **2** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

1 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24 — **Oui**

IAO en soutien dans l'activité du SU — **Oui**

IAO en soutien dans l'activité du SMUR — **Non**

IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD — **Oui**

Echelle de tri utilisée **FRENCH**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Urgentiste & spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Cardiologie

Digestif

Orthopédie

Réorientations

Réorientations protocolisées

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Oui

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Oui

Plage horaire d'appel **24h/24**



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

- La raison est traumatologique
- La raison est médicale
- L'enfant est âgé de plus d'1 an

Organisation

- Le déchocage est réalisé au SU polyvalent



Equipe médicale

- Absence de pédopsychiatre
- Absence de psychologue pour les enfants
- Absence d'infirmier en pédopsychiatrie
- Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Plateaux techniques

Pas de réponse sur cette partie de l'enquête

UHCD

Pas de réponse sur cette partie de l'enquête

Organisation avec les autres services

Pas de réponse sur cette partie de l'enquête

Numérique & systéme d'information

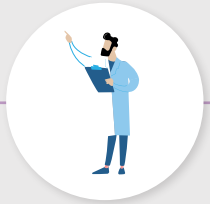
Pas de réponse sur cette partie de l'enquête

Organisation

NORD
CH de Roubaix

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : Oui

Le chef de service est urgentiste : Oui

Le chef de pôle est urgentiste : Oui

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : Oui

Existence d'un cadre dédié aux urgences : Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : Non

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : Non

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Existence d'une charte décrivant les éléments **objectifs** de tension (nb entrées, nb de personnes âgées, absence de lit d'aval, ...)

Existence d'un plan HET : Oui

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Non
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Non

Soins non programmés (SNP)

Fréquence de réunion **2/an**

Existence d'une comission des admissions non programmées : Oui

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Non

Gestion des lits & bed-management

Fréquence de mise à jour du TB **2/j**

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Non

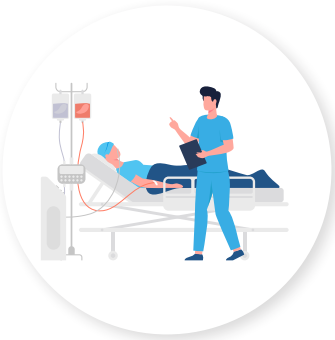
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Non
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Non
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Pas de bed-management
Assuré par le cadre des urgences	Pas de bed-management
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Pas de bed-management
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Pas de bed-management

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Oui

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Non

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : Oui

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : Oui

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences : Oui

A l'échelle de l'établissement



Existence d'un accès facilité à l'HAD : Oui

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : Oui

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : Non

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? Urgentistes

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? Urgentistes et pédiatres

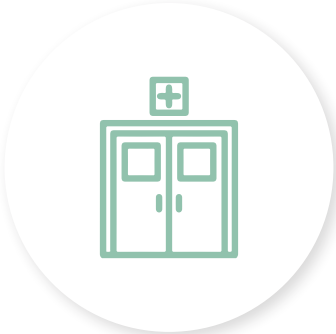
2 Nombre de places SAUV adulte

2 Nombre de places SAUV pédiatrique

12 Nombre de box SU adulte

6 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Oui
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Oui (24h/24)
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	sauf WE week end

Fonction assurée par l'IOA 24h/24

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

7 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **6** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **2** lignes assurées par des médecins non urgentistes (la journée)

4 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

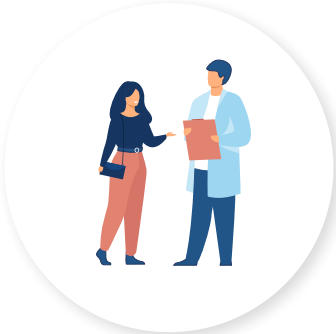
DONT **4** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

1 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SU	Non
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Echelle de tri utilisée **FRENCH**

Les urgences pédiatriques

Pas de réponse sur cette partie de l'enquête

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Par un autre spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Orthopédie

Digestif

ORL

Réorientations

Réorientations protocolisées

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Oui

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Non

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Oui

Plage horaire d'appel **24h/24**



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

Pas de mutualisation

Organisation

Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif



Equipe médicale

Présence de pédopsychiatre

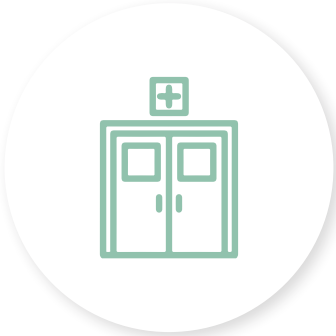
Présence de psychologue pour les enfants

Présence d'infirmier en pédopsychiatrie

Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Le SMUR

Transition vers la dématérialisation



Format du dossier médical SMUR : **Tablette informatique**

Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR : **Oui**

Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique : **Non**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : **Oui**

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la journée

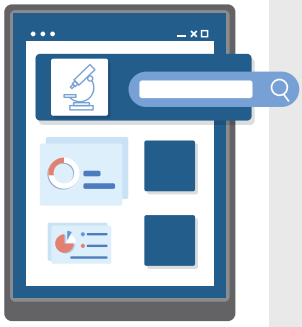
DONT 1 ligne couverte en permanence (la journée)

DONT 1 ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

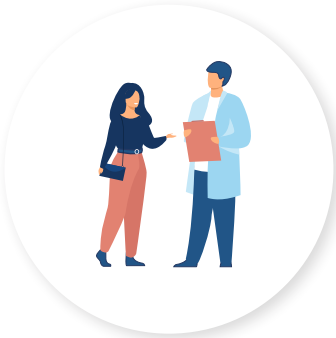
DONT 1 ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT 1 ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la nuit)



Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : **Oui**

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : **Oui**



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH : **Oui**

En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux : **Non**

En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* : **Non**

cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence

Missions du médecin SMUR



Missions des médecins SMUR au sein du SU lorsqu'ils ne sont pas en intervention

PEC des patients en circuit court

Aide à l'accueil et à l'évaluation (type MAO)

En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

Oui et équipe précurseur

Interprétation radiographique

Interprétation systématique des radiographies par des radiologues

Interprétation par l'IA immédiatement et par le radiologue en différé

Plateaux techniques

Echographie

- **Présence** d'un échographe dédié aux urgences
- **Présence** de prélèvements échoguidés au SU
- **Présence** d'échographie doppler pour suspicion de phlébites (SU ou ES) hors week-end et jours fériés

IRM

- **Présence** d'une IRM sur site
- Difficulté d'accès pour les urgences

Scanner

- **Absence** d'un scanner sur site
- Accessibilité du scanner depuis le SU **Brancardage**
- Accès facilité pour les urgences **24h/24 7j/7**

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Non
Lactate	Non
Ionogramme	Non
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Non

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

13 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **6** lits scopés

DONT **6** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe soignante spécifique

Pas d'équipe médicale spécifique

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

2 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **2** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et l'urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Oui

2 Nombre de lits UHCD pédiatriques

DONT **0** lits mère-enfant

DONT **0** lits scopés

DONT **0** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe soignante spécifique

Pas d'équipe médicale spécifique

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non pédiatres (la journée)

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non pédiatres (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et l'urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Oui

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Non

Présence dans l'ES



D'une chirurgie de la main la semaine en journée

D'un PMO

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Oui

Présence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

Présence d'un neurologue dans l'ES **la semaine, en journée**

Existence d'une thrombolyse AVC **24h/24 7j/7**

Absence d'un accès thrombectomie sur site

Présence d'une coronographie dans l'ES **24h/24 7j/7**

Vasculaire

Présence d'un service de chirurgie vasculaire **24h/24 7j/7**

Absence de chirurgie de l'aorte thoracique

Présence d'ischémie aiguë des membres **24h/24 7j/7**

Hémorragie

Présence d'une endoscopie digestive en urgence **24h/24 7j/7**

Présenced'une endoscopie bronchique en urgence **La semaine, en journée**

Absence d'une radiologie interventionnelle

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **ASUR**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **Le RPU nécessite une saisie compltémentaire**

Outils

- **Non utilisation** du ROR au quotidien
- **Utilisation** des outils d'intelligence artificielle
  - Radiologie (GLEAMER)
- **Connaissance** du BJML
- **Pratique** de la télémédecine
  - Télé-AVC en émission et TELEAORTE
- Utilisation de **TELURGE** pour les avis neuro chirurgicaux

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Au DPI
- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour **les ambulances**
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** de dossier papier
- **Affichage** des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / Centrale de télésurveillance**

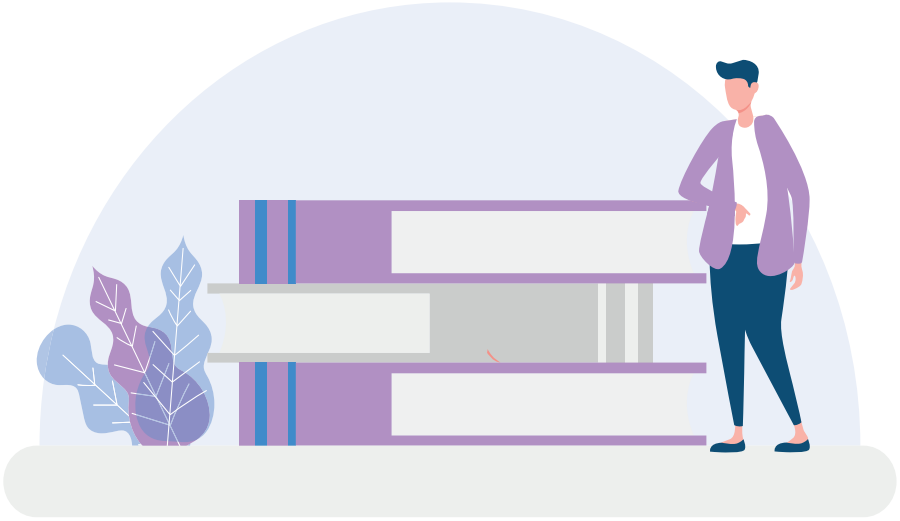
Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✕ Non



Transmission des informations patients :

La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU



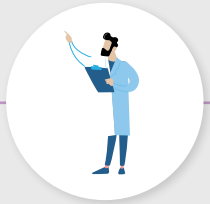


Organisation

NORD
CH de Sambre-Avesnois

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : Non

Le chef de service est urgentiste : Oui

Le chef de pôle est urgentiste : Oui

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : Oui

Existence d'un cadre dédié aux urgences : Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : Oui

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : Oui

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Existence d'un plan HET : Oui

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Oui
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Non

Soins non programmés (SNP)

Fréquence de réunion **3/an**

Existence d'une comission des admissions non programmées : Oui

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Non

Gestion des lits & bed-management

Fréquence de mise à jour du TB **8/j**

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Oui

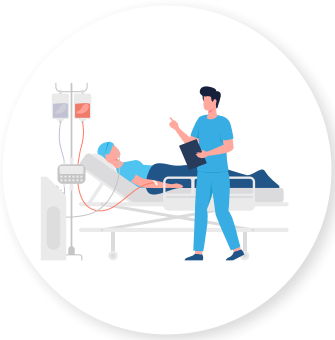
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Non
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Oui

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Oui
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Oui
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Oui

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Non
Assuré par le cadre des urgences	Non
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Oui
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Oui

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Oui

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **sans** une ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Non**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Oui**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences : **Oui**

A l'échelle de l'établissements



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Non**

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Oui**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Oui**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pédiatres**



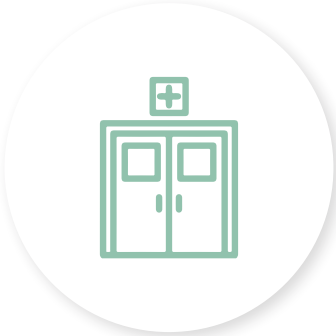
2 Nombre de places SAUV adulte

1 Nombre de places SAUV pédiatrique

7 Nombre de box SU adulte

2 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Oui
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Oui (en journée/soirée)
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Non

Fonction assurée par l'IOA 24h/24

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

3 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **2** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

2 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

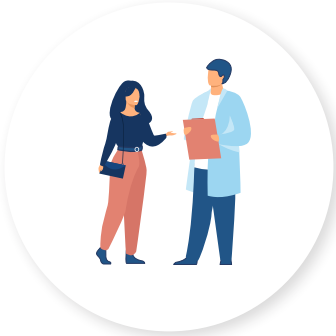
DONT **2** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

1 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SU	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Echelle de tri utilisée **FRENCH**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Au SU par un urgentiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Orthopédie

Digestif

Réorientations

Réorientations protocolisées + LOGIBEC

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Oui

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Non

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Oui

Plage horaire d'appel **24h/24**



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

- Pas de mutualisation

Organisation

- Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif
- Le déchocage est réalisé au SU polyvalent
- Un RPU est généré



Equipe médicale

- Présence de pédopsychiatre
- Présence de psychologue pour les enfants
- Présence d'infirmier en pédopsychiatrie
- Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Les urgences pédiatriques

Âge maximal d'admission habituel aux urgences pédiatriques : **15 ans**

Les urgences pédiatriques sont individualisées et accueillent plus de 90 % des patients de moins de 18 ans : Oui

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

1 Nombre de lignes médicales au SU pédiatriques la journée

DONT 1 ligne couverte en permanence (la journée)

DONT 1 ligne assurée par des médecins non pédiatres (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SU pédiatrique la nuit

DONT 1 ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT 1 ligne assurée par des médecins non pédiatre (la nuit)



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Oui
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Oui (en journée/soirée)
Présence de l'IAO 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Non

Echelle de tri utilisée
Echelle propre au service 4 niveaux

Organisation

Reconvocations

Comment s'effectuent les reconvocations ?

Au SU par pédiatres

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Psychiatrie

Orthopédie

Réorientations

Réorientations protocolisées

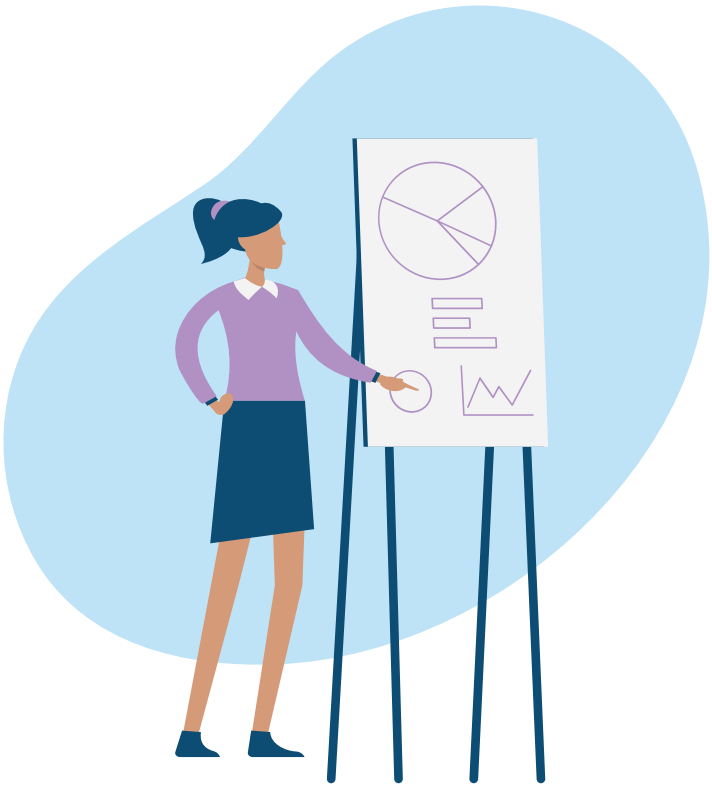
Le point d'accueil prend-il en charge les enfants pour des motifs traumatologiques : Oui

Prise en charge par le chirurgien

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Non

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

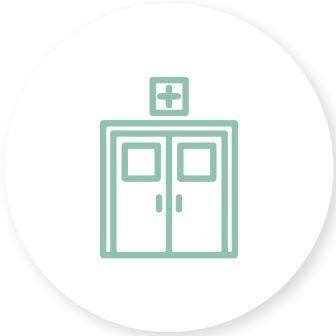
Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Non



Organisation

Le SMUR

Transition vers la dématérialisation



Format du dossier médical SMUR : **Tablette informatique**

Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR : **Non**

Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique : **Non**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : **Oui**

2 Nombre de lignes médicales au SMUR la journée

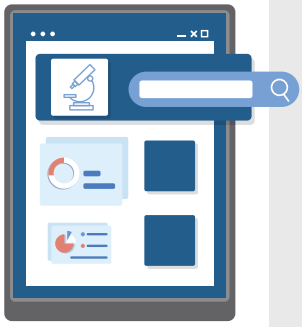
DONT **2** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **0** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la journée)

2 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

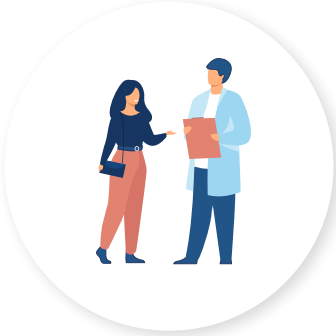
DONT **2** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la nuit)



Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : **Oui**

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : **Oui**



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH : **Oui**

En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux : **Non**

En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* : **Non**

cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence

Missions du médecin SMUR



Missions des médecins SMUR au sein du SU lorsqu'ils ne sont pas en intervention

PEC des patients en circuit court

En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

Non

Interprétation radiographique

Interprétation <u>systématique</u> des radiographies par des radiologues

<u>Toujours</u> interprétées en temps réel

Appel à un service de télé-interprétation en journée et/ou PDSES

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Présence d'échographie doppler pour suspicion de phlébites (SU ou ES)

IRM

Présence d'une IRM sur site

Accès facilité/dédié pour les urgences **24h/24 7j/7**

Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU
Brancardage

Accès facilité pour les urgences
24h/24 7j/7

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Oui
Lactate	Non
Ionogramme	Non
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

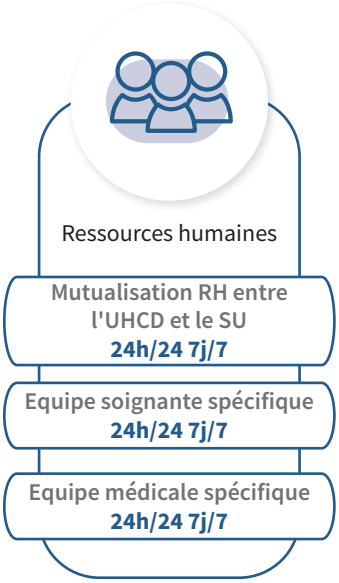
UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

8 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **8** lits scopés

DONT **8** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance



Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD avec utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Organisation

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Oui

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Présence dans l'ES



- D'un PMO
- D'un accueil polytraumatisé adulte
- D'un anesthésiste sur site dédié aux urgences

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Oui

Présence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

- **Présence** d'un neurologue dans l'ES 24h/24 7j/7
- **Existence** d'une thrombolyse AVC 24h/24 7j/7
- **Absence** d'un accès thrombectomie sur site
- **Aucune** coronographie dans l'ES

Vasculaire

- **Absence** d'un service de chirurgie vasculaire
- **Absence** de chirurgie de l'aorte thoracique
- **Absence** d'ischémie aiguë des membres

Hémorragie

- **Présence** d'une endoscopie digestive en urgence 24h/24, 7j/7
- **Présence** d'une endoscopie bronchique en urgence 24h/24, 7j/7
- **Présence** d'une radiologie interventionnelle 24h/24, 7j/7

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **Sillage urgences**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **RPU synthétisé par le DPI**

Outils

- **Utilisation** du ROR au quotidien
- **Utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Connaissance** du BJML
- **Pratique** de la télémédecine
- Utilisation de **TELURGE** pour les avis neuro chirurgicaux

Radiologie

Télé-AVC en emission et réception. TELEAORTE

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour **les ambulances**
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** de dossier papier
- **Absence** d'affichage des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scopes connectés au DPI/ Centrale de surveillance**

Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✓ Oui

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✓ Oui



Transmission des informations patients :

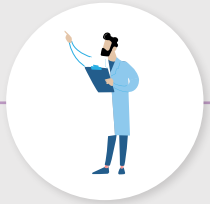
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU

Organisation

NORD
CH de Seclin

Date de dernière modification : 16/06/2025

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans :

Non

Le chef de service est urgentiste :

Oui

Le chef de pôle est urgentiste :

Oui

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC :

Oui

Existence d'un cadre dédié aux urgences :

Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années :

Oui

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe :

Oui

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Existence d'un plan HET : Oui

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Non
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Non

Soins non programmés (SNP)



Fréquence de réunion **2/an**

Existence d'une comission des admissions non programmées : Oui

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Oui

Gestion des lits & bed-management



Fréquence de mise à jour du TB **5/j**

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Non

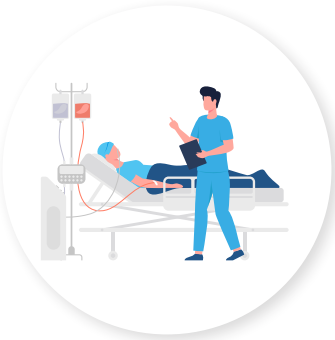
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Non
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Oui
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Oui

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Non
Assuré par le cadre des urgences	Oui
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Non
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Non

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières



Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Non

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Non

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : Non

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : Non

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui



A l'échelle de l'établissement



Existence d'un accès facilité à l'HAD : Oui

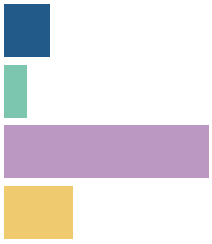
Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : Oui

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : Non

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? Urgentistes

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? Pédiatres



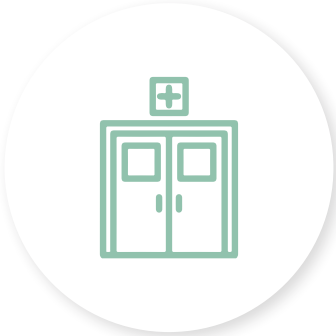
2 Nombre de places SAUV adulte

1 Nombre de places SAUV pédiatrique

9 Nombre de box SU adulte

3 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Oui
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Oui journée soir
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Non

Fonction assurée par l'IOA 24h/24

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

4 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **4** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

1,5 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

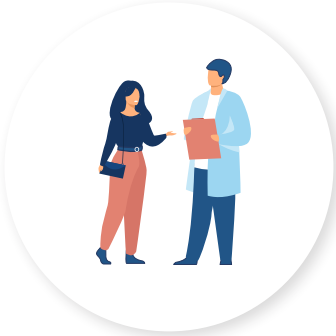
DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

1 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SU	Non
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Echelle de tri utilisée
Echelle propre

Organisation

Reconvocations

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Non



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Par un autre spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Cardiologie

Digestif

Neurologie

ORL

Orthopédie

Réorientations

Réorientations protocolisées

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Oui

24h/24





L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

La raison est traumatologique

Organisation

Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif

Un RPU est généré



Equipe médicale

Présence de pédopsychiatre

Présence de psychologue pour les enfants

Absence d'infirmier en pédopsychiatrie

Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Les urgences pédiatriques

Âge maximal d'admission habituel aux urgences pédiatriques : **15 ans et 3 mois**

Les urgences pédiatriques sont individualisées et accueillent plus de 90 % des patients de moins de 18 ans : Oui

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

2 Nombre de lignes médicales au SU pédiatriques la journée

DONT **1** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non pédiatres (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SU pédiatrique la nuit

DONT **1** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non pédiatre (la nuit)

1 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Oui
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Oui (en journée/soirée)
Présence de l'IAO 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Non

Echelle de tri utilisée
Echelle propre au service 5 niveaux

Organisation

Le point d'accueil prend-il en charge les enfants pour des motifs traumatologiques : Oui

Prise en charge par le pédiatre + urgentiste + chirurgien

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Non

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Reconvocations

Comment s'effectuent les reconvocations ?

Au SU par pédiatres

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

ORL

Réorientations

Réorientations immédiates



Interprétation radiographique

Interprétation <u>systématique</u> des radiographies par des radiologues

<u>Toujours</u> interprétées en temps différé

Appel à un service de télé-interprétation en journée et/ou PDSES

Plateaux techniques

Echographie

Présenced'un échographe dédié aux urgences

Absence de prélèvements échoguidés au SU

Présence de réalisation d'échographies spécialisées au SU

Echographies doppler pour suspicion de phlébites **En journée (SU ou ES) hors w-e/jours fériés**

IRM

Présence d'une IRM sur site

Accès facilité/dédié pour les urgences **24h/24 7j/7**

Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU **Brancardage**

Accès facilité pour les urgences **24h/24 7j/7**

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Non
Lactate	Non
Ionogramme	Non
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

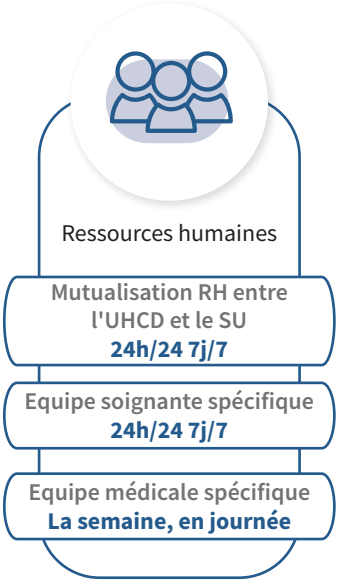
UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

8 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **8** lits scopés

DONT **8** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance



Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD avec utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Oui

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Non

Présence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

Absence de neurologue dans l'ES

Absence d'une thrombolyse AVC

Absence d'un accès thrombectomie sur site

Aucune coronographie dans l'ES

Vasculaire

Absence d'un service de chirurgie vasculaire

Absence de chirurgie de l'aorte thoracique

Absence d'ischémie aiguë des membres

Hémorragie

Présence d'une endoscopie digestive en urgence **24h24 7j/7**

Présence d'une endoscopie bronchique en urgence **la semaine, en journée**

Absence d'une radiologie interventionnelle

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **Urqual Crosway**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : **Oui**

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **RPU synthétisé par le DPI**

Outils

- **Utilisation** du ROR au quotidien
- **Non utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Connaissance** du BJML
- **Présence de pratique** de la télémédecine
- Utilisation de **Pacs to pacs** pour les avis neuro chirurgicaux

Télurge

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Au DPI
- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour **les ambulances**
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** de dossier papier
- **Affichage** des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / Centrale de surveillance**



Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : **Non**

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : **Non**

Transmission des informations patients :

La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU



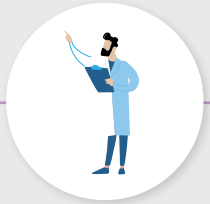


Organisation

NORD
CH de Tourcoing

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : Oui

Le chef de service est urgentiste : Oui

Le chef de pôle est urgentiste : Non

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : Oui

Existence d'un cadre dédié aux urgences : Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : Oui

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : Non

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Existence d'un plan HET : Oui

Existence d'une charte décrivant les éléments **objectifs** de tension
(nb entrées, nb de personnes âgées, absence de lit d'aval, ...)

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Oui
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Non

Soins non programmés (SNP)

Existence d'une comission des admissions non programmées : Oui

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Non

Fréquence de réunion **4/an**

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Fréquence de mise à jour du TB **2/j**

Non

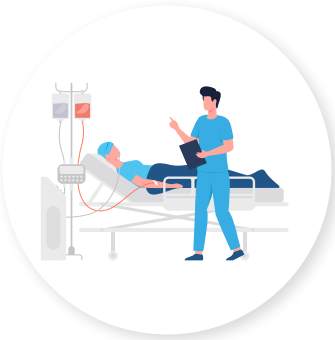
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Non
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Non
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Oui

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Oui
Assuré par le cadre des urgences	Oui
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Oui
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Non

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Oui

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **sans** une ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Oui**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Oui**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui

A l'échelle de l'établissement



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Oui**

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Non**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pédiatres + Urgentistes**



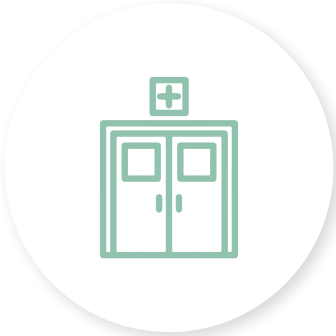
3 Nombre de places SAUV adulte

1 Nombre de places SAUV pédiatrique

12 Nombre de box SU adulte

4 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24 — **Oui**

Existence d'un agent de sécurité à l'accueil — **Oui (24h/24)**

Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24 — **Oui**

Existence d'une assistance sociale dans le service — **Oui sauf WE**

Fonction assurée par l'IOA 24h/24

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : **Oui**

5 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **5** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

3 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

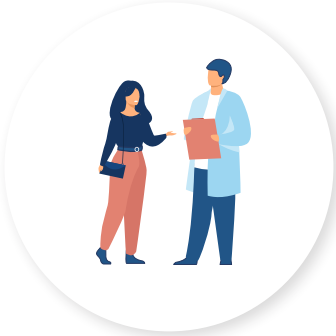
DONT **3** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **3** lignes assurées par des médecins non urgentistes (la nuit)

0 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24 — **Oui**

IAO en soutien dans l'activité du SU — **Oui**

IAO en soutien dans l'activité du SMUR — **Non**

IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD — **Non**

Echelle de tri utilisée **FRENCH**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Par un autre spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Cardiologie

Ophtalmologie

ORL

Orthopédie

Réorientations

Pas de réorientation

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Oui

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Oui

Plage horaire d'appel **24h/24**



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

- La raison est traumatologique
- La raison est médicale
- L'enfant est âgé de plus d'1 an

Organisation

- Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif
- Le déchocage est réalisé au SU polyvalent
- Un RPU est généré

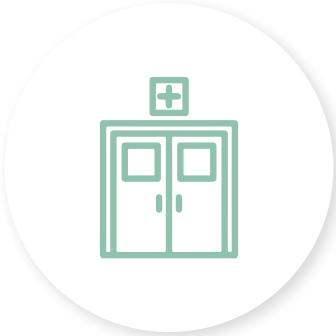


Equipe médicale

- Présence de pédopsychiatre
- Absence de psychologue pour les enfants
- Présence d'infirmier en pédopsychiatrie
- Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Organisation

Le SMUR



Transition vers la dématérialisation

Format du dossier médical SMUR	Tablette informatique
Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR	Oui
Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique	Non

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : Oui

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la journée

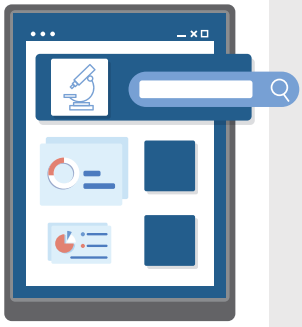
DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

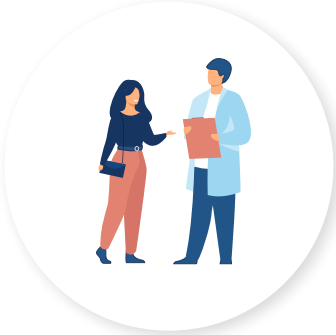
DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la nuit)



Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : Oui

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : Oui



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH :	Non
En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux :	Non
En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* :	Non

cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence

Missions du médecin SMUR



Missions des médecins SMUR au sein du SU lorsqu'ils ne sont pas en intervention

PEC des patients en circuit court

Poursuite de la PEC des patients amenés par le SMUR

Aide à l'accueil et à l'évaluation (type MAO)

En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

Oui et équipe précurseur

Organisation

Interprétation radiographique

Interprétation systématique des radiographies par des radiologues

Pas d'interprétation

Plateaux techniques

Echographie

- **Présence** d'un échographe dédié aux urgences
- **Présence** de prélèvements échoguidés au SU
- **Présence** de réalisation d'échographies spécialisées au SU
- **Présence** d'échographie doppler pour suspicion de phlébites (SU ou ES) Sauf W end et JF

IRM

- **Présence** d'une IRM sur site
- Accès facilité/dédié pour les urgences **24h/24 7j/7**

Scanner

- **Présence** d'un scanner sur site
- Accessibilité du scanner depuis le SU **Brancardage**
- Accès facilité pour les urgences **24h/24 7j/7**

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Non
Lactate	Non
Ionogramme	Non
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

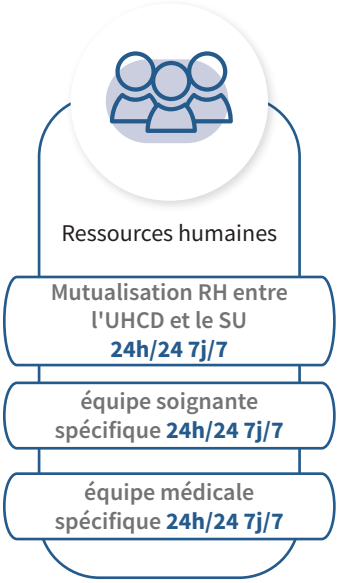
UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

9 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **9** lits scopés

DONT **9** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance



Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **0** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et l'urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD avec utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Organisation

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Oui

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Non

Présence dans l'ES



D'une chirurgie de la main la semaine en journée

D'un accueil polytraumatisé adulte

D'un anesthésiste sur site dédié aux urgences

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Oui

Présence d'une IDE psy aux urgences : Oui

Présence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières



AVC / SCA

Présence d'un neurologue dans l'ES **la semaine, en journée**

Existence d'une thrombolyse AVC **24h/24 7j/7**

Absence d'un accès thrombectomie sur site

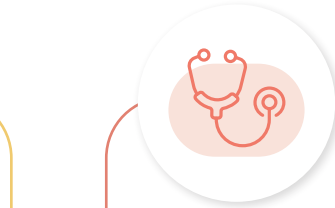
Aucune coronographie dans l'ES

Vasculaire

Présence d'un service de chirurgie vasculaire **24h/24, 7j/7**

Absence de chirurgie de l'aorte thoracique **la semaine, en journée**

Présence d'ischémie aiguë des membres **24h/24, 7j/7**



Hémorragie

Présence d'une endoscopie digestive en urgence **24h/24, 7j/7**

Présence d'une endoscopie bronchique en urgence **24h/24, 7j/7**

Absence d'une radiologie interventionnelle

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **Hopital Manager**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **Le RPU est synthétisé par le DPI**

Outils

- **Non utilisation** du ROR au quotidien
- **Utilisation** des outils d'intelligence artificielle
  - Radiologie (GLEAMER)
- **Méconnaissance** du BJML
- **Pratique** de la télémédecine
  - Télé-AVC en emission et réception
- Utilisation de **TELURGE** pour les avis neuro chirurgicaux

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Au DPI
- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour **les ambulances**
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Absence** de dossier papier
- **PAs d'affichage** des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scopes connectés / Centrale de surveillance**

Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✓ Oui



Transmission des informations patients :

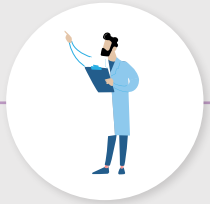
La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU

Organisation

NORD
CH de Valenciennes

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : Non

Le chef de service est urgentiste : Oui

Le chef de pôle est urgentiste : Non

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : Oui

Existence d'un cadre dédié aux urgences : Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : Non

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : Oui

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Existence d'un plan HET : Oui

Existence d'une charte décrivant les éléments **objectifs** de tension
(nb entrées, nb de personnes âgées, absence de lit d'aval, ...)

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Oui
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Oui

Nombre de lits supplémentaires
15

Soins non programmés (SNP)

Existence d'une comission des admissions non programmées : Non

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Non

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Fréquence de mise à jour du TB
4/j

Non

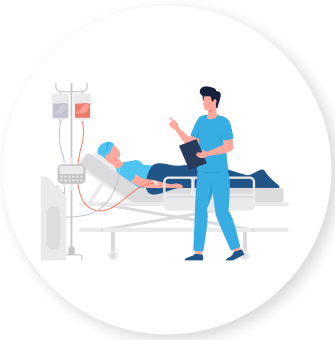
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Oui

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Oui
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Oui
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Non
Assuré par le cadre des urgences	Non
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Oui
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Non

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières



Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Oui

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **sans** une ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Non**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Oui**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui



A l'échelle de l'établissement



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Non**

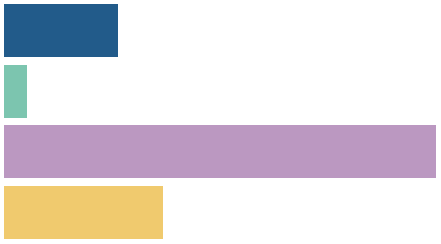
Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Oui**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pédiatres, urgentistes, MAR/MIR**



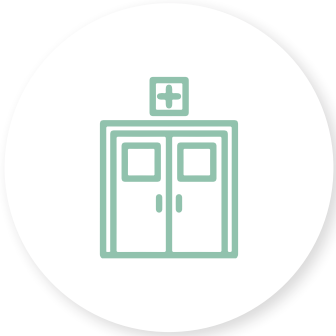
5 Nombre de places SAUV adulte

1 Nombre de places SAUV pédiatrique

19 Nombre de box SU adulte

7 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24 — **Oui**

Existence d'un agent de sécurité à l'accueil — **Oui (24h/24)**

Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24 — **Oui**

Existence d'une assistance sociale dans le service — **Oui**

Fonction assurée par l'IOA + MAO en journée la semaine

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : **Oui**

6 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **6** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

2,5 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

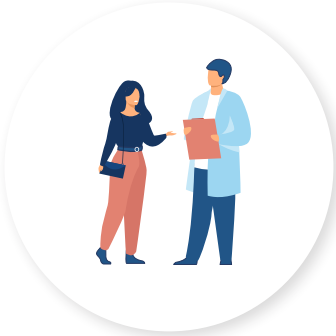
DONT **2,5** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

1 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24 — **Oui**

IAO en soutien dans l'activité du SU — **Non**

IAO en soutien dans l'activité du SMUR — **Non**

IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD — **Non**

Echelle de tri utilisée **FRENCH**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Agenda de consultations

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Chirurgie de la main

Dentiste

Ophtalmologie

Réorientations

Réorientations immédiates

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Oui

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Oui

Plage horaire d'appel **24h/24**



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

Pas de mutualisation

Organisation

Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif

Un RPU est généré



Equipe médicale

Présence de pédopsychiatre

Présence de psychologue pour les enfants

Absence d'infirmier en pédopsychiatrie

Présence de lits UHCD réservés aux enfants

Les urgences pédiatriques (incomplet)

Âge maximal d'admission habituel aux urgences pédiatriques : **16 ans**

Les urgences pédiatriques sont individualisées et accueillent plus de 90 % des patients de moins de 18 ans : Oui

Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Oui
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Oui, 24h/24



Le SMUR

Transition vers la dématérialisation



Format du dossier médical SMUR : **Tablette informatique**

Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR : **Oui**

Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique : **Non**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : **Oui**

2 Nombre de lignes médicales au SMUR la journée

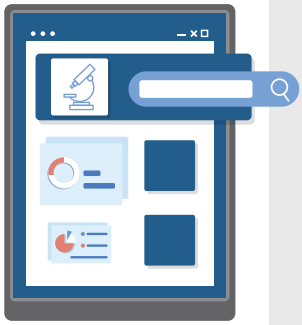
DONT **2** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **0** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la journée)

2 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **1** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la nuit)



Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : **Oui**

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : **Oui**



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH : **Oui**

En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux : **Non**

En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* : **Non**

**cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence*

Missions du médecin SMUR



Missions des médecins SMUR au sein du SU lorsqu'ils ne sont pas en intervention

- **PEC des patients en circuit court**
- équipe précurseur à **Intervention d'un autre SMUR**
- **Poursuite de la PEC des patients amenés par le SMUR**
- **Aide à l'accueil et à l'évaluation (type MAO)**

En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

Oui et équipe précurseur

Interprétation radiographique

Interprétation systématique des radiographies par des radiologues

Interprétation par l'IA immédiatement et par le radiologue en différé

Plateaux techniques

Echographie	IRM	Scanner
Présence d'un échographe dédié aux urgences	**Dédié au SU**	**Dédié au SU**
Présence de prélèvements échoguidés au SU	**24h/24 7j/7**	Accessibilité du scanner depuis le SU **Autonome**
Présence de réalisation d'échographies spécialisées au SU		**24h/24 7j/7**
Présence d'échographie doppler pour suspicion de phlébites (SU ou ES) Sauf W end et JF		

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Non
Gaz du sang	Non
Lactate	Non
Ionogramme	Non
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

10 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **0** lit scopé

DONT **0** lit scopé et relié à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe soignante spécifique

Pas d'équipe médicale spécifique

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le TIM des urgences

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Oui

8 Nombre de lits UHCD pédiatriques

DONT **8** lits mère-enfant

DONT **0** lit scopé

DONT **0** lit scopé et relié à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Equipe soignante spécifique **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe médicale spécifique

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non pédiatres (la journée)

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non pédiatres (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et l'urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

Organisation

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Oui

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Présence dans l'ES



- D'une chirurgie de la main
- D'un PMO
- D'un accueil polytraumatisé adulte
- D'un anesthésiste sur site dédié aux urgences

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Oui

Présence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

- **Présence** d'un neurologue dans l'ES **24h/24 7j/7**
- **Présence** d'une thrombolyse AVC **24h/24 7j/7**
- **Présence** d'un accès thrombectomie sur site **la semaine, en journée**
- **Présence** coronographie dans l'ES **24h/24 7j/7**

Vasculaire

- **Présence** d'un service de chirurgie vasculaire **24h/24, 7j/7**
- **Absence** de chirurgie de l'aorte thoracique
- **Présence** d'ischémie aiguë des membres **24h/24, 7j/7**

Hémorragie

- **Présence** d'une endoscopie digestive en urgence **24h/24, 7j/7**
- **Présence** d'une endoscopie bronchique en urgence **la semaine, en journée**
- **Présence** d'une radiologie interventionnelle **24h/24, 7j/7**

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **Firstnet Cerner**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **Le RPU est synthétisé par le DPI**

Outils

- **Non Utilisation** du ROR au quotidien
- **Utilisation** des outils d'intelligence artificielle
  - IA prévision des flux (SANIA)
- **Connaissance** du BJML
- **Pratique** de la télémédecine
  - Télé-AVC en emission
- Utilisation de **TELURGE** pour les avis neuro chirurgicaux

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Au DPI
- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour **les ambulances**
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Absence** de dossier papier
- **Pas d'affichage** des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scopes connectés au DPI / Centrale de télésurveillance**

Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✕ Non



Transmission des informations patients :

La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU

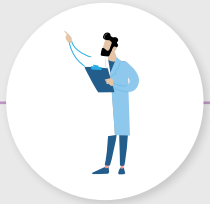
Organisation

NORD

CH d'Hazebrouck

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans :

Non

Le chef de service est urgentiste :

Oui

Le chef de pôle est urgentiste :

Non

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC :

Non

Existence d'un cadre dédié aux urgences :

Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années :

Oui

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe :

Oui

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Existence d'une charte décrivant les éléments **objectifs** de tension
(nb entrées, nb de personnes âgées, absence de lit d'aval, ...)

Existence d'un plan HET : Oui

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Oui
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Non

Soins non programmés (SNP)

Existence d'une comission des admissions non programmées : Non

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Non

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui



Fréquence de mise à jour du TB
2/j

Oui

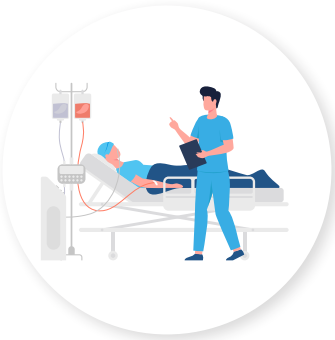
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Oui

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Non
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Non
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Pas de bed-management
Assuré par le cadre des urgences	Pas de bed-management
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Pas de bed-management
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Pas de bed-management

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières



Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Oui

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Non

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Non**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Non**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui



A l'échelle du GHT/groupe d'établissements/ territoire



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Oui**

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Non**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pas de SAUV pédia**

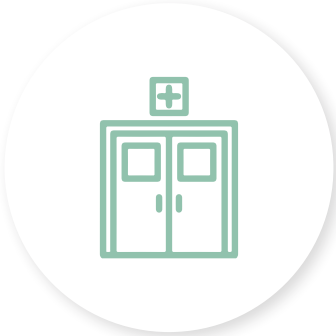
1 Nombre de places SAUV adulte

0 Nombre de places SAUV pédiatrique

9 Nombre de box SU adulte

0 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Non
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Non
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Non

Fonction assurée par l'IOA

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

2 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **2** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

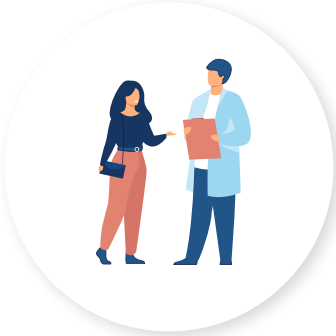
DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

0 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Non
IAO en soutien dans l'activité du SU	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Echelle de tri utilisée **MANCHESTER**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Pas de reconvocations

Réorientations

Pas de réorientation

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Non

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Oui

Plage horaire d'appel **24h/24**

L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

- La raison est traumatologique
- La raison est médicale
- L'enfant est âgé de plus d'1 an
- Pas de mutualisation

Organisation

- Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif
- Un RPU est généré

Equipe médicale

- Absence de pédopsychiatre
- Absencede psychologue pour les enfants
- Absence d'infirmier en pédopsychiatrie
- Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Interprétation radiographique

Interprétation <u>systématique</u> des radiographies par des radiologues

<u>Toujours</u> interprétées en différé

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Présence d'échographie doppler pour suspicion de phlébites (SU ou ES)en journée Sauf W end et JF

IRM

Absence d'une IRM sur site

Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU
Brancardage

Accès facilité pour les urgences 24h/24, 7j/7

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Oui
Lactate	Oui
Ionogramme	Oui
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

Existence d'une UHCD adulte "physique" : ✕ Non

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : ✕ Non

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Non

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Oui

Absence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

- **Absence** d'un neurologue dans l'ES **la semaine, en journée**
- **Existence** d'une thrombolyse AVC **la semaine, en journée**
- **Absence** d'un accès thrombectomie sur site
- **Aucune** coronographie dans l'ES

Vasculaire

- **Absence** d'un service de chirurgie vasculaire
- **Absence** de chirurgie de l'aorte thoracique
- **Absence** d'ischémie aiguë des membres

Hémorragie

- **Absence** d'une endoscopie digestive en urgence
- **Absence** d'une endoscopie bronchique en urgence
- **Absence** d'une radiologie interventionnelle

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **Urqual**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **RPU synthétisé par le DPI**

Outils

- **Utilisation** du ROR au quotidien
- **Non utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Connaissance** du BJML
- **Pratique** de la télémédecine
- Utilisation de **TELURGE** pour les avis neuro chirurgicaux

Télé-AVC en emission

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Aucun accés

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour **les ambulances**
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** de dossier papier
- **Absence** d'affichage des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scopes connectés / Centrale de surveillance**



Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✕ Non

Transmission des informations patients :

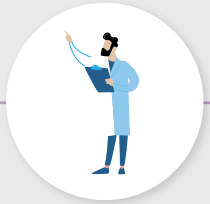
La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU

Organisation

NORD
CHU de Lille

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : Non

Le chef de service est urgentiste : Oui

Le chef de pôle est urgentiste : Oui

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : Non

Existence d'un cadre dédié aux urgences : Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : Non

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : Oui

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Existence d'un plan HET : Oui

Existence d'une charte décrivant les éléments **objectifs** de tension
(nb entrées, nb de personnes âgées, absence de lit d'aval, ...)

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Non
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Non

Soins non programmés (SNP)

Existence d'une comission des admissions non programmées : Oui

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Oui

Fréquence de réunion **1/an**

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Fréquence de mise à jour du TB **3/j**

Oui

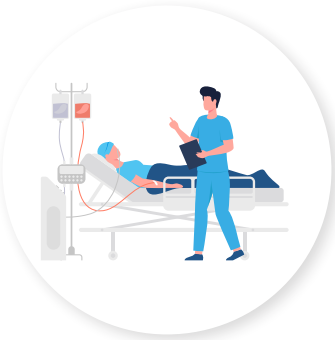
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Oui
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Oui
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Oui

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Non
Assuré par le cadre des urgences	Non
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Non
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Non

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Oui

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **avec** une ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Oui**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Oui**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences : **Oui**

A l'échelle de l'établissement



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Oui**

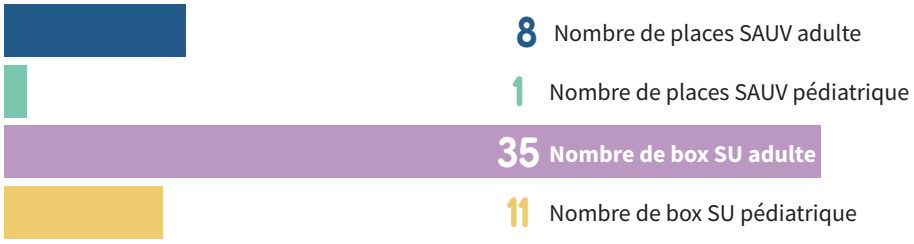
Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Non**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **MIR / MAR**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Les pédiatres**



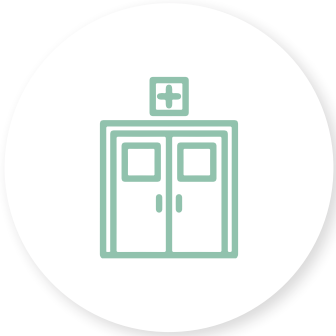
8 Nombre de places SAUV adulte

1 Nombre de places SAUV pédiatrique

35 **Nombre de box SU adulte**

11 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24 — **Oui**

Existence d'un agent de sécurité à l'accueil — **Oui (24h/24)**

Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24 — **Oui**

Existence d'une assistance sociale dans le service — **Oui (w-e compris)**

Fonction assurée par l'IOA + MAO

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : **Oui**

6 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **6** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

4 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

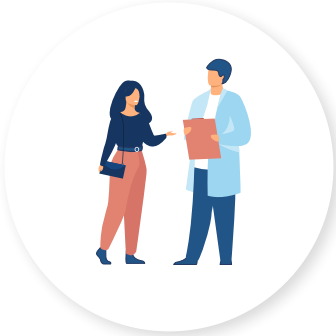
DONT **4** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

1 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24 — **Oui**

IAO en soutien dans l'activité du SU — **Non**

IAO en soutien dans l'activité du SMUR — **Non**

IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD — **Non**

Echelle de tri utilisée **FRENCH**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Par un autre spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

- **Orthopédie**
- **ORL**
- **Pédiatrie**
- **Neurologie**
- **Cardiologie**

Réorientations

Réorientations protocolisées

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Oui

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Oui

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Oui

Plage horaire d'appel **24h/24**



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

- **Pas de mutualisation**

Organisation

- Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif
- Un RPU est généré



Equipe médicale

- Présence de pédopsychiatre
- Présence de psychologue pour les enfants
- Présence d'infirmier en pédopsychiatrie
- Présence de lits UHCD réservés aux enfants

Les urgences pédiatriques

Âge maximal d'admission habituel aux urgences pédiatriques : **15 ans et 3 mois**

Les urgences pédiatriques sont individualisées et accueillent plus de 90 % des patients de moins de 18 ans : Oui

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

0 Nombre de lignes médicales au SU pédiatriques la journée

DONT **0** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non pédiatres (la journée)

0 Nombre de lignes médicales au SU pédiatrique la nuit

DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non pédiatre (la nuit)



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Oui
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Oui, 24/24
Présence de l'IAO 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Oui

Echelle de tri utilisée
Echelle propre au service à 3 niveaux

Organisation

Le point d'accueil prend-il en charge les enfants pour des motifs traumatologiques : Oui

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Non

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Non

Présence d'un poste d'IDE/ AS pour la gestion de sortie du patient

Reconvocations

Comment s'effectuent les reconvocations ?

Au SU par pédiatres et autres spécialistes

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Orthopédie

Réorientations

Pas de réorientation



Organisation

Le SAMU

Présence d'autres acteurs en régulation (hors PDSA) : Oui

Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et la SAMU : Oui

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SAMU : Oui

4 Nombre de lignes médicales au SAMU la journée

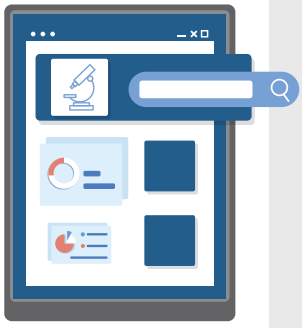
DONT **4** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes

3 Nombre de lignes médicales au SAMU la nuit

DONT **3** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurées par des médecins non urgentistes



Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SAMU : Non

Spécificités :
- Cellule néo-natale
- Cellule VigilanS
- Régulation dentaire

Régulation

En régulation, vous disposez de :

- **Une liaison 15-18 téléphonique et informa-**
- **La réception des bilans dématérialisés des SMUR**
- **Une visio patient**
- **La réception des bilans dématérialisés des secouristes (AP, VSAV, autres)**
- **Une liaison 15-18 informatique**
- **Une visio equipe**
- **Bascule possible autre SAMU**

Le SMUR

Transition vers la dématérialisation



Format du dossier médical SMUR : **Tablette informatique**

Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR : **Oui**

Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique : **Oui**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : ✓ **Oui**

4 Nombre de lignes médicales au SMUR la journée

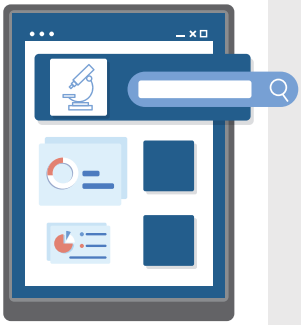
DONT **3** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **1** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la journée)

3 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

DONT **3** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **1** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la nuit)



Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : ✗ **Non**

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : ✗ **Non**



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH : **Oui**

En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux : **Oui**

En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* : **Non**

cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence

Missions du médecin SMUR



En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

Oui et équipe précurseur

Interprétation radiographique

Interprétation systématique des radiographies par des radiologues

Interprétation par l'IA immédiatement et par le radiologue

Plateaux techniques

Echographie	IRM	Scanner
Présence d'un échographe dédié aux urgences	**Dédié au SU**	**Dédié au SU**
Présence de prélèvements échoguidés au SU	**24h/24 7j/7**	Accessibilité du scanner depuis le SU **Brancardage**
Présence de réalisation d'échographies spécialisées au SU		**24h/24 7j/7**
Présence d'échographie doppler pour suspicion de phlébites (SU ou ES)en journée 7j/7		

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Oui
Lactate	Oui
Ionogramme	Oui
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

25 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **24** lits scopés

DONT **24** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

4 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **4** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **2** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

2 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **2** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **2** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU 24h/24 7j/7

Pas d'équipe soignante spécifique

Pas d'équipe médicale spécifique

Utilisation de l'UHCD :

Pour les patients des urgences et autres

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par lemédecin DIM et l'urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Oui

10 Nombre de lits UHCD pédiatriques

DONT **10** lits mère-enfant

DONT **10** lits scopés

DONT **10** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe soignante spécifique

Pas d'équipe médicale spécifique

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **0** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non pédiatres (la journée)

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non pédiatres (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et l'urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

Organisation

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Oui

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Présence dans l'ES



- D'un PMO
- D'un accueil polytraumatisé adulte
- D'un anesthésiste sur site dédié aux urgences

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Oui

Présence d'une IDE psy aux urgences : Oui

Présence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

- **Présence** d'un neurologue dans l'ES 24h/24 7j/7
- **Présence** d'une thrombolyse AVC 24h/24 7j/7
- **Présence** d'un accès thrombectomie sur site 24h/24 7j/7
- **Présence** coronographie dans l'ES 24h/24 7j/7

Vasculaire

- **Présence** d'un service de chirurgie vasculaire 24h/24, 7j/7
- **Présence** de chirurgie de l'aorte thoracique 24h/24, 7j/7
- **Présence** d'ischémie aiguë des membres 24h/24, 7j/7

Hémorragie

- **Présence** d'une endoscopie digestive en urgence 24h/24, 7j/7
- **Présence** d'une endoscopie bronchique en urgence 24h/24, 7j/7
- **Présence** d'une radiologie interventionnelle 24h/24, 7j/7

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **Résurgence**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **RPU synthétisé par le DPI**

Outils

- **Non Utilisation** du ROR au quotidien
- **Utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Connaissance** du BJML
- **Pas de pratique** de la télémédecine

Radiologie

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Au DPI
- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour **les ambulances**
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** de dossier papier
- **Absence** d'affichage des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scopes connectés au DPI / Centrale de télésurveillance**

Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✕ Non



Transmission des informations patients :

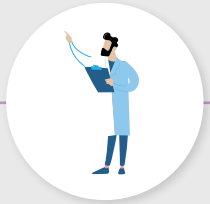
La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU
Envoi du courrier de sortie vers MT par MSS

Organisation

NORD
GHICL - ES Saint-Philibert

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : Non

Le chef de service est urgentiste : Oui

Le chef de pôle est urgentiste : Non

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : Non

Existence d'un cadre dédié aux urgences : Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : Non

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : Non

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Existence d'un plan HET : Non

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Non
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Non

Soins non programmés (SNP)



Fréquence de réunion **6/an**

Existence d'une comission des admissions non programmées : Oui

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Oui

Gestion des lits & bed-management



Fréquence de mise à jour du TB **2/j**

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Non

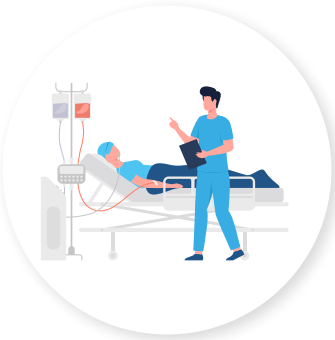
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Oui
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Non
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Non
Assuré par le cadre des urgences	Oui
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Non
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Oui

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Oui

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Non

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : Oui

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : Oui

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui

A l'échelle du l'établissement



Existence d'un accès facilité à l'HAD : Oui

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : Non

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : Non

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? Urgentistes

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? Pas de SAUV pédia

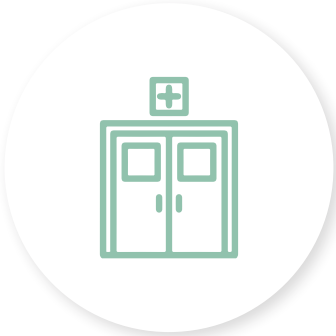
2 Nombre de places SAUV adulte

0 Nombre de places SAUV pédiatrique

7 Nombre de box SU adulte

0 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Oui
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Oui (en journée/soirée)
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Oui (w-e compris)

Fonction assurée par l'IOA 24h/24

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

2 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **2** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

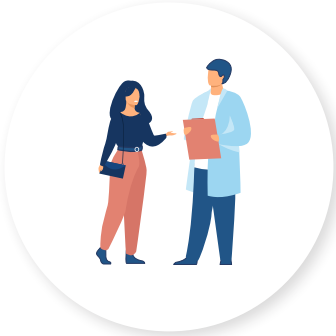
DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

0 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SU	Non
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Echelle de tri utilisée **FRENCH**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Par un autre spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

- **Cardiologie**
- **Digestif + Urologie**
- **Neurologie**
- **Pédiatrie**
- **Ophtalmologie**
- **ORL**
- **Orthopédie**

Réorientations

Réorientations protocolisées

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : **Non**

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : **Oui**

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : **Non**

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : **Oui**

Plage horaire d'appel **24h/24**



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

- **La raison est traumatologique**
- **La raison est médicale**
- **L'enfant est âgé de plus d'1 an**

Organisation

- Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif
- Un RPU est généré



Equipe médicale

- Absence de pédopsychiatre
- Absence de psychologue pour les enfants
- Absence d'infirmier en pédopsychiatrie
- Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Interprétation radiographique

Interprétation systématique des radiographies par des radiologues

Interprétation par l'IA immédiatement et par le radiologue en différé

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Présence d'échographie doppler pour suspicion de phlébites (SU ou ES)en journée 7j/7

IRM

Présence d'une IRM sur site

Accès facilité/dédié pour les urgences **24h/24 7j/7**

Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU
Brancardage

Accès facilité pour les urgences
24h/24, 7j/7

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Non
Gaz du sang	Non
Lactate	Non
Ionogramme	Non
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

7 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **7** lits scopés

DONT **7** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe soignante spécifique

Pas d'équipe médicale spécifique

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin urgentiste uniquement

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Non

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Non

Présence dans l'ES



D'une chirurgie de la main

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Non

Présence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières



AVC / SCA

Présence d'un neurologue dans l'ES 24h/24 7j/7

Existence d'une thrombolyse AVC 24h/24 7j/7

Absence d'un accès thrombectomie sur site

Présence coronographie dans l'ES 24h/24 7j/7

Vasculaire

Présence d'un service de chirurgie vasculaire 24h/24, 7j/7

Absence de chirurgie de l'aorte thoracique

Présence d'ischémie aiguë des membres 24h/24, 7j/7



Hémorragie

Présence d'une endoscopie digestive en urgence 24h/24, 7j/7

Absence d'une endoscopie bronchique en urgence

Présence d'une radiologie interventionnelle 24h/24, 7j/7

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **HM Softway**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **Le RPU nécessite une saisie compltémentaire**

Outils

- **Non utilisation** du ROR au quotidien
- **Utilisation** des outils d'intelligence artificielle
  - Radiologie (Gleamer)
- **Connaissance** du BJML
- **Pratique** de la télémédecine
  - Télé-AVC en emission et réception
- Utilisation de **TELURGE** pour les avis neuro chirurgicaux

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Au DPI
- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour **les ambulances**
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** de dossier papier
- **Pas d'affichage** des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scopes connectés / Centrale de surveillance**



Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✕ Non

Transmission des informations patients :

La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU



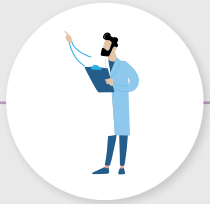


Organisation

NORD
GHICL - ES Saint-Vincent

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans :

Non

Le chef de service est urgentiste :

Oui

Le chef de pôle est urgentiste :

Non

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC :

Non

Existence d'un cadre dédié aux urgences :

Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années :

Non

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe :

Oui

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Existence d'un plan HET : Non

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Non
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Non

Soins non programmés (SNP)



Fréquence de réunion **4/an**

Existence d'une comission des admissions non programmées : Oui

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Non

Gestion des lits & bed-management



Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Non

Non

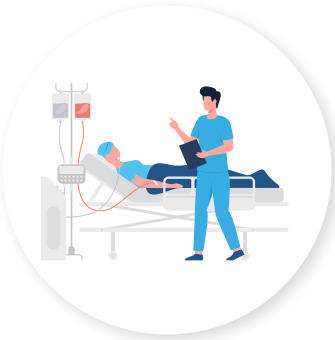
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Non
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Non
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Non
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Pas de bed-management
Assuré par le cadre des urgences	Pas de bed-management
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Pas de bed-management
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Pas de bed-management

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Non

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Non

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : Non

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : Non

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui

A l'échelle du l'établissement



Existence d'un accès facilité à l'HAD : Oui

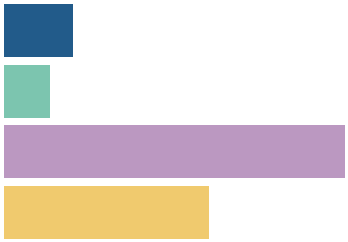
Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : Oui

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : Non

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? Urgentistes

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? Les pédiatres



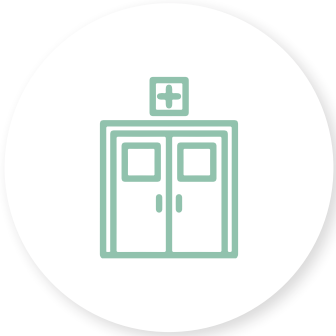
3 Nombre de places SAUV adulte

2 Nombre de places SAUV pédiatrique

15 Nombre de box SU adulte

9 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Oui
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Oui
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Oui s we

Fonction assurée par l'IOA 24h/24

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

5 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **4** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)



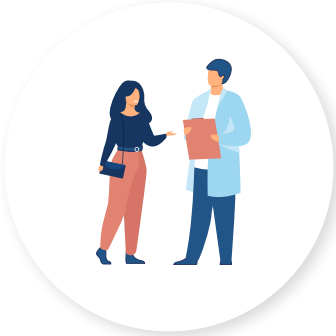
2 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

DONT **2** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

2 Nombre de lignes médicales à la SAUV

Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SU	Non
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Echelle de tri utilisée **FRENCH**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Par un autre spécialiste
Au SU par les urgentistes
Téléconsultations

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Gériatrie

ORL

Orthopédie

Réorientations

Réorientations immédiates

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Oui

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Oui

Plage horaire d'appel
24h/24

L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

Aucune mutualisation

Organisation

Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif

Equipe médicale

Présence de pédopsychiatre

Présence de psychologue pour les enfants

Présence d'infirmier en pédopsychiatrie

Absence de lits UHCD réservés aux enfants à cet effet

Les urgences pédiatriques

Âge maximal d'admission habituel aux urgences pédiatriques : **15 ans et 3 mois**

Les urgences pédiatriques sont individualisées et accueillent plus de 90 % des patients de moins de 18 ans : Oui

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

2 Nombre de lignes médicales au SU pédiatriques la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non pédiatres (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SU pédiatrique la nuit

DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non pédiatre (la nuit)



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Non
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Oui
Présence de l'IAO 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Oui

Echelle de tri utilisée
FRENCH

Organisation

Le point d'accueil prend-il en charge les enfants pour des motifs traumatologiques : Oui

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Non

Reconvocations

Comment s'effectuent les reconvocations ?

Au SU par pediatre

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Psychiatrie

Dermatologie

ORL

Orthopédie

Réorientations

Pas de réorientation



Interprétation radiographique

Interprétation systématique des radiographies par des radiologues

Interprétation par l'IA immédiatement et par le radiologue en différé

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Présence de réalisation d'échographies spécialisées au SU

Présence d'échographie doppler pour suspicion de phlébites (SU ou ES)en journée 7j/7 hors w end et jours feries

IRM

Présence d'une IRM sur site

Accès facilité/dédié pour les urgences **24h/24 7j/7**

Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU
Brancardage

Accès facilité pour les urgences
24h/24, 7j/7

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Non
Lactate	Non
Ionogramme	Non
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

7 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **7** lits scopés

DONT **7** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Equipe soignante spécifique **24h/24 7j/7**

Equipe médicale spécifique **24h/24 7j/7**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

2 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **2** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Oui

5 Nombre de lits UHCD pédiatriques

DONT **5** lits mère-enfant

DONT **5** lits scopés

DONT **5** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Equipe soignante spécifique **24h/24 7j/7**

Equipe médicale spécifique **24h/24 7j/7**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non pédiatres (la journée)

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non pédiatres (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD

Organisation

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Non

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Oui

Présence d'une IDE psy aux urgences : Oui

Présence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières



AVC / SCA

- **Présence** d'un neurologue dans l'ES **24h/24 7j/7**
- **Existence** d'une thrombolyse AVC **24h/24 7j/7**
- **Absence** d'un accès thrombectomie sur site
- **Présence** coronographie dans l'ES **24h/24 7j/7**

Vasculaire

- **Présence** d'un service de chirurgie vasculaire **24h/24, 7j/7**
- **Absence** de chirurgie de l'aorte thoracique
- **Présence** d'ischémie aiguë des membres **24h/24, 7j/7**



Hémorragie

- **Présence** d'une endoscopie digestive en urgence **24h/24, 7j/7**
- **Présence** d'une endoscopie bronchique en urgence **La semaine, en journée**
- **Présence** d'une radiologie interventionnelle **La semaine, en journée**

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **HM Softway**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **Le RPU nécessite une saisie compltémentaire**

Outils

- **Non utilisation** du ROR au quotidien
- **Utilisation** des outils d'intelligence artificielle
  - Radiologie (Gleamer)
- **Méconnaissance** du BJML
- **Pratique** de la télémédecine
  - Télé-AVC en emission et réception
- Utilisation de **TELURGE** pour les avis neuro chirurgicaux

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Au DPI
- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour **les ambulances**
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Absence** de dossier papier
- **Affichage** des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / centrale de surveillance**

Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✓ Oui



Transmission des informations patients :

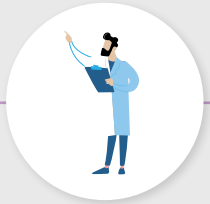
La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU

Organisation

NORD
Polyclinique de Grande-Synthe

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans :

Non

Le chef de service est urgentiste :

Oui

Le chef de pôle est urgentiste :

Non

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC :

Non

Existence d'un cadre dédié aux urgences :

Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années :

Non

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe :

Non

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Existence d'un plan HET : Non

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Non
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Oui

Nombre de lits supplémentaires
4



Soins non programmés (SNP)



Fréquence de réunion
En cas de tension

Existence d'une comission des admissions non programmées : Non

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Non

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui



Fréquence de mise à jour du TB
3/j

Oui

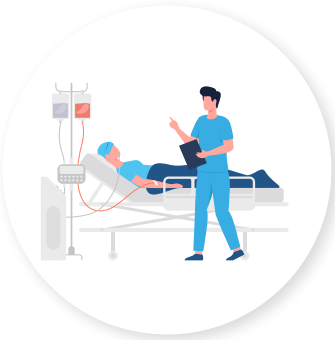
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Oui

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Non
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Non
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Pas de bed-management
Assuré par le cadre des urgences	Pas de bed-management
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Pas de bed-management
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Pas de bed-management

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Non

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Non

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **avec** une ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Non**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Oui**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui

A l'échelle du GHT/groupe d'établissements/ territoire



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Non**

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Oui**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pas de SAUV pédia**

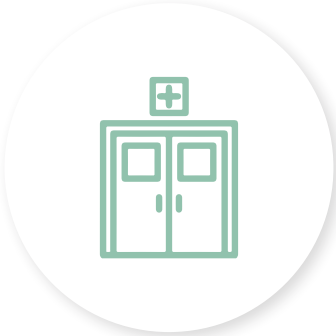
2 Nombre de places SAUV adulte

0 Nombre de places SAUV pédiatrique

6 Nombre de box SU adulte

0 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Non
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Non
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Non

Fonction assurée par l'IOA 24h/24

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

1 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

0 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

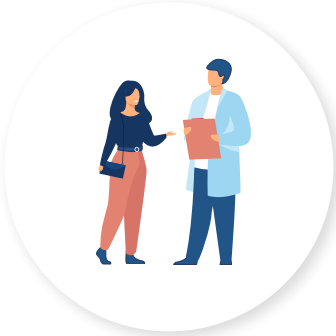
DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



1 Nombre de lignes médicales à la SAUV

Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SU	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Echelle de tri utilisée **FRENCH**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Au SU par urgentiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Orthopédie

Réorientations



Réorientations immédiates

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : ✕ Non

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : ✓ Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : ✕ Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : ✕ Non



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

- La raison est traumatologique
- La raison est médicale
- L'enfant est âgé de plus d'1 an

Organisation

- Le déchocage est réalisé au SU polyvalent
- Un RPU est généré



Equipe médicale

- Absence de pédopsychiatre
- Absence de psychologue pour les enfants
- Absence d'infirmier en pédopsychiatrie
- Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Interprétation radiographique

Interprétation systématique des radiographies par des radiologues

Toujours interprétées en différé

Interprétation par l'IA immédiatement et par le radiologue en différé

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Présence d'échographie doppler pour suspicion de phlébites (SU ou ES)en journée 7j/7 hors w end et jours feries

IRM

Présence d'une IRM sur site

En journée

Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU
Brancardage

Accès facilité pour les urgences
PDSES

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Non
Lactate	Non
Ionogramme	Non
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

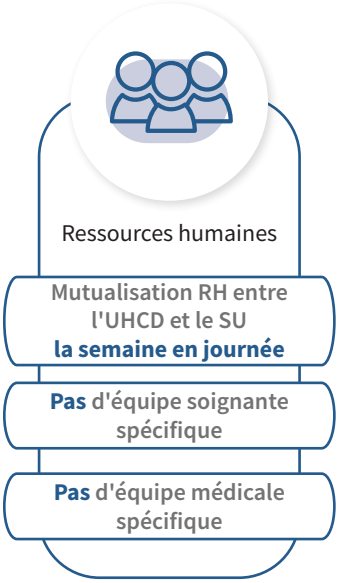
UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

2 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **0** lit scopé

DONT **0** lit scopé et relié à une centrale de surveillance



Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Non

Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et l'urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD avec utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Non

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Non

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Non

Absence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

Absence d'un neurologue dans l'ES

Absence d'une thrombolyse AVC

Absence d'un accès thrombectomie sur site

Aucune coronographie dans l'ES

Vasculaire

Absence d'un service de chirurgie vasculaire

Absence de chirurgie de l'aorte thoracique

Absence d'ischémie aiguë des membres

Hémorragie

Absence d'une endoscopie digestive en urgence

Absence d'une endoscopie bronchique en urgence

Absence d'une radiologie interventionnelle

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **Hopital Manager**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **Le RPU nécessite une saisie compltémentaire**

Outils

- **Utilisation** du ROR au quotidien
- **Non utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Connaissance** du BJML
- **Absence de pratique** de la télémédecine

Radiologie (Gleamer)

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Au DPI
- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour **les ambulances**
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** d'un dossier papier pour **certains** patient des urgences
- **Absence** d'affichage des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Aucun scope connecté**



Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✕ Non

Transmission des informations patients :

La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU





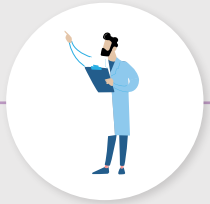
Organisation

NORD

Polyclinique Vauban

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : **Oui**

Le chef de service est urgentiste : **Non**

Le chef de pôle est urgentiste : **Non**

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : **Non**

Existence d'un cadre dédié aux urgences : **Oui**

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : **Non**

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : **Non**

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Existence d'un plan HET : **Oui**

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	**Oui**
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	**Oui**
Réalisé via le ROR	**Non**

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : **Non**

Soins non programmés (SNP)

Existence d'une comission des admissions non programmées : **Non**

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : **Non**

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : **Oui**



Fréquence de mise à jour du TB **2/j**

Non

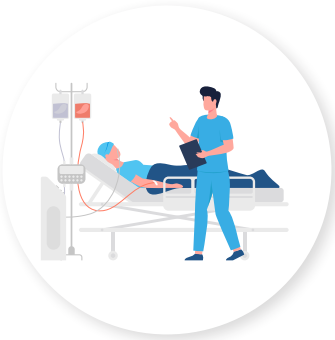
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



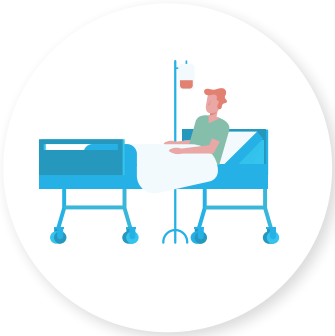
Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Non
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Oui
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Oui
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Oui

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Oui
Assuré par le cadre des urgences	Non
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Oui
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Non

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières



Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Oui

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Non

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : Oui

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : Oui

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences : Non



Existence d'un accès facilité à l'HAD : Non

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : Non

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : Oui

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? Urgentistes

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? Pas de SAUV pédia

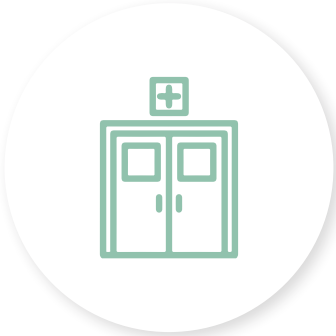
2 Nombre de places SAUV adulte

0 Nombre de places SAUV pédiatrique

7 Nombre de box SU adulte

0 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes

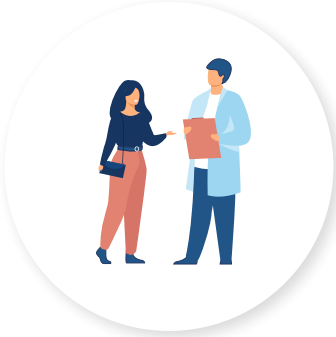


Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Oui
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Non
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Non

Fonction assurée par l'IOA 24h/24

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Non

Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SU	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Oui

Echelle de tri utilisée **FRENCH**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Urgentiste & spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Cardiologie

Digestif

ORL

Orthopédie

Réorientations

Réorientations protocolisées

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Oui

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Non



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

- La raison est traumatologique
- La raison est médicale
- L'enfant est âgé de plus d'1 an

Organisation

- Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif



Equipe médicale

- Absence de pédopsychiatre
- Absence de psychologue pour les enfants
- Absence d'infirmier en pédopsychiatrie
- Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Interprétation radiographique

Interprétation <u>systématique</u> des radiographies par des radiologues

<u>Toujours</u> interprétées en différé

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Présence de prélèvements échoguidés au SU

Présence de réalisation d'échographies spécialisées au SU

Présence d'échographie doppler pour suspicion de phlébites (SU ou ES)en journée 7j/7

IRM

Présence d'une IRM sur site

24h/24 7j/7

Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU
Brancardage

Accès facilité pour les urgences
24h/24, 7j/7

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	**Oui**
Gaz du sang	**Non**
Lactate	**Non**
Ionogramme	**Non**
Troponine	**Non**
Grippe et/ou Covid-19	**Non**

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

10 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **10** lits scopés

DONT **8** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Non

Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et l'urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe soignante spécifique

Pas d'équipe médicale spécifique

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Oui

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Non

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Non

Absence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Impossibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

Absence d'un neurologue dans l'ES

Absence d'une thrombolyse AVC

Absence d'un accès thrombectomie sur site

Présence de coronographie dans l'ES

Vasculaire

Présence d'un service de chirurgie vasculaire 24h/24, 7j/7

Absence de chirurgie de l'aorte thoracique

Présence d'ischémie aiguë des membres 24h/24, 7j/7

Hémorragie

Présence d'une endoscopie digestive en urgence la semaine, en journée

Absence d'une endoscopie bronchique en urgence

Présence d'une radiologie interventionnelle 24h/24, 7j/7

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **EMED**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **RPU synthétisé par le DPI**

Outils

- **Non utilisation** du ROR au quotidien
- **Non utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Méconnaissance** du BJML
- **Absence de pratique** de la télémédecine

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Au DPI
- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour **les ambulances**
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** de dossier papier
- **Pas d'affichage** des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / centrale de surveillance**

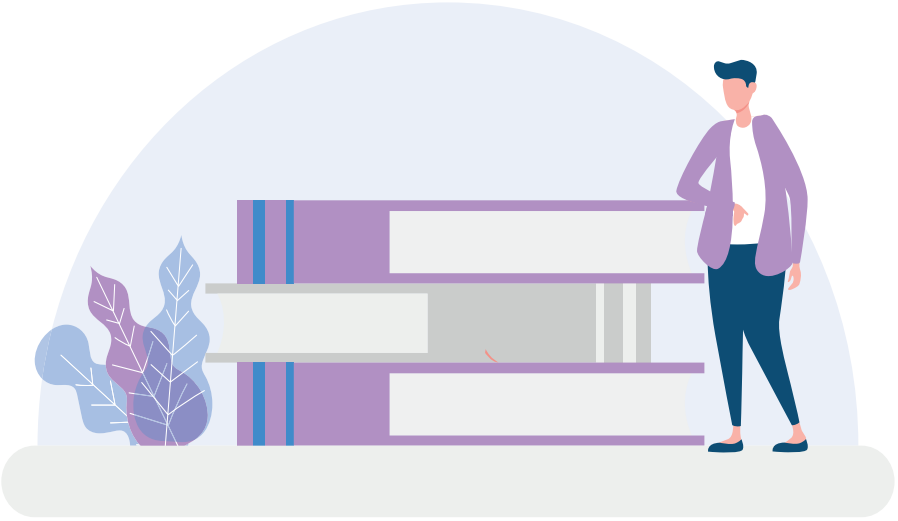
Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✓ Oui



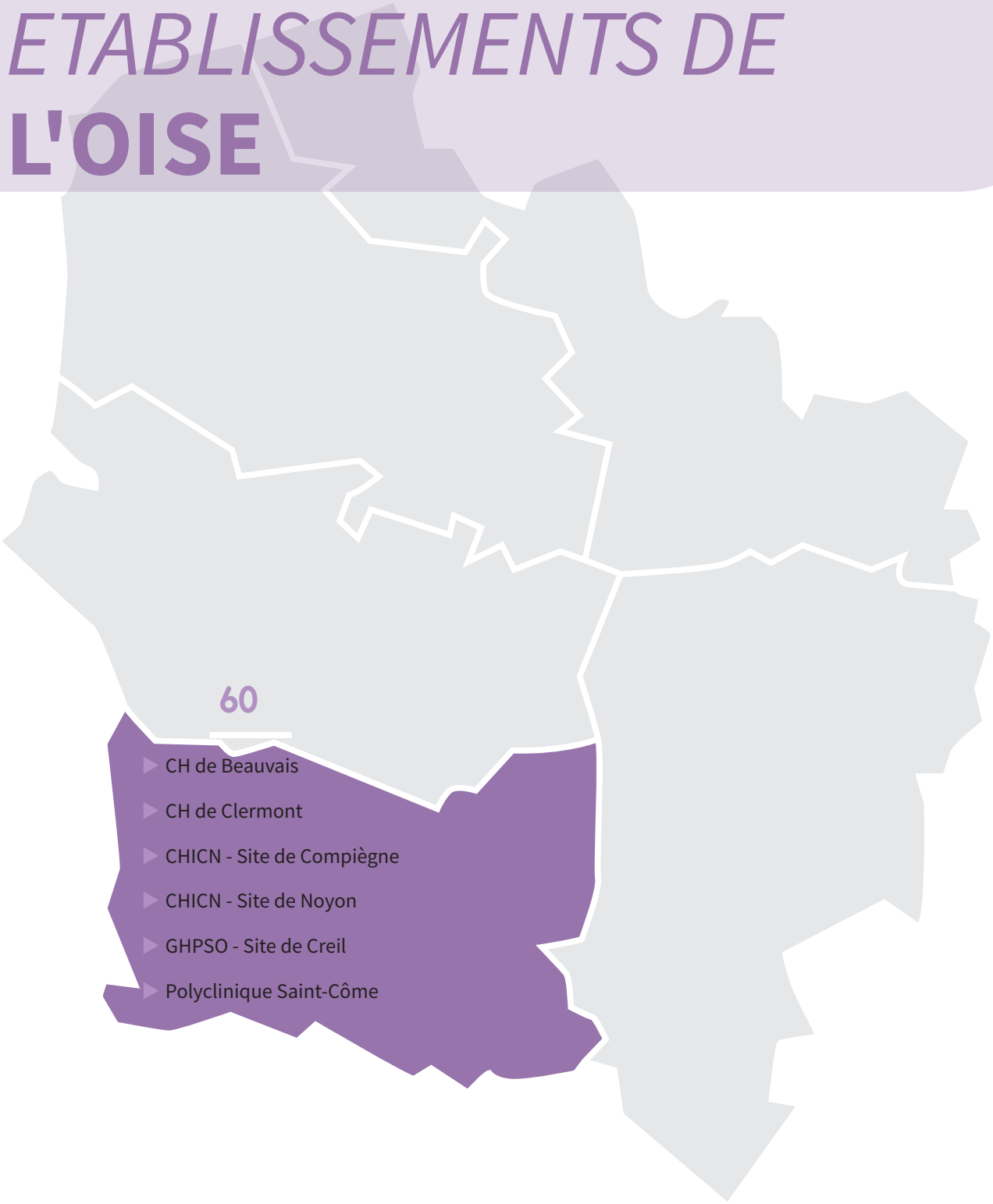
Transmission des informations patients :

Réception du DLU de manière dématérialisée
La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU





ETABLISSEMENTS DE **L'OISE**

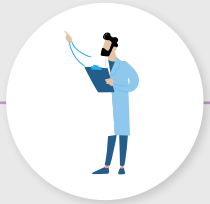


Organisation

OISE
CH de Beauvais

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : Non

Le chef de service est urgentiste : Oui

Le chef de pôle est urgentiste : Non

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : Oui

Existence d'un cadre dédié aux urgences : Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : Oui

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : Oui

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Existence d'un plan HET : Oui

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Non
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Oui

Nombre de lits supplémentaires **15**

Soins non programmés (SNP)



Fréquence de réunion **3/an**

Existence d'une comission des admissions non programmées : Oui

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Non

Gestion des lits & bed-management



Fréquence de mise à jour du TB **3/j**

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Oui

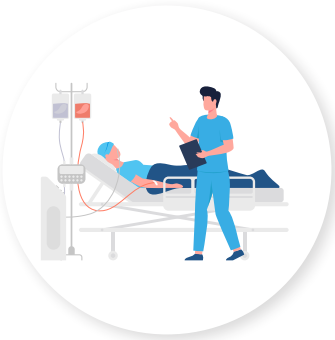
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Oui

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Oui
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Oui
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Non
Assuré par le cadre des urgences	Non
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Non
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Non

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Oui

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **avec** une ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Non**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Oui**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui

A l'échelle de l'établissement



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Non**

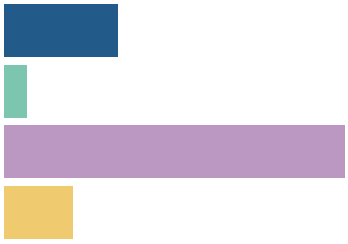
Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Non**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Les pédiatres**



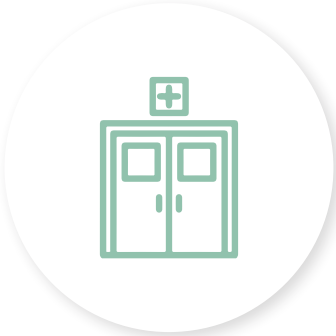
5 Nombre de places SAUV adulte

1 Nombre de places SAUV pédiatrique

15 Nombre de box SU adulte

3 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Oui
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Non
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Oui

Fonction assurée par l'IOA 24h/24

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

4 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **3** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **2** lignes assurées par des médecins non urgentistes (la journée)

3 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

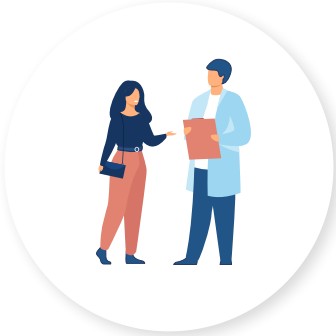
DONT **2** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

0 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SU	Non
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Echelle de tri utilisée **FRENCH**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Par un autre spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Orthopédie

Ophtalmologie

Réorientations

Pas de réorientation

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Oui

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Oui

Plage horaire d'appel **24h/24**



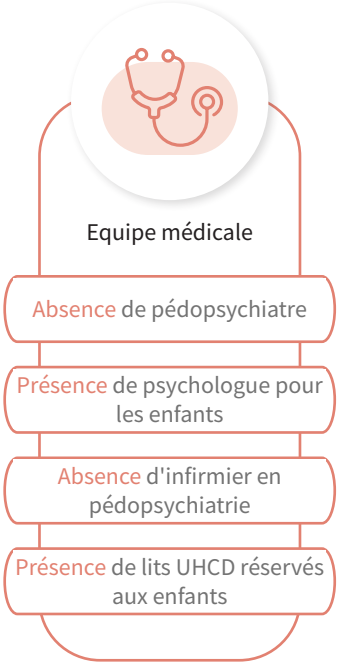
L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

La raison est traumatologique



Organisation

Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif



Equipe médicale

Absence de pédopsychiatre

Présence de psychologue pour les enfants

Absence d'infirmier en pédopsychiatrie

Présence de lits UHCD réservés aux enfants

Les urgences pédiatriques

Pas de réponse sur cette partie de l'enquête

Le SAMU

Présence d'autres acteurs en régulation (hors PDSA) : Oui

Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et la SAMU : Oui

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SAMU : Oui

2 Nombre de lignes médicales au SAMU la journée

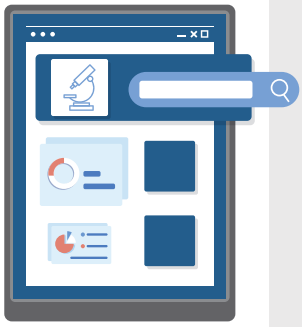
DONT **2** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes

2 Nombre de lignes médicales au SAMU la nuit

DONT **2** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurées par des médecins non urgentistes



Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : Oui

Régulation

En régulation, vous disposez de :

- Une liaison 15-18 téléphonique et informa-
- La réception des bilans dématérialisés des SMUR
- Une visio patient
- La réception des bilans dématérialisés des secouristes (AP, VSAV, autres)
- Une liaison 15-18 informatique
- Une visio equipe
- Bascule possible autre SAMU

Le SMUR

Transition vers la dématérialisation



Format du dossier médical SMUR : **Tablette informatique**

Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR : **Oui**

Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique : **Non**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : ✓ Oui

2 Nombre de lignes médicales au SMUR la journée

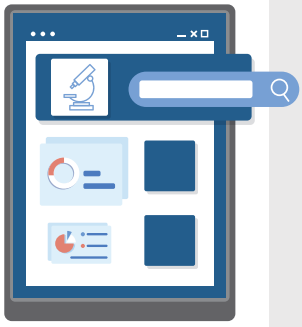
DONT **2** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **0** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la nuit)



Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : ✓ Oui

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : ✓ Oui



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH : **Oui**

En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux : **Non**

En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* : **Non**

**cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence*

Missions du médecin SMUR



En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

Oui et équipe précurseur

Interprétation radiographique

Interprétation <u>systématique</u> des radiographies par des radiologues

<u>Toujours</u> interprétées en différé

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Présence de prélèvements échoguidés au SU

Absence d'échographie doppler pour suspicion de phlébites (SU ou ES)

IRM

Présence d'une IRM sur site

Accès facilité/dédié pour les urgences **24h/24 7j/7**

Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU
Brancardage

Accès facilité pour les urgences
24h/24 7j/7

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Non
Gaz du sang	Non
Lactate	Non
Ionogramme	Non
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Non

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

15 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **4** lits scopés

DONT **4** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Equipe soignante spécifique **24h/24 7j/7**

Equipe médicale spécifique **24h/24 7j/7**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Pour les patients des urgences et autres

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et l'urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

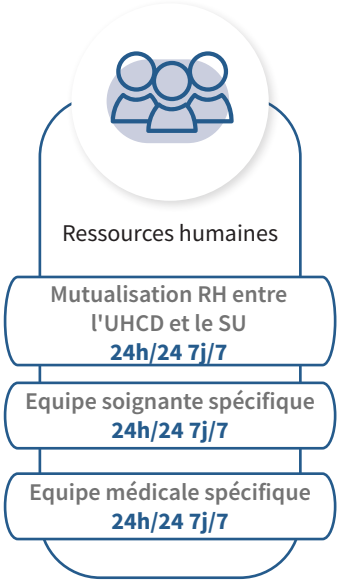
Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Oui

4 Nombre de lits UHCD pédiatriques

DONT 4 lits mère-enfant

DONT 4 lits scopés

DONT 0 lits scopés et reliés à une centrale de surveillance



Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Non

Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et l'urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Non

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Non

Présence dans l'ES

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Oui

Présence d'une IDE psy aux urgences : Oui

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Oui

Filières

AVC / SCA

Présence d'un neurologue dans l'ES
La semaine, en journée

Présence d'une thrombolyse AVC
24h/24 7j/7

Absence d'un accès thrombectomie sur site

Présence coronographie dans l'ES
24h/24 7j/7

Vasculaire

Absence d'un service de chirurgie vasculaire

Absence de chirurgie de l'aorte thoracique

Absence d'ischémie aiguë des membres

Hémorragie

Présence d'une endoscopie digestive en urgence
24h/24, 7j/7

Présence d'une endoscopie bronchique en urgence
La semaine, en journée

Absence d'une radiologie interventionnelle

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **DX Care**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **RPU synthétisé par le DPI**

Outils

- **Non Utilisation** du ROR au quotidien
- **Non utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Connaissance** du BJML
- **Pas de pratique** de la télémédecine
- Utilisation de **NEXUS** pour les avis neuro chirurgicaux

Télé-AVC en emission

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour **les ambulances**
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Absence** de dossier papier
- **Pas d'affichage** des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Aucun scope connecté**



Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✕ Non

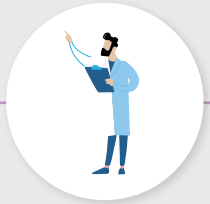
Transmission des informations patients : **La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU**

Organisation

OISE
CH de Clermont

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : Non

Le chef de service est urgentiste : Oui

Le chef de pôle est urgentiste : Non

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : Non

Existence d'un cadre dédié aux urgences : Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : Non

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : Oui

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Existence d'un plan HET : Oui

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Oui
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Non

Soins non programmés (SNP)

Existence d'une comission des admissions non programmées : Non

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Non

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Fréquence de mise à jour du TB **3/j**

Oui

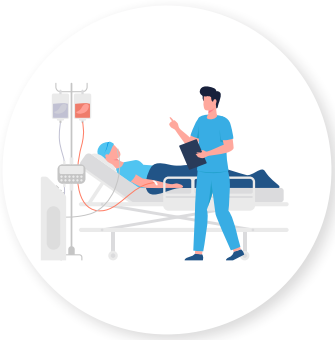
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Oui
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Non
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Non
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Pas de bed-management
Assuré par le cadre des urgences	Pas de bed-management
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Pas de bed-management
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Pas de bed-management

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Oui

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **avec** une ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Non**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Oui**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui



A l'échelle du GHT/groupe d'établissements/ territoire



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Oui**

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Non**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pas de SAUV pédia**

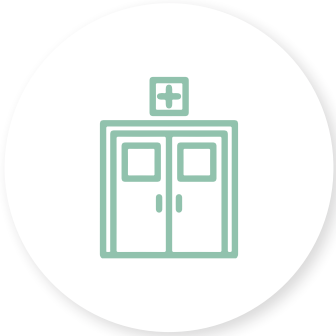
3 Nombre de places SAUV adulte

0 Nombre de places SAUV pédiatrique

8 Nombre de box SU adulte

1 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Oui
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Non
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Non

Fonction assurée par l'IOA 24h/24

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

4 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **0** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

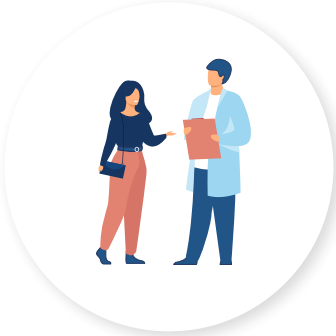
DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

0 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SU	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Oui
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Oui

Echelle de tri utilisée **FRENCH**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Urgentiste & spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Cardiologie

Digestif

Ophtalmologie

ORL

Orthopédie

Réorientations

Pas de réorientation

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Oui

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Non



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

La raison est traumatologique

Organisation

Le déchocage est réalisé au SU polyvalent



Equipe médicale

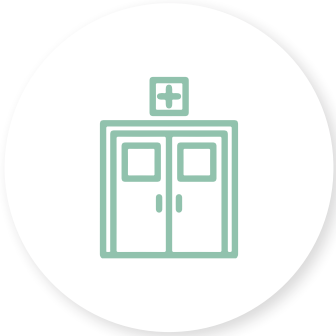
Absence de pédopsychiatre

Absence de psychologue pour les enfants

Absence d'infirmier en pédopsychiatrie

Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Le SMUR



Format du dossier médical SMUR : **Dossier papier**

Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR : **Oui**

Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique : **Non**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : **Oui**

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la journée

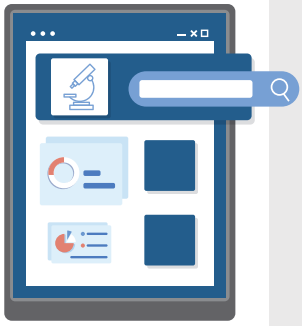
DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **1** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

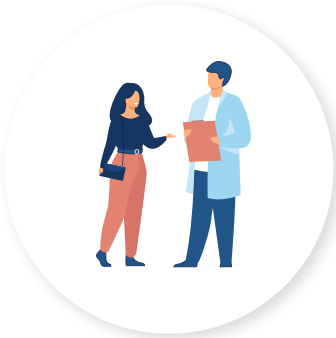
DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **1** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la nuit)



Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : **Oui**

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : **Oui**



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH : **Non**

En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux : **Non**

En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* : **Non**

cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence

Missions du médecin SMUR



Missions des médecins SMUR au sein du SU lorsqu'ils ne sont pas en intervention

PEC des patients en circuit court

En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

Non

Organisation

Interprétation radiographique

Interprétation systématique des radiographies par des radiologues

Appel à un service de télé-interprétation en journée et/ou PDSES

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Présence de réalisation d'échographies spécialisées au SU

Présence d'échographie doppler pour suspicion de phlébites (SU ou ES)en journée 7j/7

IRM

Présence d'une IRM sur site

Accès facilité pour les urgences **PDSES**

Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU **Brancardage**

Accès facilité pour les urgences **24h/24, 7j/7**

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Oui
Lactate	Oui
Ionogramme	Oui
Troponine	Oui
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

8 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **0** lits scopés

DONT **0** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe soignante spécifique

Pas d'équipe médicale spécifique

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et l'urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Organisation

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Oui

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Présence dans l'ES



D'une chirurgie de la main

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Non

Absence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

Absence d'un neurologue dans l'ES

Absence d'une thrombolyse AVC

Absence d'un accès thrombectomie sur site

Aucune coronographie dans l'ES

Vasculaire

Absence d'un service de chirurgie vasculaire

Absence de chirurgie de l'aorte thoracique

Absence d'ischémie aiguë des membres

Hémorragie

Présence d'une endoscopie digestive en urgence **la semaine, en journée**

Absence d'une endoscopie bronchique en urgence

Absence d'une radiologie interventionnelle

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **Dx Care**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **Le RPU nécessite une saisie compltémentaire**

Outils

- **Non Utilisation** du ROR au quotidien
- **Non utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Méconnaissance** du BJML
- **Absence de pratique** de la télémédecine

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Aucun accés

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour **les ambulances**
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Absence** de dossier papier
- **Affichage** des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / centrale de surveillance**

Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✓ Oui



Transmission des informations patients :

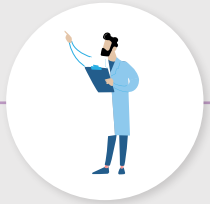
La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU

Organisation

OISE
CHICN - Site de Noyon

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : Oui

Le chef de service est urgentiste : Oui

Le chef de pôle est urgentiste : Non

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : Oui

Existence d'un cadre dédié aux urgences : Non

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : Oui

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : Oui

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Existence d'un plan HET : Oui

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Non
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Oui

Nombre de lits supplémentaires
0



Soins non programmés (SNP)



Fréquence de réunion
?

Existence d'une comission des admissions non programmées : Oui

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Oui

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui



Fréquence de mise à jour du TB
48/j

Non

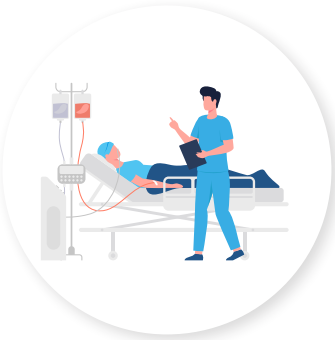
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Oui
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Non
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Oui

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Non
Assuré par le cadre des urgences	Non
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Non
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Non

Organisation

Organisation générale

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Oui

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Non

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Oui**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Non**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui



A l'échelle de l'établissement



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Non**

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Non**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pédiatres et urgentistes**

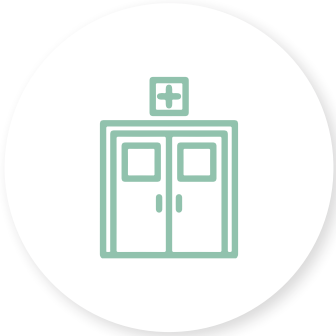
2 Nombre de places SAUV adulte

1 Nombre de places SAUV pédiatrique

6 Nombre de box SU adulte

1 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Oui
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Non
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Oui s

Fonction assurée par l'IOA 24h/24

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

0 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **0** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

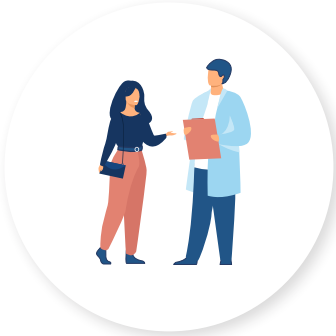
DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

0 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SU	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Oui
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Oui

Echelle de tri utilisée **CIMU**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Au SU par un urgentiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Orthopédie

Réorientations

Réorientations immédiates

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Non

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Oui

Plage horaire d'appel **La journée en semaine**





L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

- La raison est traumatologique
- La raison est médicale

Organisation

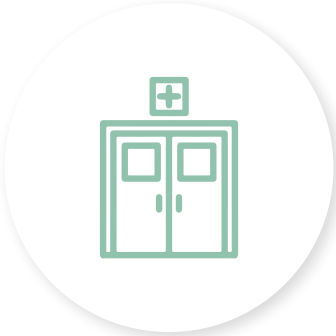
- Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif
- Un RPU est généré



Equipe médicale

- Absence de pédopsychiatre
- Absence de psychologue pour les enfants
- Absence d'infirmier en pédopsychiatrie
- Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Le SMUR



Format du dossier médical SMUR : **Tablette et papier**

Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR : **Oui**

Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique : **Non**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : **Oui**

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la journée

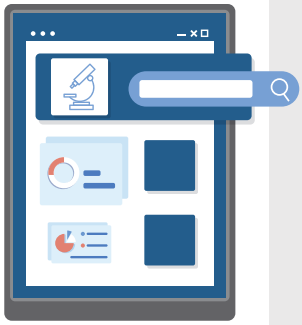
DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **1** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

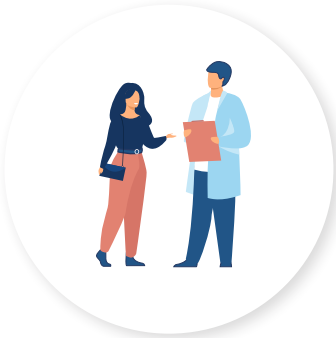
DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **1** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la nuit)



Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : **Oui**

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : **Oui**



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH : **Oui**

En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux : **Non**

En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* : **Oui**

cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence

Missions du médecin SMUR



Missions des médecins SMUR au sein du SU lorsqu'ils ne sont pas en intervention

PEC des patients en circuit long

Poursuite de la PEC des patients amenés par le SMUR

En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

Oui et équipe précurseur

Interprétation radiographique

Interprétation <u>systématique</u> des radiographies par des radiologues

<u>Toujours</u> interprétées en temps réel

Appel à un service de télé-interprétation en journée et/ou PDSES

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Présence de prélèvements échoguidés au SU

Aucune échographie doppler pour suspicion de phlébites n'est réalisable (SU ou ES)

IRM

Absencze d'une IRM sur site

Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU
Brancardage

Accès facilité pour les urgences
24h/24, 7j/7

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Non
Gaz du sang	Non
Lactate	Non
Ionogramme	Non
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Non

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

3 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **3** lits scopés

DONT **3** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe soignante spécifique

Pas d'équipe médicale spécifique

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **0** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et l'urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD avec utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Organisation

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Oui

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Présence dans l'ES



- **D'une chirurgie de la main la semaine en journée**
- **D'un PMO**
- **D'un accueil polytraumatisé adulte**
- **D'un anesthésiste sur site dédié aux urgences**

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Non

Absence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

- **Présence** d'un neurologue dans l'ES **24h/24 7j/7**
- **Existence** d'une thrombolyse AVC **24h/24 7j/7**
- **Absence** d'un accès thrombectomie sur site **24h/24 7j/7**
- **Présence** de coronographie dans l'ES **24h/24 7j/7**

Vasculaire

- **Absence** d'un service de chirurgie vasculaire
- **Absence** de chirurgie de l'aorte thoracique
- **Absence** d'ischémie aiguë des membres

Hémorragie

- **Présence** d'une endoscopie digestive en urgence **24h/24, 7j/7**
- **Absence** d'une endoscopie bronchique en urgence **la semaine, en journée**
- **Présence** d'une radiologie interventionnelle **la semaine, en journée**

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **Dx Care - Pharma - Bisom**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **RPU synthétisé par le DPI**

Outils

- **Non utilisation** du ROR au quotidien
- **Non utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Méconnaissance** du BJML
- **Absence de pratique** de la télémédecine

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Aucun accés

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour **les ambulances**
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** de dossier papier
- **Pas d'affichage** des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Aucun scope connecté**

Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✓ Oui



Transmission des informations patients :

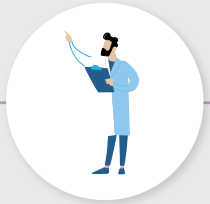
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU

Organisation

OISE
Polyclinique Saint-Côme

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans :

Non

Le chef de service est urgentiste :

Oui

Le chef de pôle est urgentiste :

Non

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC :

Non

Existence d'un cadre dédié aux urgences :

Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années :

Non

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe :

Non

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Existence d'un plan HET : Non

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Non
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Non

Soins non programmés (SNP)

Existence d'une comission des admissions non programmées : Non

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Non

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Fréquence de mise à jour du TB **Toutes les heures**

Non

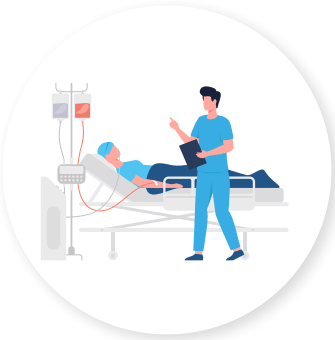
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Non
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Non
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Non
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Oui

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Pas de bed-management
Assuré par le cadre des urgences	Pas de bed-management
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Pas de bed-management
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Pas de bed-management

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières



Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs la semaine, en journée :

Oui

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **sans** ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Oui**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Non**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui

A l'échelle de l'établissement



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Non**

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Non**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pas de SAUV pédia**

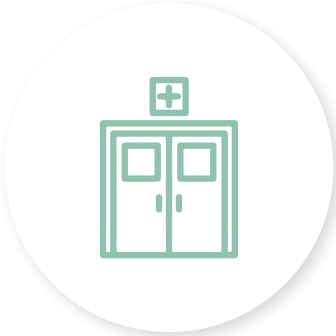
7 Nombre de places SAUV adulte

0 Nombre de places SAUV pédiatrique

1 Nombre de box SU adulte

0 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Oui
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Non
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Non

Fonction assurée par l'IOA 24h/24

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

2 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

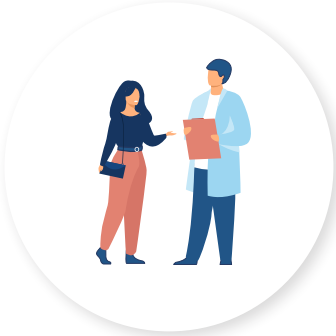
DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

1 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SU	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Oui

Echelle de tri utilisée **CIMU**

Organisation

Reconvocations

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Oui

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Non

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Non

Comment s'effectuent les reconvocations ?

Au SU par urgentiste et reconvocation par specialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Digestif

Ophtalmologie

ORL

Orthopédie

L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

- La raison est traumatologique
- L'enfant est âgé de plus d'1 an

Organisation

- Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif
- Le déchocage est réalisé au SU polyvalent
- Urgences pédiatrique de proximité

Equipe médicale

- Absence de pédopsychiatre
- Absence de psychologue pour les enfants
- Absence d'infirmier en pédopsychiatrie
- Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Réorientations

Réorientations immédiates

Interprétation radiographique

Interprétation <u>systématique</u> des radiographies par des radiologues

<u>Toujours</u> interprétées en temps réel

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Aucune échographie doppler pour suspicion de phlébites n'est réalisable (SU ou ES)

IRM

Présence d'une IRM sur site

Accès facilité/dédié pour les urgences **24h/24 7j/7**

Scanner

Absence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU
Brancardage

Accès facilité pour les urgences
24h/24, 7j/7

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Non
Lactate	Non
Ionogramme	Non
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

4 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **4** lits scopés

DONT **4** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe soignante spécifique

Pas d'équipe médicale spécifique

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et l' urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Oui

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Non

Présence dans l'ES



D'une chirurgie de la main la semaine en journée

D'un anesthésiste sur site dédié aux urgences la semaine en joiurnée

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Non

Présence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

Absence d'un neurologue dans l'ES

Absenced'une thrombolyse AVC

Absence d'un accès thrombectomie sur site

Aucune coronographie dans l'ES

Vasculaire

Présence d'un service de chirurgie vasculaire **24h/24, 7j/7**

Absence de chirurgie de l'aorte thoracique

Présence d'ischémie aiguë des membres **24h/24, 7j/7**

Hémorragie

Présence d'une endoscopie digestive en urgence **24h/24, 7j/7**

Présenced'une endoscopie bronchique en urgence **la semaine, en journée**

Présence d'une radiologie interventionnelle **la semaine, en journée**

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **OSOFT**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **RPU synthétisé par le DPI**

Outils

- **Non utilisation** du ROR au quotidien
- **Non utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Connaissance** du BJML
- **Absence de pratique** de la télémédecine

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Au DPI
- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour **les ambulances**
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** d'un dossier papier pour **chaque** patient des urgences
- **Pas d'affichage** des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / Centrale de surveillance**

Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✓ Oui



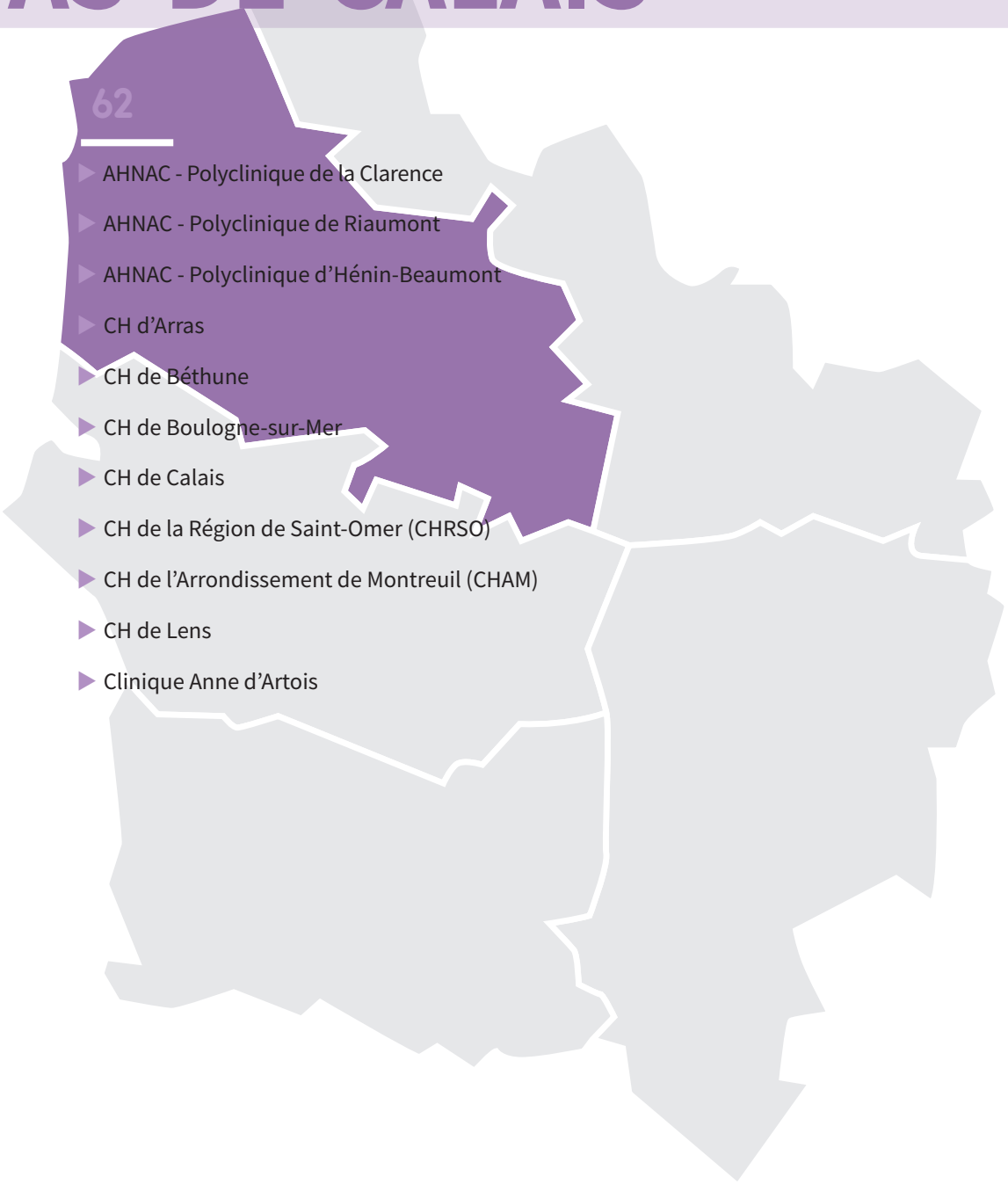
Transmission des informations patients :

La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU





ETABLISSEMENTS DU **PAS-DE-CALAIS**



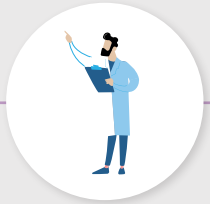
- AHNAC - Polyclinique de la Clarence
- AHNAC - Polyclinique de Riaumont
- AHNAC - Polyclinique d'Hénin-Beaumont
- CH d'Arras
- CH de Béthune
- CH de Boulogne-sur-Mer
- CH de Calais
- CH de la Région de Saint-Omer (CHRSO)
- CH de l'Arrondissement de Montreuil (CHAM)
- CH de Lens
- Clinique Anne d'Artois

Organisation

PAS-DE-CALAIS
AHNAC - Polyclinique de la Clarence

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : Oui

Le chef de service est urgentiste : Oui

Le chef de pôle est urgentiste : Non

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : Non

Existence d'un cadre dédié aux urgences : Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : Non

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : Oui

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Existence d'un plan HET : Oui

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Oui
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Non

Soins non programmés (SNP)



Fréquence de réunion **1/an**

Existence d'une comission des admissions non programmées : Oui

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Oui

Gestion des lits & bed-management



Fréquence de mise à jour du TB **2/j**

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Oui

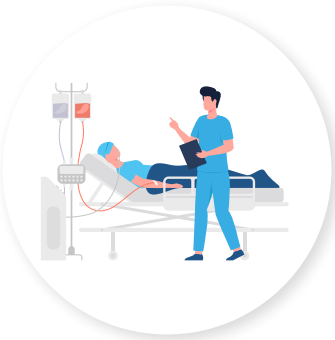
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Oui
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Oui
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Non
Assuré par le cadre des urgences	Non
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Oui
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Non

Organisation

Organisation générale

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Non

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Non

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : Oui

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : Non

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences : Oui

A l'échelle du l'établissement



Existence d'un accès facilité à l'HAD : Oui

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : Non

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : Non

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? Urgentistes

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? Urgentistes

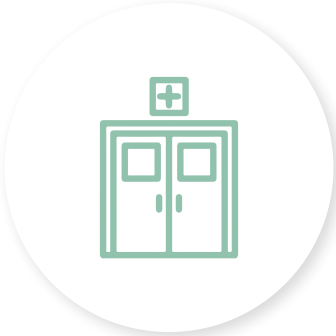
3 Nombre de places SAUV adulte

0 Nombre de places SAUV pédiatrique

12 Nombre de box SU adulte

1 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Oui
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Non
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Non
Existence d'une assistance sociale dans le service	Non

Fonction assurée par l'IOA

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

2,5 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **2** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **1,5** lignes assurées par des médecins non urgentistes (la journée)

2 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

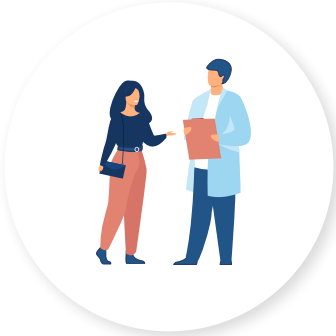
DONT **2** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

0 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SU	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Echelle de tri utilisée **FRENCH**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Urgentiste & spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Digestif

Réorientations

Réorientations immédiates et protocolisées

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Oui

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Non



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

La raison est traumatologique

Organisation



Equipe médicale

Absence de pédopsychiatre

Absence de psychologue pour les enfants

Absence d'infirmier en pédopsychiatrie

Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Interprétation radiographique

Interprétation systématique des radiographies par des radiologues

Toujours interprétées en différé

Interprétation par l'IA immédiatement et par le radiologue en différé

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Absence de prélèvements échoguidés au SU

Absence de réalisation d'échographies spécialisées au SU

Echographies doppler pour suspicion de phlébites
En journée (SU ou ES) hors w-e/jours fériés

IRM

Présence d'une IRM sur site

Accès facilité pour les urgences **pendant la PDSES**

Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU
Brancardage

Accès facilité pour les urgences **24h/24 7j/7**

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Oui
Lactate	Oui
Ionogramme	Non
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

6 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **4** lits scopés

DONT **4** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe soignante spécifique

Pas d'équipe médicale spécifique

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et l'urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Non

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Présence dans l'ES



D'une chirurgie de la main La semaine en journée

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Non

Absence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

Absence de neurologue dans l'ES

Absence d'une thrombolyse AVC

Absence d'un accès thrombectomie sur site

Aucune coronographie dans l'ES

Vasculaire

Absence d'un service de chirurgie vasculaire

Absence de chirurgie de l'aorte thoracique

Absence d'ischémie aiguë des membres

Hémorragie

Présence d'une endoscopie digestive en urgence **24h24 7j/7**

Présence d'une endoscopie bronchique en urgence **la semaine, en journée**

Absence d'une radiologie interventionnelle

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **Hopital Manager**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **Le RPU nécessite une saisie compltémentaire**

Outils

- **Utilisation** du ROR au quotidien
- **Utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Non connaissance** du BJML
- **Absence de pratique** de la télémédecine

Pulsar IA

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Au DPI
- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour la gestion de la file d'attente
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** d'un dossier papier pour **chaque** patient des urgences
- **Absence** d'affichage des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / centrale de surveillance**

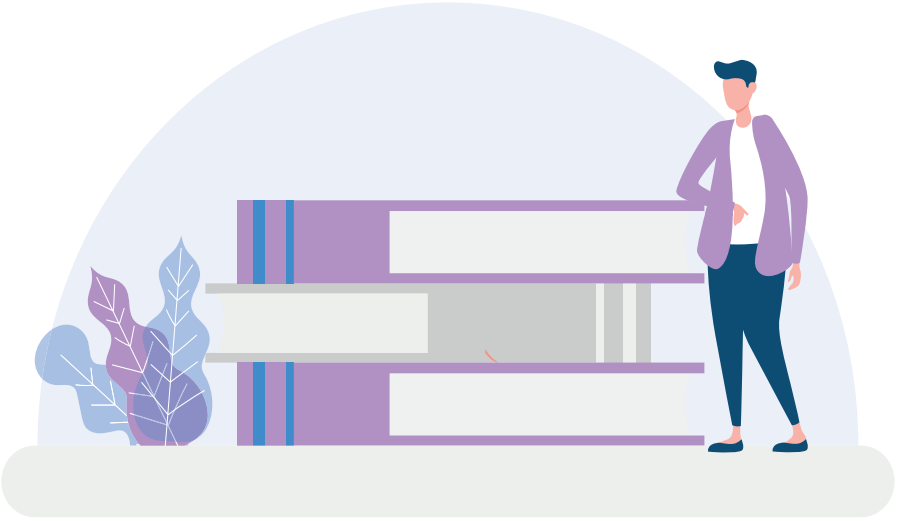


Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✓ Oui

Transmission des informations patients :

Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU



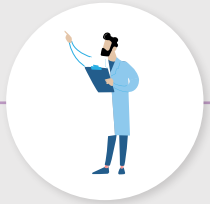


Organisation

PAS DE CALAIS
AHNAC - Polyclinique de Riaumont

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : Oui

Le chef de service est urgentiste : Oui

Le chef de pôle est urgentiste : Non

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : Non

Existence d'un cadre dédié aux urgences : Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : Oui

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : Non

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Existence d'un plan HET : Oui

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Non
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Oui

Nombre de lits supplémentaires **5**

Soins non programmés (SNP)

Existence d'une comission des admissions non programmées : Oui

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Non

Fréquence de réunion **1/an**

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Fréquence de mise à jour du TB **Toutes les heures**

Non

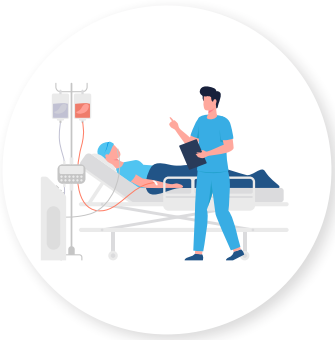
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Oui
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Oui
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Pas de bed-management
Assuré par le cadre des urgences	Pas de bed-management
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Pas de bed-management
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Pas de bed-management

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Non

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **sans** ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Oui**

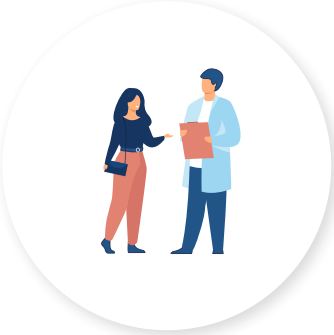
Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Oui**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui



A l'échelle du GHT/groupe d'établissements/ territoire



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Non**

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Oui**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Les urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pas de SAUV pédia**

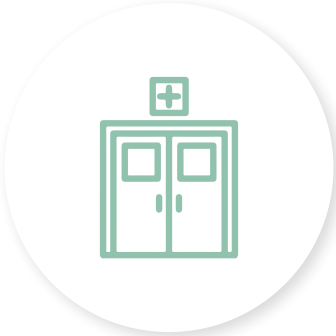
2 Nombre de places SAUV adulte

0 Nombre de places SAUV pédiatrique

4 Nombre de box SU adulte

0 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Non
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Oui (en journée/soirée)
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Non

Fonction assurée par l'IOA 24h/24

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

2 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **2** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

2 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

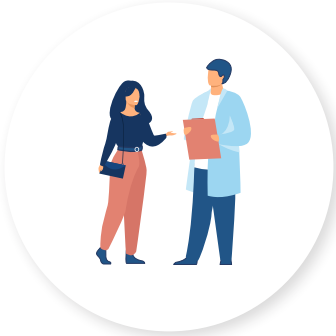
DONT **2** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

1 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SU	Non
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Echelle de tri utilisée **FRENCH**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Au SU par un urgentiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Digestif

Orthopédie

Réorientations

Réorientations protocolisées

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Non

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Non



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

- La raison est traumatologique
- L'enfant est âgé de plus d'1 an

Organisation

- Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif
- Le déchocage est réalisé au SU polyvalent
- Un RPU est généré



Equipe médicale

- Absence de pédopsychiatre
- Absence de psychologue pour les enfants
- Absence d'infirmier en pédopsychiatrie
- Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Interprétation radiographique

Interprétation <u>systématique</u> des radiographies par des radiologues

<u>Toujours</u> interprétées en différé

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Présence de prélèvements échoguidés au SU

Absence de réalisation d'échographies spécialisées au SU

Echographies doppler pour suspicion de phlébites
En journée (SU ou ES) hors w-e/jours fériés

IRM

Présence d'une IRM sur site

Accès facilité/dédié pour les urgences **24h/24 7j/7**

Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU
Brancardage

Accès facilité pour les urgences
24h/24 7j/7

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Oui
Lactate	Oui
Ionogramme	Oui
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

7 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **7** lits scopés

DONT **7** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe soignante spécifique

Pas d'équipe médicale spécifique

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le médecin DIM code tout

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Oui

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Présence dans l'ES



D'un anesthésiste sur site dédié aux urgences

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Oui

Absence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

Absence de neurologue dans l'ES

Absence d'une thrombolyse AVC

Absence d'un accès thrombectomie sur site

Aucune coronographie dans l'ES

Vasculaire

Absence d'un service de chirurgie vasculaire

Absence de chirurgie de l'aorte thoracique

Absence d'ischémie aiguë des membres

Hémorragie

Présence d'une endoscopie digestive en urgence **la semaine, en journée**

Présence d'une endoscopie bronchique en urgence **la semaine, en journée**

Présence d'une radiologie interventionnelle **24h/24, 7j7**

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **FIRSTNET**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : **Oui**

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **RPU synthétisé par le DPI**

Outils

- **Non utilisation** du ROR au quotidien
- **Non utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Connaissance** du BJML
- **Absence de pratique** de la télémédecine
- Utilisation de **Télurge** pour les avis neuro-chirurgicaux

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Au DPI
- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour la gestion de la file d'attente
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Absence** de dossier papier
- **Absence** d'affichage des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / centrale de surveillance**



Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : **Non**

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : **Non**

Transmission des informations patients :

La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU



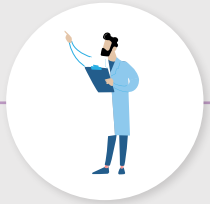


Organisation

PAS-DE-CALAIS
AHNAC - Polyclinique d'Hénin-Beaumont

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans :

Non

Le chef de service est urgentiste :

Oui

Le chef de pôle est urgentiste :

Non

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC :

Non

Existence d'un cadre dédié aux urgences :

Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années :

Oui

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe :

Non

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Existence d'un plan HET : Oui

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Oui
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Oui

Nombre de lits supplémentaires
10



Soins non programmés (SNP)



Fréquence de réunion
2/an

Existence d'une comission des admissions non programmées : Oui

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Oui

Gestion des lits & bed-management



Fréquence de mise à jour du TB
2/j

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Oui

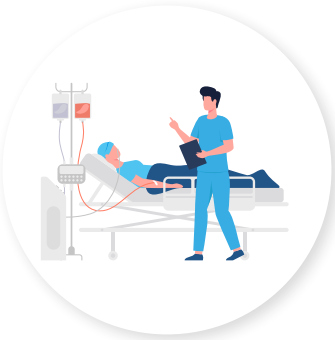
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui sai
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Oui
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Non
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Non
Assuré par le cadre des urgences	Non
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Oui
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Non

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Non

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **sans** ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Non**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Oui**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui



A l'échelle du GHT/groupe d'établissements/ territoire



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Oui**

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Oui**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pas de SAUV pédia**

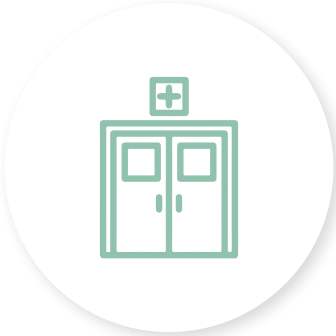
5 Nombre de places SAUV adulte

0 Nombre de places SAUV pédiatrique

8 Nombre de box SU adulte

0 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Non
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Oui (24h/24)
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Non

Fonction assurée par l'IOA 24h/24

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

3,5 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **3,5** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

2 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

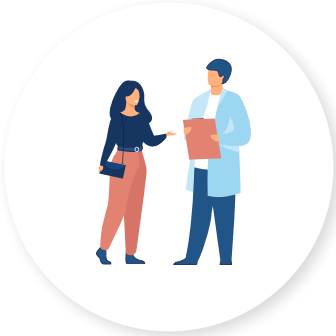
DONT **2** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

0 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SU	Non
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Echelle de tri utilisée **FRENCH**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Urgentiste & spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Orthopédie

Réorientations

Réorientation immédiate er réo-rientation proto-colisée

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : ✕ Non

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : ✕ Non

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : ✕ Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : ✕ Non



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

- La raison est traumatologique

Organisation

- Le médical et dirigé en pédia-trie avec accueil administratif
- Le déchocage est réalisé au SU polyvalent
- Un RPU est généré



Equipe médicale

- Absence de pédopsychiatre
- Absence de psychologue pour les enfants
- Absence d'infirmier en pédopsychiatrie
- Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Interprétation radiographique

Interprétation systématique des radiographies par des radiologues

Toujours interprétées en temps réel

Plateaux techniques

Echographie

- **Présence** d'un échographe dédié aux urgences
- **Présence** de prélèvements échoguidés au SU
- **Présence** de réalisation d'échographies spécialisées au SU
- Echographies doppler pour suspicion de phlébites **En journée (SU ou ES) hors w-e/jours fériés**

IRM

- **Présence** d'une IRM sur site
- Accès facilité/dédié pour les urgences **24h/24 7j/7**

Scanner

- **Présence** d'un scanner sur site
- Accessibilité du scanner depuis le SU **Brancardage**
- Accès facilité pour les urgences **24h/24 7j/7**

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Oui
Lactate	Oui
Ionogramme	Oui
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

6 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **6** lits scopés

DONT **6** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe soignante spécifique

Pas d'équipe médicale spécifique

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

0,5 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **0,5** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le médecin DIM code tout

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Oui

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Présence dans l'ES

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Oui

Présence d'une IDE psy aux urgences : Non

Absence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Oui

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières



AVC / SCA

- **Absence** de neurologue dans l'ES
- **Absence** d'une thrombolyse AVC
- **Absence** d'un accès thrombectomie sur site
- **Aucune** coronographie dans l'ES

Vasculaire

- **Absence** d'un service de chirurgie vasculaire
- **Absence** de chirurgie de l'aorte thoracique
- **Absence** d'ischémie aiguë des membres



Hémorragie

- **Présence** d'une endoscopie digestive en urgence **la semaine, en journée**
- **Présence** d'une endoscopie bronchique en urgence **la semaine, en journée**
- **Absence** d'une radiologie interventionnelle

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **Firstnet CERNER**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : Oui

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **RPU synthétisé par le DPI**

Outils

- **Non utilisation** du ROR au quotidien
- **Non utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Non connaissance** du BJML
- **Absence de pratique** de la télémédecine
- Utilisation de **Télurge** pour les avis neuro-chirurgicaux

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Au DPI
- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour la gestion de la file d'attente
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** d'un dossier papier pour **certains** patient des urgences
- **Absence** d'affichage des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / centrale de surveillance**

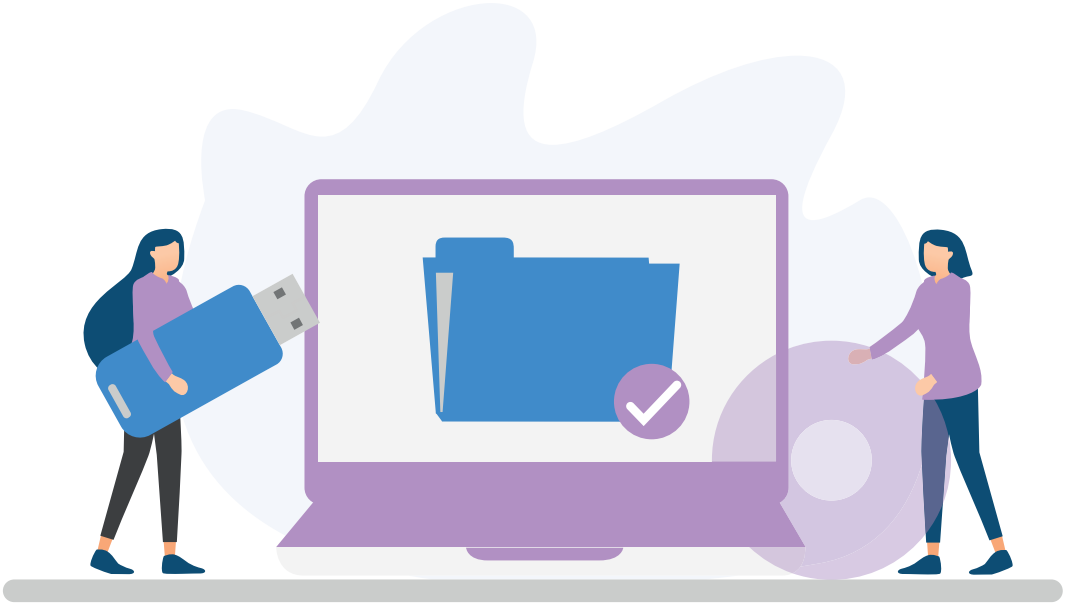
Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : Non

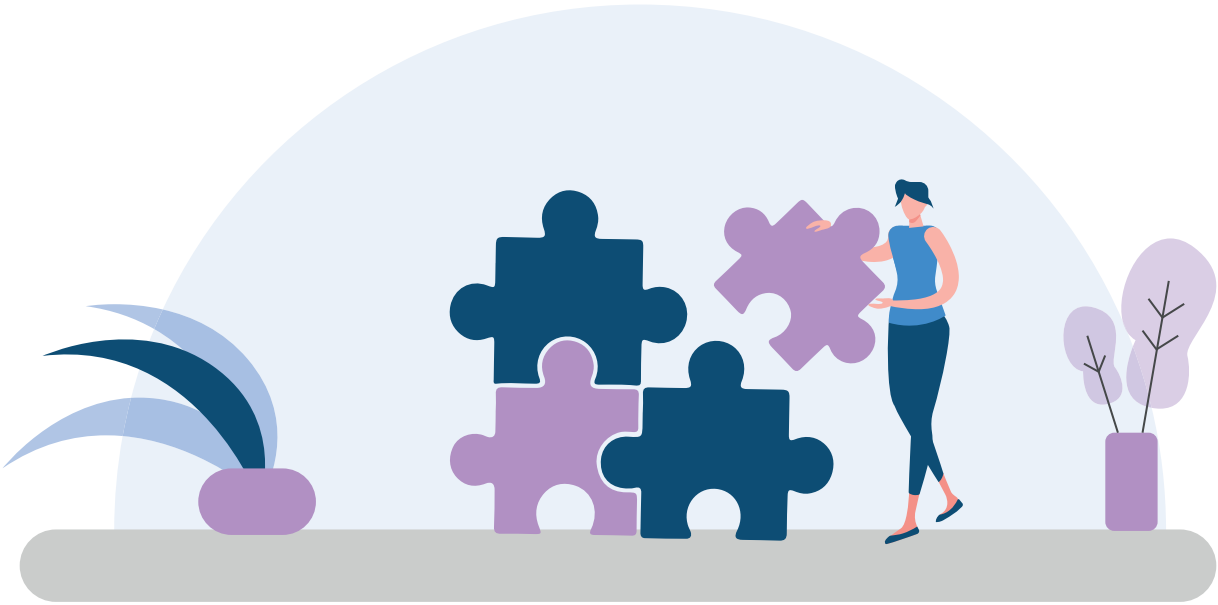
Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : Oui



Transmission des informations patients :

Réception du DLU de manière dématérialisée
La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU



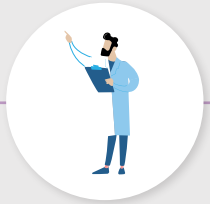


Organisation

PAS-DE-CALAIS
CH d'Arras

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : Non

Le chef de service est urgentiste : Oui

Le chef de pôle est urgentiste : Oui

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : Oui

Existence d'un cadre dédié aux urgences : Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : Oui

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : Non

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Existence d'un plan HET : ✓

Existence d'une charte décrivant les éléments **objectifs** de tension
(nb entrées, nb de personnes âgées, absence de lit d'aval, ...)

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Non
Réalisé via le ROR	Oui

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Oui

Nombre de lits supplémentaires
8



Soins non programmés (SNP)



Fréquence de réunion
3/an

Existence d'une comission des admissions non programmées : Oui

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Oui

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui



Fréquence de mise à jour du TB
3/j

Oui

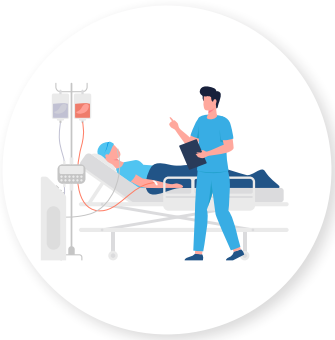
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Oui
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Oui

Pendant certaines périodes dépidémies hivernales

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Oui
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Non
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Oui

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Pas de bed-management
Assuré par le cadre des urgences	Pas de bed-management
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Pas de bed-management
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Pas de bed-management

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Oui

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **sans** ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Non**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Oui**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui

A l'échelle de l'établissement



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Oui**

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Non**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Les urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Les pédiatres**

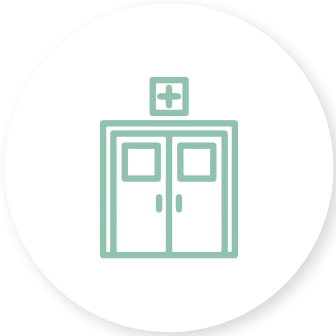
3 Nombre de places SAUV adulte

1 Nombre de places SAUV pédiatrique

28 **Nombre de box SU adulte**

2 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Non
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Non
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Oui

Fonction assurée par l'IOA 24h/24

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

5 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **4** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

2,5 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

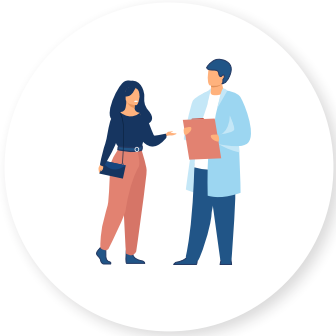
DONT **2** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

1 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SU	Non
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Echelle de tri utilisée **FRENCH**

Organisation

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Non

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Non

Reconvocations

Comment s'effectuent les reconvocations ?

Par un autre spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

- **Cardiologie**
- **Digestif**
- **Pédiatrie**
- **Ophtalmologie**
- **ORL**
- **Orthopédie**

Réorientations

Réorientation immédiate et réorientation protocolisée



Les urgences pédiatriques

Reconvocations

Comment s'effectuent les reconvocations ?

Par un autre spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Orthopédie

Réorientations

Réorientation protocolisée

Âge maximal d'admission habituel aux urgences pédiatriques :

15 ans et 3 mois

Les urgences pédiatriques sont individualisées et accueillent plus de 90 % des patients de moins de 18 ans : Oui

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

1 Nombre de lignes médicales au SU pédiatriques la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non pédiatres (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SU pédiatrique la nuit

DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non pédiatre (la nuit)



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Non
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Non
Présence de l'IAO 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Non

Echelle de tri utilisée
FRENCH

Le point d'accueil prend-il en charge les enfants pour des motifs traumatologiques : Non

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Non

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Le SAMU

Présence d'autres acteurs en régulation (hors PDSA) : **Oui**

Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et la SAMU : **Oui**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SAMU : **Oui**

3 Nombre de lignes médicales au SAMU la journée

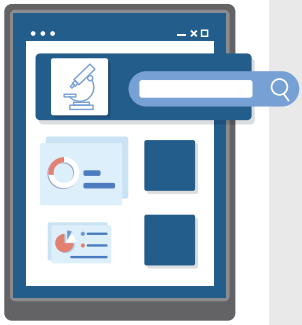
DONT **3** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **1** lignes assurées par des médecins non urgentistes

2,5 Nombre de lignes médicales au SAMU la nuit

DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **1** ligne assurées par des médecins non urgentistes



Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SAMU : **Non**

Spécificités :
- Cellule VigilanS

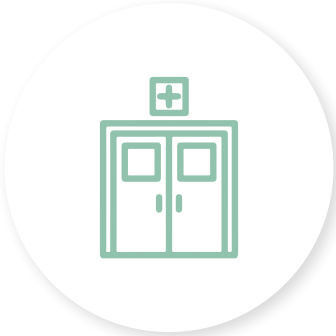
Régulation

En régulation, vous disposez de :

- **Une liaison 15-18 téléphonique et informatique**
- **La réception des bilans dématérialisés des SMUR**
- **Une visio patient**
- **La réception des bilans dématérialisés des secouristes (AP, VSAV, autres)**
- **Une liaison 15-18 informatique**
- **Une visio equipe**
- **Bascule possible autre SAMU**

Le SMUR

Transition vers la dématérialisation



Format du dossier médical SMUR : **Tablette informatique**

Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR : **Oui**

Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique : **Non**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : **Oui**

3 Nombre de lignes médicales au SMUR la journée

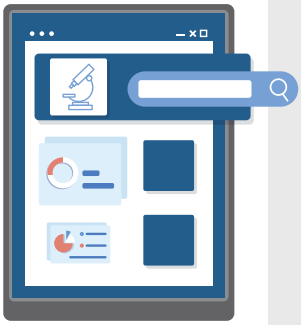
DONT **3** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **1** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la journée)

3 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

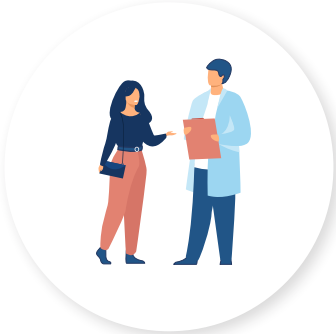
DONT **3** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la nuit)



Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : **Oui**

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : **Oui**



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH : **Oui**

En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux : **Oui**

En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* : **Non**

cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence

Missions du médecin SMUR



Missions des médecins SMUR au sein du SU lorsqu'ils ne sont pas en intervention

PEC des patients en circuit court

Poursuite de la PEC des patients amenés par le SMUR

En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

Non

Organisation

Interprétation radiographique

Interprétation systématique des radiographies par des radiologues

Appel à un service de télé-interprétation en journée et/ou PDSES

Plateaux techniques

Echographie

- **Présence** d'un échographe dédié aux urgences
- **Présence** de prélèvements échoguidés au SU
- **Présence** de réalisation d'échographies spécialisées au SU
- Echographies doppler pour suspicion de phlébites **En journée (SU ou ES) hors w-e/jours fériés**

IRM

- **Présence** d'une IRM sur site
- Accès facilité/dédié pour les urgences **24h/24 7j/7**

Scanner

- **Présence** d'un scanner sur site
- Accessibilité du scanner depuis le SU **Brancardage**
- Accès facilité pour les urgences **24h/24 7j/7**

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Oui
Lactate	Oui
Ionogramme	Oui
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

6 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **6** lits scopés

DONT **6** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Equipe soignante spécifique **24h/24 7j/7**

Equipe médicale spécifique **24h/24 7j/7**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

0,5 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **0,5** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le médecin DIM code tout

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Organisation

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Oui

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Présence dans l'ES



- D'un PMO
- D'un accueil polytraumatisé adulte
- D'un anesthésiste sur site dédié aux urgences

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Oui

Présence d'une IDE psy aux urgences : Oui

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

- **Présence** d'un neurologue dans l'ES **la semaine, en journée**
- **Existence** d'une thrombolyse AVC **24h/24 7j/7**
- **Absence** d'un accès thrombectomie sur site
- **Aucune** coronographie dans l'ES

Vasculaire

- **Présence** d'un service de chirurgie vasculaire **24h/24 7j/7**
- **Absence** de chirurgie de l'aorte thoracique
- **Présence** d'ischémie aiguë des membres **24h/24 7j/7**

Hémorragie

- **Présence** d'une endoscopie digestive en urgence **24h24 7j/7**
- **Présence** d'une endoscopie bronchique en urgence **24h/24 7j/7**
- **Présence** d'une radiologie interventionnelle **la semaine, en journée**

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **Sillage**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **RPU synthétisé par le DPI**

Outils

- **Utilisation** du ROR au quotidien
- **Non utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Connaissance** du BJML
- **Pratique** de la télémédecine
- Utilisation de **Télurge** pour les avis neuro-chirurgicaux

Télé-AVC en émission & réception

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Au DPI
- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour la gestion de la file d'attente
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** d'un dossier papier pour **chaque** patient des urgences
- **Absence** d'affichage des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / centrale de surveillance**

Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✕ Non



Transmission des informations patients :

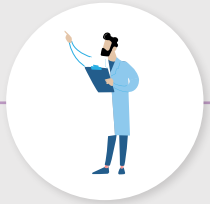
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU

Organisation

PAS-DE-CALAIS
CH de Béthune

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : **Non**

Le chef de service est urgentiste : **Oui**

Le chef de pôle est urgentiste : **Oui**

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : **Non**

Existence d'un cadre dédié aux urgences : **Oui**

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : **Oui**

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : **Oui**

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Existence d'un plan HET : **Oui**

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	**Oui**
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	**Oui**
Réalisé via le ROR	**Non**

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : **Non**

Soins non programmés (SNP)

Fréquence de réunion **3/an**

Existence d'une comission des admissions non programmées : **Non**

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : **Non**

Gestion des lits & bed-management

Fréquence de mise à jour du TB **3/j**

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : **Oui**

Oui

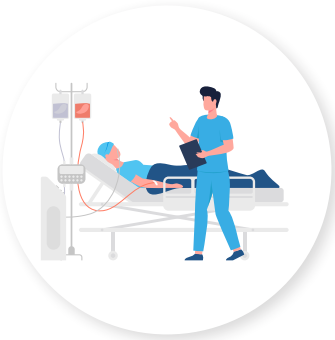
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Oui

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Oui
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Non
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Oui

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Pas de bed-management
Assuré par le cadre des urgences	Pas de bed-management
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Pas de bed-management
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Pas de bed-management

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières



Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Oui

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **avec** une ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Non**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Non**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui



A l'échelle du GHT/groupe d'établissements/ territoire



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Oui**

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Oui**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Les urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pédiatres & urgentistes**



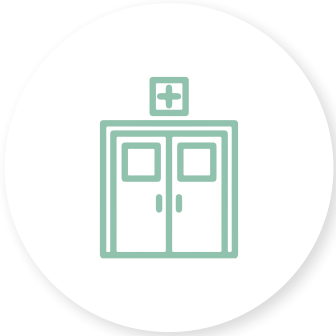
4 Nombre de places SAUV adulte

1 Nombre de places SAUV pédiatrique

18 Nombre de box SU adulte

1 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Oui
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Non
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Oui (w-e compris)

Fonction assurée par l'IOA 24h/24

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

5 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **5** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **5** lignes assurées par des médecins non urgentistes (la journée)

2 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

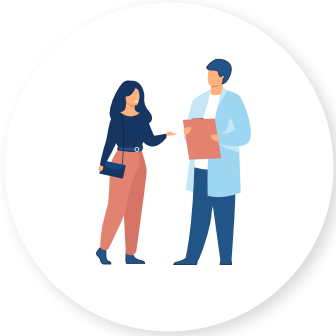
DONT **2** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **2** lignes assurées par des médecins non urgentistes (la nuit)

1 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SU	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Echelle de tri utilisée **FRENCH**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Par un autre spécialiste

Réorientations

Réorientation immédiate
Réorientation protocolisée

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Non

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Oui

La journée en semaine

L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

- La raison est traumatologique
- La raison est médicale
- L'enfant est âgé de plus d'1 an

Organisation

- Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif
- Le déchocage est réalisé au SU polyvalent

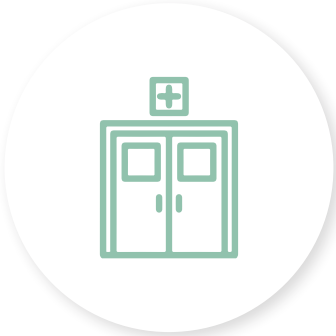
Equipe médicale

- Absence de pédopsychiatre
- Absence de psychologue pour les enfants
- Absence d'infirmier en pédopsychiatrie
- Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Organisation

Le SMUR

Transition vers la dématérialisation



Format du dossier médical SMUR : **Tablette informatique**

Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR : **Oui**

Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique : **Non**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : **Oui**

2 Nombre de lignes médicales au SMUR la journée

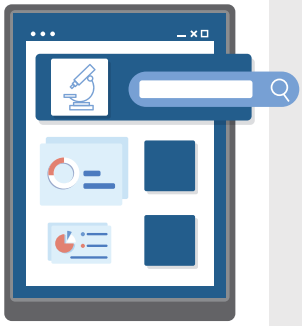
DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **2** lignes médicalisées ou non médicalisées : TIIH (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

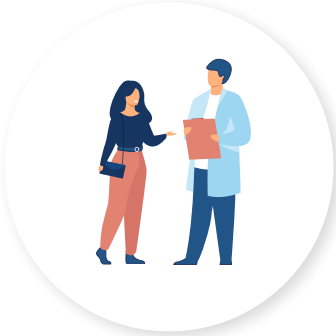
DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **1** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la nuit)



Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : **Oui**

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : **Oui**



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH : **Oui**

En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux : **Non**

En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* : **Non**

**cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence*

Missions du médecin SMUR



Missions des médecins SMUR au sein du SU lorsqu'ils ne sont pas en intervention

PEC des patients en circuit court

PEC des patients en circuit long

En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

Non

Interprétation radiographique

Interprétation <u>systématique</u> des radiographies par des radiologues

<u>Toujours</u> interprétées en différé

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Absence de prélèvements échoguidés au SU

Absence de réalisation d'échographies spécialisées au SU

Aucune échographie doppler pour suspicion de phlébites n'est réalisable (SU ou ES)

IRM

Présence d'une IRM sur site

Accès facilité/dédié pour les urgences **24h/24 7j/7**

Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU
Brancardage

Accès facilité pour les urgences
24h/24 7j/7

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	**Oui**
Gaz du sang	**Non**
Lactate	**Non**
Ionogramme	**Non**
Troponine	**Non**
Grippe et/ou Covid-19	**Non**

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

6 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **6** lits scopés

DONT **6** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe soignante spécifique

Pas d'équipe médicale spécifique

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par l'IDE

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD avec utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Organisation

Admission directe

Admission directe en SSR depuis les urgences :

Non

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Présence dans l'ES

D'un PMO

D'un accueil polytraumatisé adulte

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Oui

Présence d'une IDE psy aux urgences : Oui

Absence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

Présence d'un neurologue dans l'ES 24h/24 7j/7

Existence d'une thrombolyse AVC 24h/24 7j/7

Absence d'un accès thrombectomie sur site

Aucune coronographie dans l'ES

Vasculaire

Absence d'un service de chirurgie vasculaire

Absence de chirurgie de l'aorte thoracique

Absence d'ischémie aiguë des membres

Hémorragie

Présence d'une endoscopie digestive en urgence 24h24 7j/7

Présence d'une endoscopie bronchique en urgence 24h/24 7j/7

Présence d'une radiologie interventionnelle 24h/24, 7j7

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **URQUAL**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : Oui

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **Le RPU nécessite une saisie compltémentaire**

Outils

- **Non utilisation** du ROR au quotidien
- **Non utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Non connaissance** du BJML
- **Absence de pratique** de la télémédecine
- Utilisation de **Télurge** pour les avis neuro-chirurgicaux

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour la gestion de la file d'attente
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** d'un dossier papier pour **chaque** patient des urgences
- **Absence** d'affichage des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / centrale de surveillance**



Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✕ Non

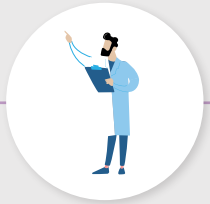
Transmission des informations patients :

La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU
Envoi du courrier de sortie vers MT par MSS

Organisation

PAS-DE-CALAIS
CH de Boulogne-sur-mer

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans :

Non

Le chef de service est urgentiste :

Oui

Le chef de pôle est urgentiste :

Oui

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC :

Oui

Existence d'un cadre dédié aux urgences :

Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années :

Oui

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe :

Non

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Existence d'un plan HET : Non

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Non
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Oui

Nombre de lits supplémentaires
6



Soins non programmés (SNP)



Fréquence de réunion
Pas depuis 2 ans

Existence d'une comission des admissions non programmées : Oui

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Oui

Gestion des lits & bed-management



Fréquence de mise à jour du TB
2/j

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Non

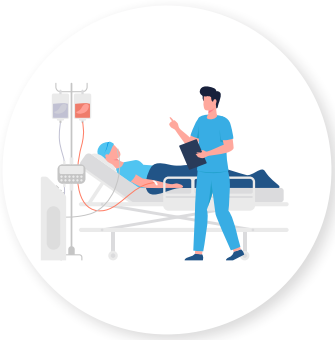
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Non
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Oui
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Oui
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Non
Assuré par le cadre des urgences	Non
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Non
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Non

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Non

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Non

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **sans** ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences — **Non**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités — **Non**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui

A l'échelle de l'établissement



Existence d'un accès facilité à l'HAD — **Non**

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité — **Oui**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité — **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Les urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Les pédiatres**



3 Nombre de places SAUV adulte

1 Nombre de places SAUV pédiatrique

17 Nombre de box SU adulte

4 Nombre de box SU pédiatrique

Organisation

Les urgences polyvalentes

Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24 — **Oui**

Existence d'un agent de sécurité à l'accueil — **Oui (en journée/soirée)**

Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24 — **Oui**

Existence d'une assistance sociale dans le service — **Oui**

Fonction assurée par l'IOA + MAO 24h/24

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : **Oui**

6 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **6** lignes couvertes en permanence (la journée)

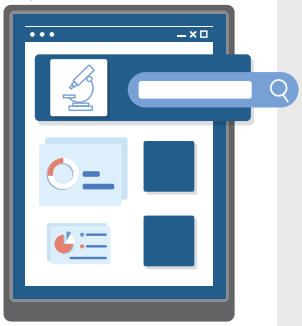
DONT **2** lignes assurées par des médecins non urgentistes (la journée)

3 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

DONT **3** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

0 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation

Présence de l'IAO 24h/24 — **Oui**

IAO en soutien dans l'activité du SU — **Oui**

IAO en soutien dans l'activité du SMUR — **Non**

IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD — **Non**

Echelle de tri utilisée **FRENCH**

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : **Non**

Reconvocations

Comment s'effectuent les reconvocations ?

Par un autre spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Ophtalmologie

Orthopédie

Réorientations

Réorientation immédiate

Organisation

Les urgences pédiatriques

Âge maximal d'admission habituel aux urgences pédiatriques : **15 ans**

Les urgences pédiatriques sont individualisées et accueillent plus de 90 % des patients de moins de 18 ans : ✕ Non

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : ✓ Oui

1 Nombre de lignes médicales au SU pédiatriques la journée

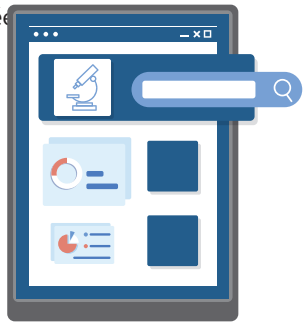
DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non pédiatres (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SU pédiatrique la nuit

DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non pédiatre (la nuit)



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Non
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Oui 24h/24
Présence de l'IAO 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Non

Echelle de tri utilisée
FRENCH

Le point d'accueil prend-il en charge les enfants pour des motifs traumatologiques : ✕ Non

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : ✕ Non

Reconvocations

Comment s'effectuent les reconvocations ?

Au SU par un pédiatre

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Ophtalmologie

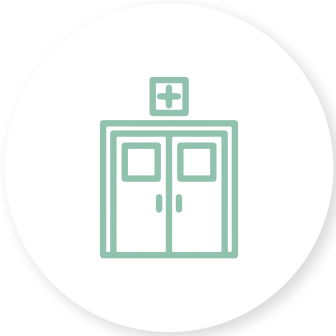
Orthopédie

Réorientations

Réorientation immédiate

Le SMUR

Transition vers la dématérialisation



Format du dossier médical SMUR : **Tablette informatique**

Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR : **Non**

Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique : **Non**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : ✓ Oui

2 Nombre de lignes médicales au SMUR la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **2** lignes médicalisées ou non médicalisées : TIIH (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

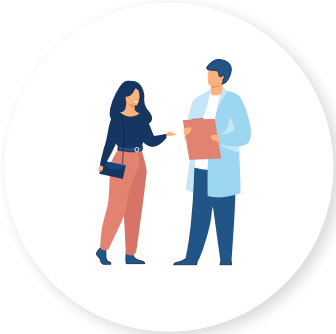
DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **1** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la nuit)



Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : ✓ Oui

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : ✓ Oui



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH : **Oui**

En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux : **Non**

En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* : **Non**

*[*cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence]*

Missions du médecin SMUR



Missions des médecins SMUR au sein du SU lorsqu'ils ne sont pas en intervention

PEC des patients en circuit court

Poursuite de la PEC des patients amenés par le SMUR

Aide à l'accueil et à l'évaluation (type MAO)

En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

Non

Interprétation radiographique

Interprétation systématique des radiographies par des radiologues

Pas interprétées

Interprétation par l'IA immédiatement

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Absence de prélèvements échoguidés au SU

Présence de réalisation d'échographies spécialisées au SU

Aucune échographie doppler pour suspicion de phlébites n'est réalisable (SU ou ES)

IRM

Présence d'une IRM sur site

Accès facilité/dédié pour les urgences **24h/24 7j/7**

Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU **Autonome**

Accès facilité pour les urgences **24h/24 7j/7**

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Non
Gaz du sang	Non
Lactate	Non
Ionogramme	Non
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

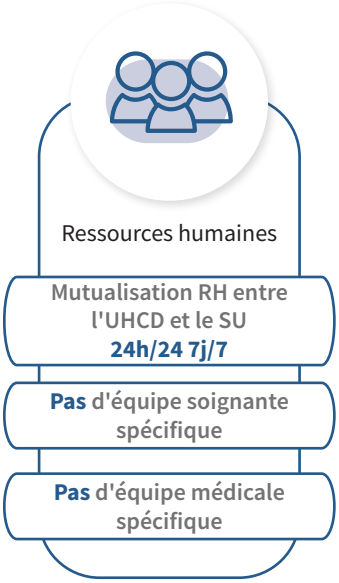
UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

9 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **5** lits scopés

DONT **5** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance



Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le médecin DIM code tout

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Organisation

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Non

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Non

Présence dans l'ES



D'un PMO

D'un accueil polytraumatisé adulte

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Oui

Présence d'une IDE psy aux urgences : Oui

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

Présence d'un neurologue dans l'ES 24h/24 7j/7

Existence d'une thrombolyse AVC 24h/24 7j/7

Absence d'un accès thrombectomie sur site

Présence d'une coronographie dans l'ES 24h/24 7j/7

Vasculaire

Présence d'un service de chirurgie vasculaire 24h/24 7j/7

Absence de chirurgie de l'aorte thoracique

Présence d'ischémie aiguë des membres 24h/24 7j/7

Hémorragie

Présence d'une endoscopie digestive en urgence **24h24 7j/7**

Présence d'une endoscopie bronchique en urgence **24h/24 7j/7**

Présence d'une radiologie interventionnelle **la semaine, en journée**

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **Sillage**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **RPU synthétisé par le DPI**

Outils

- **Non utilisation** du ROR au quotidien
- **Utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Connaissance** du BJML
- **Pratique** de la télémédecine
- Utilisation de **Pacs to pacs** pour les avis neuro chirurgicaux

Radiologie

Télé-AVC en émission & réception

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Au DPI
- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour la gestion de la file d'attente
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** d'un dossier papier pour **chaque** patient des urgences
- **Absence** d'affichage des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / centrale de surveillance**



Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✕ Non

Transmission des informations patients :

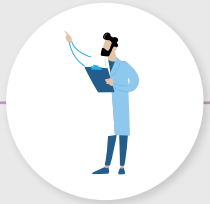
Réception du DLU de manière dématérialisée
La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Envoi du courrier de sortie vers MT par MSS

Organisation

PAS-DE-CALAIS
CH de Calais

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans :

Non

Le chef de service est urgentiste :

Oui

Le chef de pôle est urgentiste :

Non

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC :

Oui

Existence d'un cadre dédié aux urgences :

Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années :

Oui

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe :

Non

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Existence d'une charte décrivant les éléments **objectifs** de tension
(nb entrées, nb de personnes âgées, absence de lit d'aval, ...)

Existence d'un plan HET : Oui

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Oui
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Oui

Nombre de lits supplémentaires
10

Soins non programmés (SNP)

Existence d'une comission des admissions non programmées : Oui

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Oui

Fréquence de réunion
2/an

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Fréquence de mise à jour du TB
3/j

Non

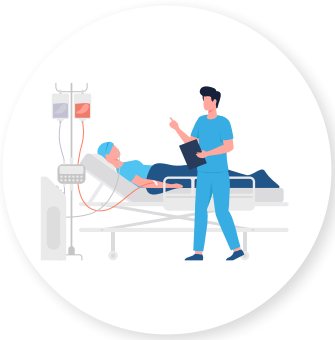
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Oui
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Oui
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Non
Assuré par le cadre des urgences	Non
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Non
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Non

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Oui

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **sans** ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Non**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Oui**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui



A l'échelle de l'établissement



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Oui**

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Oui**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Les urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pédiatres & urgentistes**

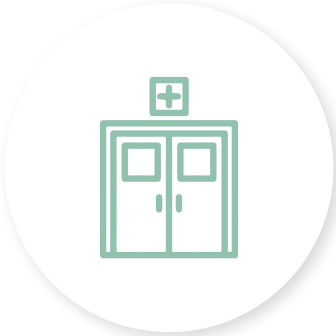
2 Nombre de places SAUV adulte

0 Nombre de places SAUV pédiatrique

15 Nombre de box SU adulte

6 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Oui
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Non
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Oui s

Fonction assurée par l'IOA 24h/24

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

4 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **4** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

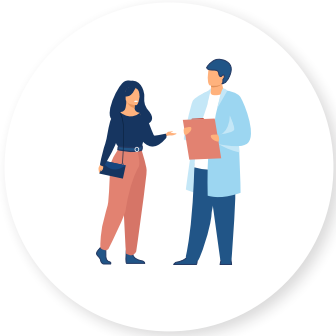
DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

1 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SU	Non
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Echelle de tri utilisée **CIMU**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Par un autre spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Cardiologie

Hépato-gastro

ORL

Orthopédie

Réorientations

Réorientation protocolisée

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Oui

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Oui **24h/24**



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

La raison est traumatologique

Pas de mutualisation

Organisation

Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif

Le déchocage est réalisé au SU polyvalent

Un RPU est généré



Equipe médicale

Présence de pédopsychiatre

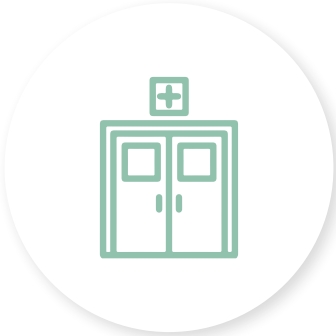
Présence de psychologue pour les enfants

Absence d'infirmier en pédopsychiatrie

Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Organisation

Le SMUR



Transition vers la dématérialisation

Format du dossier médical SMUR	**Tablette informatique**
Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR	**Non**
Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique	**Non**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : **Oui**

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la journée

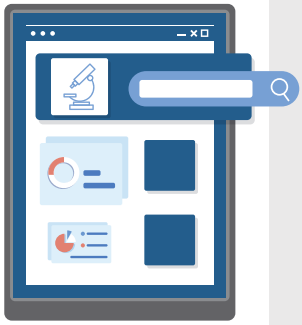
DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

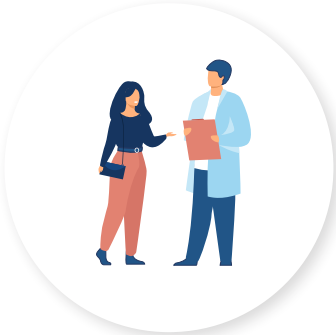
DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la nuit)



Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : **Oui**

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : **Oui**



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH :	**Non**
En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux :	**Non**
En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* :	**Non**

**cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence*

Missions du médecin SMUR



Missions des médecins SMUR au sein du SU lorsqu'ils ne sont pas en intervention

PEC des patients en circuit court

Poursuite de la PEC des patients amenés par le SMUR

En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

Non

Interprétation radiographique

Interprétation <u>systématique</u> des radiographies par des radiologues

<u>Pas</u> interprétées

Plateaux techniques

Echographie

- **Présence** d'un échographe dédié aux urgences
- **Présence** de prélèvements échoguidés au SU
- **Présence** de réalisation d'échographies spécialisées au SU
- **Aucune** échographie doppler pour suspicion de phlébites n'est réalisable (SU ou ES)

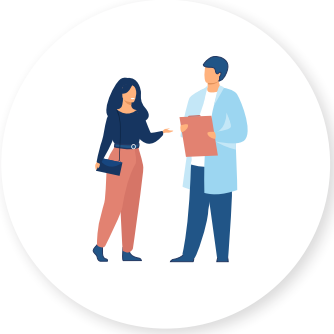
IRM

- **Présence** d'une IRM sur site
- Accès facilité/dédié pour les urgences **24h/24 7j/7**

Scanner

- **Absence** d'un scanner sur site
- Accessibilité du scanner depuis le SU **Brancardage**
- Accès facilité pour les urgences **PDSES**

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Non
Lactate	Non
Ionogramme	Non
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

12 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **11** lits scopés

DONT **11** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe soignante spécifique

Pas d'équipe médicale spécifique

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le médecin DIM code tout

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Organisation

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Non

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Présence dans l'ES



D'un PMO

D'un accueil polytraumatisé adulte

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Oui

Présence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Impossibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

Présence d'un neurologue dans l'ES **la semaine, en journée**

Existence d'une thrombolyse AVC **24h/24 7j/7**

Absence d'un accès thrombectomie sur site

Aucune coronographie dans l'ES

Vasculaire

Présence d'un service de chirurgie vasculaire **24h/24 7j/7**

Absence de chirurgie de l'aorte thoracique

Absence d'ischémie aiguë des membres

Hémorragie

Présence d'une endoscopie digestive en urgence **24h24 7j/7**

Présence d'une endoscopie bronchique en urgence **24h/24 7j/7**

Absence d'une radiologie interventionnelle

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **CORA**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : **Oui**

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **RPU synthétisé par le DPI**

Outils

- **Non utilisation** du ROR au quotidien
- **Utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Connaissance** du BJML
- **Pratique** de la télémédecine
- Utilisation de **Télurge** pour les avis neuro-chirurgicaux

Radiologie

Télé-AVC en réception au niveau de l'USINV

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Au DPI
- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Présence** de borne tactile pour **les patients**
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** d'un dossier papier pour **chaque** patient des urgences
- **Affichage** des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / centrale de surveillance**



Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ **Non**

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✕ **Non**

Transmission des informations patients :

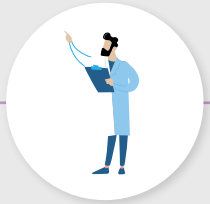
La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU

Organisation

PAS-DE-CALAIS
CH de la région de Saint-Omer

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : **Non**

Le chef de service est urgentiste : **Oui**

Le chef de pôle est urgentiste : **Non**

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : **Non**

Existence d'un cadre dédié aux urgences : **Non**

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : **Non**

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : **Oui**

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Existence d'un plan HET : **Oui**

Existence d'une charte décrivant les éléments **objectifs** de tension
(nb entrées, nb de personnes âgées, absence de lit d'aval, ...)

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Oui
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : **Non**

Soins non programmés (SNP)

Existence d'une comission des admissions non programmées : **Non**

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : **Non**

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : **Oui**

Fréquence de mise à jour du TB **Toutes les 2 minutes**

Non

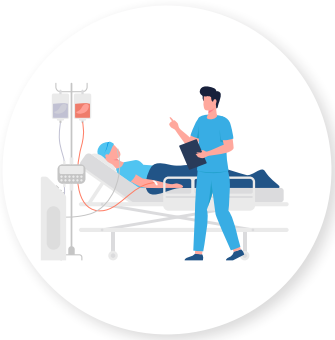
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



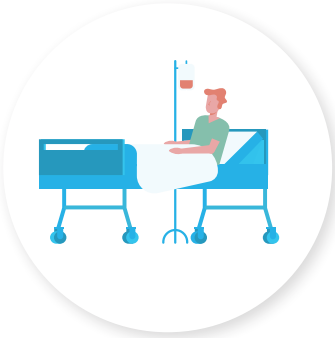
Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Non
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Oui

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Oui
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Oui
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Oui

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Non
Assuré par le cadre des urgences	Non
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Oui
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Oui

Organisation

Organisation générale

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Non

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **sans** ambulance

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Non**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Non**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui



A l'échelle de l'établissement



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Non**

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Non**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Les urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pédiatres & urgentistes**

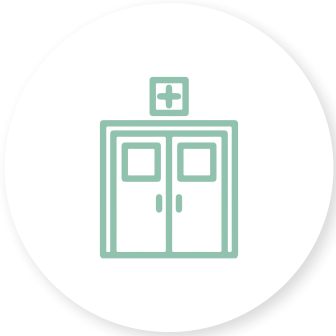
4 Nombre de places SAUV adulte

1 Nombre de places SAUV pédiatrique

22 Nombre de box SU adulte

6 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Oui
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Non
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Oui

Fonction assurée par l'IOA

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences :

3 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **3** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

2 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

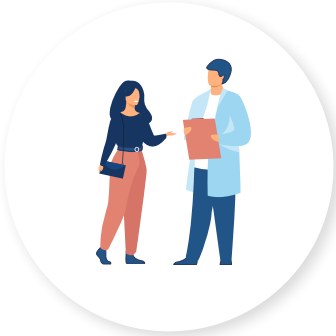
DONT **2** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

1 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SU	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Echelle de tri utilisée **CIMU**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Par un autre spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Digestif

Ophtalmologie

ORL

Orthopédie

Réorientations

Réorientation protocolisée

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Oui

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Oui

Plage horaire d'appel **24h/24**



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

Pas de mutualisation

Organisation

Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif

Le déchocage est réalisé au SU polyvalent

Un RPU est généré



Equipe médicale

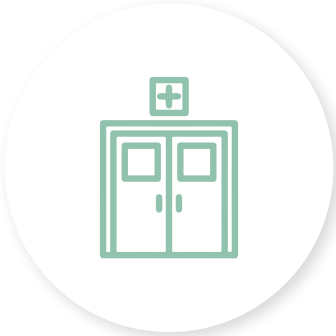
Présence de pédopsychiatre

Présence de psychologue pour les enfants

Présence d'infirmier en pédopsychiatrie

Présence de lits UHCD réservés aux enfants

Le SMUR



Format du dossier médical SMUR : **Tablette informatique**

Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR : **Non**

Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique : **Non**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : ✓ Oui

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la journée

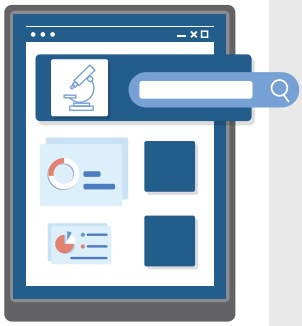
DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **1** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

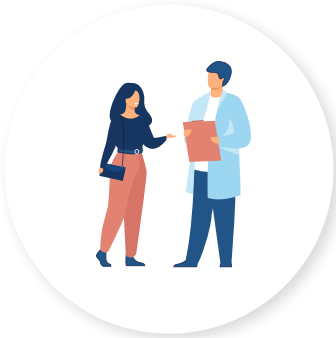
DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT 1 ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la nuit)



Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : ✓ Oui

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : ✓ Oui



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH : **Oui**

En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux : **Non**

En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* : **Oui**

cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence

Missions du médecin SMUR



Missions des médecins SMUR au sein du SU lorsqu'ils ne sont pas en intervention

PEC des patients en circuit court

Poursuite de la PEC des patients amenés par le SMUR

En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

Oui et équipe précurseur

Interprétation radiographique

Interprétation <u>systématique</u> des radiographies par des radiologues

<u>Toujours</u> interprétées en temps réel

Appel à un service de télé-interprétation en journée et/ou PDSES

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Présence de prélèvements échoguidés au SU

Présence de réalisation d'échographies spécialisées au SU

Echographies doppler pour suspicion de phlébites
En journée (SU ou ES) hors w-e/jours fériés

IRM

Présence d'une IRM sur site

Accès facilité/dédié pour les urgences **24h/24 7j/7**

Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU
Brancardage

Scanner dédié aux urgences

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Non
Gaz du sang	Non
Lactate	Non
Ionogramme	Non
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Non

UHCD

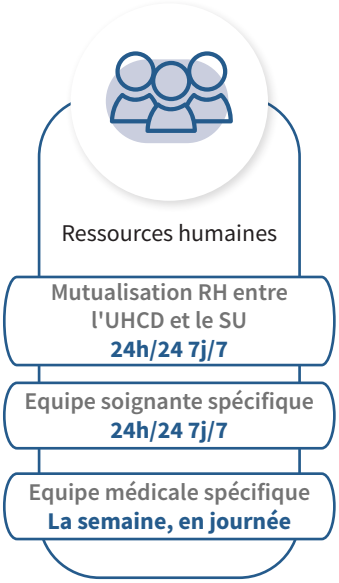
UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

10 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **10** lits scopés

DONT **10** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance



Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le médecin DIM code tout

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Organisation

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Oui

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Non

Présence dans l'ES



D'une chirurgie de la main

D'un accueil polytraumatisé adulte

D'un anesthésiste sur site dédié aux urgences

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Oui

Présence d'une IDE psy aux urgences : Oui

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières



AVC / SCA

- **Absence** de neurologue dans l'ES
- **Existence** d'une thrombolyse AVC **24h/24 7j/7**
- **Absence** d'un accès thrombectomie sur site
- **Aucune** coronographie dans l'ES

Vasculaire

- **Absence** d'un service de chirurgie vasculaire
- **Absence** de chirurgie de l'aorte thoracique
- **Absence** d'ischémie aiguë des membres



Hémorragie

- **Présence** d'une endoscopie digestive en urgence **24h24 7j/7**
- **Présence** d'une endoscopie bronchique en urgence **24h/24 7j/7**
- **Absence** d'une radiologie interventionnelle

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **Cora Urgences**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : Oui

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **Le RPU nécessite une saisie compltémentaire**

Outils

- **Non utilisation** du ROR au quotidien
- **Non utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Non connaissance** du BJML
- **Pratique** de la télémédecine
- Utilisation de **Télurge** pour les avis neuro-chirurgicaux

Télé-AVC en émission

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Aucun accés

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour la gestion de la file d'attente
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** d'un dossier papier pour **chaque** patient des urgences
- **Absence** d'affichage des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / centrale de surveillance**



Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : Non

Transmission des informations patients :

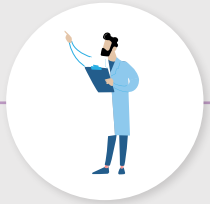
Réception du DLU de manière dématérialisée
La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU

Organisation

PAS-DE-CALAIS
CH de l'arrondissement de Montreuil-sur-mer

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans :

Non

Le chef de service est urgentiste :

Oui

Le chef de pôle est urgentiste :

Oui

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC :

Oui

Existence d'un cadre dédié aux urgences :

Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années :

Oui

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe :

Oui

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Existence d'un plan HET : ? Oui

Existence d'une charte décrivant les éléments **objectifs** de tension
(nb entrées, nb de personnes âgées, absence de lit d'aval, ...)

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Oui
Réalisé via le ROR	Oui

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Oui

Nombre de lits supplémentaires
5

Soins non programmés (SNP)

Existence d'une comission des admissions non programmées : Oui

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Oui

Fréquence de réunion
2/an

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Fréquence de mise à jour du TB
2/j

Non

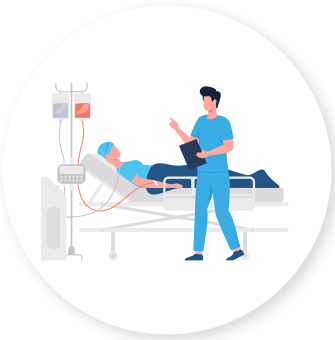
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Non
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Non
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Pas de bed-management
Assuré par le cadre des urgences	Pas de bed-management
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Pas de bed-management
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Pas de bed-management

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Oui

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **sans** ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Non**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Non**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui



A l'échelle du GHT/groupe d'établissements/ territoire



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Oui**

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Non**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Les urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pédiatres & urgentistes**

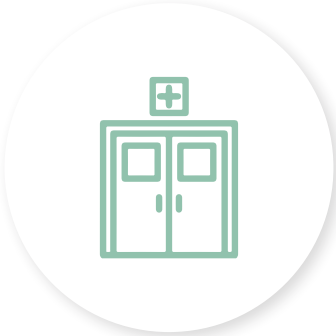
2 Nombre de places SAUV adulte

0 Nombre de places SAUV pédiatrique

10 Nombre de box SU adulte

1 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Oui
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Non
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Oui s

Fonction assurée par l'IOA 24h/24

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

3 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **3** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

2,5 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

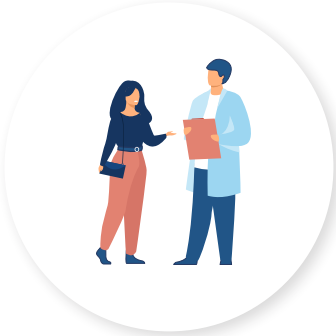
DONT **2,5** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

1 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SU	Non
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Echelle de tri utilisée
Aucune

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Pas de reconvocation

Réorientations

Pas de réorientation

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Oui

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Oui

Plage horaire d'appel **24h/24**

L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

- La raison est traumatologique
- La raison est médicale
- L'enfant est âgé de plus d'1 an

Organisation

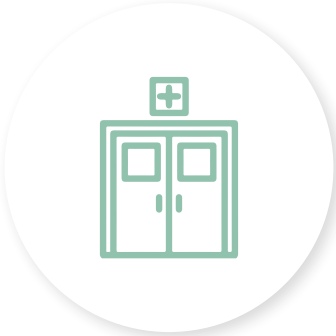
- Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif
- Le déchocage est réalisé au SU polyvalent
- Un RPU est généré

Equipe médicale

- Absence de pédopsychiatre
- Absence de psychologue pour les enfants
- Absence d'infirmier en pédopsychiatrie
- Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Le SMUR

Transition vers la dématérialisation



Format du dossier médical SMUR : **Papier & tablette**

Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR : **Non**

Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique : **Non**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : ✓ Oui

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la journée

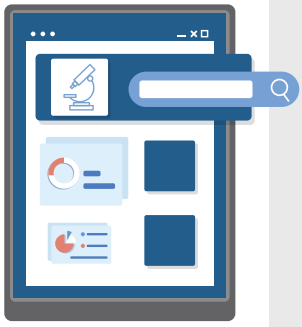
DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

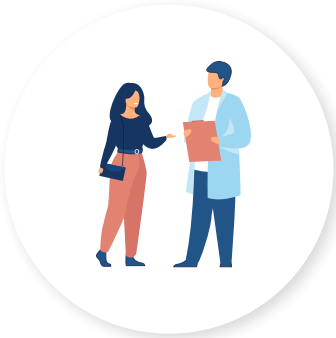
DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la nuit)



Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : ✓ Oui

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : ✓ Oui



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH : **Non**

En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux : **Non**

En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* : **Oui**

cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence

Missions du médecin SMUR



Missions des médecins SMUR au sein du SU lorsqu'ils ne sont pas en intervention

PEC des patients en circuit court

Poursuite de la PEC des patients amenés par le SMUR

Aide à l'accueil et à l'évaluation (type MAO)

En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

Oui et équipe précurseur

Interprétation radiographique

Interprétation systématique des radiographies par des radiologues

Interprétation par l'IA immédiatement et par le radiologue en différé

Appel à un service de télé-interprétation en journée et/ou PDSES

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Absence de prélèvements échoguidés au SU

Absence de réalisation d'échographies spécialisées au SU

Echographies doppler pour suspicion de phlébites **En journée (SU ou ES) hors w-e/jours fériés**

IRM

Présence d'une IRM sur site

Accès facilité/dédié pour les urgences **24h/24 7j/7**

Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU **Brancardage**

Accès facilité pour les urgences **24h/24 7j/7**

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Non
Lactate	Non
Ionogramme	Non
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

6 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **6** lits scopés

DONT **6** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe soignante spécifique

Pas d'équipe médicale spécifique

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et l'urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD avec utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Organisation

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Non

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Présence dans l'ES



D'un accueil polytraumatisé adulte

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Non

Absence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

Absence de neurologue dans l'ES

Existence d'une thrombolyse AVC 24h/24 7j/7

Absence d'un accès thrombectomie sur site

Aucune coronographie dans l'ES

Vasculaire

Présence d'un service de chirurgie vasculaire 24h/24 7j/7

Présence de chirurgie de l'aorte thoracique 24h/24, 7j/7

Présence d'ischémie aiguë des membres 24h/24 7j/7

Hémorragie

Présence d'une endoscopie digestive en urgence 24h24 7j/7

Présence d'une endoscopie bronchique en urgence la semaine, en journée

Absence d'une radiologie interventionnelle

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **TrakCare**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **Le RPU nécessite une saisie compltémentaire**

Outils

- **Utilisation** du ROR au quotidien
- **Utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Non connaissance** du BJML
- **Pratique** de la télémédecine
- Utilisation de **Télurge** pour les avis neuro-chirurgicaux

Radiologie

Télé-AVC en émission

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

Au DPI

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour la gestion de la file d'attente
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** d'un dossier papier pour **chaque** patient des urgences
- **Affichage** des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / centrale de surveillance**



Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✕ Non

Transmission des informations patients :

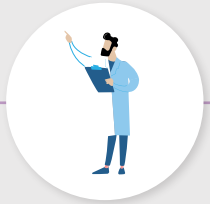
La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU
Envoi du courrier de sortie vers MT par MSS

Organisation

PAS-DE-CALAIS
CH de LENS

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans :

Non

Le chef de service est urgentiste :

Oui

Le chef de pôle est urgentiste :

Oui

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC :

Non

Existence d'un cadre dédié aux urgences :

Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années :

Oui

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe :

Oui

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Existence d'un plan HET : Oui

Existence d'une charte décrivant les éléments **objectifs** de tension
(nb entrées, nb de personnes âgées, absence de lit d'aval, ...)

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Non
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Oui

Nombre de lits supplémentaires
10

Soins non programmés (SNP)

Existence d'une comission des admissions non programmées : Oui

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Oui

Fréquence de réunion
4/an

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Fréquence de mise à jour du TB
4/j

Non

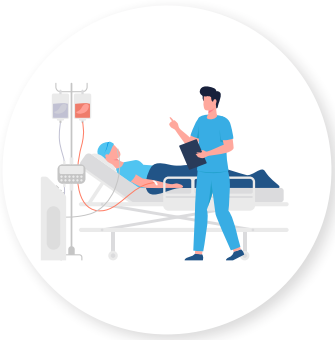
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Oui

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Oui
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Oui
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Oui

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Non
Assuré par le cadre des urgences	Non
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Oui
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Non

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

la semaine en journée :

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs,

Oui

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **avec** une ambulance

Organisation générale

Etablissement

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Oui**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Oui**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui

A l'échelle du GHT/groupe d'établissements/ territoire

Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Non**

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Non**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Oui**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Les urgentistes**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pédiatres & urgentistes**

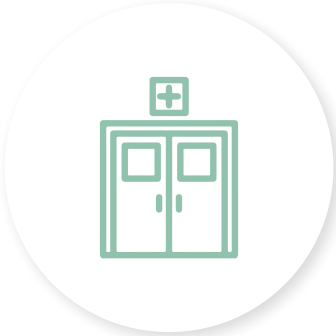
10 Nombre de places SAUV adulte

4 Nombre de places SAUV pédiatrique

8 Nombre de box SU adulte

5 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Oui
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Non
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Oui

Fonction assurée par l'IOA 24h/24

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

8 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **8** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

3 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

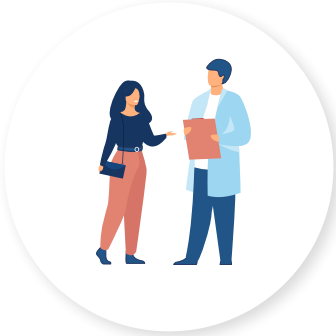
DONT **3** lignes couvertes en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

1 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SU	Non
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Echelle de tri utilisée **FRENCH**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Par un autre spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

- **Cardiologie**
- **Digestif**
- **Neurologie**
- **Pédiatrie**
- **Ophtalmologie**
- **ORL**
- **Orthopédie**

Réorientations

Réorientation immédiate
Réorientation protocolisée

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : **Non**

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : **Oui**

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : **Non**

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : **Oui**

Plage horaire d'appel
24h/24



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

- La raison est traumatologique
- La raison est médicale
- L'enfant est âgé de plus d'1 an
- Pas de mutualisation

Organisation

- Le médical et dirigé en pédiatrie avec accueil administratif
- Un RPU est généré



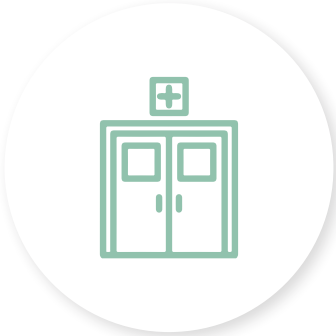
Equipe médicale

- Présence de pédopsychiatre
- Présence de psychologue pour les enfants
- Présence d'infirmier en pédopsychiatrie
- Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Organisation

Le SMUR

Transition vers la dématérialisation



Format du dossier médical SMUR : **Tablette informatique**

Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR : **Oui**

Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique : **Non**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : **Oui**

2 Nombre de lignes médicales au SMUR la journée

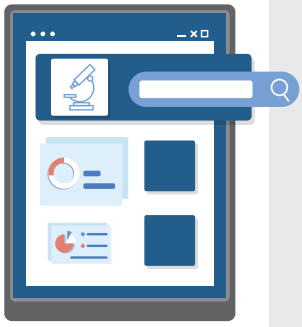
DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **2** lignes médicalisées ou non médicalisées : TIIH (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

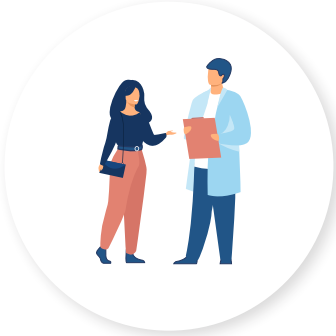
DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la nuit)



Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : **Oui**

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : **Oui**



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH : **Oui**

En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux : **Oui**

En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* : **Non**

**cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence*

Missions du médecin SMUR



Missions des médecins SMUR au sein du SU lorsqu'ils ne sont pas en intervention

Poursuite de la PEC des patients amenés par le SMUR

En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

Oui et équipe précurseur

Interprétation radiographique

Interprétation systématique des radiographies par des radiologues

Interprétation par l'IA immédiatement et par le radiologue en différé

Plateaux techniques

Echographie

- **Présence** d'un échographe dédié aux urgences
- **Absence** de prélèvements échoguidés au SU
- **Présence** de réalisation d'échographies spécialisées au SU
- **Aucune** échographie doppler pour suspicion de phlébites n'est réalisable (SU ou ES)

IRM

- **Présence** d'une IRM sur site
- Accès facilité/dédié pour les urgences **24h/24 7j/7**

Scanner

- **Présence** d'un scanner sur site
- Accessibilité du scanner depuis le SU **Brancardage**
- Accès facilité pour les urgences **24h/24 7j/7**

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Oui
Lactate	Non
Ionogramme	Non
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Non

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

10 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **0** lits scopés

DONT **0** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe soignante spécifique

Pas d'équipe médicale spécifique

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et l'urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Organisation

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Non

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Présence dans l'ES



D'un PMO

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Oui

Présence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Oui

Filières

AVC / SCA

Présence d'un neurologue dans l'ES 24h/24 7j/7

Existence d'une thrombolyse AVC 24h/24 7j/7

Absence d'un accès thrombectomie sur site

Présence d'une coronographie dans l'ES 24h/24 7j/7

Vasculaire

Présence d'un service de chirurgie vasculaire 24h/24 7j/7

Absence de chirurgie de l'aorte thoracique

Présence d'ischémie aiguë des membres 24h/24 7j/7

Hémorragie

Présence d'une endoscopie digestive en urgence 24h24 7j/7

Présence d'une endoscopie bronchique en urgence la semaine, en journée

Présence d'une radiologie interventionnelle la semaine, en journée

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **Cerner Millenium**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : **Oui**

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **RPU synthétisé par le DPI**

Outils

- **Utilisation** du ROR au quotidien
- **Utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Connaissance** du BJML
- **Pratique** de la télémédecine
- Utilisation de **Télurge** pour les avis neuro-chirurgicaux

Radiologie MILVUE

Télé-AVC en émission & réception

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Au DPI
- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour la gestion de la file d'attente
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** d'un dossier papier pour **chaque** patient des urgences
- **Affichage** des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / centrale de surveillance & scope connecté vers DPI**



Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : **Non**

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : **Oui**

Transmission des informations patients :

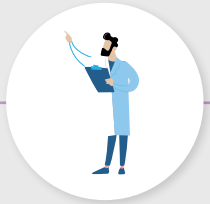
La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU

Organisation

PAS-DE-CALAIS
Clinique Anne d'Artois

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans :

Oui

Le chef de service est urgentiste :

Oui

Le chef de pôle est urgentiste :

Non

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC :

Non

Existence d'un cadre dédié aux urgences :

Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années :

Non

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe :

Non

Gestion des lits

Existence d'une charte décrivant les éléments **objectifs** de tension
(nb entrées, nb de personnes âgées, absence de lit d'aval, ...)

Hôpital en tension (HET)

Existence d'un plan HET : Oui

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Non
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Non

Soins non programmés (SNP)

Existence d'une comission des admissions non programmées : Non

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Oui

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Fréquence de mise à jour du TB
2/j

Non

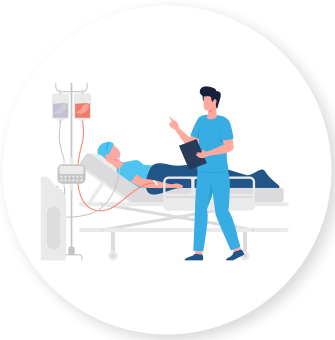
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Oui
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Oui
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Non
Assuré par le cadre des urgences	Non
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Oui
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Non

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Non

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **sans** ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Oui**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Non**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui

A l'échelle de l'établissement



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Oui**

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Non**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Urgentistes & MIR/MAR**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pas de SAUV pédia**

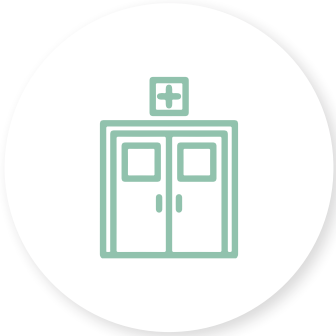
2 Nombre de places SAUV adulte

0 Nombre de places SAUV pédiatrique

7 Nombre de box SU adulte

1 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Non
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Oui (24h/24)
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Non

Fonction assurée par l'IOA 24h/24

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

1 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

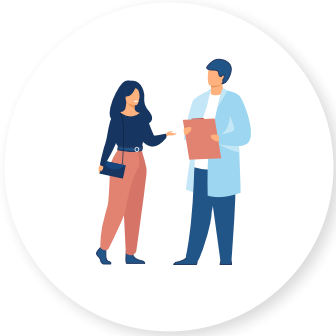
DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

1 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SU	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Echelle de tri utilisée **CIMU**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Urgentiste & spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Cardiologie

Digestif

Neurologie

Orthopédie

Réorientations

Réorientation protocolisée

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Oui

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Non



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

- La raison est traumatologique
- La raison est médicale
- L'enfant est âgé de plus d'1 an

Organisation

- Le déchocage est réalisé au SU polyvalent
- Un RPU est généré



Equipe médicale

- Absence de pédopsychiatre
- Absence de psychologue pour les enfants
- Absence d'infirmier en pédopsychiatrie
- Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Interprétation radiographique

Interprétation <u>systématique</u> des radiographies par des radiologues

<u>Toujours</u> interprétées en différé

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Présence de prélèvements échoguidés au SU

Présence de réalisation d'échographies spécialisées au SU

Echographies doppler pour suspicion de phlébites
En journée (SU ou ES) <u>y compris</u> w-e/jours fériés

IRM

Présence d'une IRM sur site

Accès facilité pour les urgences
pendant la PDSES

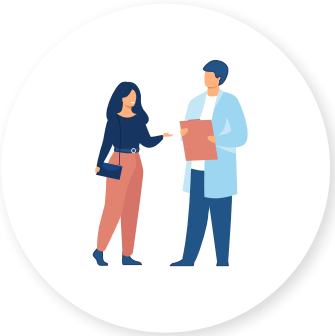
Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU
Autonome

Accès facilité pour les urgences
24h/24 7j/7

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Oui
Lactate	Oui
Ionogramme	Oui
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

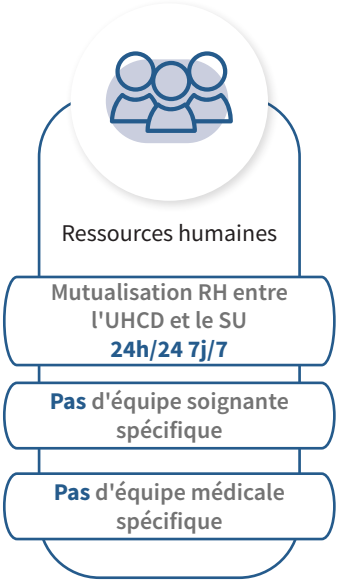
UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

3 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **2** lits scopés

DONT **2** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance



Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Non

Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et l'urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD avec utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Oui

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Présence dans l'ES



D'une chirurgie de la main la semaine en journée

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Non

Absence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

Absence de neurologue dans l'ES

Absence d'une thrombolyse AVC

Absence d'un accès thrombectomie sur site

Aucune coronographie dans l'ES

Vasculaire

Présence d'un service de chirurgie vasculaire 24h/24 7j/7

Absence de chirurgie de l'aorte thoracique

Présence d'ischémie aiguë des membres 24h/24 7j/7

Hémorragie

Absence d'une endoscopie digestive en urgence

Absence d'une endoscopie bronchique en urgence

Présence d'une radiologie interventionnelle **la semaine, en journée**

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **Expert Santé**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : Oui

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **RPU synthétisé par le DPI**

Outils

- **Non utilisation** du ROR au quotidien
- **Utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Non connaissance** du BJML
- **Absence de pratique** de la télémédecine

Radiologie

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Au DPI
- A la vision de l'imagerie

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour la gestion de la file d'attente
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** d'un dossier papier pour **chaque** patient des urgences
- **Affichage** des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / centrale de surveillance**



Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : Oui

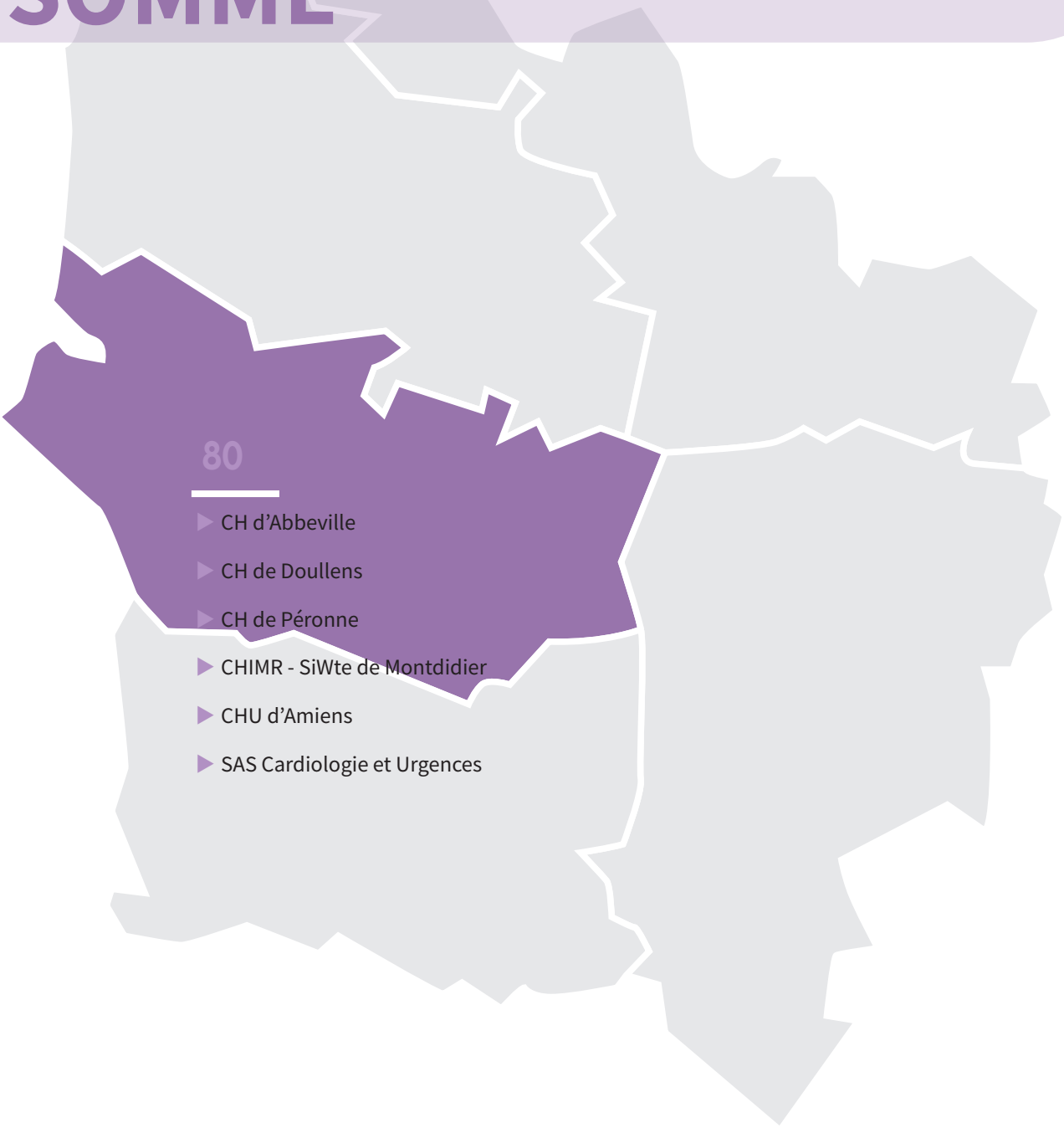
Transmission des informations patients :

La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans SMUR dématérialisés au SU
Envoi du courrier de sortie vers MT par MSS





ETABLISSEMENTS DE LA **SOMME**



80

- CH d'Abbeville
- CH de Doullens
- CH de Péronne
- CHIMR - SiWte de Montdidier
- CHU d'Amiens
- SAS Cardiologie et Urgences

Organisation

SOMME

CH d'Abbeville

Date de dernière modification : 30/06/2024

Pas de réponse à l'enquête





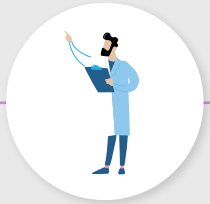


Organisation

SOMME
CH de Doullens

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : Oui

Le chef de service est urgentiste : Oui

Le chef de pôle est urgentiste : Non

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : Non

Existence d'un cadre dédié aux urgences : Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : Non

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : Oui

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Existence d'un plan HET : Oui

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Non
Réalisé via le ROR	Oui

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Non

Soins non programmés (SNP)

Existence d'une comission des admissions non programmées : Non

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Non

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui



Fréquence de mise à jour du TB **3/j**

Non

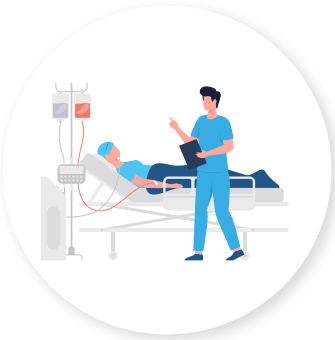
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Oui

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Oui
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Non
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Oui
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Non
Assuré par le cadre des urgences	Oui
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Non
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Non

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Oui

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **sans** ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Oui**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Oui**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences : **Non**



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Oui**

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Non**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Urgentistes & MIR/MAR**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pas de SAUV pédia**

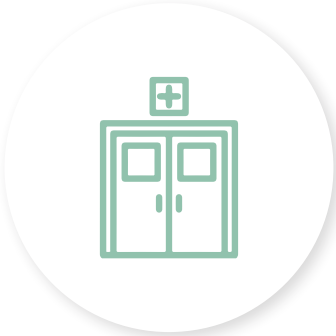
2 Nombre de places SAUV adulte

0 Nombre de places SAUV pédiatrique

4 Nombre de box SU adulte

1 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes

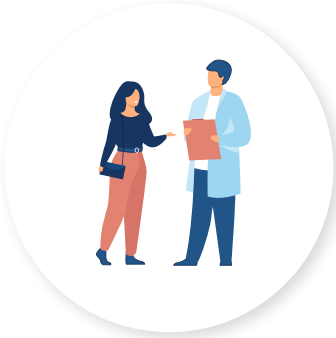


Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Non
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Non
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Non

Fonction assurée par l'IOA + MAO

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Non

Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Non
IAO en soutien dans l'activité du SU	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Oui

Echelle de tri utilisée
FRENCH

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Par un autre spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Orthopédie

Réorientations

Réorientation immédiate

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Non

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Non

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Non



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

Organisation

Le déchocage est réalisé au SU polyvalent



Equipe médicale

Absence de pédopsychiatre

Absence de psychologue pour les enfants

Absence d'infirmier en pédopsychiatrie

Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Le SMUR



Format du dossier médical SMUR	Dossier papier
Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR	Non
Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique	Non

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : ✗ Non

Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : ✓ Oui

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : ✓ Oui



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH :	Non
En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux :	Non
En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* :	Non

*[*cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence]*

Missions du médecin SMUR

Missions des médecins SMUR au sein du SU lorsqu'ils ne sont pas en intervention

- **PEC des patients en circuit court**
- **PEC des patients en circuit long**
- **Poursuite de la PEC des patients amenés par le SMUR**

En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

Non

Interprétation radiographique

Interprétation systématique des radiographies par des radiologues

Toujours interprétées en différé

Interprétation par l'IA immédiatement et par le radiologue en différé

Appel à un service de télé-interprétation en journée et/ou PDSES

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Présence de prélèvements échoguidés au SU

Absence de réalisation d'échographies spécialisées au SU

Echographies doppler pour suspicion de phlébites
En journée (SU ou ES) hors w-e/jours fériés

IRM

Absence d'une IRM sur site

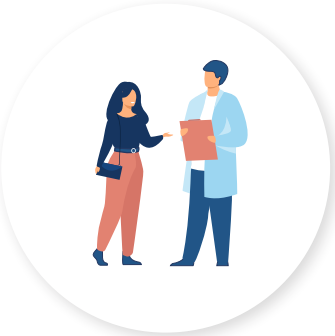
Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU
Autonome

Accès facilité pour les urgences
24h/24 7j/7

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Non
Gaz du sang	Oui
Lactate	Oui
Ionogramme	Non
Troponine	Oui
Grippe et/ou Covid-19	Non

UHCD

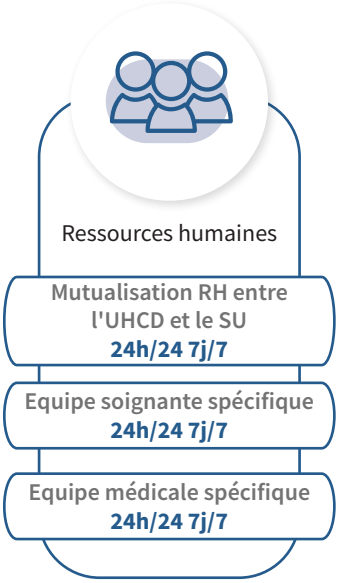
UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

4 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **0** lits scopés

DONT **0** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance



Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Non

Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIm et l' urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD avec utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Oui

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Non

Absence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

- **Absence** de neurologue dans l'ES
- **Absence** d'une thrombolyse AVC
- **Absence** d'un accès thrombectomie sur site
- **Aucune** coronographie dans l'ES

Vasculaire

- **Absence** d'un service de chirurgie vasculaire
- **Absence** de chirurgie de l'aorte thoracique
- **Absence** d'ischémie aiguë des membres

Hémorragie

- **Absence** d'une endoscopie digestive en urgence
- **Absence** d'une endoscopie bronchique en urgence
- **Absence** d'une radiologie interventionnelle

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **DX CARE**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ Non

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **Le RPU nécessite une saisie compltémentaire**

Outils

- **Non utilisation** du ROR au quotidien
- **Non utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Non connaissance** du BJML
- **Absence de pratique** de la télémédecine

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Aucun accés

Outils d'information

- **Présence** de borne tactile pour **les patients**
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Absence** de dossier papier
- **Absence** d'affichage des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Aucun scope connecté**



Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ Non

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✕ Non

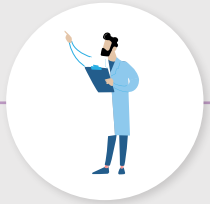
Transmission des informations patients : **Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU**

Organisation

SOMME
CH de Péronne

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : Non

Le chef de service est urgentiste : Oui

Le chef de pôle est urgentiste : Non

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : Non

Existence d'un cadre dédié aux urgences : Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : Non

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : Non

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Existence d'un plan HET : Oui

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Non
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Non
Réalisé via le ROR	Oui

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Non

Soins non programmés (SNP)

Existence d'une comission des admissions non programmées : Non

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Non

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui



Fréquence de mise à jour du TB **2/j**

Non

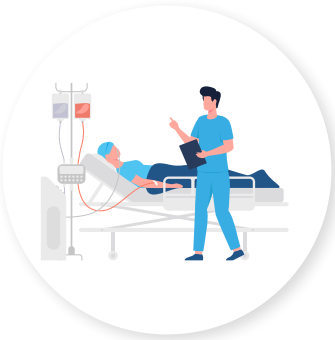
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Non
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Non
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Non
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Non
Assuré par le cadre des urgences	Oui
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Oui
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Non

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières



Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Non

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **avec** une ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences — Oui

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités — Oui

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences : Non



Existence d'un accès facilité à l'HAD — Oui

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité — Non

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité — Non

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? Les urgentistes

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? Pas de SAUV pédia

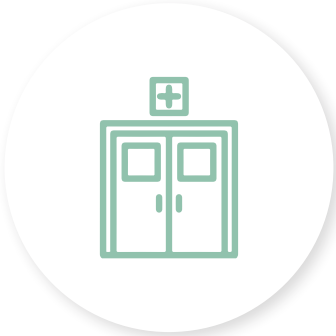
1 Nombre de places SAUV adulte

0 Nombre de places SAUV pédiatrique

6 Nombre de box SU adulte

0 Nombre de box SU pédiatrique

Les urgences polyvalentes



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Non
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Non
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Non

Fonction assurée par l'IOA

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

2 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

2 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

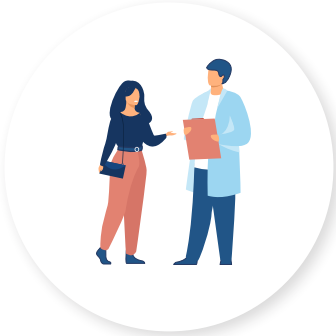
DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

0 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Non
IAO en soutien dans l'activité du SU	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Echelle de tri utilisée **CIMU**

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Par un autre spécialiste

Dans quelle(s) discipline(s) des reconvocations courtes sont-elles possible ?

Orthopédie

Réorientations

Réorientation immédiate
Réorientation protocolisée

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Oui

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Non

La journée en semaine



L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

Organisation

Le déchocage est réalisé au SU polyvalent



Equipe médicale

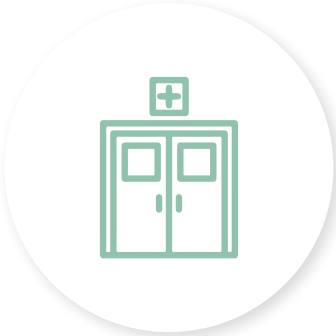
Présence de pédopsychiatre

Présence de psychologue pour les enfants

Présence d'infirmier en pédopsychiatrie

Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Le SMUR



Format du dossier médical SMUR : **Dossier papier**

Existence d'un échographe embarqué pour le SMUR : **Non**

Existence d'une équipe SMUR pédiatrique spécifique : **Non**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement du SMUR : **Oui**

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la journée

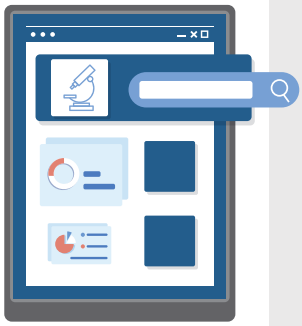
DONT **0** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **0** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SMUR la nuit

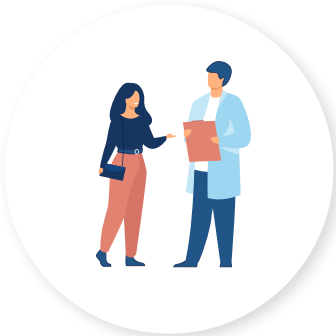
DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne médicalisée ou non médicalisée : TIIH (la nuit)



Existence d'une mutualisation du personnel médical entre le SU et le SMUR : **Oui**

Existence d'une mutualisation du personnel non-médical entre le SU et le SMUR : **Oui**



En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait du TIIH : **Non**

En dehors d'une procédure dégradée, le SMUR fait des transferts néo-nataux : **Non**

En dehors des TIIH, existence d'une organisation de type EPMU* : **Oui**

cf.Décret n°2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence

Missions du médecin SMUR



Missions des médecins SMUR au sein du SU lorsqu'ils ne sont pas en intervention

- **PEC des patients en circuit court**
- **PEC des patients en circuit long**
- **PEC des patients UHCD**
- **Poursuite de la PEC des patients amenés par le SMUR**

En l'absence de médecins, le SMUR fait-il tout de même la mission en 1er contact le temps qu'une autre équipe arrive ?

Oui et équipe précurseur

Interprétation radiographique

Interprétation systématique des radiographies par des radiologues

Toujours interprétées en temps réel

Plateaux techniques

Echographie

- **Présence** d'un échographe dédié aux urgences
- **Absence** de prélèvements échoguidés au SU
- **Absence** de réalisation d'échographies spécialisées au SU
- Echographies doppler pour suspicion de phlébites **En journée (SU ou ES) hors w-e/jours fériés**

IRM

- **Absence** d'une IRM sur site

Scanner

- **Présence** d'un scanner sur site
- Accessibilité du scanner depuis le SU **Brancardage**
- Accès facilité pour les urgences **24h/24 7j/7**

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Oui
Gaz du sang	Oui
Lactate	Oui
Ionogramme	Oui
Troponine	Oui
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

2 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **2** lits scopés

DONT **2** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Pas d'équipe soignante spécifique

Pas d'équipe médicale spécifique

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la journée)

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et l' urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Oui

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Oui

Présence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

Absence de neurologue dans l'ES

Absence d'une thrombolyse AVC

Absence d'un accès thrombectomie sur site

Aucune coronographie dans l'ES

Vasculaire

Absence d'un service de chirurgie vasculaire

Absence de chirurgie de l'aorte thoracique

Absence d'ischémie aiguë des membres

Hémorragie

Absence d'une endoscopie digestive en urgence

Absence d'une endoscopie bronchique en urgence

Présence d'une radiologie interventionnelle **24h/24, 7j7**

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **DMU Cristalink**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : **Oui**

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **RPU synthétisé par le DPI**

Outils

- **Utilisation** du ROR au quotidien
- **Non utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Connaissance** du BJML
- **Absence de pratique** de la télémédecine

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Aucun accés

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour la gestion de la file d'attente
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** d'un dossier papier pour **chaque** patient des urgences
- **Absence** d'affichage des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / centrale de surveillance**

Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : **Non**

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : **Non**



Transmission des informations patients :

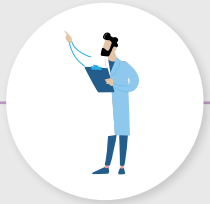
La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU

Organisation

SOMME
CHIMR - Site de Montdidier

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : Oui

Le chef de service est urgentiste : Non

Le chef de pôle est urgentiste : Non

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : Non

Existence d'un cadre dédié aux urgences : Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : Non

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : Non

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Existence d'un plan HET : ? Oui

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Non
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Non

Soins non programmés (SNP)

Existence d'une comission des admissions non programmées : Non

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Non

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui



Fréquence de mise à jour du TB **3/j**

Oui

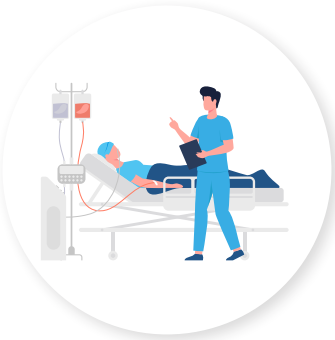
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Oui

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Oui epi
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Non
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Non
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Non
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Oui

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Pas de bed-management
Assuré par le cadre des urgences	Pas de bed-management
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Pas de bed-management
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Pas de bed-management

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Oui

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Non

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **sans** ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences : **Non**

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités : **Oui**

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences : Non



Existence d'un accès facilité à l'HAD : **Non**

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité : **Non**

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité : **Non**

Pas de réponse au reste de l'enquête





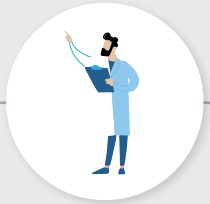
Organisation

SOMME CHU d'Amiens

Seules les urgences pédiatriques ont complété l'enquête, les résultats présentés ci-après sont donc incomplets et ne reflétent que ce point de vue.

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : Oui

Le chef de service est urgentiste : Non

Le chef de pôle est urgentiste : Non

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : Non

Existence d'un cadre dédié aux urgences : Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : Non

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : Non

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Existence d'un plan HET : ? Oui

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction : Oui

Réalisée systématiquement auprés de l'ARS : Oui

Réalisé via le ROR : Oui

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Non

Soins non programmés (SNP)

Existence d'une comission des admissions non programmées : Non

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Non

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui

Fréquence de mise à jour du TB **3/j**

Oui

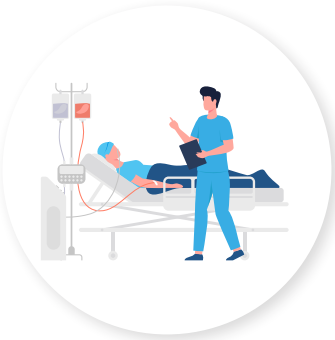
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Non

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Non
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Oui
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Oui
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Non
Assuré par le cadre des urgences	Non
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Oui
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Non

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières

Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Non

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **sans** ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences — Oui

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités — Oui

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Non



Existence d'un accès facilité à l'HAD — Non

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité — Non

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité — Non

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? — **Pédiatres, urgentistes et les MIR/MAR**

2 Nombre de places SAUV pédiatrique

9 Nombre de box SU pédiatrique

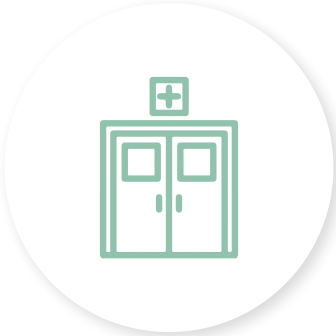
Les urgences polyvalentes

Pas de réponse sur cette partie de l'enquête





Les urgences pédiatriques



Existence d'un accueil administratif dédié aux urgences 24h/24	Non
Existence d'un agent de sécurité à l'accueil	Non
Existence d'un poste d'accueil et d'orientation 24h/24	Oui
Existence d'une assistance sociale dans le service	Non

Fonction assurée par l'IOA

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement des urgences : Oui

3 Nombre de lignes médicales au SU la journée

DONT **3** lignes couvertes en permanence (la journée)

DONT **3** lignes assurées par des médecins non urgentistes (la journée)

1 Nombre de lignes médicales au SU la nuit

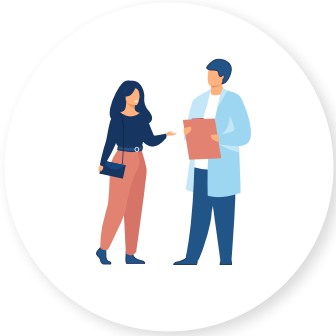
DONT **1** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non urgentistes (la nuit)

0 Nombre de lignes médicales à la SAUV



Infirmier d'accueil et d'orientation



Présence de l'IAO 24h/24	Oui
IAO en soutien dans l'activité du SU	Non
IAO en soutien dans l'activité du SMUR	Non
IAO en soutien dans l'activité de l'UHCD	Non

Echelle de tri utilisée
Echelle propre au service à 5 niveaux

Organisation

Reconvocations



Comment s'effectuent les reconvocations ?

Pas de réorientation

Réorientations

Pas de réorientation

Existence dans le SU d'un circuit court dédié pour une prise en charge accélérée ("fast track") : Non

Accueil des enfants dans le SU polyvalent

Le point d'accueil prend-il en charge des enfants : Oui

Présence d'un pédiatre posté aux urgences générales : Non

Possibilité de faire appel à un pédiatre de l'ES : Oui

Plage horaire d'appel **24h/24**





L'accueil pédiatrique est mutualisé avec les adultes si :

Pas de mutualisation

Organisation



Equipe médicale

- Absence de pédopsychiatre
- Absence de psychologue pour les enfants
- Absence d'infirmier en pédopsychiatrie
- Absence de lits UHCD réservés aux enfants

Le SAMU

Pas de réponse sur cette partie de l'enquête



Le SMUR

Pas de réponse sur cette partie de l'enquête



Interprétation radiographique

Interprétation <u>systématique</u> des radiographies par des radiologues

<u>Toujours</u> interprétées en temps réel

Plateaux techniques

Echographie

Présence d'un échographe dédié aux urgences

Absence de prélèvements échoguidés au SU

Absence de réalisation d'échographies spécialisées au SU

Echographies doppler pour suspicion de phlébites
En journée (SU ou ES) hors w-e/jours fériés

IRM

Présence d'une IRM sur site

Accès facilité/dédié pour les urgences **24h/24 7j/7**

Scanner

Présence d'un scanner sur site

Accessibilité du scanner depuis le SU
Brancardage

Scanner dédié aux urgences

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Non
Gaz du sang	Oui
Lactate	Non
Ionogramme	Non
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Oui

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : **Oui**

12 Nombre de lits UHCD adulte

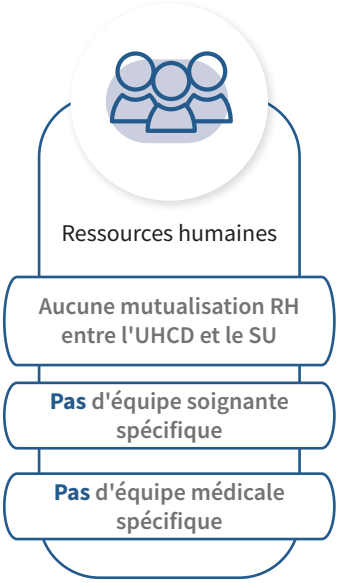
DONT **5** lits scopés

DONT **0** lit scopé et relié à une centrale de surveillance

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : **Non**

Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences



UHCD

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Oui

8 Nombre de lits UHCD pédiatriques

DONT **8** lits mère-enfant

DONT **8** lits scopés

DONT **8** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance

Ressources humaines

Mutualisation RH entre l'UHCD et le SU **24h/24 7j/7**

Equipe soignante spécifique **24h/24 7j/7**

Equipe médicale spécifique **24h/24 7j/7**

Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Oui

1 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la journée

DONT **1** ligne couverte en permanence (la journée)

DONT **1** ligne assurée par des médecins non pédiatres (la journée)

0 Nombre de lignes médicales à l'UHCD la nuit

DONT **0** ligne couverte en permanence (la nuit)

DONT **0** ligne assurée par des médecins non pédiatres (la nuit)



Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le secrétariat

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD sans utilisation du RPU

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Non

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Présence dans l'ES



D'une chirurgie de la main

D'un PMO

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Non

Présence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Impossibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

Absence de neurologue dans l'ES

Absence d'une thrombolyse AVC

Absence d'un accès thrombectomie sur site

Présence d'une coronographie dans l'ES 24h/24 7j/7

Vasculaire

Absence d'un service de chirurgie vasculaire

Absence de chirurgie de l'aorte thoracique

Absence d'ischémie aiguë des membres

Hémorragie

Absence d'une endoscopie digestive en urgence

Absence d'une endoscopie bronchique en urgence

Absence d'une radiologie interventionnelle

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences pédiatriques : **Dx Care**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : ✕ **Non**

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **RPU synthétisé par le DPI**

Outils

- **Non utilisation** du ROR au quotidien
- **Utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Connaissance** du BJML
- **Absence de pratique** de la télémédecine

Bone View

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

Pas d'astreinte

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour la gestion de la file d'attente
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** d'un dossier papier pour **chaque** patient des urgences
- **Absence** d'affichage des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / centrale de surveillance**

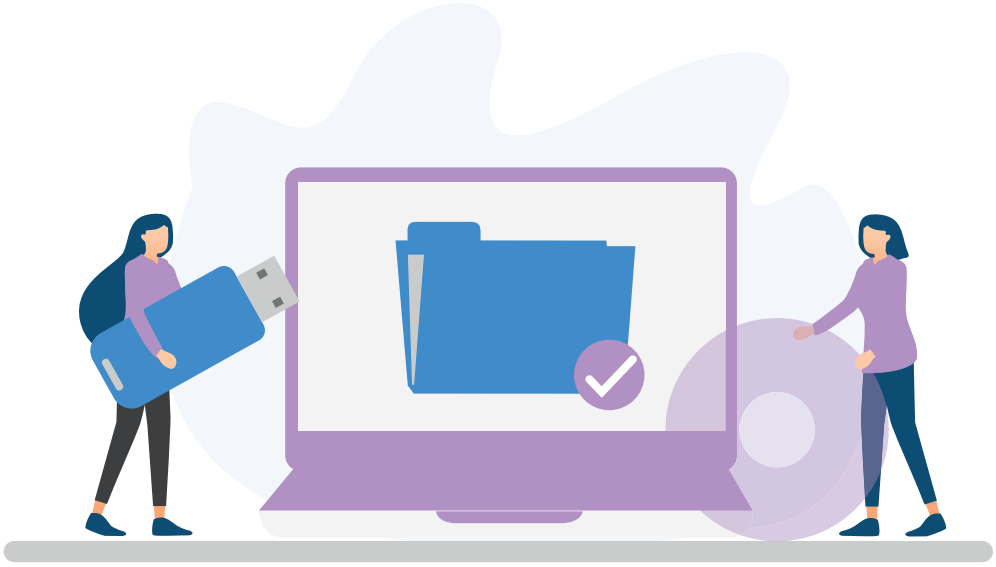


Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : ✕ **Non**

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : ✕ **Non**

Transmission des informations patients :

La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU



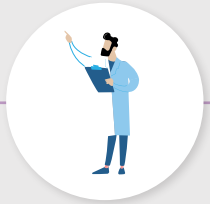


Organisation

SOMME
SAS Cardiologie et Urgences

Date de dernière modification : 30/06/2024

Informations générales



Changement du chef de service il y a moins de 2 ans : Non

Le chef de service est urgentiste : Non

Le chef de pôle est urgentiste : Non

Les urgences sont rattachées au pôle Réa USC : Non

Existence d'un cadre dédié aux urgences : Oui

Changement dans l'aménagement du SU ces 2 dernières années : Oui

Existence d'un projet médical partagé pour l'ensemble des SU du GHT/groupe : Non

Gestion des lits

Hôpital en tension (HET)

Absence de charte et la tension s'effectue sur le ressenti du médecin

Existence d'un plan HET : Oui

Comment est réalisée la déclaration de tension :



Réalisée systématiquement auprés de la direction	Oui
Réalisée systématiquement auprés de l'ARS	Non
Réalisé via le ROR	Non

En période de tension, des lits supplémentaires sont prévus dans une unité temporaire : Non

Soins non programmés (SNP)

Existence d'une comission des admissions non programmées : Non

Existence d'une charte d'hospitalisation des patients relavant des soins non programmés : Non

Gestion des lits & bed-management

Existence d'un tableau de bord des lits disponibles dans l'ES : Oui



Fréquence de mise à jour du TB **1/j**

Non

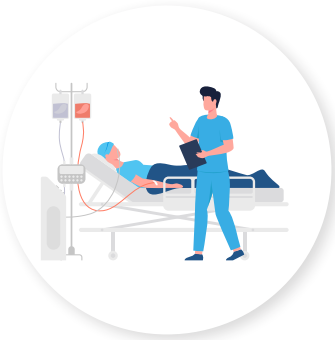
Existence d'un TB des lits disponibles dans l'ensemble du territoire



Existence d'une coordination territoriale de gestion des lits

Oui

Lits dédiés



Existence d'un nombre de lits dédiés au sein des spécialités pour le SU	Non
Existence d'un service de post-urgence (hors UHCD)	Non
Existence de lits dédiés aux patients provenant d'un établissement pénitencier	Non

Personnel dédié à la gestion des lits



Existence de personnel dédié à l'inventaire des lits	Non
Existence de personnel dédié à l'affectation d'un patient	Non
Existence d'un logiciel d'organisation des lits	Non

Caractéristiques de fonctionnement du bed-management



Fonctionnement H24	Pas de bed-management
Assuré par le cadre des urgences	Pas de bed-management
Vision prospective du niveau d'occupation des lits	Pas de bed-management
Processus anticipé de sortie d'hospitalisation	Pas de bed-management

Organisation

Urgences vitales intra-hospitalières



Elles sont gérées par les urgences 24h/24 :

Oui

Elles sont gérées par le SMUR 24h/24 :

Non

Elles sont gérées par les anesthésistes-réanimateurs :

Non

Existence d'une ligne dédiée à la prise en charge des urgences vitales intra-hospialières 24h/24 :

Oui

Existence d'une DZ dans l'ES ?

Oui
Accessible **avec** une ambulance

Organisation générale

Etablissement



Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les urgences — Non

Existence d'une ligne directe pour les MG afin de joindre les autres spécialités — Non

Existence d'une procédure d'admission directe en gériatrie pour les MG sans passer par les urgences :

Oui



A l'échelle du GHT/groupe d'établissements/ territoire



Existence d'un accès facilité à l'HAD — Oui

Existence d'un accès facilité à une MMG de procimité — Non

Existence d'un partenariat avec une structure de prise en charge des SNP à proximité — Non

Service d'urgence

Qui gérent la SAUV adulte ? **Urgentistes & MIR/MAR**

Qui gérent la SAUV pédiatrique ? **Pas de SAUV pédia**

12 Nombre de places SAUV adulte

0 Nombre de places SAUV pédiatrique

12 Nombre de box SU adulte

0 Nombre de box SU pédiatrique

Interprétation radiographique

Interprétation systématique des radiographies par des radiologues

Appel à un service de télé-interprétation en journée et/ou PDSES

Plateaux techniques

Echographie

- **Présence** d'un échographe dédié aux urgences
- **Absence** de prélèvements échoguidés au SU
- **Présence** de réalisation d'échographies spécialisées au SU
- Echographies doppler pour suspicion de phlébites **En journée (SU ou ES) hors w-e/jours fériés**

IRM

- **Présence** d'une IRM sur site
- Difficulté d'accès pour les urgences

Scanner

- **Présence** d'un scanner sur site
- Accessibilité du scanner depuis le SU **Brancardage**
- Accès facilité pour les urgences **24h/24 7j/7**

Biologies délocalisées au SU



Hémocue	Non
Gaz du sang	Non
Lactate	Non
Ionogramme	Non
Troponine	Non
Grippe et/ou Covid-19	Non

UHCD

UHCD adulte

Existence d'une UHCD adulte "physique" : Oui

7 Nombre de lits UHCD adulte

DONT **7** lits scopés

DONT **7** lits scopés et reliés à une centrale de surveillance



Existence d'une maquette formalisée pour le fonctionnement de l'UHCD : Non

Utilisation de l'UHCD :

Uniquement pour les patients des urgences

Qui code en UHCD :

Le codage est réalisé par le médecin DIM et l'urgentiste

Utilisation du même logiciel au SU et à l'UHCD avec utilisation du RPU

UHCD pédiatrique

Existence d'une UHCD pédiatrique "physique" : Non

Admission directe



Admission directe en SSR depuis les urgences :

Oui

Admission directe en HAD depuis les urgences :

Oui

Présence dans l'ES



D'une chirurgie de la main

Organisation avec les autres services

Psychiatrie

Présence d'un psychiatre aux urgences : Non

Présence d'une IDE psy aux urgences : Non

Absence de psychiatre dans l'ES pour les entretiens psy aux urgences

Gériatrie

Présence d'un gériatre aux urgences : Non

Possibilité de contacter un gériatre dans l'ES

Filières

AVC / SCA

Absence de neurologue dans l'ES

Absence d'une thrombolyse AVC

Absence d'un accès thrombectomie sur site

Présence d'une coronographie dans l'ES 24h/24 7j/7

Vasculaire

Présence d'un service de chirurgie vasculaire 24h/24 7j/7

Présence de chirurgie de l'aorte thoracique 24h/24, 7j/7

Présence d'ischémie aiguë des membres 24h/24 7j/7

Hémorragie

Présence d'une endoscopie digestive en urgence 24h24 7j/7

Absence d'une endoscopie bronchique en urgence

Présence d'une radiologie interventionnelle 24h/24, 7j7

Numérique & systéme d'information



Logiciel utilisé aux urgences polyvalentes : **QSP Urgences**

Changement de logiciel programmé dans les 2 ans : **Oui**

Création du Résumé de Passage aux Urgences : **RPU synthétisé par le DPI**

Outils

- **Utilisation** du ROR au quotidien
- **Non utilisation** des outils d'intelligence artificielle
- **Connaissance** du BJML
- **Absence de pratique** de la télémédecine

Outils accessibles aux médecins d'astreinte de chez eux par réseau sécurisé :

- Aucun accés

Outils d'information

- **Absence** de borne tactile pour la gestion de la file d'attente
- **Absence** de système d'information du statut du patient pour l'accompagnant
- **Présence** d'un dossier papier pour **certains** patient des urgences
- **Affichage** des horaires d'affluence en salle d'attente

Outils connectés utilisés : **Scope connecté / centrale de surveillance**



Existence d'un logiciel décisionnaire de réorientation : **Non**

Existence d'un logiciel de dictée vocale pour la rédaction de l'observation médicale : **Non**

Transmission des informations patients :

La lettre de liaison est standardisée suite au passage au SU
Réception des bilans AP VSAV dématérialisés au SU

Méthodologie

Quelques précisions importantes :

Dans la première partie de ce document, nous présentons les chiffres clés **définitifs** de l'activité des services d'urgence de la région Hauts-de-France sur la période 2020 - 2024. Il est important de noter que les bases de données, à partir desquelles ont été calculés ces chiffres peuvent différer légèrement des données nationales. En effet, la date d'extraction n'étant pas la même, les données régionales présentées ici ont bénéficié d'une période de consolidation plus longue.

Les sources de données des graphiques, tableaux et cartes de ce panorama sont les résumés de passages aux urgences (RPU) ou les résumés patient d'intervention SMUR (RPIS), de 2020 à 2024. Lorsque la source est différente, elle est spécifiée à proximité de l'élément concerné.



Dans les analyses de ce panorama, ne sont conservées que les données exploitables. C'est pourquoi l'exploitabilité est présentée avant les analyses (par exemple, s'il y a 40 % d'exploitabilité sur une variable, seulement 40 % des RPU sont pris en compte pour cette analyse).

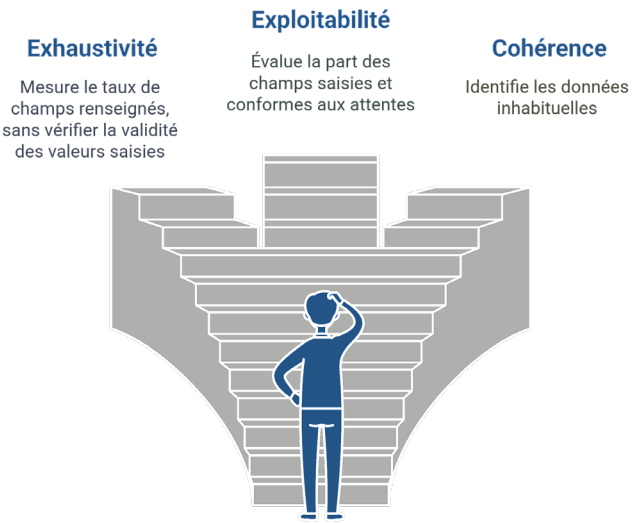
Les critères de qualité des données sont décrits ci-contre.

Quelques définitions :

Pour évaluer la qualité des RPU, l'ORU Hauts-de-France utilise plusieurs critères comme préconisé par la FEDORU :

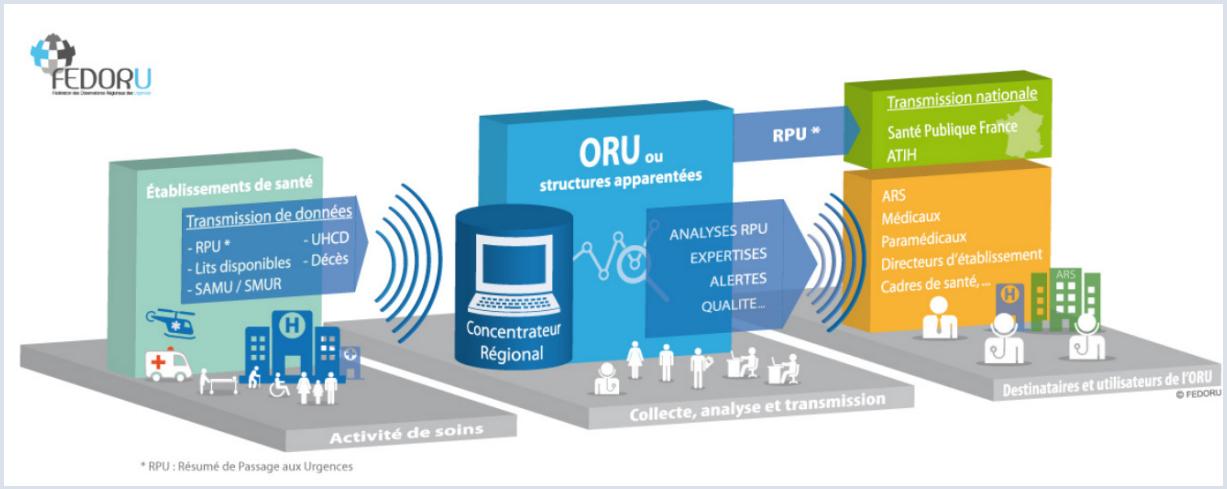
- Le premier est **l'exhaustivité**. Elle calcule, pour un champ donné, le taux de RPU qui contiennent des valeurs. La limite de ce critère est qu'il n'y a pas de contrôle de la valeur entrée.
- Le deuxième critère est **l'exploitabilité**. Il correspond, pour un item donné, à la part des RPU dont le champ considéré est renseigné et conforme aux thésaurus officiels. Ce critère permet de pouvoir interpréter les valeurs entrées et tient compte des champs qui ne doivent pas être rempli dans certains cas. Par ailleurs, ce critère est choisi pour selectionner les valeurs de la base de données. Il est affiché avant l'utilisation des items dans les tableaux et graphiques de ce panorama.
- Le troisième critère est **la cohérence**, qui en plus de l'exploitabilité cherche à exclure les RPU inhabituels. (Par exemple : un infarctus du myocarde de gravité 1, un cancer de l'utérus chez un homme, une bronchiolite chez un patient de 12 ans). Ce critère est détaillé dans les bilans qualité et chaque valeur incohérente est validée par les établissements. Ce critère n'est pas choisi pour selectionner les valeurs de la base de données puisque chaque cas peut relever d'une situation inhabituelle mais réelle.

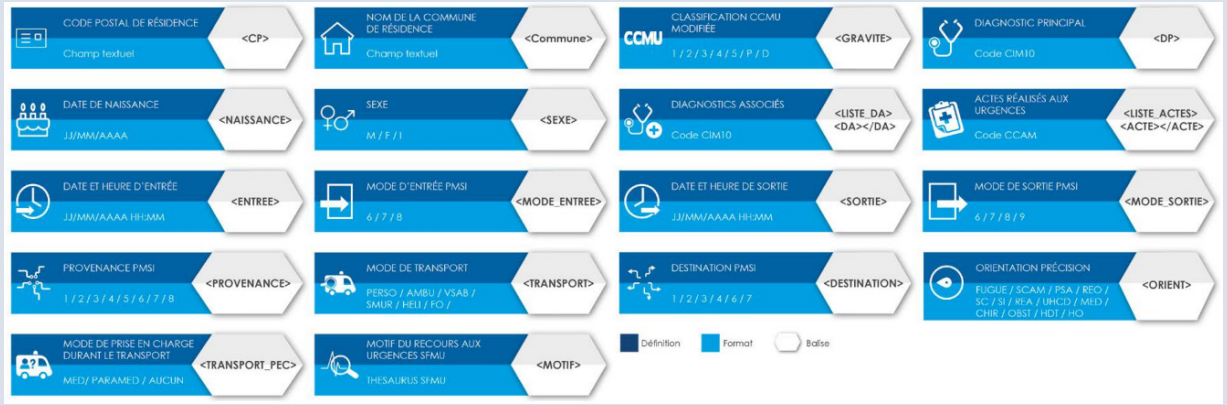
Ces critères permettent d'identifier les données de "mauvaise qualité" et d'améliorer les statistiques et études produites.



Format des RPU (FEDORU)

Résumé de Passages aux Urgences





Format des RPIS (FEDORU)

Résumé Patient d'Intervention SMUR

BLOC IDENTIFICATION EXPORT SMUR

Nom de balise	Explications
Finess_smur	Finess géographique et juridique de l'établissement siège du SMUR
debut_extraction	Borne minimale de date de départ de mission SMUR présente dans l'export Exemple : 2016-05-30T09:00:00 (YYYY-MM-DDThh:mm:ss)
fin_extraction	Borne maximale de date de départ de mission SMUR présente dans l'export

BLOC INFORMATION MISSION SMUR

Nom de balise	Explications
samu_id	Numéro du SAMU régulant la mission SMUR
dossier_num	Numéro du dossier SAMU à l'origine de la mission SMUR
mission_type	• Sortie SMUR Primaire **P** • Sortie SMUR Secondaire **S** • Transferts TIIH **T** *Une sortie SMUR sous-entend la mobilisation d'une équipe médicalisée d'intervention (SAE 2015)*
jonction	Mission avec jonction initiale **O** (vide si le SMUR ne part pas pour une jonction)
annulation	Annulation d'une mission **O** (vide si non annulée)**1** si mission annulée **2** si patient non vu
moyen_id	Identifiant unique du véhicule SMUR dans le cadre du logiciel émetteur
moyen_type	Type de véhicule au départ : **HL / VL/UMH/ à pied**
code_commune	Code Insee de la commune d'intervention
lieu_type	**Etablissements recevant du public** *ERP* • EHPAD, EPH *ERP_J* • Etab de santé *ERP_U* • Etab Sportifs *ERP_X* • Etab Scolaires, Crèches, Colonies *ERP_R* • Commerces *ERP_M* **Logement/habitation/résidence** *LHR* • Maison individuelle *LHR_MI* • Résidence et immeuble *LHR_RI* **Espaces Privatifs de travail** *EPT* • Chantier, Usine *EPT_CU* • Exploitation agricole *EPT_EA* • Entreprise, Bureaux *EPT_EB* **Espaces Naturels Publics** *ENP* • Montagne *ENP_MONT* • Aquatique (mer, lac, ...) *ENP_AQUA* • Plaine, Champ, Parc *ENP_PCP* • Souterrain (grotte, ..) *ENP_SOUT* **Voie publique & Circulat°** *VPC* • Autoroute *VPC130* • Voies Hors Agglo *VPC90* • Routes Agglomération *VPC50* • Espace piéton, cycle *VPC10* • Métro, tram, voie ferrée *VPC30*
depart_smur arrivee_lieux depart_lieux arrivee_dest disponibilite retour_base	Les différentes Dates et Heures s'expriment au format ISO 8601 **YYYY-MM-DDThh:mm:ss** (format recommandé par le W3C) 2016-05-30T09:20:03 correspond au 30 Mai 2016 à 09h 20min 03sec *Correspondances ANTARES* Départ SMUR = 01 / Arrivée sur les Lieux = 02 / Départ des Lieux = 05 Arrivée Etb de Destination = 06 / Disponibilité de l'équipé = 07 / Retour Base = 08

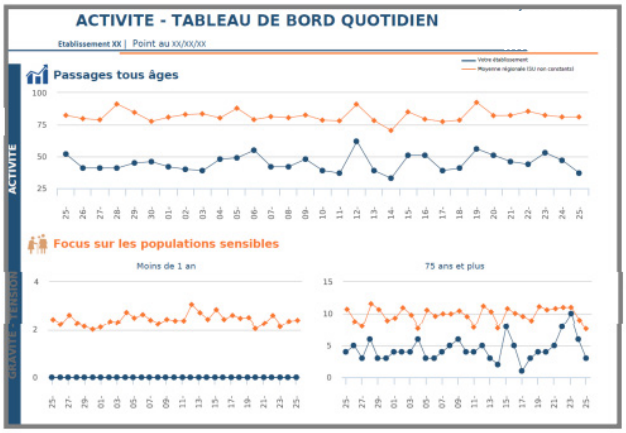
BLOC INFORMATION PATIENTS

Nom de la balise	Explications et Formats
patient_id	Identifiant unique du patient dans le cadre du logiciel émetteur
naissance	Date de naissance, ex : 1979-12-31
age_valeur age_unité	En cas de méconnaissance de la date de naissance remonter un âge estimé Exemple : valeur **45** / unité **a** (45 ans), valeur **27** / unité **j** (27j) Unités temps : **a** années, **j** jours, **s** semaines, **h** heures
sexe	Sexe du patient
diagnostics	Thésaurus SFMU-FEDORU
actes	**Mise en condition** • Couveuse *CV* • Sonde d'Intubation *SI* • Sonde Gastrique *SG* • Sonde Urinaire *SU* • Trachéotomie *AICT* • Voie intra osseuse *KTIO* • Voie veineuse périph *VVP* • Voie veineuse centrale *VVC* - écho sur place *ECHO* - KT artériel *KTA* **Traitements** • Anesth. Générale *AG* • Anesth. Locorég. *ALR* • Médicaments IV *MIV* • Pantalon anti-gravité *PAG* • Remplissage vascul. *RV* • Thrombolyse *TBL* • Transfusion *TSF* • Ventil° invasive *VI* • Ventil° non invasive *VNI* **Gestes Associés** • Accouchement *ACC* • Choc électrique ext *CEE* • Assistance circulatoire *ECMO* • Drain pleural (/thorax) *DPL* • Garrot pneumatique et/ou tourniquet *GPN* • Massage cardiaque - entrainement Electrosystolique Externe *MCE* *EES*
orientation	**Sans transport associé** • Soins Sur Place *SSP* • Refus De Soins *RDS* • Refus De Transport *RDT* • Décédé *DCD* **Avec transport associé** • Transport Médicalisé *TMED* • Transport Non Médic. *TNMED*
transport	**A bord d'un véhicule sanitaire** • SMUR UMH,HL (brancard = BC) • Pompiers VSAV (maritime = VSAVM) • Ambulances privées AMBP (bariatrique = AMBB) **A bord d'un autre type de véhicule** • Secouristes SEC • Forces de l'ordre FO • Moyens Personnels PERSO • Autres Véhic Non Sanitaires AVION, HELICO, AVNS,MOYEN MARITIME
destination	**En cas de transfert précision du type de structure de destination** • Etablissement de Santé ES • Cabinet Libéral CAB • Maison Médicale de Garde MMG
etab_finess etab_nom sce_code sce_nom	Les codes etablissements et services permettront en lien avec les ROR, l'identification précises des aptitudes et typologie de prise en charge de chaque unité ; finess géo si secondaire. Si secondaire : code UF service destinataire, code UF + finess géographique établissement.

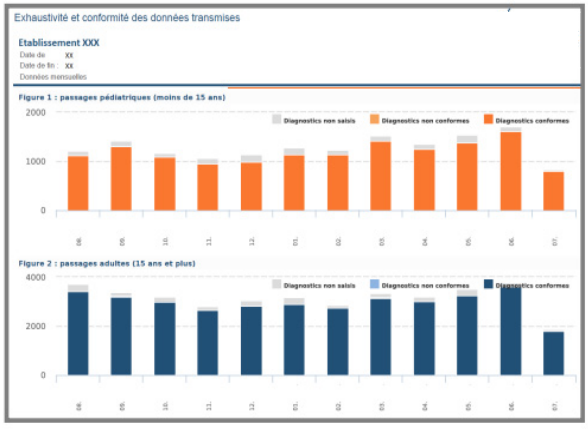
Tableaux de bord d'activité quotidiens

Diffusé quotidiennement à l'ensemble des établissements celui-ci reprend pour les 30 derniers jours :

- L'évolution des recours tous âges, des moins de 1 an et des 75 ans et plus ;
- L'évolution des recours selon la gravité : CCMU 1 et CCMU 4/5 ;
- L'évolution des passages d'une durée supérieure ou égale à 4 heures ;
- L'évolution des passages suivis d'une hospitalisation.



Tableaux de bord de qualité bimensuels



Diffusé bimensuellement à l'ensemble des établissements celui-ci reprend pour les 12 derniers mois :

- L'évolution des passages pédiatriques selon le codage diagnostique ;
- L'évolution des passages adultes selon le codage diagnostique ;
- Les taux d'exhaustivité et d'exploitabilité de l'ensemble des items RPU.

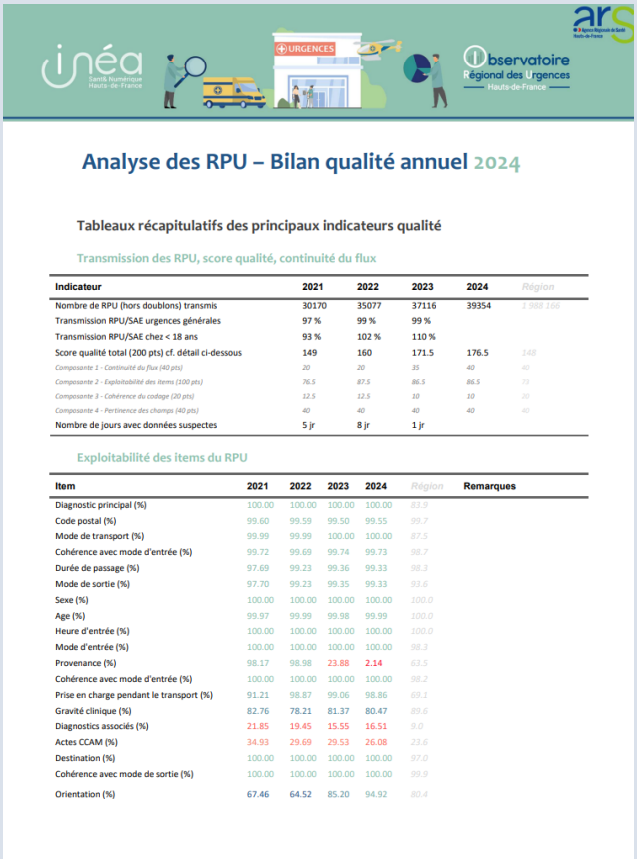
Bilans Qualité annuels

Chaque année, l'ORU diffuse à l'ensemble des établissements des bilans qualité leur permettant d'avoir une vue d'ensemble sur la qualité de leurs données et de se servir d'appui pour la consolidation des données de A-1.

Ces bilans sont organisés autour des trois points suivants :

- Une synthèse de la qualité : utilisation du score qualité V2 développé dans le cadre de la FEDORU ;
- Une synthèse sur la continuité de la transmission : nombre de journées sans donnée transmise ou avec un nombre de passages anormal ;
- Un détail du codage de chaque item du RPU : exhaustivité et conformité de codage, distribution selon les modalités autorisées.

Ces bilans permettent aux établissements d'ajuster leurs données avant le scellement de la base par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).



Analyse des RPU – Bilan qualité annuel 2024

Tableaux récapitulatifs des principaux indicateurs qualité

Transmission des RPU, score qualité, continuité du flux

Indicateur	2021	2022	2023	2024	Région
Nombre de RPU (hors doublons) transmis	30170	35077	37116	39354	1 988 166
Transmission RPU/SAE urgences générales	97 %	99 %	99 %		
Transmission RPU/SAE chez < 18 ans	93 %	102 %	110 %		
Score qualité total (200 pts) cf. détail ci-dessous	149	160	171.5	176.5	148
Composante 1 - Continuité du flux (40 pts)	*20*	*20*	*35*	*40*	*40*
Composante 2 - Exploitabilité des items (100 pts)	*76.5*	*87.5*	*86.5*	*86.5*	*73*
Composante 3 - Cohérence du codage (20 pts)	*12.5*	*12.5*	*10*	*10*	*20*
Composante 4 - Pertinence des champs (40 pts)	*40*	*40*	*40*	*40*	*40*
Nombre de jours avec données suspectes	5 jr	8 jr	1 jr		

Exploitabilité des items du RPU

Item	2021	2022	2023	2024	Région	Remarques
Diagnostic principal (%)	100.00	100.00	100.00	100.00	83.9	
Code postal (%)	99.60	99.59	99.50	99.55	99.7	
Mode de transport (%)	99.99	99.99	100.00	100.00	87.5	
Cohérence avec mode d'entrée (%)	99.72	99.69	99.74	99.73	98.7	
Durée de passage (%)	97.69	99.23	99.36	99.33	98.3	
Mode de sortie (%)	97.70	99.23	99.35	99.33	93.6	
Sexe (%)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.0	
Age (%)	99.97	99.99	99.98	99.99	100.0	
Heure d'entrée (%)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.0	
Mode d'entrée (%)	100.00	100.00	100.00	100.00	98.3	
Provenance (%)	98.17	98.98	23.88	2.14	63.5	
Cohérence avec mode d'entrée (%)	100.00	100.00	100.00	100.00	98.2	
Prise en charge pendant le transport (%)	91.21	98.87	99.06	98.86	69.1	
Gravité clinique (%)	82.76	78.21	81.37	80.47	89.6	
Diagnostics associés (%)	21.85	19.45	15.55	16.51	9.0	
Actes CCAM (%)	34.93	29.69	29.53	26.08	23.6	
Destination (%)	100.00	100.00	100.00	100.00	97.0	
Cohérence avec mode de sortie (%)	100.00	100.00	100.00	100.00	99.9	
Orientation (%)	67.46	64.52	85.20	94.92	80.4	

Pour recevoir - ou ne plus recevoir - les publications de l'ORU concernant votre établissement, merci de nous envoyer un e-mail à oru@esante-hdf.fr

Pour en savoir plus

- Portail de l'ORU Hauts-de-France : http://oru.synapse-hdf.fr/
- Site internet du GRADeS Inéa Sant& Numérique Hauts-de-France : https://www.esante-hdf.fr/
- Agence régionale de Santé Hauts-de-France : https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/
- Agence technique de l'information hospitalière : https://www.atih.sante.fr/
- Fédération nationale des ORU, Fedoru : http://www.fedoru.fr/
- Recommendation de codage Fedoru : https://fedoru.fr/categorie-publications/recommandations/
- Statistique annuelle des établissements, SAE : https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/

L'équipe de l'Observatoire Régional des Urgences Hauts-de-France :

- Mr Omar BOUCHABCHOUB, Data-engineer
- Dr Vincent BRULIN, Directeur médical
- Mme Romane CARPENTIER, Data-analyst
- Mme Magali LAINE, Coordinatrice technique
- Mr Erwan MARAUD, Data-analyst
- Dr, Jérome SICOT, Médecin DIM
- Mr Elisée TCHANA, Data-engineer
- Mme Marion VILLARD, Data-analyst

Pour nous contacter : oru@esante-hdf.fr

Ce document est réalisé et édité par : GRADeS Inéa sant& Numérique Hauts-de-France, Groupement Régional d'Appui au Développement de l'e-santé (GRADeS) via l'équipe de l'**Observatoire Régional des Urgences**

Conception adaptée d'une proposition de l'agence Grand Nord (www.grandnord.fr)

GRADeS Inéa sant& Numérique Hauts-de-France | Observatoire Régional des Urgences,

- 12/14 Avenue Pierre Mauroy Bat F3, Loos (59120) ;
- 45 rue André Grillon, Bat 2, Amiens (80000) | 03.22.80.31.60 ;
- Plus d'informations sur : www.esante-hdf.fr

Glossaire

A

AIT : Accident ischémique transitoire

ARM : Assistant de régulation médicale

ARS : Agence régionale de santé

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

AVC : Accident vasculaire cérébral

AS : Aide soignant

AMU : Aide médicale urgente

C

CCMU : Classification clinique des malades aux urgences

CH : Centre hospitalier

CHU: Centre hospitalier universitaire

CIM-10 : Classification internationale des maladies (10ème édition)

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CRRAL 62 : Centre de réception et de régulation des appels libéraux du Pas-de-Calais

CRRP : Cellule régionale de régulation périnatale

D

DMP : Dossier médical partagé

DP : Diagnostic principal

DPI : Dossier patient informatisé

DRM : Dossiers de régulation médicale

DRM AMU : Dossiers de régulation médicale effectué par l'aide médicale d'urgence

DRM LIB : Dossiers de régulation médicale effectué par les médecins libéraux

F

Fedoru : Fédération des observatoires régionaux des urgences

G

GIP : Groupement d'intérêt public

GHT : Groupement hospitalier de territoire

I

IDE : Infirmier diplomé d'état

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

O

Observatoire régional des urgences : **ORU**

P

Permanence de soins : **PDS**

Permanence de soins ambulatoire : **PDSA**

Prise en charge : **PeC**

Parti sans attendre : **PSA**

R

Résumé patient intervention SMUR : **RPIS**

Résumé de passages aux urgences : **RPU**

S

Statistique annuelle des établissements de santé : **SAE**

Service d'accès aux soins : **SAS**

Service d'aide médicale urgente : **SAMU**

Sorti contre avis médical : **SCAM**

Sage-femme : **SF**

Société française de médecine d'urgence : **SFMU**

Service d'urgence : **SU**

Sortie non convenue : **SNC**

Soins non programmés / Système nerveux périphérique : **SNP**

Service mobile d'urgence et de réanimation : **SMUR**

Santé publique France : **SpFrance**

T

Transport infirmier interhospitalier : **TIIH**

(Re)Transfert in utéro : **(re)TIU**

(Re)Transfert néonatal : **(re)TNN**

U

Unité d'hospitalisation de courte durée : **UHCD**

Unité neuro-vasculaire : **UNV**

V

Véhicule de secours et d'assistance aux victimes : **VSAV**

Merci de votre lecture

- **L’équipe de l’ORU - GRADeS Inéa**