



Etat des lieux de l'informatisation des services d'urgences en Hauts-de-France.

Dans le cadre d'une démarche nationale portée par la fédération des ORU (Fedoru), une enquête a été réalisée dans le but de connaître les différents logiciels patients utilisés aux urgences, leurs fonctionnalités, ainsi que leur impact sur la création du Résumé de Passage aux Urgences (RPU).

Sur les 50 services d'urgences juridiques (SU) de la région Hauts-de-France, 34 sont représentés dans cette enquête pour un total de 41 réponses.

Dans le cas où plusieurs réponses ont été données pour un même SU :

- Une seule réponse a été retenue si tous les répondants étaient en accord ;
- Aucune réponse n'a été retenue si au moins un des répondants a donné une réponse incompatible.

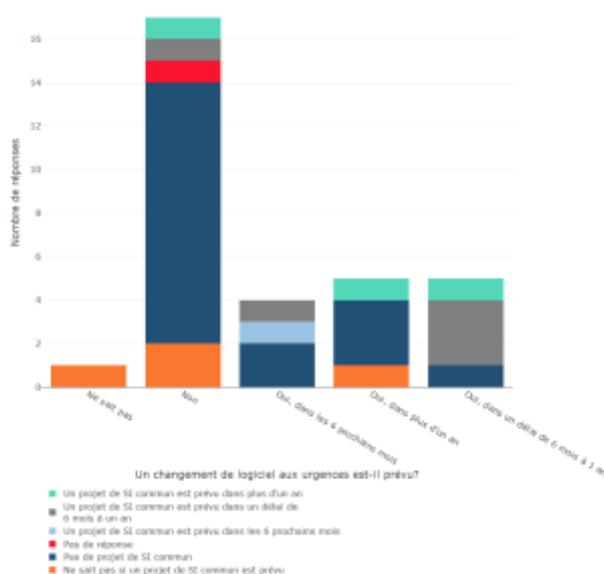
Les images peuvent être agrandies en cliquant dessus.

Concernant le logiciel aux urgences pour la création des RPU.



Près des trois-quarts (73 %) des SU répondants utilisent un logiciel intégré au dossier patient de l'établissement (DPI) et 6% indiquent ne pas utiliser de logiciel métier (33 SU considérés).

Par ailleurs, près de la moitié (44%) des SU ont pour projet de changer de logiciel : 80 % d'entre eux souhaitent prendre un logiciel intégré au DPI de leur établissement, ce qui est recommandé par la Fedoru, et près de la moitié le fait dans le cadre de la mise en commun d'un système d'information (SI) avec d'autres SU ou leur GHT (34 SU considérés, cf. Fig. 2).



2 - Figure 2: Répartition des projets changement de logiciel urgences selon le délai de mise en oeuvre et le projet de SI commun avec d'autres SU ou leur GHT. 32 SU considérés, Hauts-de-France, Novembre 2021. Source : S&N-HdF | ORU.

Le tableau ci-dessous récapitule les différents logiciels utilisés par les services d'urgences et les réponses recueillies sur leurs caractéristiques.

Les colonnes dont l'entête comporte un astérisque correspondent au taux d'exploitabilité du champs RPU calculé pour les trois premiers trimestres de 2021 sur les données RPU des établissements utilisant le logiciel correspondant.

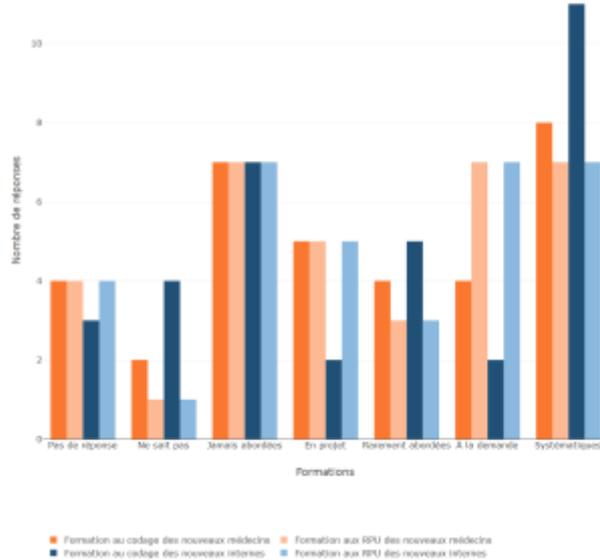
Ce tableau est aussi disponible [ici](#)

Embed://<iframe width="1500" height="700" frameborder="0" scrolling="no" src="https://snhdf-my.sharepoint.com/:x:/g/personal/cloe_crestien_esante-hdf_fr/EQ55fwgXUG9EnFKI9-jkTikBQYb1wXVZb7pDYJvIDtHr1g"></iframe>

La formation des nouveaux médecins et internes aux RPU et au codage.



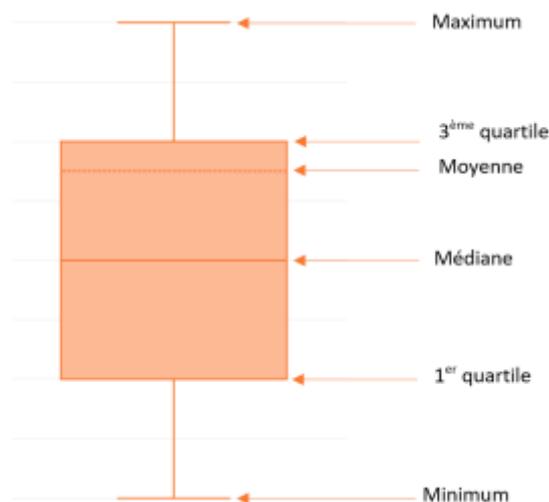
On remarque que 38 % des services d'urgences réalisent des formations au codage et aux RPU, 67 % d'entre eux les réalisent systématiquement et 33 % d'entre eux les font à la demande. Au contraire, une part importante des répondants (32%) indique ne jamais les aborder ou que rarement et 20 % ne savent pas ou n'ont pas répondu (cf. Fig. 3).



3 - Figure 3 : Fréquence de réalisation de formations aux RPU et au codage pour les nouveaux médecins et internes. 34 SU considérés, Hauts-de-France, Novembre 2021. Source : S&N-HdF | ORU.

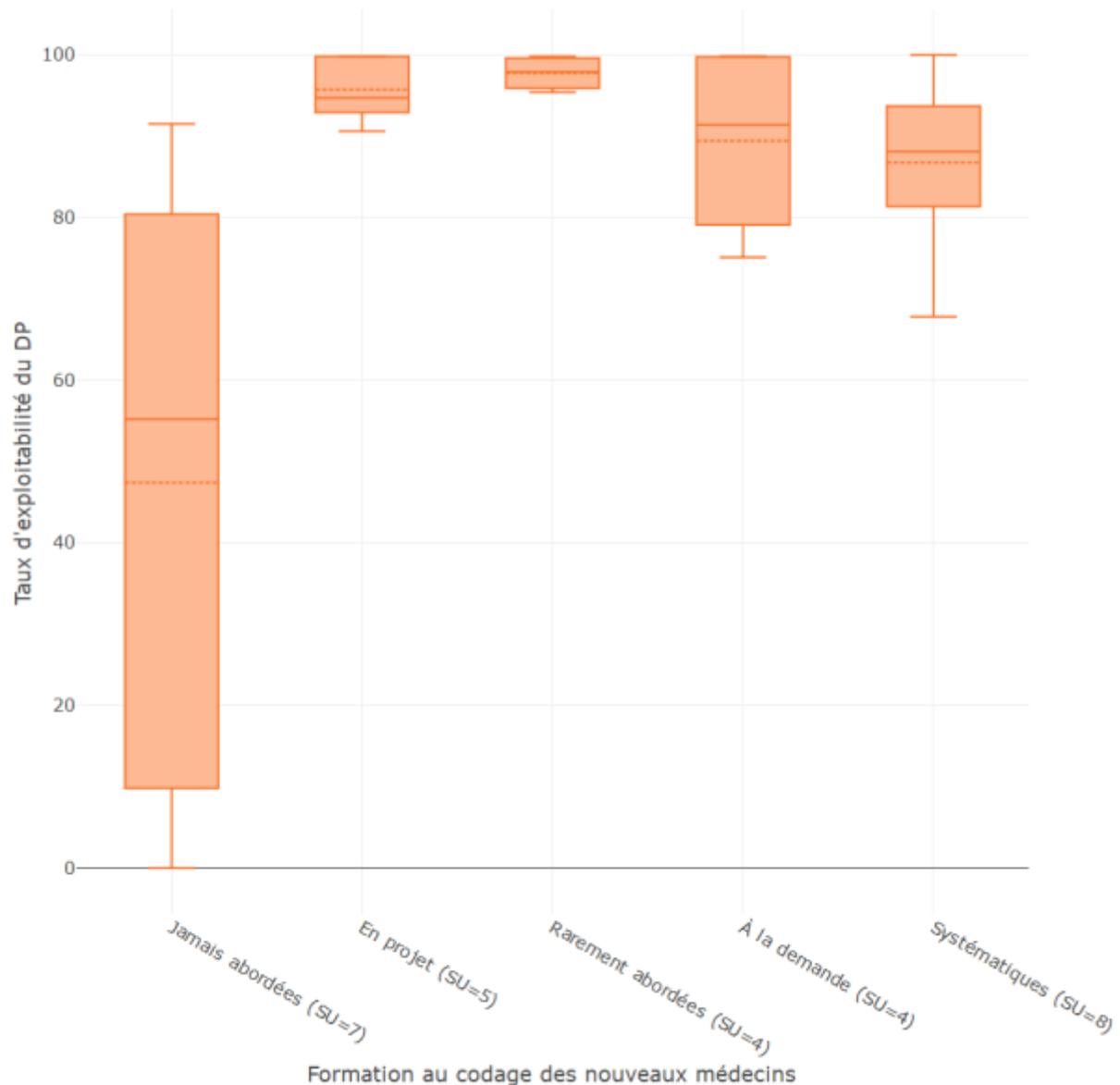
La figure 4 constitue une aide à la lecture des boxplots qui vont suivre. Les boxplots permettent d'avoir une vision globale des mesures statistiques suivantes :

- Le **minimum** et le **maximum** ;
- Le **premier quartile** en dessous duquel se situent 25 % des valeurs. *Par exemple si on regarde un taux d'exploitabilité, 25 % des services d'urgences constituant le groupe d'intérêt ont un taux d'exploitabilité compris entre la valeur minimum du taux d'exploitabilité observé dans le groupe et la valeur du premier quartile ;*
- La **médiane** en dessous de laquelle se situent 50 % des valeurs ;
- Le **troisième quartile** en dessous duquel se situent 75 % des valeurs ;
- La **moyenne**.

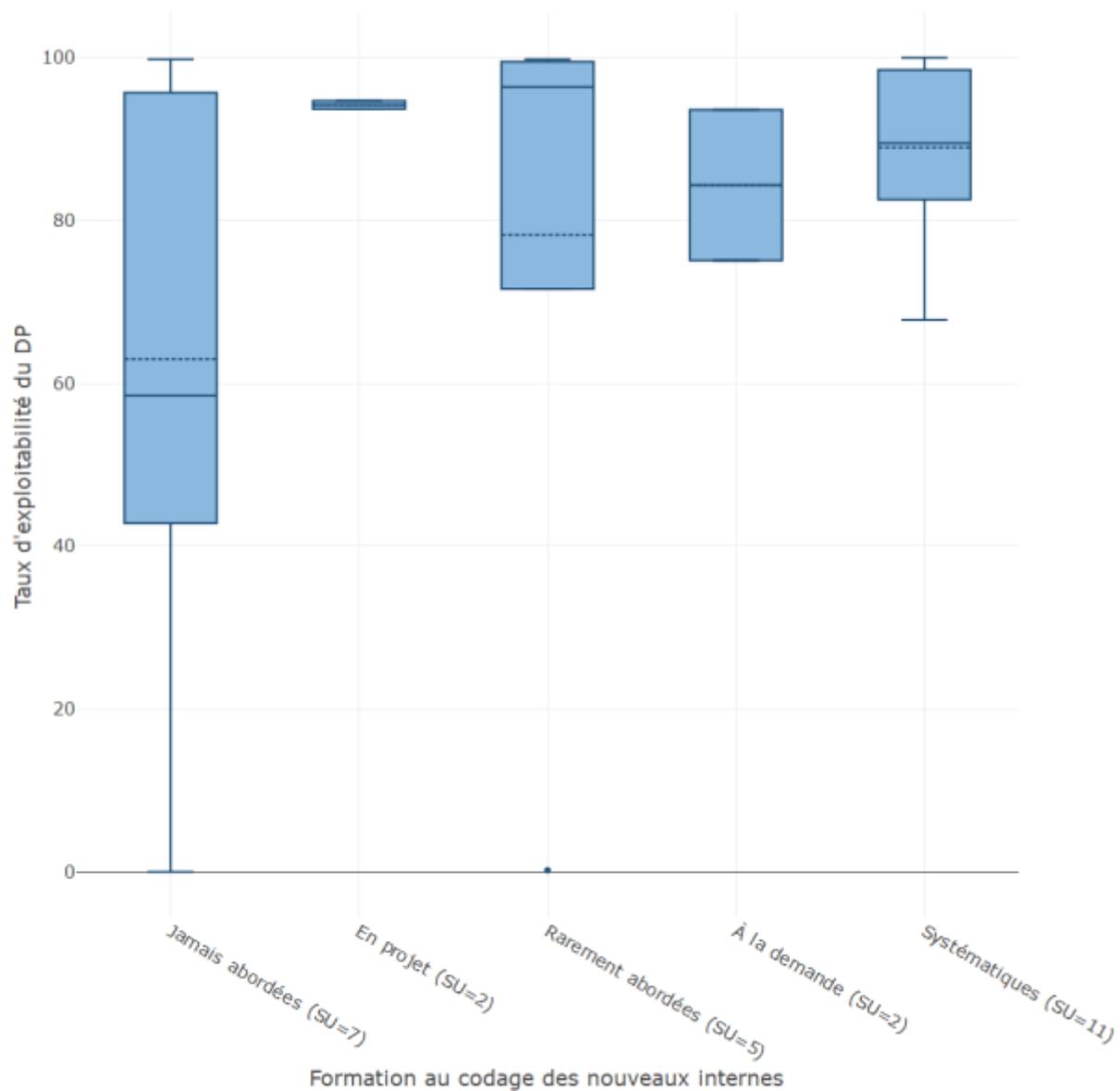


4 - Figure 4 : Schéma des composantes d'un boxplot. Source : S&N-HdF | ORU.

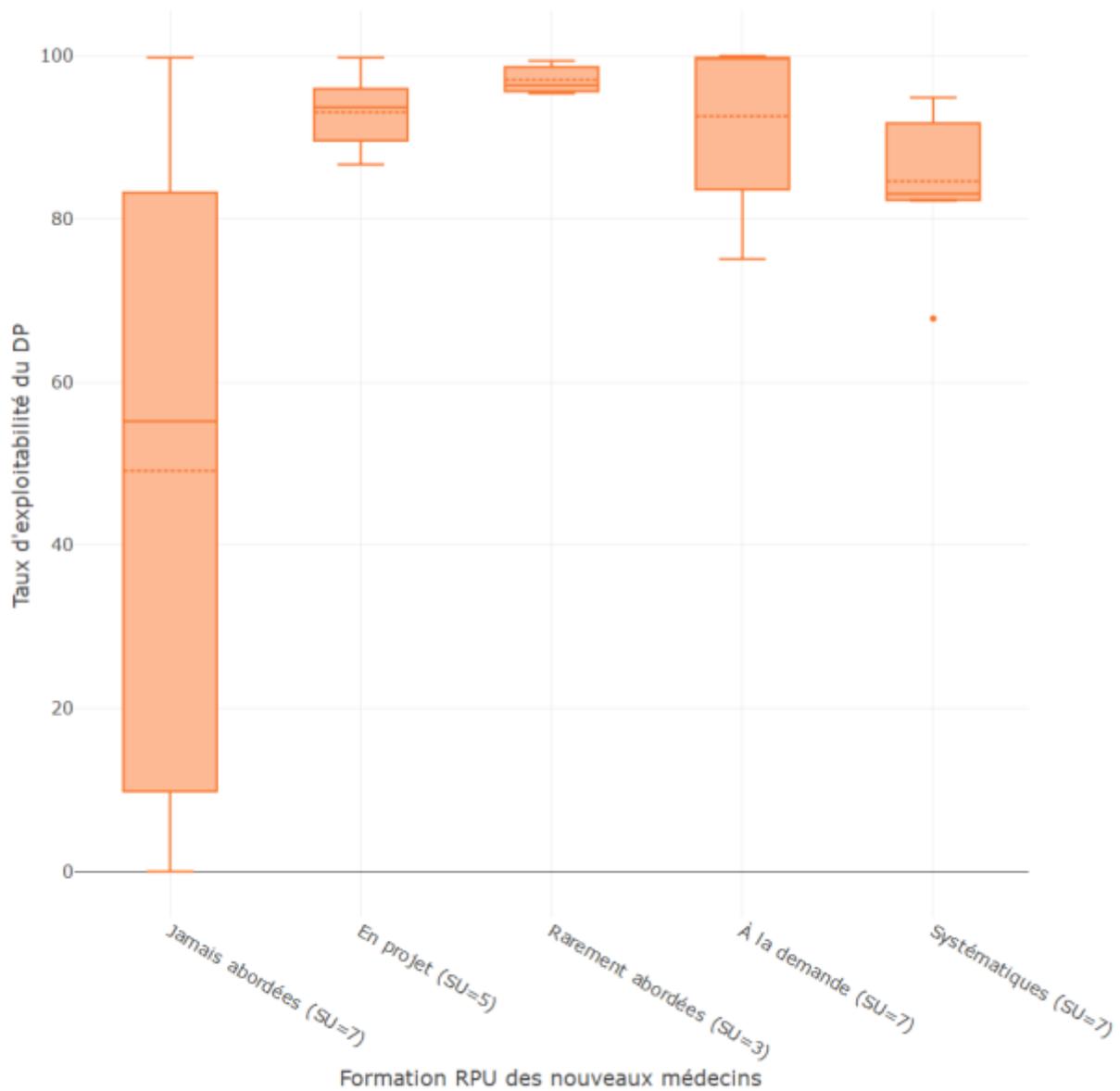
D'après le [chapitre 01 du guide de recommandations de la Fedoru sur la collecte et les usages des RPU](#) (p. 6), la formation du personnel impacte la qualité de la collecte des RPU. En effet, on remarque sur les figures 5, 6, 7 et 8 que le taux d'exploitabilité moyen du diagnostic principal (DP) est plus faible pour les SU n'abordant jamais les formations au codage et aux RPU. Ce dernier est approximativement de 50% lorsque les nouveaux médecins ne reçoivent pas ces formations et 60% lorsqu'il s'agit des internes tandis qu'il est d'environ 85% lorsque les formations sont réalisées systématiquement. L'étendue du taux d'exploitabilité du DP est aussi plus grande pour les SU ne réalisant pas de formations aux RPU et au codage, elle est comprise entre 0 et 100% alors qu'elle est entre 70 et 100% pour les SU les abordant systématiquement.



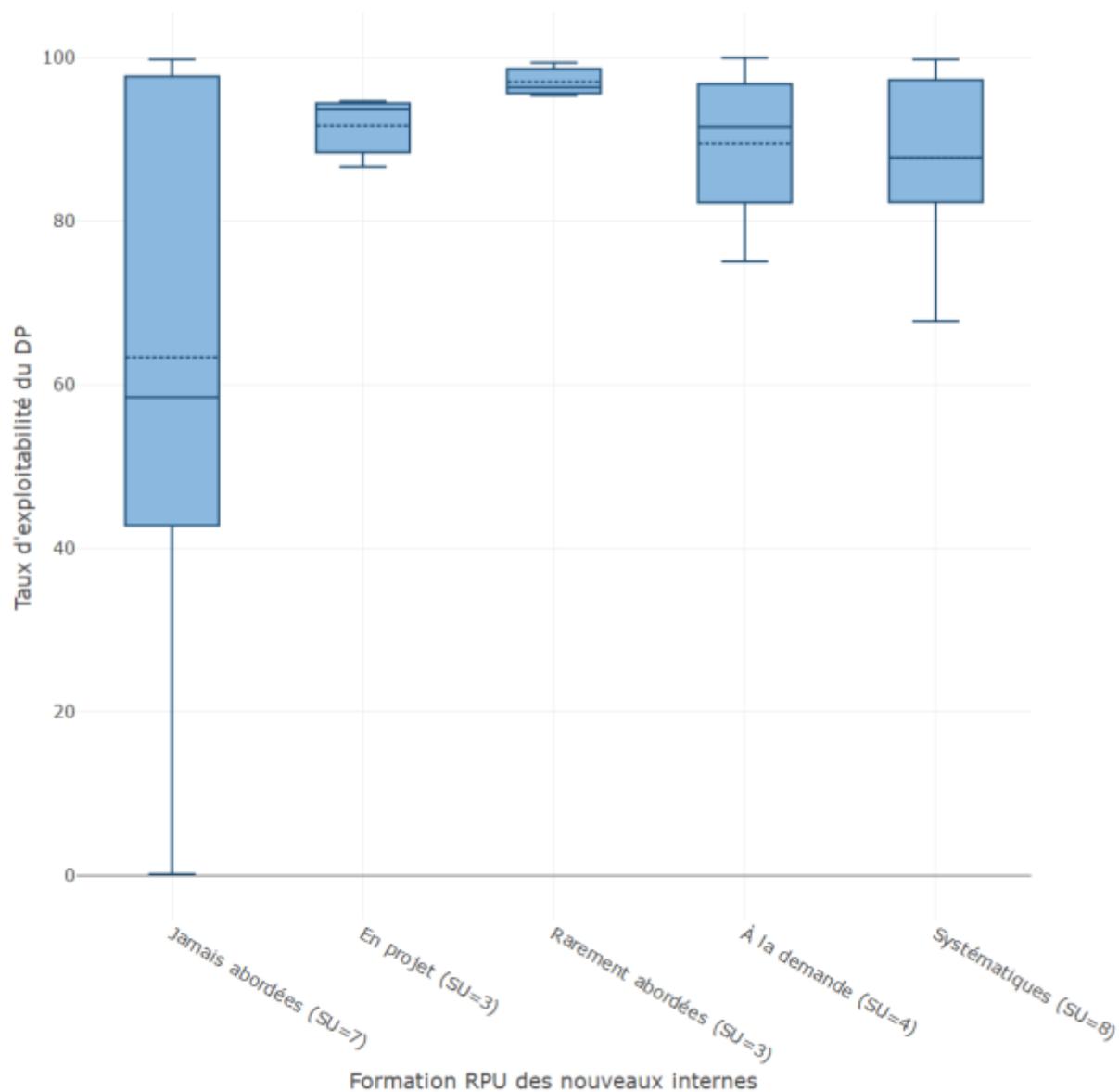
5 - Figure 5 : Boxplot représentant le taux d'exploitabilité du diagnostic principal en fonction de la fréquence de réalisation de formations au codage chez les nouveaux médecins. Le taux d'exploitabilité du diagnostic principal (DP) a été calculé sur les trois premiers trimestres de 2021, 28 SU considérés, Hauts-de-France, Novembre 2021. Source : S&N-HdF | ORU.



6 - Figure 6 : Boxplot représentant le taux d'exploitabilité du diagnostic principal en fonction de la fréquence de réalisation de formations au codage chez les internes. Le taux d'exploitabilité du diagnostic principal (DP) a été calculé sur les trois premiers trimestres de 2021, 27 SU considérés, Hauts-de-France, Novembre 2021. Source : S&N-HdF | ORU.



7 - Figure 7 : Boxplot représentant le taux d'exploitabilité du diagnostic principal en fonction de la fréquence de réalisation de formations aux RPU chez les nouveaux médecins. Le taux d'exploitabilité du diagnostic principal (DP) a été calculé sur les trois premiers trimestres de 2021, 29 SU considérés, Hauts-de-France, Novembre 2021. Source : S&N-HdF | ORU.



8 - Figure 8 : Boxplot représentant le taux d'exploitabilité du diagnostic principal en fonction de la fréquence de réalisation de formations aux RPU chez les internes. Le taux d'exploitabilité du diagnostic principal (DP) a été calculé sur les trois premiers trimestres de 2021, 25 SU considérés, Hauts-de-France, Novembre 2021. Source : S&N-HdF | ORU.

Le remplissage des champs des RPU.

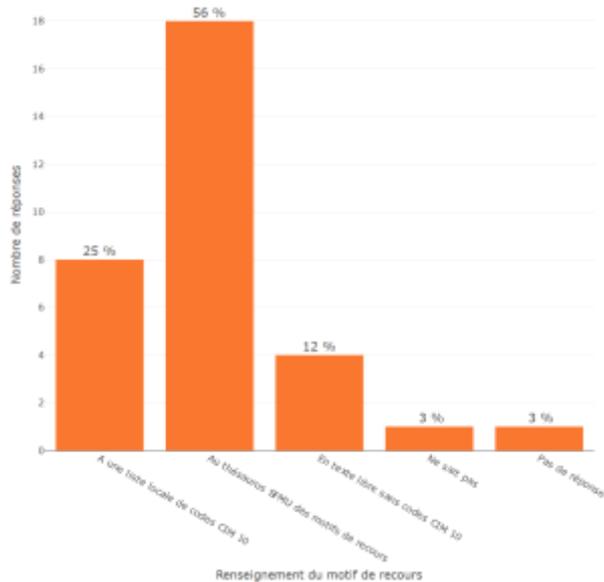


L'estimation de la gravité :

La gravité est estimée par la Classification Clinique des Malades aux Urgences lors de l'admission du patient, après le premier examen clinique (voir la [version 1 des recommandations Fedoru sur la collecte et les usages des RPU](#)). Dans les faits, seul 1 des 32 SU répondants la réalisent après le premier examen clinique et 16% l'estiment à l'entrée du patient par le médecin ou l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA). La majorité (69%) réalise cette estimation en clôture de dossier, après établissement du diagnostic principal. Enfin, l'estimation de la gravité est réalisée par un agent administratif pour 1 des 32 SU répondants et n'est pas effectuée pour 1 autre.

Le motif de recours aux urgences :

Le motif de recours est la cause principale ayant amené le patient à consulter les urgences. La Fedoru préconise l'utilisation du thésaurus SFMU des motifs de recours pour son renseignement et la figure 9 met en évidence que plus de la moitié des SU considérés suivent ces recommandations.



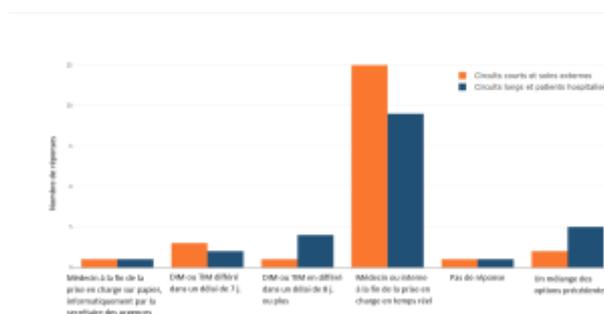
9 - Figure 9 : Répartition des SU selon le thésaurus utilisé lors du renseignement du motif de recours. 32 SU considérés, Hauts-de-France, Novembre 2021. Source : S&N-HdF | ORU.

Le codage diagnostique :

Pour les **circuits courts et les soins externes**, le renseignement des diagnostics principaux (DP) associés (DAs) est réalisé, dans les trois quarts des SU, par le médecin ou l'interne à la fin de la prise en charge en temps réel (comme le préconise la [Fedoru](#)) et dans 9 % des cas par le médecin DIM ou le TIM en différé dans un délai de 7 jours suivant l'entrée du patient (33 SU considérés).

Pour les **circuits longs et les patients hospitalisés**, le renseignement du DP et des DAs est fait dans 59 % des cas par le médecin ou l'interne à la fin de la prise en charge en temps réel et dans 13 % des cas par le DIM ou le TIM en différé dans un délai de 8 jours ou plus suivant l'entrée du patient (32 SU considérés).

La manière dont sont renseignés le DP et les DAs diffère entre les circuits courts et les circuits longs pour 18,8 % des SU considérés (cf. Fig. 10).

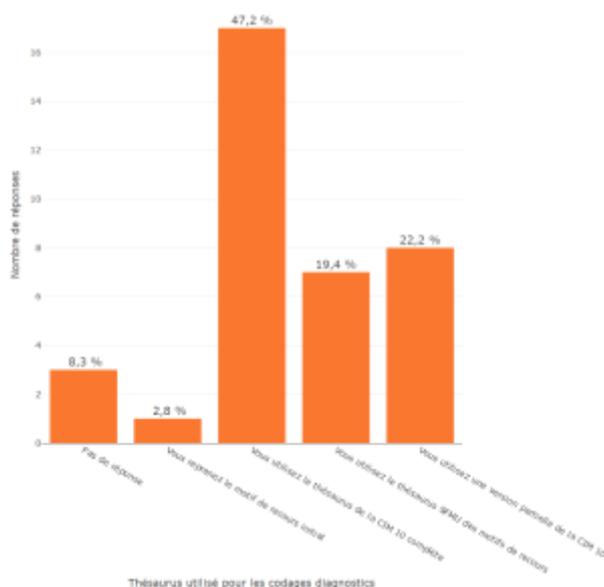


10 - Figure 10 : Répartition des SU selon la manière dont sont renseignés le DP et les DAs entre les circuits courts et les circuits longs. 32 SU considérés, Hauts-de-France, Novembre 2021. Source : S&N-HdF | ORU.

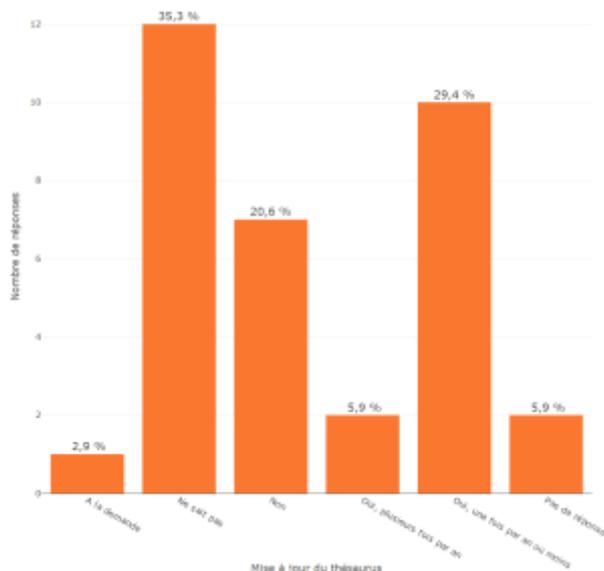
L'aide au codage diagnostique :

Près de la moitié des SU représentés possèdent une aide au codage majoritairement via un moteur de recherche spécifique (38%). Les aides au codage avec de l'intelligence artificielle sont peu présentes, uniquement 6% des SU considérés l'utilisent (2/32 SU).

De plus, le DP est un champs bloquant pour les deux tiers des SU (21/32 SU considérés), et près de la moitié des SU (n=17/34) utilisent le thésaurus de la CIM10 complète pour coder le diagnostic (cf. Fig. 11). Enfin, plus d'un tiers (38 %, n=13/34) des SU réalisent des mises à jour régulières de leur thésaurus utilisé pour le codage diagnostique et un tiers des répondants ne le savent pas (cf. Fig. 12).

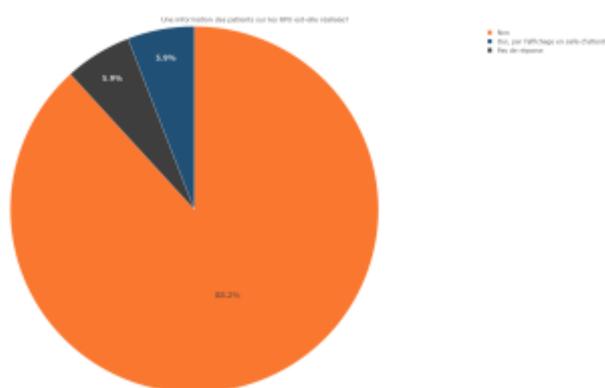


11 - Figure 11 : Répartition des SU selon le thésaurus utilisé pour le codage diagnostique. 34 SU considérés, Hauts-de-France, Novembre 2021. Source : S&N-HdF | ORU.



12 - Figure 12 : Répartition des SU selon la fréquence des mises à jour du thésaurus utilisé pour le codage diagnostique. 34 SU considérés, Hauts-de-France, Novembre 2021. Source : S&N-HdF | ORU.

L'information des patients sur les RPU et leur utilisation.



13 - Figure 13 : Répartition des SU selon l'information faite aux patients sur la collecte des RPU et leurs usages. 34 SU considérés, Hauts-de-France, Novembre 2021. Source : S&N-HdF | ORU.

Seuls 2 des 34 services d'urgences représentés dans cette enquête réalisent une information à destination des patients sur la collecte des RPU et leurs usages. Nous vous rappelons qu'il appartient aux établissements de santé de prendre "toutes les dispositions utiles afin de permettre aux patients d'exercer auprès du responsable de la structure des urgences leurs droits d'accès et de rectification tels que prévus au chapitre V de la loi du 6 janvier 1978" ([Article 4 de l'arrêté du 24 juillet 2013 relatif au traitement des données d'activité médicale](#)).

[Traitement de données de santé : comment informer les personnes concernées ?](#)

Conclusion.



Cette enquête, réalisée dans le cadre d'une démarche nationale, a permis de mettre en lumière la grande diversité des logiciels utilisés dans notre région pour le renseignement des RPU. En effet, sur les 34 services d'urgences ayant répondu à cette enquête 18 logiciels différents ont été répertoriés. En plus de cette diversité logicielle, une part importante des services d'urgences (21 %) affirme ne jamais réaliser de formations au codage ou aux RPU à destination des nouveaux médecins et internes pouvant ainsi occasionner des disparités dans les taux d'exploitabilité des champs du RPU, notamment concernant le codage diagnostique principal.

Par ailleurs, cette enquête a également montré que la majorité des services d'urgences suivent les recommandations de la Fedoru tant dans l'utilisation d'un logiciel métier intégré au dossier patient de l'établissement que dans les thésaurus employés pour le codage des motifs de recours, du DP et des DAs.

Contacts et liens utiles.



Pour toute question ou information complémentaire vous pouvez contacter l'équipe de l'ORU : oru@esante-hdf.fr

Vous pouvez aussi retrouver de la documentation sur :

- Le site internet du groupement d'intérêt public Sant& Numérique Hauts-de-France : [S&N HdF](#)
- Le site internet de la Fédération des ORU : [FEDORU](#)