

*MINISTÈRE DE L'EMPLOI  
ET DE LA SOLIDARITÉ*

*DIRECTION DES HÔPITAUX*



*CLASSIFICATION DE L'ACTIVITÉ  
DES UNITÉS DE PRISE EN CHARGE DES  
URGENCES*



**MISSION PMSI - octobre 1998**

# SOMMAIRE

<b>I- PRESENTATION GENERALE .....</b>	<b>4</b>
<b>1- OBJECTIF DES TRAVAUX .....</b>	<b>4</b>
<b>2- RAPPEL : MODALITES ACTUELLES D'ENREGISTREMENT ET DE DESCRIPTION DES PASSAGES AUX URGENCES.....</b>	<b>4</b>
A- LES CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES.....	4
B- L'HOSPITALISATION .....	4
<b>3- CONSTRUCTION, EXPERIMENTATION ET UTILISATION D'UNE CLASSIFICATION DES URGENCES.....</b>	<b>5</b>
A- UNE CLASSIFICATION MEDICO-ECONOMIQUE DETERMINEE A DIRE D'EXPERTS.....	5
a) La cohérence médicale.....	6
b) Des groupes iso-ressources.....	6
B- UNE CLASSIFICATION EVALUEE PAR UN RECUEIL DE VARIABLES.....	11
a) Vérification et pondération des GPU.....	11
b) Variables à recueillir.....	11
<b>II- ORGANISATION GENERALE DU RECUEIL .....</b>	<b>12</b>
<b>1- CHAMP DU RECUEIL.....</b>	<b>12</b>
<b>2- L'INFORMATION DES PATIENTS.....</b>	<b>12</b>
<b>3- LE RECUEIL .....</b>	<b>12</b>
A- CALENDRIER DE RECUEIL .....	12
B- RESPONSABLES DU RECUEIL .....	13
C- MODALITES PRATIQUES DU RECUEIL .....	13
D- EN LIGNE AVEC LA MISSION PMSI .....	13
<b>4- LES PARTICULARITES DES BORDEREAUX-PATIENTS .....</b>	<b>14</b>
A- LA LECTURE PAR SCANNER.....	14
B- IDENTIFICATION DU PATIENT ET ANONYMAT .....	14
<b>III- DESCRIPTION DU BORDEREAU ET CONSIGNES.....</b>	<b>15</b>
<b>1- CARACTERISTIQUES ADMINISTRATIVES DU PATIENT .....</b>	<b>15</b>
a) Enfant - Age.....	15
b) Poids de naissance .....	15
c) Sexe .....	15
d) Date d'entrée .....	15
e) Heure d'entrée.....	15
f) Régulation SAMU.....	15
g) Arrivée annoncée.....	15
h) Mode d'entrée dans l'unité médicale.....	15
i) Mode de sortie de l'unité médicale.....	16
j) Durée de la prise en charge .....	17
<b>2- PRISE EN CHARGE MEDICALE DU PATIENT.....</b>	<b>17</b>
a) La classification des passages aux urgences.....	17
b) La nature de la prise en charge .....	18
c) Temps médecin .....	19
d) Avis de spécialistes.....	19
e) Les Facteurs aggravants.....	19
f) Brancardage .....	20

<b>3- MESURE DE LA CHARGE EN SOINS INFIRMIERS .....</b>	<b>20</b>
A- RAPPELS CONCERNANT LA METHODE SIIPS .....	20
B- L'ADPATATION DES SIIPS AUX URGENCES .....	20
a) Le SEGUR.....	21
b) Recueil.....	21
<b>4- CONSOMMATION D'ACTES.....</b>	<b>21</b>
a) actes médicaux.....	21
b) Biologie.....	22
<b>5- CONSOMMATION DE MEDICAMENTS ET PRODUITS COUTEUX.....</b>	<b>22</b>
a) produits sanguins.....	22
b) Médicaments coûteux :.....	23
<b><i>IV- ANNEXES.....</i></b>	<b>23</b>
annexe 1 .....	24
annexe 2 .....	25
annexe 3 .....	27
annexe 4.....	28
annexe 5.....	31



# I- PRESENTATION GENERALE

## 1- OBJECTIF DES TRAVAUX

De l'avis des hôpitaux ainsi que de leurs services de tutelle le contenu de l'activité des unités ou services de prise en charge des urgences (qui apparaîtront dans ce document sous le sigle générique de UPCU) est mal identifié. L'objectif d'une expérimentation aux urgences est de pallier ce déficit informationnel et d'améliorer **la description<sup>1</sup> de cette activité.**

Il s'agit de "catégoriser" les passages dans les UPCU par l'intermédiaire d'une classification réduite, complémentaire à celle utilisée dans le cadre du PMSI-MCO.

## 2- RAPPEL : MODALITES ACTUELLES D'ENREGISTREMENT ET DE DESCRIPTION DES PASSAGES AUX URGENCES

Les passages dans les UPCU sont valorisés différemment selon que le patient "rentre" dans le champ de la consultation externe ou dans le champ du PMSI-MCO, c'est-à-dire selon que l'admission est ou n'est pas déclarée. L'admission est déclarée lorsque le patient séjourne dans une **unité clinique.**

### A- LES CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES

Lorsque le patient **ne séjourne que dans l'UPCU, l'admission ne peut être déclarée.** En effet, l'UPCU n'est pas une unité clinique mais **médico-technique.** Le passage d'un patient dans une UPCU tombe alors dans le champ des consultations et soins externes. Le décompte des consultations et/ou des actes externes se fait au moyen de l'enregistrement des lettres clefs et coefficients de la NGAP.

### B- L'HOSPITALISATION

Lorsque **le patient séjourne dans un service clinique de MCO après son passage à l'UPCU, l'admission est déclarée.** Le passage à l'UPCU est alors valorisé par l'intermédiaire des actes qu'il a engagés et est décrit dans le RUM réalisé par le service clinique fréquenté après l'UPCU.

Il y a donc admission si (et seulement si) le patient passe :

1. par une **zone de surveillance de très courte durée<sup>2</sup>**, aussi appelée "lits porte", qui contrairement à l'UPCU est considérée comme une **unité clinique.**

ou bien

2. dans un **service clinique** de MCO, après son passage dans l'UPCU.

---

<sup>1</sup> La description de cette activité ne préjuge en rien d'une potentielle utilisation à des fins budgétaires. Par ailleurs, cette description ne prétend pas mesurer la qualité de la prise en charge ; tout comme le PMSI-MCO, il s'agit de caractériser l'activité hospitalière, ici celle des UPCU.

<sup>2</sup> Voir décret du 30 mai 1997 (art.D.712-56).

Dans le premier cas, il y a production d'un RUM dit "d'urgence", dans la mesure où l'unité "lits-porte" est une **unité clinique** (qui donne lieu à l'enregistrement d'un RUM).

Dans le second cas, le passage dans l'UPCU apparaît de manière indirecte. Les actes, qui y ont été réalisés, sont inscrits dans le **RUM du service clinique** de MCO qui accueille le patient juste après son passage dans l'UPCU. Dans ce cas précis, il n'y a donc plus d'affichage du passage aux urgences dans le RSS, puisqu'il n'y a pas de RUM dit "d'urgence".

### **3- CONSTRUCTION, EXPERIMENTATION ET UTILISATION D'UNE CLASSIFICATION DES URGENCES**

La description de l'activité des UPCU est donc à la fois hétéroclite et incomplète, dans le cadre du PMSI. Par ailleurs, s'il existe des classifications<sup>3</sup> qui décrivent les passages aux urgences, elles ne correspondent pas ou de manière imparfaite à un objectif médico-économique. Pour pallier ces carences, une autre **classification de l'activité de ces services** a été élaborée et doit être testée.

Par ailleurs et compte tenu de l'environnement des urgences, l'idée développée est de réaliser une classification dont l'utilisation en routine ne nécessiterait pas de recueil informatisé d'informations élémentaires. Autrement dit, cette classification a été élaborée avec l'idée que le groupage des informations relatives à une prise en charge pourrait être effectué selon un processus humain et non pas informatique. **L'arbre de la classification** a donc été établi sur la base **d'informations médicales simples** mais aussi **objectives**, afin d'éliminer les biais de l'affectation d'un séjour.

L'expérimentation "urgence" vise donc :

1. à **corriger et/ou à compléter la classification préétablie** sur la base d'un **recueil d'informations**;
2. à **pondérer les groupes de passage aux urgences**, les uns relativement aux autres.
3. à **faire valider l'utilisation de cette classification** par les urgentistes et en particulier la fiabilité du processus humain de détermination du GPU correspondant au séjour.

#### **A- UNE CLASSIFICATION MEDICO-ECONOMIQUE DETERMINEE A DIRE D'EXPERTS**

Cette classification doit respecter la **logique médico-économique** traditionnellement utilisée dans le PMSI. En ce sens, les **Groupes de Passage aux Urgences (GPU)**, ainsi que nous les appellerons tout au long de ce document, doivent être, d'une part cohérents sur un plan médical, d'autre part iso-ressources.

Toutefois, concernant la détermination de ces groupes, l'expérimentation "urgence" se distingue des autres chantiers relatifs au PMSI dans la mesure où elle s'appuie sur une **classification prédéterminée**, à dire d'experts, dont la **pertinence sera vérifiée grâce à un recueil de données**.

---

<sup>3</sup> En France, les passages aux urgences sont souvent caractérisés par l'intermédiaire de GEMSA et CCMU.

GEMSA représente des Groupes d'Etude Multicentrique des Services d'Accueil. Cette classification a été réalisée par la Commission de Médecine d'Urgence, de la Société de Réanimation de Langue Française. GEMSA est une classification qui distingue 6 types de passages, dont la nature est déterminée *a posteriori*. Les critères de classement sont : le mode d'entrée (et de sortie) du patient et la programmation (ou non) de la prise en charge. GEMSA retrace l'organisation de la prise en charge et la trajectoire du patient.

La Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) a été élaborée par l'Association pour la Recherche aux Urgences (ARU). Elle est stratifiée en 5 niveaux et s'articule autour de la notion de pronostic vital, déterminé *a priori*, et des actes réalisés. Cette classification répond à une logique médicale. mais son arbre de décision principal est fondé sur un jugement médical subjectif (état jugé stable ou non) qui biaise la répartition finale des passages entre les classes, par ailleurs non iso-ressources

### a) La cohérence médicale

L'ossature principale de la classification répond à un critère de cohérence médicale.

Toutefois, à la différence de la classification par GHM, la classification par GPU est fondée sur la **prise en charge**, et non sur le diagnostic principal.

Les diagnostics médicaux ne semblent en effet pas pertinents pour décrire la prise en charge dans les UPCU. D'une part, le recours aux urgences relève davantage de la symptomatologie que du diagnostic. Ensuite, rien ne permet de penser que le diagnostic soit discriminant pour déterminer la lourdeur du passage dans les UPCU. Enfin, cela aboutirait à créer un nombre de classes trop important.

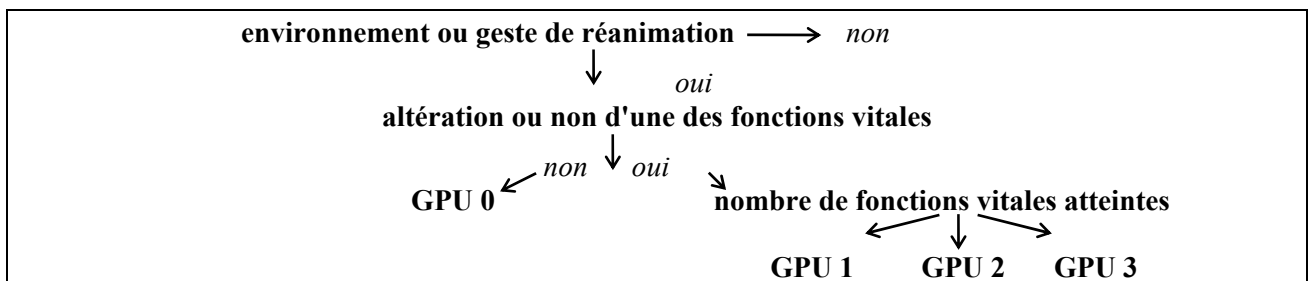
L'ossature principale de la classification en GPU est constituée de **grandes catégories cliniques de prise en charge**. Ainsi, les passages dans l'UPCU sont répartis entre la **réanimation**, la **chirurgie**, la **médecine**, la **psychiatrie** (au sens large) et une catégorie "**autre**".

### b) Des groupes iso-ressources

L'ossature principale est ensuite affinée en groupes. Les GPU ont été prédéterminés non seulement en fonction de leur cohérence médicale supposée mais aussi en fonction d'une estimation des ressources consommées qui laisse à penser qu'ils seront iso-ressources.

**Cette estimation est possible grâce à des variables quantifiables. Ce sont ces variables ainsi que quelques autres informations qui, une fois groupées, orientent le passage dans le GPU.**

#### ◆ Catégorie Réanimation



- Un groupe (GPU 0) est dédié à la **surveillance**. Un patient pris en charge en surveillance de type réanimation est un malade qui est entouré d'un environnement de réanimation et qui bénéficie d'un monitoring, d'une voie veineuse et d'une surveillance rapprochée avec prise écrite d'information.

*GPU 0: Menace d'infarctus du myocarde en surveillance, phase aiguë.*

- Trois autres groupes de réanimation sont prédéterminés (GPU 1 à 3). Le fait qu'**une deux** ou **trois fonctions vitales** (neurologie, cardiovasculaire-rénale, respiratoire) soient **altérées** semble *a priori* discriminer les consommations de ressources. L'altération d'une fonction correspond au moment où le pronostic vital est mis en jeu et nécessite des mesures correctives immédiates.

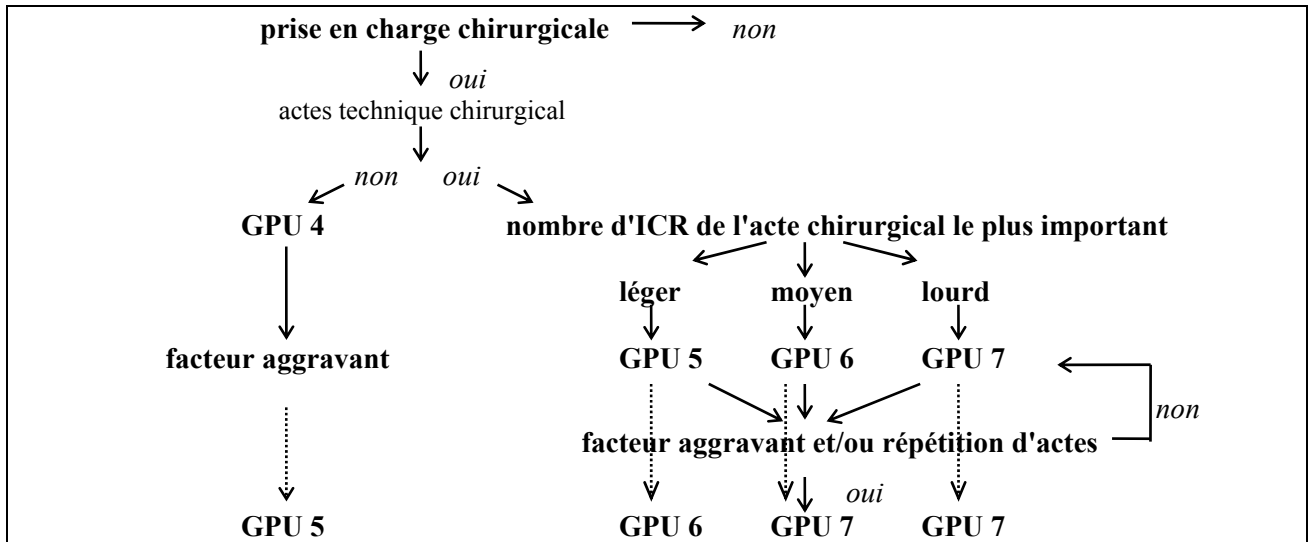
*GPU 1 - Patient asthmatique, asphyxique à l'arrivée, crise cédant avec les moyens thérapeutiques adaptés sans que jamais n'apparaisse une défaillance de l'appareil circulatoire ou un trouble de la conscience.*

GPU 2 - Intoxication ayant provoqué un coma et une atteinte de la fonction respiratoire sans défaillance de l'appareil circulatoire.

GPU 3 - Arrêt cardio-respiratoire, induisant un risque de souffrance neurologique.

#### ◆ Catégorie Chirurgie

Un passage à l'UPCU rentre dans le champ de la chirurgie lorsque la prise en charge nécessite une compétence ou des moyens chirurgicaux.



- Un premier groupe (GPU 4 "**consultation simple**") renvoie à une consultation chirurgicale exclusive ; aucun acte technique chirurgical n'est réalisé. Par convention, la présence de facteurs aggravants fera glisser le GPU 4 en GPU 5.

Les **facteurs aggravants** permettent de préciser le contexte de la prise en charge. Ils sont liés à la situation médicale ou sociale du patient. Leur présence doit être mentionnée lorsqu'elle a entraîné une **mobilisation médicale ou soignante particulièrement importante** (cf. page 19).

GPU 4 - Douleur abdominale, "ventre chirurgical", panaris, etc.

- Les trois autres groupes (GPU 5, 6 et 7) renvoient à des prises en charge correspondant à une ou des lésions (ou affections) **chirurgicales** nécessitant la réalisation d'un ensemble d'actes. Autrement dit, ces groupes de prises en charge chirurgicales doivent nécessairement donner lieu à la réalisation d'au moins un acte "chirurgical". **Attention**, un acte "chirurgical" est nécessairement issu du champ alpha du CdAM (attention tous les actes du champ alpha ne sont pas des actes "chirurgicaux" ; il y a des actes médicaux et de radiologie qui doivent impérativement être relevés même s'ils ne sont pas déterminant pour le classement en GPU).

La distinction entre les trois groupes de chirurgie avec acte(s) est basée sur la **lourdeur de l'acte** réalisé au cours de la prise en charge chirurgicale. L'acte est qualifié de **léger, moyen ou lourd**, en fonction du

**nombre d'ICR**<sup>4</sup> qui lui correspond. La césure entre ce qui peut être considéré comme "léger", "moyen" ou "lourd" a été réalisée à dire d'experts<sup>5</sup>. Autrement dit, c'est la nature (lourde, moyenne ou légère) du plus lourd des actes réalisés qui détermine dans quel groupe s'inscrit le passage.

Par convention, le **cumul d'actes (de chirurgie) ET/OU la présence de facteurs aggravants** fera glisser le passage aux urgences dans le groupe supérieur à celui correspondant à l'acte (chirurgical) le plus important (GPU 4 devient 5, GPU 5 devient 6, GPU 6 devient 7 et GPU 7 reste GPU7).

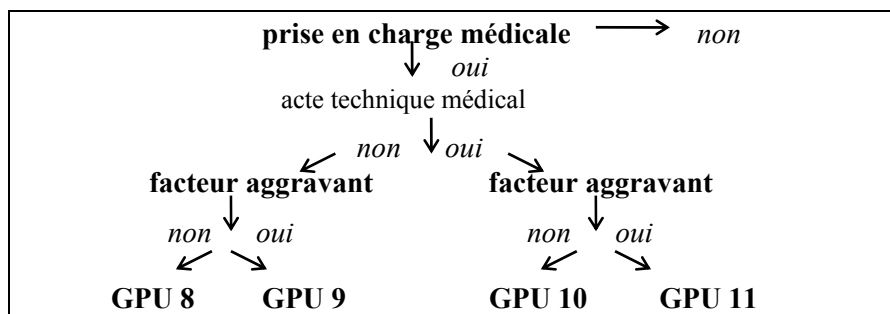
*GPU 5 - Suture cutanée simple ou immobilisation simple, luxation d'épaule*

*GPU 6 - Fracture de l'humérus, immobilisée par un Dujarrier ; extraction endoscopique d'un corps étranger bronchique.*

*GPU 7 - Pratique d'un accouchement par voie naturelle avec ou sans épisiotomie; plaie des tendons extenseurs des doigts, réparation en urgence.*

### ◆ Médecine

Pour le champ de la médecine, la distinction entre groupes est faite, d'une part, en fonction de la réalisation **d'actes**, d'autre part, en fonction de la présence de **facteurs aggravants**.



- Par **acte**, il faut comprendre tout acte, à caractère thérapeutique ou diagnostique mettant en oeuvre des moyens et des compétences spécifiques (identifiable dans le CdAM champ alpha) effectué par un médecin : par exemple une endoscopie, une ponction lombaire, une ponction biopsie, etc. **Attention**, il s'agit uniquement des actes du champ alpha (les actes de radiologie n'interviennent pas dans le classement bien qu'ils doivent être relevés).
- La discrimination est ensuite établie sur la lourdeur de la prise en charge. On distinguera une simple consultation d'une consultation avec **facteurs aggravants** (cf définition ci-dessus).

*GPU 8 - angine*

*GPU 9 - angine sur patient ne s'exprimant pas en français*

<sup>4</sup> L'Indice des Coûts Relatifs indique le degré de mobilisation de ressources d'un acte médico-technique. La notion d'ICR a été décomposée en trois sous-indices (BO n°96/10 bis) : (1) un indice d'activité médicale (IAM) représentant la mobilisation des médecins pendant l'acte ; (2) un indice d'activité soignante (IAS) représentant celle du personnel soignant non médical directement impliqué dans l'acte ; (3) un indice de consommation de ressources matérielles (ICRM)

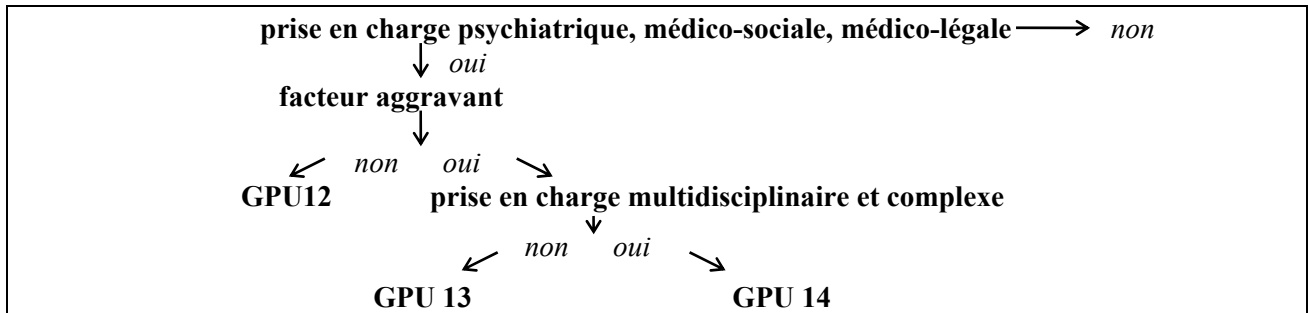
<sup>5</sup> Les frontières entre acte léger, moyen, lourd correspondent à un nombre d'ICR fixé respectivement à [0,20], [21,30], [31 et +].



GPU 10 - dyspnée avec mesure des gaz du sang

GPU 11 - douleur thoracique nécessitant la réalisation d'un ECG et patient en situation de précarité qui doit recouvrir ses droits.

◆ Psychiatrie, activité médico-légale, médico-sociale



- Un premier groupe de passage aux urgences peut être assimilé à de la **consultation simple** qu'elle soit psychiatrique, médico-sociale ou médico-légale.

GPU 12 - Dépression avec prise d'alcool qui conduisent à un entretien psychiatrique d'une heure puis à un retour à domicile ;

- Un second groupe se réfère à une consultation, alourdie par la présence de **facteurs aggravants** qui nécessitent la présence d'un personnel paramédical et/ou médical complémentaire.

GPU 13 - Ivresse aiguë chez un patient non accompagné nécessitant une surveillance suivi d'un entretien avec le psychiatre, une consultation psychiatrique avec les tiers et un retour à domicile accompagné.

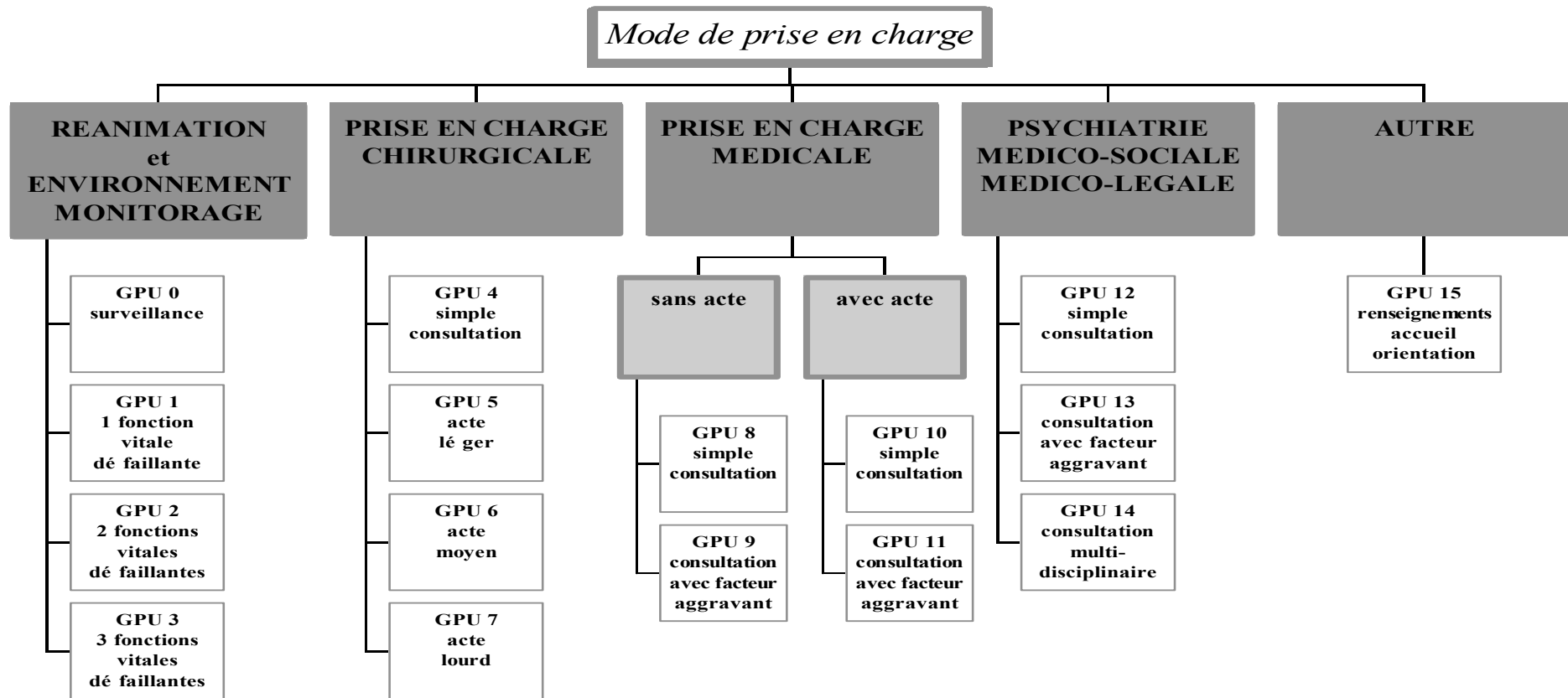
- Un troisième groupe intègre la dimension **complexe** d'une prise en charge qui relève **simultanément** d'une activité de psychiatrie, d'une prise en charge médico-sociale et/ou médico-légale. Autrement dit, il s'agit d'une prise en charge **multidisciplinaire** (où l'on note souvent la présence de facteurs aggravants).

GPU 14 - Phlébotomie + intoxication médicale volontaire + violence hétéro-agressive nécessitant contention physique et médicamenteuse (IM) avec interventions paramédicale, médicale, intervention sociale pour placement (de mineure), surveillance jusqu'à hospitalisation.

◆ "Autre" prise en charge

Tous les séjours qui ne relèvent pas de l'une de ces 4 catégories seront enregistrés ici ; ces passages n'ont pas bénéficié d'une prise en charge médicale. Il s'agit généralement d'une orientation immédiate vers une unité clinique (ce qui est fréquemment le cas lorsque le bureau des entrées est fermé ou lors d'une reconvoication dans un service), ou d'une demande de renseignements.

# GROUPES DE PASSAGE AUX URGENCES




## B- UNE CLASSIFICATION EVALUEE PAR UN RECUEIL DE VARIABLES

### *a) Vérification et pondération des GPU*

La pertinence médicale et économique de cette classification prédéterminée sera vérifiée grâce à un recueil de variables "explicatives" de la consommation de ressources, observée pour les passages dans l'UPCU. Ces informations permettront de revoir la constitution de certains groupes, voire de regrouper certains d'entre eux (ou inversement d'en subdiviser d'autres) si besoin est. Le calcul du poids économique de chaque groupe, qui sera fait à partir de coûts standards, permettra de les pondérer les uns par rapport aux autres.

### *b) Variables à recueillir*

Dans le cadre de l'expérimentation, les variables suivantes seront recueillies (pour le détail voir le bordereau-patient ou le §III page 14) :

- âge, sexe, poids de naissance (pour les enfants de moins de 28 jours)
  - nature de l'arrivée (régulée ou non, attendue ou non) et mode d'entrée (existence d'une prise en charge préalable, médicalisée ou non, transfert d'un autre établissement, etc.)
  - date, heure d'arrivée et durée de la prise en charge
  - mode de sortie : domicile, hôpital, mutation (vers quel service puis vers quel type d'unité), transfert (dans quel type de service), etc.
  - nature dominante de la prise en charge
  - facteurs aggravants la prise en charge
  - actes techniques, temps médecin, consultation et/ou avis médical d'un autre praticien
  - charge en soins infirmiers, brancardage
  - bilan de biologie, consommation de produits sanguins, consommation de médicaments coûteux
  - GPU établis à dire d'expert
- 

## II- ORGANISATION GENERALE DU RECUEIL

L'organisation et la nature du recueil effectué lors de l'expérimentation ont été définies au sein d'un groupe de travail (dont la liste figure en annexe 1) composé de spécialistes de l'urgence (représentés dans toutes leurs composantes : anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens, médecins, psychiatres, etc.), du PMSI (des médecins de DIM), de membres de la mission PMSI et de diverses institutions hospitalières représentatives. Ce livret a fait l'objet d'une présentation pour validation devant un groupe élargi composé de spécialistes et de représentants institutionnels.

### 1- CHAMP DU RECUEIL

Le recueil d'informations concerne **tous les patients pris en charge par l'UPCU** pendant la période de recueil définie ci-dessous. Quelque soit le mode d'arrivée et la destination du patient, tout passage à l'UPCU devra se solder par le remplissage d'un bordereau de recueil destiné à décrire **la prise en charge réalisée par l'UPCU et seulement celle-là**. En d'autres termes, on ne tiendra compte ni des soins reçus par le patient durant un transport médicalisé avant son arrivée à l'UPCU, pas plus qu'il ne sera tenu compte des soins effectués par/pour la zone de surveillance de très courte durée ("lits-porte") ou par un service clinique de MCO, qui donne déjà lieu à enregistrement à travers un RUM.

Les sites expérimentateurs sont des UPCU, non spécialisés<sup>6</sup>, **d'établissements de santé publics, privés participant au service public hospitalier et privés à but lucratif**. La liste des établissements sollicités a été définie en concertation avec les professionnels et les différentes fédérations de l'hospitalisation (figure en annexe 2).

### 2- L'INFORMATION DES PATIENTS

Pour se conformer aux exigences de la CNIL et à la loi du 6 janvier 1978, les services participants à l'expérimentation doivent informer les patients concernés de l'existence de ce recueil. Cette information pourra se faire par voie d'**affichage** dans les locaux accessibles au public (salle d'attente...). Un modèle du type d'information à délivrer figure en annexe 3. La constitution de la base de données dans un cadre expérimental fera par ailleurs l'objet d'une demande d'avis par la mission PMSI, auprès de la CNIL.

### 3- LE RECUEIL

#### A- CALENDRIER DE RECUEIL

Le recueil d'informations débutera, pour tous les sites, le **lundi 30 novembre 1998 à 00H00** et se terminera le **Dimanche 13 décembre à Minuit**. La période de recueil durera donc **14 jours**.

---

<sup>6</sup> L'expérimentation n'est pas menée dans des services d'urgence spécialisée : de pédiatrie, de gynéco-obstétrique, de traumatologie, de psychiatrie, etc.

## B- RESPONSABLES DU RECUEIL

Le recueil d'informations sera réalisé dans l'UPCU **sous la responsabilité du chef de service**. Ce recueil peut être coordonné par un urgentiste, éventuellement autre que le chef de service, désigné par lui comme référent. De même, pour les soins infirmiers, un cadre infirmier ou un(e) infirmier(e) doit être désigné comme référent.

Le médecin **responsable de l'information médicale** dans l'établissement ou l'un de ses représentants spécifiquement dédié à cette expérimentation sera chargé de la **transmission des données recueillies**, hors de l'établissement. C'est donc lui qui effectuera **l'envoi hebdomadaire des données**. Il veillera également au bon déroulement de l'expérimentation en apportant son soutien au service des urgences (par exemple : organisation du recueil, aide au codage ou au remplissage des bordereaux...). Il devra **contrôler la bonne qualité du codage et la cohérence des informations** (un tirage au sort d'environ 10% des dossiers par jour permettra de repérer des erreurs systématiques et d'en informer le service des urgences afin qu'elles soient corrigées). Enfin, il devra **préserver l'anonymat** des données, notamment en découpant et conservant la partie détachable des bordereaux avant leur envoi ultérieur. Il est conseillé de réaliser des copies de chaque bordereau afin de faciliter des vérifications demandées par la Mission PMSI.

## C- MODALITES PRATIQUES DU RECUEIL

**A partir du lundi 30 novembre 1998, jusqu'au dimanche 13 décembre 1998 inclus, tous les patients**, adultes et enfants, pris en charge par l'UPCU devront faire l'objet du recueil d'informations. Le recueil devra démarrer dès l'enregistrement de l'arrivée du patient (heure d'arrivée, identité, etc.) et se terminera à la fin de la prise en charge par l'UPCU.

A la fin de chaque semaine (une première liasse sera envoyée au plus tard le **lundi 7 décembre 1998**, et la seconde sera envoyée le **lundi 14 décembre**), tous les bordereaux collectés seront anonymisés par le médecin DIM référent, avant transmission vers l'extérieur. **Ceci implique que la procédure de contrôle de qualité ait été faite quotidiennement de même que le codage des actes supplémentaires** (cf consignes p.22).

Les bordereaux seront adressés **directement** à la société **STATILOGIE**, chargée de lire les informations. En d'autres termes, l'ensemble des documents est à envoyer à l'adresse suivante :

**STATILOGIE**  
**Expérimentation PMSI- Urgence**  
**51 boulevard Voltaire**  
**92601 ASNIERES Cedex**

## D- EN LIGNE AVEC LA MISSION PMSI

Afin de répondre aux questions que pourraient se poser certains sites expérimentateurs, une "hot line" par messagerie électronique sera à disposition des sites expérimentateurs. Les établissements pourront donc poser leurs questions sur cette messagerie. Les réponses aux questions, qui auront été transmises à la Mission PMSI, seront retournés à l'ensemble des sites participants à l'expérimentation. L'adresse du site à contacter est :

**exp-urg@ch-villefranche.fr**

## 4- LES PARTICULARITES DES BORDEREAUX-PATIENTS

### A- LA LECTURE PAR SCANNER

Les bordereaux seront **lus par scanner**. Cette technologie réduit et fiabilise le travail de recueil en utilisant le principe de la "**case à cocher**". Toutefois, pour que la lecture puisse être effectuée, le remplissage des cases doit être **précis**. Dans le cas contraire le bordereau sera rejeté. Aussi, il est impératif que les consignes suivantes soient respectées.

Il faut **cocher** la case. Il n'est pas nécessaire que la case soit totalement noircie : un trait ou une croix suffisent (peu importe le type du stylo ou la couleur d'encre). Au cas où une mauvaise case aurait été cochée, il faut :

- \* "blanchir" la case à l'aide du "blanc correcteur" et reformer la case initiale au stylo ;  
ou bien
- \* prendre un autre questionnaire et recommencer tout le codage (*attention* le nombre total de questionnaires est limité : n'abusez pas de cette solution).

Il ne doit pas y avoir de débordement sur une case adjacente à celle qui a été codée. Si tel était le cas, il convient d'agir comme précédemment.

### B- IDENTIFICATION DU PATIENT ET ANONYMAT

Chaque **bordereau** comporte, en haut et à droite, un **papillon détachable**, dont une partie des informations devra être reportée sur le bordereau destiné à être traité.

- Le papillon comporte le **nom** et le **prénom** du patient, ainsi que son **numéro d'identification** au sein de l'établissement et son **numéro d'expérimentation tamponné**.

**Le numéro d'expérimentation** est destiné à garantir la **confidentialité** des informations transmises à l'extérieur de l'établissement. En même temps, il permet à l'établissement, sur demande de la Mission PMSI, de retourner au dossier patient sans que celle-ci ait connaissance de l'identité du patient. La **correspondance numéro d'identification / numéro d'expérimentation restera bien entendue au sein de l'établissement**, grâce au papillon détachable, sous la responsabilité du médecin chargé de l'information médicale qui le conservera.

- Le bordereau devra lui aussi comporter le **numéro d'expérimentation** qui aura été **reporté** du papillon sur le **bordereau à l'emplacement du numéro de patient**. Le **code-établissement**, préalablement assigné à l'établissement par la Mission PMSI, devra être indiqué car il permettra d'identifier la provenance du bordereau. Le **code-établissement** correspond à une lettre suivie d'un nombre.

L'ensemble des bordereaux transmis au responsable de l'information médicale sera anonymisé en vue de leur transmission à l'extérieur de l'établissement. A cette fin, les papillons nominatifs seront détachés (et conservés par le DIM), après avoir vérifié que le numéro d'expérimentation ait bien été reporté sur le bordereau ainsi que le code-établissement.

Le bordereau-patient est **à remplir en temps réel et une seule fois au cours de la prise en charge** du patient, **par le médecin responsable du patient et par l'équipe soignante**. Les items sans objet pour un patient resteront non renseignés.

# III-DESCRIPTION DU BORDEREAU ET CONSIGNES

## 1- CARACTERISTIQUES ADMINISTRATIVES DU PATIENT

Les informations de nature administrative, concernant chaque patient entrant dans le champ de l'expérimentation, doivent être renseignées  **systématiquement**. Outre l'identification du patient et de l'établissement, on relèvera les informations suivantes :

### *a) Enfant - Age*

Si le patient est un enfant de **moins d'un an**, il faut cocher la case "Enfant". Pour ces très jeunes enfants, l'âge est **noté en jours**. Pour les **enfants de plus d'un an** et les **adultes**, l'âge indiqué est celui du dernier anniversaire échu et il doit être noté en se calant à droite..

### *b) Poids de naissance*

Cet item est à compléter pour les **enfants de moins de 28 jours** et sera à exprimé en grammes.

### *c) Sexe*

On cochera la case **M** pour un patient de sexe masculin et **F** pour un patient de sexe féminin.

### *d) Date d'entrée*

On notera le **jour**.

### *e) Heure d'entrée*

On notera l'heure de l'enregistrement du patient.

### *f) Régulation SAMU*

Si l'arrivée du patient a été régulée par le SAMU, il faudra cocher la case correspondante.

### *g) Arrivée annoncée*

Une arrivée sera dite **annoncée** si l'entrée a fait l'objet d'une description des circonstances de survenue de l'urgence et de l'état du patient, préalablement à son arrivée et entre professionnels. La communication préalable à l'arrivée des informations doit permettre :

- \* de préparer les moyens nécessaires à la prise en charge du patient à son arrivée ;
- \* de mettre en alerte les équipes et de prévoir la logistique adaptée à son traitement ;
- \* de prévenir, si besoin est, les structures en aval (lits d'hospitalisation, moyen d'évacuation).

### *h) Mode d'entrée dans l'unité médicale*

Il y a quatre types de mode d'entrée : le **décès**, le **domicile**, le **transfert** et la **mutation**

**Décès** : lorsque le patient arrive décédé, qu'un certificat de décès ait été ou non établi préalablement à son arrivé à l'UPCU.

**Domicile :** le patient vient de son domicile (y compris hospitalisation à domicile), de structures d'hébergement médico-social (maison de retraite), du lieu de travail, etc. Si tel est le cas, il faut préciser le type de l'arrivée :

- \* par ses propres moyens, c'est-à-dire seul
- \* accompagné par un tiers : ami, parent, taxi, etc.
- \* par une ambulance classique, par les pompiers
- \* par un mode de transport médicalisé (SAMU, SMUR, etc.)

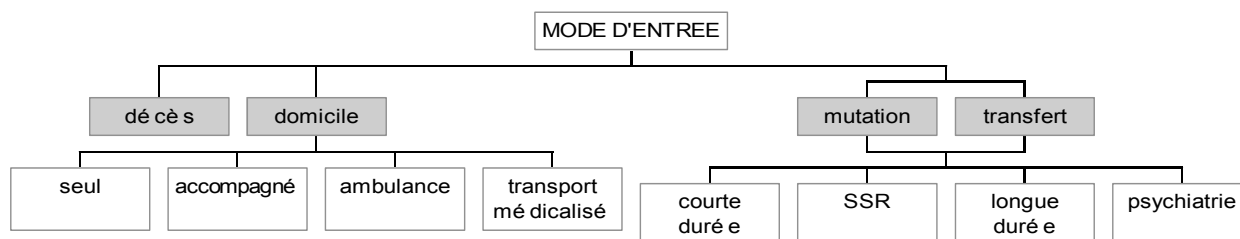
**Transfert et Mutation :** le patient vient d'une unité médicale suite à un transfert ou à une mutation.

Le transfert est une entrée en provenance d'une **autre entité juridique** (le patient vient d'un autre établissement, juridiquement distinct).

La mutation est une entrée en provenance d'une autre unité médicale de la **même entité juridique**.

Dans l'un ou l'autre de ces modes d'entrée il faut préciser le type de l'unité médicale dont provient le patient. Ce peut être d'une unité de :

- \* de courte durée
- \* de soins de suite et de réadaptation (moyen séjour)
- \* de longue durée (long séjour)
- \* de psychiatrie



### *i) Mode de sortie de l'unité médicale*

Il y a quatre types de mode de sortie : le **décès**, le **domicile**, le **transfert** et la **mutation**.

Le **domicile** doit être compris au sens large. Ce peut être un retour au domicile (y compris s'il s'agit d'une hospitalisation à domicile), en structure médico-sociale, en maison de retraite, etc.

Lorsque la sortie est un **transfert** ou une **mutation**, il faut préciser vers quel type d'unité le patient part et, lorsqu'il s'agit d'une unité de court séjour, vers quel service.

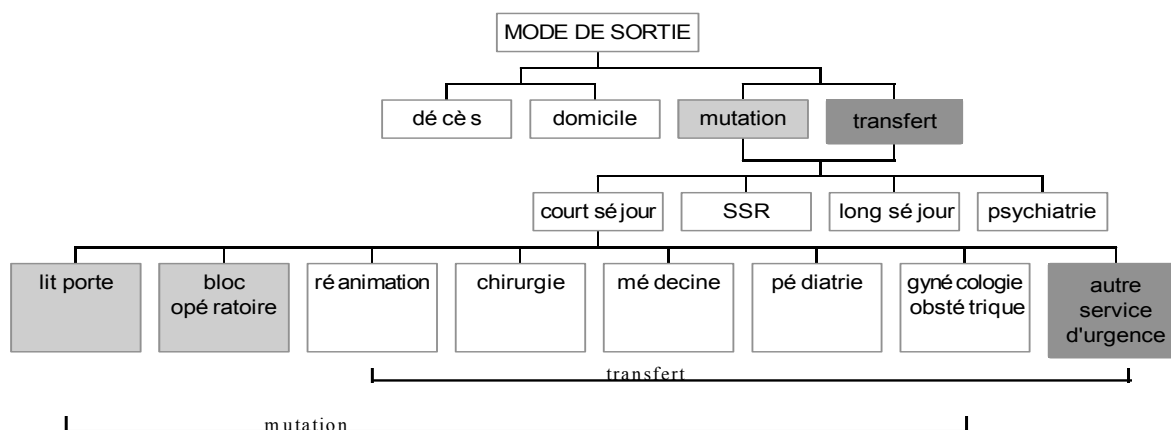
S'il s'agit d'une **mutation**, en **court séjour**, il faut préciser vers quel type de service part le patient :

- \* vers les lits-porte (zone de surveillance de très courte durée)
- \* vers le bloc opératoire
- \* vers une unité de réanimation
- \* vers une unité de médecine
- \* vers une unité de chirurgie
- \* vers une unité de pédiatrie
- \* vers une unité de gynéco-obstétrique

S'il s'agit d'un **transfert**, en **court séjour**, il faut préciser vers quel type de service part le patient :



- \* vers autre service d'accueil des urgences
- \* vers une unité de réanimation
- \* vers une unité de médecine
- \* vers une unité de chirurgie
- \* vers une unité de pédiatrie
- \* vers une unité de gynéco-obstétrique



#### j) *Durée de la prise en charge*

Il s'agit de déterminer le temps écoulé entre l'enregistrement (l'heure d'arrivée) et l'heure de sortie de l'UPCU. Il faut renseigner un intervalle de temps :

- moins de 30 mn ;
- de 30 à 60 mn ;
- de 1H à 2H ;
- de 2H à 4H ;
- plus de 4H.

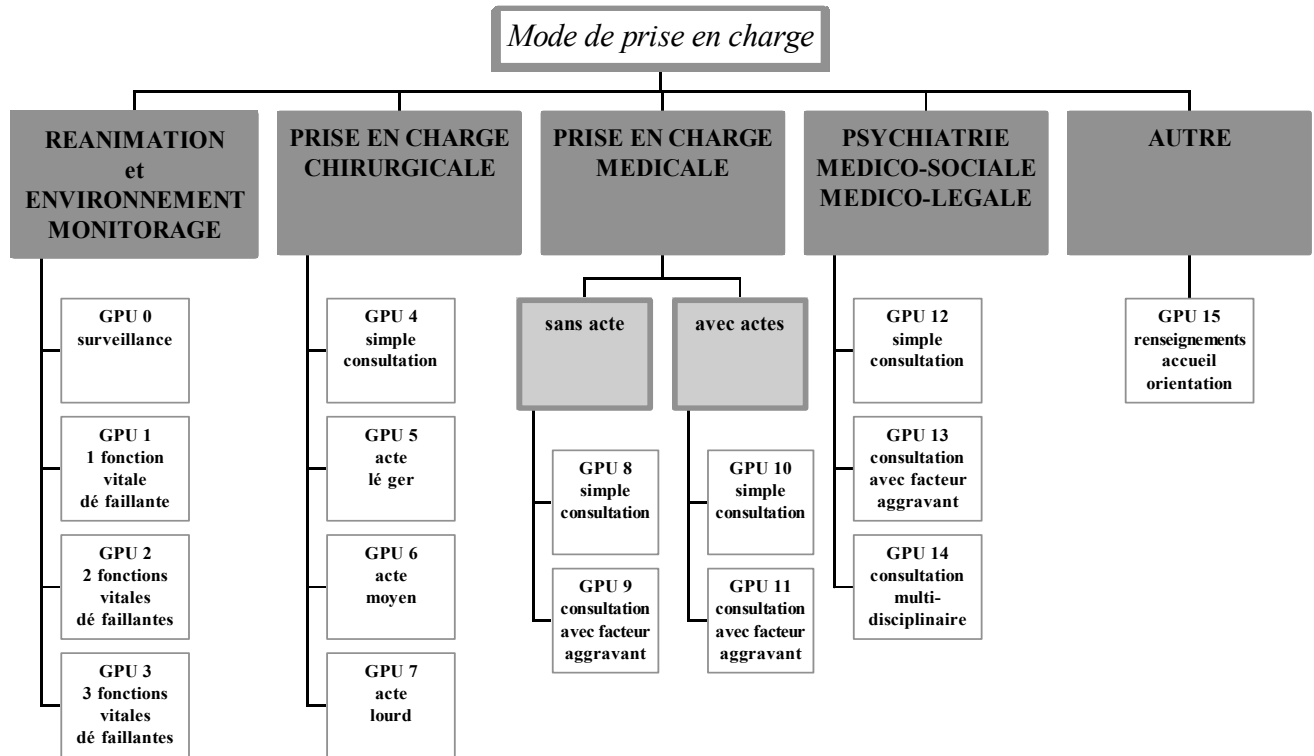
## 2- PRISE EN CHARGE MEDICALE DU PATIENT

### a) *La classification des passages aux urgences*

Cette classification est relative à la **prise en charge** des patients. La prise en charge se définit comme l'ensemble des soins, dispensés au patient, des efforts et consommations y afférents. Les différentes prises en charge ont été regroupées en cinq *catégories* (réanimation, chirurgie, médicale, psychiatrie et "autre") puis en *groupes de passage aux urgences (GPU) 0 à 15*. Le **choix du GPU** correspondant à la prise en charge d'un patient doit être **déterminé à la sortie de l'UPCU**. Le GPU retenu correspond au type de prise en charge qui a mobilisé **l'essentiel de l'effort médical et soignant** (pour l'explication des critères de choix du GPU voir page 5).

Concrètement, il faudra renseigner, pour chaque patient, le GPU correspondant à la prise en charge. **Un passage correspond à un et un seul GPU.**

# GROUPES DE PASSAGE AUX URGENCES



## b) La nature de la prise en charge

La nature de la prise en charge fait référence à un syndrome, à une maladie, à une symptomatologie restée sans diagnostic étiologique, ou encore à un mode de recours auprès du service des urgences (pour une prise en charge médico-légale par exemple). La nature de la prise en charge ne correspond donc pas à un diagnostic médical précis mais définit des entités plus vastes, mettant en oeuvre un environnement de consommation de ressources spécifiques. Il s'agit de décrire des entités diagnostics et/ou thérapeutiques dont la gravité, la lourdeur, et la spécificité correspondent à des procédures et des moyens particuliers.

Déterminer la nature de la prise en charge d'un passage équivaut à répondre à la question : « **Pour quelle urgence** ou **pour quoi** ce malade a-t-il été principalement pris en charge ? ». La nature de la prise en charge est donc déterminée à **la sortie** du patient du service des urgences, à partir d'une liste fermée. Le choix de la nature de la prise en charge est exclusif : c'est la nature de prise en charge **dominante** pour un passage à l'UPCU qui sera mentionnée.

*Par exemple :*

*Urgence neurologique : un recours pour une douleur périphérique d'origine neurologique ne nécessitant pas d'exploration spécialisée immédiate n'entrera pas dans le type "urgence neurologique" mais dans le type "urgence médicale autre".*

*Un recours pour une angine ou une bronchite sans autre conséquence fonctionnelle entrera dans le type "urgence médicale autre" et non dans le type "urgence respiratoire".*

## Nature de la prise en charge dominante

<b>Urgence neurologique</b>	AVC, AIT, hémorragie cérébrale qu'elle soit d'origine traumatique ou médicale, coma d'origine autre que toxicologique,...
<b>Urgence respiratoire</b>	crise d'asthme, détresse respiratoire, PNO, noyade,...
<b>Urgence cardio-vasculaire</b>	détresse cardiaque, IDM, embolie pulmonaire,...
<b>Urgence hémorragique</b>	hémorragie, qu'elle soit d'origine traumatique, lésionnelle (ulcère gastrique, varices oesophagiennes ...) ou CIVD, impliquant une transfusion en urgence, ...
<b>Urgence endocrinienne</b>	déséquilibre diabétique, cushing, hyperthyroïdie menaçante,...
<b>Urgence allergique grave</b>	choc anaphylactique,...
<b>Traumatologie superficielle</b>	plaies et hématomes uniques ou multiples, ...
<b>Traumatologie osseuse</b>	fractures et/ou luxation,...
<b>Polytraumatisme grave</b>	associant des lésions viscérales et/ou osseuses multiples impliquant une prise en charge de type déchocage, mise en condition pré-opératoire,...
<b>Brûlures</b>	
<b>Urgence chirurgicale autre</b>	glaucome aigu, epistaxis, etc.
<b>Urgence chirurgicale sans indication franche</b>	nécessitant une mise en observation et des explorations complémentaires,...
<b>Urgence toxicologique</b>	intoxication médicamenteuse, effet adverse d'un traitement, surdosage médicamenteux, intoxication au gaz,...
<b>Urgence obstétricale</b>	accouchement, menace d'accouchement prématuré, avortement, menace d'avortement,...
<b>Urgence médicale autre</b>	angine, bronchite, dermatose, etc.
<b>Urgence médico-légale</b>	mort à l'arrivée, viol ou agression sans lésion anatomique
<b>Urgence psychiatrique</b>	dépression, accès maniaque, etc.
<b>Urgence médico-sociale</b>	SDF, enfant abandonné, etc.

### *c) Temps médecin*

Concrètement, il s'agit de mentionner la durée consacrée par le(s) médecin(s)<sup>7</sup> à la prise en charge du patient, en dehors de la réalisation d'actes (déjà pris en compte à travers l'ICR correspondant à l'acte). Le relevé intègre également le **temps que le médecin consacre aux proches** du patient.

### *d) Avis de spécialistes*

La demande faite par le médecin responsable du patient pour avis spécialisé et/ou consultation complémentaire par un spécialiste doit être mentionnée. Lorsque tel est le cas, il convient de cocher s'il s'agit d'un avis de spécialiste de chirurgie, d'une spécialité médicale, de psychiatrie ou d'une autre spécialité.

### *e) Les Facteurs aggravants*

On notera en **facteur aggravant** des facteurs permettant de préciser le contexte de la prise en charge. Ils sont **liés à sa situation médicale ou sociale du patient**. Les cases réservées à ces items ne seront renseignées que si la présence d'un (ou plusieurs) de ces facteurs a eu une influence sur la prise en

---

<sup>7</sup> Il y a donc cumul du temps des médecins s'ils ont été plusieurs à prendre en charge le malade, et ce quel que soit le statut du médecin (senior, interne, etc.).

charge (en fait, si leur présence a entraîné une mobilisation médicale ou soignante **particulièrement** conséquente). Ces items peuvent être **cumulés**.

### Liste des facteurs aggravants

<b>Agitation et/ou agressivité</b>	Prise en charge nécessitant un renfort de personnel, des mesures thérapeutiques correctives (injections sédatives, contention), l'accompagnement ou la surveillance du patient.
<b>Difficultés de communication</b>	Prise en charge compliquée par la difficulté à communiquer avec le patient, due à des raisons médicales (intoxication), sociales culturelles ou linguistiques, etc.
<b>Intervention sociale et/ou administrative spécifiques</b>	Prise en charge nécessitant l'intervention d'une assistante sociale ou du personnel des urgences à des fins administratives, dans le but de recouvrir des droits, de déclarer une fugue, une agression, une hospitalisation sur demande d'un tiers, de prendre en charge des mineurs, etc.

#### *f) Brancardage*

Lorsque la prise en charge nécessite **l'accompagnement du patient** pour des examens complémentaires, que le patient soit sur un brancard ou une chaise roulante, cela doit être mentionné.

## **3- MESURE DE LA CHARGE EN SOINS INFIRMIERS**

La mesure de la charge en soins infirmiers est basée sur la méthode des SIIPS (Soins infirmiers individualisés à la personne soignée). Son adaptation à l'activité des urgences porte le nom de SEGUR.

### **A- RAPPELS CONCERNANT LA METHODE SIIPS**

La méthodologie des SIIPS, élaborée à l'Hôtel-Dieu de Paris, pour l'activité d'hospitalisation de court séjour traditionnelle, permet d'apprécier, de façon globale et synthétique les soins infirmiers délivrés à un patient. Dans les soins infirmiers, trois types de soins sont soumis à appréciation distinctement : les soins de base, les soins techniques et les soins relationnels et éducatifs. Des niveaux de soins différents (appelés classes) sont décrits dans chacune de ces fonctions. L'affectation du niveau global de soins correspondant à la situation clinique du patient est faite au moyen d'une grille de lecture.

### **B- L'ADAPTATION DES SIIPS AUX URGENCES**

L'adaptation de la méthode des SIIPS à l'activité des urgences a été faite sur la demande de la Mission PMSI en 1993 par un groupe de travail composé d'infirmières et mené par Madame Marie-Claude BEAUGHON (Hôtel-Dieu de Paris), concepteur des SIIPS.

Comme pour les SIIPS, le SEGUR est décomposé en trois types de soins : **soins de base, soins techniques; soins éducatifs et relationnels**. Chacun des types de soins comprend 4 ou 5 classes. Ces classes correspondent à la lourdeur des soins effectués, liée au temps moyen nécessaire à la réalisation des soins infirmiers. A classe de soins identiques, les fourchettes de temps sont identiques dans les 3 types de soins.

Comme dans les SIIPS, la liste des soins contenue dans le SEGUR n'est pas exhaustive. De même, le temps indiqué est un temps moyen qui représente ou bien le temps d'intervention d'un soignant ou bien le temps d'intervention d'un groupe de soignants.

### a) *Le SEGUR*

Les grilles présentées en annexe 4 détaillent les différentes classes de soins pour chacun des types de soins : soins de base, soins techniques, soins relationnels et éducatifs.

S'agissant des **soins de base**, on notera que les **enfants de 0 à 3 ans** se voient systématiquement attribuer le niveau de soins le plus élevé (classe 4 = 18 points), sauf si la présence d'un parent permet de le prendre en charge normalement.

Le **calcul final de la charge en soin** d'un patient (non demandé aux sites expérimentateurs) est obtenu en faisant la somme des points de chaque type de soins (de base, techniques, relationnels). Par exemple :

Soins de base = classe 2 (6 points)  
Soins techniques = classe 2 (6 points)  
Soins relationnels et éducatifs = classe 3 (12 points)  
TOTAL : 6+6+12 = 24 points

A noter : un patient peut ne bénéficier d'aucune activité dans 1 type de soins (cf classe 0 en soins de base ou techniques), voire dans 2 types de soins, mais pas dans 3 car l'accueil sera toujours effectué par un membre de l'équipe soignante (pas de classe 0 pour les soins relationnels et éducatifs).

Si, dans un type de soins, le patient bénéficie de soins plus ou moins lourds, n'appartenant pas à la même classe, c'est la classe la plus lourde qui l'emporte. Par exemple : *appréciation des principaux paramètres (classe 1)*, *injection IM (classe 1)*, *pansement simple (classe 1)*, *bandage simple (classe 1)*, *préparation et aide pour strapping (classe 3)*. La classe retenue dans les soins techniques sera la classe 3 soit 12 points.

### b) *Recueil*

Le relevé sera effectué, par l'équipe infirmière, pour chaque patient ayant bénéficié de soins infirmiers. **L'équipe infirmière doit être entendue dans une acception large, incluant les aides soignant(e)s**. La charge en soins infirmiers d'un patient doit donc être appréciée en tenant compte du travail effectué par l'ensemble de l'équipe de soins.

Seules les classes de soins seront renseignées pour chaque type de soins (le calcul du nombre de points total sera effectué automatiquement lors du traitement des données).

## 4- CONSOMMATION D'ACTES

L'ensemble des actes de médecine, de chirurgie, d'anesthésie et de réanimation, de radiologie et de biologie effectués dans le cadre de la prise en charge dans l'UPCU devront être recueillis.

*Attention* : les actes relevés sont ceux qui sont réalisés au titre du passage aux urgences. Lorsque les actes sont réalisés à l'issue du passage aux urgences, sans la participation active de l'équipe des urgences, ils devront figurer dans le RUM de l'unité clinique suivante et non dans le relevé de l'expérimentation. (Exemple : à l'issue du passage en UPCU, prescription d'un examen radiologique ; le patient est acheminé en radiologie puis est pris en charge par l'équipe du service clinique de destination. L'acte ne devra pas figurer dans le relevé de l'expérimentation).

### a) *actes médicaux*

Pour les **actes de médecine, de chirurgie, d'anesthésie et de réanimation, de radiologie** dont a bénéficié le patient au cours de sa prise en charge à l'UPCU, il convient de **cocher les cases**

**correspondantes aux actes**, sur le bordereau-patient qui contient une liste restreinte. Lorsque cela est proposé (pour ECG, gaz du sang, et autre acte de radiologie), il convient de mentionner également le **nombre d'actes**. Le recueil des actes réalisés doit être exhaustif : les actes peuvent être isolés ou concourant à la réalisation d'un autre, par exemple d'une anesthésie générale, dans tous les cas, ils doivent être notés.

Si certains actes ne figurent pas dans la liste, et **après avoir effectivement constaté leur absence**, il suffira de noter les **codes CdAM** des actes non mentionnés dans la liste restreinte, dans les cases du bordereau-patient réservées à cet effet ou de noter l'intitulé de l'acte qui devra être codé ultérieurement (par l'urgentiste ou le DIM). Il est donc possible d'inscrire 4 codes CdAM d'actes supplémentaires. Un thesaurus des actes réalisables aux urgences a été réalisé à cet effet (cf annexe 5).

**Le(s) étoile(s)** figurant à la suite de l'intitulé dans la liste du bordereau indiquent le degré de "lourdeur" de l'acte : une étoile correspond à un acte léger, deux étoiles à un acte moyen, trois étoiles à un acte lourd. Cette indication doit aider au codage des GPU (*attention*, il n'y a d'étoiles que pour les actes qualifiés de "chirurgicaux", puisque la lourdeur de l'acte n'intervient que dans cette catégorie). Pour **déterminer la lourdeur des actes supplémentaires**, il conviendra de se baser sur la **valeur de leur ICR** :  $0 \leq ICR \leq 20$  ce sont des actes légers ; pour  $21 \leq ICR \leq 30$  ce sont des actes moyens ; pour  $ICR \geq 31$  ce sont des actes qualifiés de lourd.

### ***b) Biologie***

S'agissant des bilans de biologie, 4 **niveaux** de consommation sont déterminés : [0-70] ; [71-150] ; [150-250] ; [251 et + ]. Chaque niveau correspond à une **fourchette de B**, déterminée par des experts. De plus, le nombre de bilans réalisés pour chaque niveau devra être mentionné

**Avant l'expérimentation, chaque site expérimentateur devra donc déterminer, avec son laboratoire, la valeur (en B) des différents bilans** qu'il demande régulièrement afin de n'avoir plus qu'à cocher les niveau correspondant. Dans le cas où il n'y aurait pas de bilan standard, mais un cumul d'examens distincts pour chaque patient, il revient à la charge du site expérimentateur de calculer le total des B qu'il demande pour chaque patient et de cocher le niveau correspondant.

## **5- CONSOMMATION DE MEDICAMENTS ET PRODUITS COUTEUX**

### ***a) produits sanguins***

Si le patient reçoit au cours de son passage au service des urgences des produits sanguins figurant sur la liste ci-dessous, on indiquera leur consommation sur la ligne correspondante du bordereau en reportant la quantité consommée par l'unité de compte adéquate (nombre de poches pour les culots globulaires, nombre de flacon pour le plasma lyophilisé, etc.).

### **Liste des produits sanguins**

Les consommations à relever sont les suivantes :

- Culot globulaire
  - phénotypé
  - et/ou déleucocyté
  - et/ou irradié
- Plasma
- Albumines humaines
- PPSB

- facteur antihémostatique A
- concentré plaquettaire
- gammaglobuline

Les culots globulaires et le plasma décongelé sont quantifiés par nombre de poches consommées. Les autres produits sanguins sont quantifiés par flacon.

***b) Médicaments coûteux :***

Si le patient reçoit au cours de sa venue l'un des médicaments ou kit de médicaments figurant dans la liste, on cochera la ligne correspondante (pour l'Anexate® il faudra également indiquer la quantité).

- fibrinolytiques Actilyse® ou Urokinase®
- fibrinolytiques (streptokinase)
- kit de trithérapie
- Anexate® (1mg - amp inj 10 ml)

# *ANNEXES*



## IV-ANNEXE 1 : GROUPE DE TRAVAIL

NOM	FONCTION
Dr <b>ALLIERES</b> (UNIOPSS)	Chef du service des urgences, Hôpital Léopold Bellan, Paris
Dr <b>ARENAZ</b> (Direction des hôpitaux)	Mission PMSI
Dr <b>BISMUTH</b> (Conférence des Pdts de CME de CH)	PH- DIM du CHU de Dijon
M. <b>BOTTON</b> (Etab. de l'ENC)	Chef de service du DIM, CH de Villefranche
Dr. <b>BRIGNONEN</b>	Responsable du Département PMSI à la Générale de Santé.
Dr <b>CONSO</b> (Direction des hôpitaux)	Mission PMSI
Dr <b>DELFORGES</b> (FIEHP)	Aministrateur
Dr <b>FABRE</b>	Médecin attaché au DIM du CHU de Toulouse
Mme <b>LAURIN</b> (FIEHP-MCO)	Chargé d'études
M. <b>LENAY</b> (Direction des hôpitaux)	Doctorant au CGS à l'Ecole des Mines, Stagiaire à la Mission PMSI
Dr <b>LEPOUTRE</b> (FEHAP)	Chef du service des urgences, Groupe hospitalier Saint Philibert - Saint Vincent, Lomme
Melle <b>MATHY</b> (Direction des hôpitaux)	Mission PMSI
Dr <b>MAYAULT</b> (Etab.de l'ENC)	Chef de service du DIM, CH de Gonesse
Dr <b>ORIO</b>	PH- Service des urgences, CHU Nantes
Dr. <b>RUIZ</b> (Etab. de l'ENC)	Chef de service du DIM du CH d'Albi
Dr. <b>SEBBAH</b> (Etab. de l'ENC)	Chef du service des urgences, CH-Gonesse
M. <b>SEKNAZI</b> (Général de Santé)	Chef du service des urgences, Hôpital privé Claude Galien, Quincy sous Sénart
M. <b>SERRIERE</b> (Générale de Santé)	Directeur Institut Jacque Cartier, Massy
M. <b>TRIBOULET</b> (ADIMEHP)	Attaché de direction
Dr <b>VIBET</b> (CNAMTS)	Médecin Conseil
Dr <b>VIDAL</b> (Conférence des Pdts de CME de CH)	Chef du service des urgences, CH de Niort

## V-ANNEXE 2 : SITES EXPERIMENTATEURS

### **CENTRES HOSPITALIERS REGIONAUX ET AP-HP**

Centre Hospitalier Régional Universitaire, NANTES  
Hôpital Lariboisière, AP-HP  
Centre Hospitalier Régional Universitaire, BORDEAUX  
Hôpital St Antoine, AP-HP  
Centre Hospitalier Régional Universitaire, DIJON  
Centre Hospitalier Régional Universitaire, TOULOUSE

### **CENTRES HOSPITALIERS PUBLICS**

Centre Hospitalier, GONESSE  
Centre Hospitalier St Louis, LA ROCHELLE  
Centre Hospitalier, ALBI  
Centre Hospitalier Louise Michel, EVRY  
Centre Hospitalier, VILLEFRANCHE / SAONE  
Centre Hospitalier Jean Rostand, SEVRES  
Centre Hospitalier, WISSEMBOURG

### **ETABLISSEMENTS PRIVES**

#### **• Participant au service public hospitalier**

Hôpital Notre Dame du perpétuel secours, LEVALLOIS PERRET  
Fondation hôpital St Joseph, MARSEILLE  
Hôpital St Joseph, PARIS  
Centre hospitalier, SAINT AVOLD  
Hôpital Foch, SURESNES  
Hôpital St Michel, PARIS  
Centre hospitalier, FORBACH  
Clinique mutualiste la roseraie, VENISSIEUX  
Hôpital Saint Vincent, LILLE  
Hôpital Saint Philibert, LOMME  
HôteL-Dieu, LE CREUSOT  
Polyclinique de la grande Synthe, GRANDE SYNTHE  
Clinique Médico-chirurgicale Teissier, VALENCIENNES  
Policlinique mutualiste Henri Malartic, OLLIOULES  
Hôpital de la Croix St Simon, PARIS  
Hôpital Leopold Bellan, PARIS  
Centre chirurgical et maternité, AUCHEL  
Clinique mutualiste Arnaud Duben, PESSAC

#### **• A but lucratif**

Hôpital privé de l'ouest parisien, TRAPPES  
Clinique du Petit Colmoulin, HARFLEUR  
Centre médico-chirurgical de la porte de Pantin, PARIS  
Institut hospitalier Jacques Cartier, MASSY  
Polyclinique de Rillieux, RILLIEUX

Hôpital privé Claude Galien, QUINCY SOUS SENART  
Hôpital privé du Nord Parisien, SARCELLES  
Clinique du bois de Verrière, ANTONY  
Hôpital privé de l'est parisien, AULNAY SOUS BOIS  
Clinique la Casamance, AUBAGNE  
Centre médico-chirurgical de Parly II, LE CHESNAY  
Clinica, CANNES  
Polyclinique Clairval, MARSEILLE



## **VI-ANNEXE 3 :**

### **VII-LOI INFORMATIQUE ET LIBERTE**

Ci-dessous, un modèle d'affichage à prévoir dans les locaux d'accueil pour informer les patients de l'existence d'un recueil d'informations les concernant.

Nous vous informons qu'à partir du 30 novembre 1998, et pour une période de quinze jours, l'unité d'accueil et de traitement des urgences dans laquelle vous êtes pris en charge, fait partie d'un programme mis en oeuvre par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, afin d'améliorer des outils de gestion hospitalière permettant notamment de mieux connaître l'activité médicale des hôpitaux.

Il est possible que des informations médico-administratives vous concernant soient recueillies au cours de ce programme.

Nous vous remercions de votre coopération et nous vous rappelons que votre médecin se tient à votre disposition pour vous communiquer toute information complémentaire.

## VIII-ANNEXE 4 : SEGUR

ECHELLE DE SCORES EN SOINS DE BASE EN RAPPORT AVEC LE PATIENT	
<b>CLASSE 4 18 points</b>	<b>Patient présentant une dépendance totale</b>
temps moyen pour intervention 90 minutes	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Intervention nécessitant l'aide totale de 2 personnes :               <ul style="list-style-type: none"> <li>*pour installation du patient sur brancard dans SAS (pompiers, ambulances, ...)</li> <li>*pour déshabillage - habillage</li> </ul> </li> <li>* Présence constante d'1 personne pour surveillance</li> <li>*Soins d'hygiène légers :               <ul style="list-style-type: none"> <li>* toilette fréquentes (diarrhées, vomissements..)</li> <li>* bain et épouillage (SDF, ...)</li> <li>* toilette au polyfracturé</li> </ul> </li> <li>* Accompagnement et surveillance du patient sur brancard avec aide à la manutention pour examen complémentaire :               <ul style="list-style-type: none"> <li>* examen radiologique</li> <li>*endoscopie</li> <li>*blocs, ...</li> </ul> </li> </ul>
<b>CLASSE 3 12 points</b>	<b>Patient présentant une dépendance majeure</b>
temps moyen pour intervention 60 minutes	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Intervention nécessitant l'aide totale de 1 personnes :               <ul style="list-style-type: none"> <li>*pour l'installation du patient sur brancard dans SAS (ambu, voit. particulière, ...)</li> <li>*pour déshabillage - habillage</li> </ul> </li> <li>* Présence fréquente d'1 personne pour surveillance</li> <li>*Soins d'hygiène lourds :               <ul style="list-style-type: none"> <li>* toilette partielle ( changes, ...)</li> <li>* hygiène corporelle locale</li> </ul> </li> <li>* Accompagnement et surveillance du patient sur brancard sans aide à la manutention pour examen complémentaire :               <ul style="list-style-type: none"> <li>* examen radiologique</li> <li>*endoscopie</li> <li>*blocs, ...</li> </ul> </li> </ul>
<b>CLASSE 2 6 points</b>	<b>Patient présentant une dépendance partielle</b>
temps moyen pour intervention 30 minutes	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Intervention nécessitant l'aide partielle d'1 personnes :               <ul style="list-style-type: none"> <li>*pour l'installation du patient sur chaise dans SAS ou salle d'attente (ambu, voit. particulière, ...)</li> <li>*pour déshabillage - habillage</li> </ul> </li> <li>* Présence intermittente pour surveillance</li> <li>*Aide partielle pour soins de confort :               <ul style="list-style-type: none"> <li>* donner bassin, pistolet, haricot, couverture, ...</li> <li>* installation et distribution repas (verre d'eau, collation, ...)</li> </ul> </li> <li>* Accompagnement du patient sur chaise pour examen complémentaire ou attente du retour à domicile :               <ul style="list-style-type: none"> <li>* examen radiologique</li> <li>*endoscopie</li> <li>*salle d'attente, SAS, ...</li> </ul> </li> </ul>
<b>CLASSE 1 2 points</b>	<b>Patient dont l'état nécessite une aide ponctuelle</b>
temps moyen pour	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Intervention nécessitant une aide ponctuelle :               <ul style="list-style-type: none"> <li>*pour l'installation, déshabillage - habillage (malade valide)</li> </ul> </li> <li>* intervention pour faciliter l'orientation du patient</li> <li>*Aide ponctuelle aux soins de confort :</li> <li>* Accompagnement du patient valide pour examen</li> </ul>

intervention 10 minutes	complémentaire ou attente du retour à domicile : * examen radiologique *endoscopie *salle d'attente
<b>CLASSE 0 0 points</b>	<b>Patient ne relevant d'aucun soin de base</b>
0 minute	

ECHELLE DE SCORES EN SOINS TECHNIQUES EN RAPPORT AVEC LE PATIENT	
<b>CLASSE 4 18 points</b>	<b>Patient dont l'état nécessite des soins continus et intensifs</b>
temps moyen pour intervention 90 minutes	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Surveillance continue des principaux paramètres</li> <li>*Mise en place de traitements, techniques face à l'arrêt d'une fonction vitale</li> <li>* Surveillance du réveil anesthésique</li> <li>*Préparation et aide : <ul style="list-style-type: none"> <li>* pour intubation, pour ventilation artificielle + surveillance</li> <li>*pour pose drain thoracique, cystocath, sonde de blackmore</li> <li>* pour pose voie veineuse centrale (habillage stérile)</li> <li>*pour évacuation d'un hématome, abcès, corps étranger + pansement</li> <li>*pour suture de plaie profonde ou étendue (+10pts) + pansement</li> <li>*à l'induction pour réduction luxation</li> </ul> </li> <li>*Préparation en vue d'une intervention (champ opératoire)</li> <li>*Pansement complexe : <ul style="list-style-type: none"> <li>* plaie abdominale</li> <li>*brûlé &gt; 20%, brûlé face + extrémités</li> </ul> </li> </ul>
<b>CLASSE 3 12 points</b>	<b>Patient dont l'état nécessite des soins multiples et complexes</b>
temps pour intervention 60 minutes	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Surveillance des principaux paramètres (+ de 2 fois)</li> <li>*Préparation et aide : <ul style="list-style-type: none"> <li>* pour ponction du genou et lombaire</li> <li>*pour pose de mèches nasales (épistaxis)</li> <li>*pour suture de plaie moyenne (5 à 10 pts) + pansement</li> <li>*pour confection d'un plâtre</li> <li>* pour strapping</li> </ul> </li> <li>* Immobilisation de membres (dujarrier, ...)</li> <li>* Pose de dreep pour alimentation parentérale, de transfusion + surveillance</li> <li>* Pose de sonde urinaire (protocole de sondage),</li> <li>* Pose d'1 voie vein. périf. + préparation injection produits médicamenteux à la seringue électrique + surveillance</li> <li>*Lavage gastrique + surveillance</li> <li>*Pansement lourd : doigts, membres, brûlé &gt;10% et &lt;20%</li> </ul>
<b>CLASSE 2 6 points</b>	<b>Patient dont l'état nécessite une intensité de soins modérée</b>
temps moyen pour intervention 30 minutes	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Surveillance des principaux paramètres (2 fois)</li> <li>*Préparation et aide pour suture de petite plaie (entre 1 et 5 pts)</li> <li>*Aérosol médicamenteux</li> <li>* Injection : IVD, SAT + VAT</li> <li>* Enregistrement ECG</li> <li>* Immobilisation légère (petites attelles)</li> <li>* Pose de sonde gastrique</li> <li>* Pose d'1 voie vein. périf. + préparation + injection produits médicamenteux</li> <li>* Prélèvement artériel (gazométrie) ou veineux (+ 4 tubes/hémocultures)</li> <li>* Pansement simple : nét. et trempage de plaie ou plaie superficielle, brûlé &lt;10%</li> <li>*Bandage complexe (thorax, abdomen, face)</li> </ul>
<b>CLASSE 1 2 points</b>	<b>Patient dont l'état nécessite des soins légers</b>

temps moyen pour intervention 10 minutes	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Appréciation des principaux paramètres (1 fois)</li> <li>* Branchement oxygène (lunettes)</li> <li>* Vaccination ou rappel</li> <li>* Injection: IM, SC</li> <li>* Médicament per os</li> <li>* Prélèvement par ponction veineuse directe : (4 tubes maximum)</li> <li>* Test simple sur place : (hémoglucotest, hémocue, saturométrie, anal. urines)</li> <li>* Pansement simple : pansement sec, alcoolisé, désinfection éraflures</li> <li>* Bandage simple (membre, main, pied)</li> </ul>
<b>CLASSE 0</b> <b>0 points</b>	<b>Patient ne relevant d'aucun soin technique</b>
0 minute	

**ECHELLE DE SCORES EN SOINS RELATIONNELS/EDUCATIFS EN RAPPORT AVEC LE PATIENT**

<b>CLASSE 4</b> <b>18 points</b>	<b>Patient présentant de multiples problèmes psycho-sociaux</b>
temps moyen pour intervention 90 minutes	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Aide à une situation de crise : <ul style="list-style-type: none"> <li>* relation avec patient psychiatrique, désorienté, toxicomane, ...</li> </ul> </li> <li>* Soutien et relation d'aide : <ul style="list-style-type: none"> <li>* accompagnement du mourant</li> <li>* Soutien psychologique de la famille dans une situation dramatique</li> </ul> </li> <li>* Prise en charge complète : <ul style="list-style-type: none"> <li>* des demandes de rendez-vous</li> </ul> </li> <li>* Explication écrite de CA et du protocole de surveillance</li> </ul>
<b>CLASSE 3</b> <b>12 points</b>	<b>Patient présentant une altération majeure à la communication</b>
temps moyen pour intervention 60 minutes	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Aide à la communication écrite, parlée, gestuelle</li> <li>* Aide à une situation de relation difficile : <ul style="list-style-type: none"> <li>* écouter, rassurer, calmer le patient et/ou sa famille</li> <li>* information importante, soutenue sur l'état de santé du patient</li> </ul> </li> <li>* Explication sur CAT et protocole de surveillance : <ul style="list-style-type: none"> <li>* hygiène de vie, plâtre, pansement, ...</li> <li>* Prise de rendez-vous de consultation</li> <li>* radiographie éventuelle</li> </ul> </li> </ul>
<b>CLASSE 2</b> <b>6 points</b>	<b>Patient présentant une modification du comportement</b>
temps moyen pour intervention 30 minutes	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Information précise auprès du patient et/ou sa famille <ul style="list-style-type: none"> <li>* recueil de données élaborées</li> </ul> </li> <li>* Mise en place d'un climat de confiance : <ul style="list-style-type: none"> <li>* rassurer</li> <li>* expliquer le déroulement des soins</li> </ul> </li> <li>* Aide et soutien psychologique : <ul style="list-style-type: none"> <li>* Informer ponctuellement la famille sur l'état de santé du patient</li> </ul> </li> <li>* Explication répétée avec reformulation</li> </ul>
<b>CLASSE 1</b> <b>2 points</b>	<b>Patient lucide ne posant pas de problème particulier</b>
temps moyen pour intervention 10 minutes	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Accueil, orientation</li> <li>* Information ponctuelle et succincte auprès du patient</li> <li>* Présentation rapide du déroulement du soin</li> <li>* Explication simple sur CAT pour la sortie du patient du service d'accueil et de traitement des urgences : <ul style="list-style-type: none"> <li>* compréhension rapide et correcte du patient</li> </ul> </li> <li>* Confirmation téléphonique de la présence du patient au service d'accueil et de traitement des urgences</li> </ul>

## IX-ANNEXE 5 :

### X-LISTES DES ACTES DU CDAM POUR LES URGENCES

La liste jointe est un extrait du Catalogue des Actes Médicaux (CdAM).

- extrait des champs ALPHA et GAMMA du CdAM (B.O n° 96/10 bis et 95/9 bis) pour les actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des actes d'imagerie médicale ;
- extrait du champ OMEGA du CdAM (B.O n°95/4 bis) pour les actes de réanimation.
- extrait du champ BETA du CdAM (B.O n°95/4 bis) pour les actes d'anesthésie (seuls les codes "type d'anesthésie et de réveil anesthésique" sont pris en compte).

**Rappel** : pour déterminer la lourdeur des actes supplémentaires qualifiés de "chirurgie", il conviendra de se baser sur la valeur de leur ICR :

- $0 \leq \text{ICR} \leq 20$  acte léger ;
- $21 \leq \text{ICR} \leq 30$  acte moyen ;
- $\text{ICR} \geq 31$  acte lourd.