

*MINISTÈRE DE LA SANTE,  
DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES  
Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins  
8, Avenue de Ségur - 75350 PARIS 07 SP*

*RÉPUBLIQUE FRANÇAISE*

Sous Direction de la qualité  
et du fonctionnement des établissements de santé  
DHOS/E3/ Mission PMSI  
Personne chargée du dossier :  
Evelyne BELLIARD  
E-mail : [evelyme.belliard@sante.gouv.fr](mailto:evelyme.belliard@sante.gouv.fr)

**Le 31 mai 2002**

# **Consignes de production**

## **des résumés de passage aux urgences**

**Test du 24 juin au 30 juin 2002**

## Sommaire

	pages
- Objectif du recueil du « résumé de passage aux urgences »	3
- Modalités du test du « résumé de passage aux urgences »	4
- La classification des « groupes de passages aux urgences »	5
- Champ de production des « résumés de passage aux urgences »	6
- Le recueil du RPU au regard de la loi du 6 janvier 1978	7 et 8
- Transmission des données du test	9
- Retour d'information aux établissements	10
- Les prises en charges concernées par le recueil du RPU	11
- Les informations du « résumé de passage aux urgences »	12 à 17
<b>Annexes</b>	
- Questionnaire du résumé de passage aux urgences (test du 24 au 30 juin 2002)	18 à 25
- Format du résumé de passage aux urgences (test du 24 au 30 juin 2002)	19
- Liste fermée des actes classants à renseigner sur le RPU	20
- Liste des membres du groupe de travail « Financement des urgences »	21 à 23
	24 à 25

## Objectif du recueil du « résumé de passage aux urgences »

Le recueil médicalisé de « résumés de passage aux urgences » (RPU) va être généralisé en 2003. Il concernera l'ensemble des services d'accueil et de traitement des urgences ayant une autorisation d'exercer en tant qu'UPATOU, SAU ou POSU.

Ce recueil d'informations a pour objectif d'intégrer, à terme, le « case-mix »<sup>1</sup> des unités concernées dans les éléments et critères pris en compte pour en moduler le financement<sup>2</sup>.

Dans l'éventualité de l'instauration d'un mode de financement spécifique, et compte tenu de l'accroissement constant du volume d'activité des unités d'accueil et de traitement des urgences, depuis une dizaine d'années, la description de l'activité de ces services devient un élément essentiel. Actuellement en débat au sein de la mission « expérimentation d'un système de tarification dit « à la pathologie », ce financement est envisagé dans un premier temps uniquement sur la base d'un forfait fixe et d'une rémunération en fonction du volume d'activité, et cela qu'il s'agisse des cliniques sous OQN ou des établissements financés par dotation globale.

Outre l'objectif de financement spécifique des services d'accueil et de traitement des urgences, la mise en place de ce recueil vise à **améliorer la connaissance et l'organisation de l'activité de ces services**, tant au sein des établissements de santé qu'à l'extérieur de ceux-ci.

Le « résumé de passage aux urgences » (RPU) a ainsi pour vocation de constituer **une information standardisée** sur les passages aux urgences.

Cette information **minimum et commune** à l'ensemble des services d'accueil et de traitement des urgences doit ainsi permettre :

- de discriminer l'activité des ces services d'un point de vue médico-économique, et selon leur type d'autorisation (UPATOU, SAU ou POSU),
- mais aussi de mieux connaître et comparer l'activité de ces services en termes :
  - de caractéristiques socio-démographiques des patients pris en charge,
  - d'attractivité, notamment à partir du code postal du lieu de résidence des patients,
  - de variations saisonnière, journalière et horaire de l'activité,
  - de durée des prises en charge,
  - de morbidité des patients pris en charge,
  - et du volume et de la nature des actes réalisés.

<sup>1</sup> Le « case-mix » constitue l'éventail des prises en charges réalisées par un service hospitalier, d'un point de vue médico-économique. La classification des « Groupes de Passages aux Urgences » (GPU) constitue l'outil permettant de classer spécifiquement les passages aux urgences, de ce point de vue.

<sup>2</sup> Confer circulaire DHOS n°433 du 10 septembre 2001, relative au « projet de mise en œuvre progressive d'un financement propre aux urgences ».

## **Modalités du test du « résumé de passage aux urgences »**

**La mise en place du recueil du RPU en 2003 doit, bien entendu, être précédée de la réalisation d'un test, afin que les établissements de santé et l'ensemble des partenaires concernés soient informés et puissent se préparer à cette « nouvelle donne ».**

C'est à cette fin que la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) a organisé le test du RPU en juin 2002, proposé à l'ensemble des services d'urgences. Ainsi un courrier d'information a été adressé le 16 avril 2002 à l'ensemble des directeurs d'établissements de santé dotés d'un service d'accueil et de traitement des urgences et, en copie, aux médecins chefs des urgences, aux présidents des commissions ou conférences médicales d'établissements et aux médecins responsables de l'information médicale.

A ce jour, toutes les unités d'accueil et de traitement des urgences ne sont pas informatisées : afin que des services ne se trouvent pas exclus de cette phase expérimentale du fait de ce défaut d'informatisation, **le test du RPU peut ainsi être réalisé par simple « recueil papier » et est par ailleurs limité à une coupe transversale sur une seule semaine : du 24 juin au 30 juin 2002.**

La réalisation de ce test est fondée sur le volontariat : y participer ne revêt donc aucun caractère obligatoire. Il est néanmoins de l'intérêt de tous les établissements d'y participer afin de se préparer au mieux à la généralisation du recueil médicalisé de l'activité des urgences, notamment en réfléchissant aux modalités d'organisation de la saisie des données.

**Cet essai préalable permettra en outre d'optimiser les modalités de ce recueil, en termes d'organisation, de contenu, de consignes et d'outils** (fonction groupage, anonymisation, thésaurus).

## La classification des « groupes de passages aux urgences »

Plusieurs outils permettent de décrire et analyser l'activité des services d'accueil et de traitement des urgences, selon des optiques différentes :

- La **classification des groupes d'étude muticentrique des services d'accueil des urgences (GEMSA)**<sup>3</sup> constitue une classification a posteriori des trajectoires des patients accueillis aux urgences. Elle distingue 6 types de passages aux urgences selon :
  - le caractère programmé de la prise en charge,
  - et l'hospitalisation ou non du patient après son passage aux urgences.
- La **classification clinique des malades aux urgences (CCMU)**<sup>4</sup> constitue une classification a priori établie sur la base de l'examen initial des patients, réalisé dans les 10 à 15 premières minutes de leur prise en charge. Elle distingue 5 niveaux de prises en charge selon :
  - l'état clinique déterminé a priori : jugé stable / jugé susceptible de s'aggraver / engageant ou non le pronostic vital,
  - et les procédures à mettre en œuvre ou non.
- La **classification des groupes de passages aux urgences (GPU)** constitue une classification a posteriori des prises en charges aux urgences, classant celles-ci dans des groupes homogènes au niveau médical et au niveau économique de la consommation des ressources. Cette classification, élaborée initialement à dire d'experts, a fait l'objet d'une étude réalisée en 1998 par la Mission PMSI de la DHOS, qui a vérifié son pouvoir discriminant en matière de consommation de ressources. Selon cette étude, la classification des GPU explique en effet 53 % de la variance du coût total des passages aux urgences et constitue ainsi un outil adapté à des fins de description et de valorisation médico-économique de l'activité des urgences<sup>5</sup>. C'est la raison pour laquelle, le « résumé de passages aux urgences » comporte, entre autres, les éléments permettant leur groupage en GPU.

### La classification des GPU distingue :

- **4 grands modes de prise en charge** aux urgences :
  - « Réanimation et soins intensifs »,
  - « Prise en charge médico-chirurgicale »,
  - « Prise en charge médico-légale, sociale ou psychiatrique »,
  - « Simple contact administratif ou médico-soignant » ;

### et 16 groupes iso-ressources selon :

- le nombre de fonctions vitales supplées (réanimation),
- la présence et la lourdeur des actes réalisés,
- la présence de facteurs aggravants et/ou le recours à l'avis d'un spécialiste.

L'algorithme de groupage des RPU en « groupes de passages aux urgences » n'est pas présenté

<sup>3</sup> La classification GEMSA a été élaborée par la Commission de médecine d'urgences de la Société de réanimation de langue française.

<sup>4</sup> La classification CCMU a été élaborée par l'Association pour la recherche aux urgences.

<sup>5</sup> Les résultats de cette étude sont présentés dans un document d'août 1999, disponible sur demande : « Classification de l'activité des unités de prise en charge des urgences ».

ici.

## **Champ de production des résumés de passage aux urgences**

### **Services concernés**

Le recueil du « résumé de passage aux urgences » (RPU) ne peut être réalisé que par les **services d'accueil et de traitement des urgences dotés d'une autorisation SAU, POSU ou UPATOU**.

Ainsi ne sont pas concernés par ce recueil :

- les services d'urgences des établissements spécialisés en psychiatrie,
- les services d'unités médico-judiciaires,
- les services non dotés d'une autorisation (SAU, POSU ou UPATOU) ayant néanmoins passé un contrat dit « de relais » avec un établissement siège d'une UPATOU,
- les services cliniques ayant une activité de prises en charge non programmées (en gynécologie-obstétrique, pédiatrie, cardiologie, traitement des brûlés, etc...) qui ne détiennent pas une autorisation de type POSU.

Les services d'urgences des cliniques sous OQN sont également concernés par le recueil du RPU et par son test.

### **Cadre du test de juin 2002**

**Pour participer au test du recueil du RPU du 24 au 30 juin 2002**, les services d'accueil et de traitement des urgences doivent être dotés d'une **autorisation SAU, POSU ou UPATOU depuis au moins le 1<sup>er</sup> janvier 2002**.

Le fait que la « visite de conformité » d'un service d'urgences n'ait pas encore été réalisée ne constitue pas un critère d'exclusion de ce test.

**La réalisation de ce test est fondée sur le volontariat : y participer ne revêt aucun caractère obligatoire.**

La participation au test du RPU en juin 2002 est engagée au niveau du service d'urgences autorisé :

- **ainsi, les établissements géographiques, et a fortiori les entités juridiques, possédant plusieurs services d'urgences autorisés, peuvent participer au test au titre d'un seul de ces services ;**
- **les unités d'urgences partageant la même autorisation (par exemple unité « urgences générales » et unité « urgences pédiatriques ») peuvent éventuellement participer au test au niveau d'une seule unité.**

## Le recueil du RPU au regard de la loi du 6 janvier 1978

Le « résumé de passage aux urgences » constitue un recueil indirectement nominatif, et doit, à ce titre, faire l'objet d'une demande d'avis à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

### Procédure particulière pour le test

Afin d'alléger la charge de travail des établissements de santé se portant volontaires pour réaliser le test du RPU, ainsi que celle des services de la CNIL, **la DHOS se charge de cette demande d'avis à la CNIL**, dispensant ainsi de cette démarche l'ensemble des établissements concernés par le test.

Afin de préserver l'anonymat des patients concernés par cette coupe, tout en limitant la charge de travail des établissements, la **procédure d'anonymisation des données** sera de la même façon **réalisée par le Centre de traitement de l'information du PMSI (CTIP)**. Ainsi, les données du test ne feront l'objet d'un traitement statistique qu'une fois qu'elles auront été anonymisées, selon des modalités validées par la CNIL.

Pour se conformer aux exigences de la loi du 6 janvier 1978, **les services d'urgences participant au test doivent informer les patients de l'existence de ce recueil expérimental**. Vous trouverez en page suivante un **modèle d'information**, qui pourrait ainsi leur être communiqué, notamment par voie d'affichage dans les locaux accessibles au public (par exemple, salle d'attente). Ce modèle d'information sera également téléchargeable sur le site du PMSI ([www.le-pmsi.fr](http://www.le-pmsi.fr)) au cours du mois de juin 2002.

### Procédure classique pour la généralisation en 2003

**Cette procédure particulière ne sera utilisée que dans le cadre expérimental du test du RPU**, étant entendu que s'agissant de la généralisation du RPU en 2003, une procédure d'anonymisation des données par les établissements eux-mêmes sera mise en place, à l'instar de la démarche PMSI en MCO et en SSR.

Le format du « résumé de passage aux urgences anonymisé », les modalités et délais de leur transmission aux services déconcentrés de l'état seront définis ultérieurement par arrêté.

# **COMMISSION NATIONALE**

## **DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTÉS**

Ce service d'accueil et de traitement des urgences participe à l'expérimentation d'un recueil, mis en œuvre par le Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, afin de mieux connaître et gérer l'activité des services d'urgences.

Au cours de ce recueil, qui se déroulera du lundi 24 juin à 0 heure au dimanche 30 juin à 24 heures, et sauf opposition motivée de votre part, certains renseignements vous concernant feront l'objet d'un enregistrement, et ceci dans le strict respect du secret médical et dans la garantie de votre anonymat.

Conformément à la déontologie médicale et aux dispositions de la loi informatique et libertés\*, en particulier les articles 34 et 40 de la loi du 6 janvier 1978, tout patient concerné par ce recueil peut exercer ses droits d'accès et de rectification auprès du médecin responsable du service des urgences dans lequel il a été pris en charge.

*\* Articles 26, 27, 34 et 40 de la loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.*

**Commission nationale de l'informatique et des libertés**  
**21, rue saint guillaume - 75340 paris cedex 07**  
**téléphone : 01 53 73 22 22 - télécopie : 01 53 73 22 00**



## Transmission des données du test

La transmission des données recueillies au cours du test devra être réalisée **avant le 31 juillet 2002**.

Les services d'urgences participant au test ont le **choix entre deux modes de transmission des informations** :

- **sur « questionnaires papier »**,
- **par fichier informatique**, les services d'urgences (ou les établissements) devant alors développer eux-mêmes une application informatique, sur la base du format de fichier présenté en annexe.

Certains services qui ont opté pour une transmission de leurs données sur fichier informatique, peuvent néanmoins organiser en amont un « recueil papier », avant saisie informatique. A cet effet, un lot de questionnaires est adressé à chaque service volontaire, quel que soit le mode de transmission des données choisi.

**Les « questionnaires papier »** doivent être **transmis, par courrier recommandé, à la Société SEPSI-IRIS France** dont l'adresse est la suivante :

Société SEPSI-IRIS France  
Service Bureau – DHOS  
Parc d'activités du Moulin de Massy  
19, rue du Saule Trapu  
91882 Massy cedex

Une planche d'étiquettes à l'adresse de SEPSI-IRIS sera jointe à l'envoi des questionnaires.

Par mesure de sécurité (risque de colis égaré etc...), il est recommandé aux établissements de faire une photocopie des questionnaires avant leur envoi.

En revanche, et contrairement à l'indication fournie dans le courrier DHOS du 16 avril 2002 (sollicitant la participation des établissements au test du RPU), en cas de constitution d'un **fichier informatique** des données recueillies, la **transmission** de celui-ci sera réalisée, **sous forme de disquette, et sous format texte au Centre de traitement de l'information du PMSI** dont l'adresse est la suivante :

Centre de traitement de l'information du PMSI (CTIP) – Université de Paris VI  
Docteur Max BENSADON  
12, rue Cuvier  
75252 Paris 05

*Voir en annexe le format texte du RPU*

De la même façon, les établissements devront réaliser une copie du fichier ainsi adressé.

## Retour d'information aux établissements

**En août 2002**, un **fichier des données saisies** sera retourné au « référent » de chaque service d'urgences ayant participé au test. Les établissements pourront ainsi, dès ce moment, procéder eux mêmes aux traitements qu'ils souhaitent.

Un **retour d'informations exploitées** sera organisé **en octobre 2002**, fournissant en particulier, à chaque service d'urgences ayant participé au test, une image de son « case-mix », ou éventail des prises en charge aux urgences entre le 24 et le 30 juin 2002, selon leur classement en « groupes de passages aux urgences » (GPU).

Dans le cadre de ce retour d'information, un **deuxième fichier de résumés de passages aux urgences rendus anonymes et groupés en GPU** sera transmis au « référent ».

**L'individualisation des fichiers et des résultats n'est possible qu'au niveau établissement géographique (numéro FINESS) et autorisation (SAU, POSU, UPATOU).**

Les unités d'urgences relevant de la même autorisation au sein d'un même établissement géographique recevront leurs fichiers et résultats sans distinction possible entre elles :

*par exemple, si un établissement géographique possède une autorisation de SAU et que ce service d'urgences fait l'objet de plusieurs unités (telles que unité d'urgences adultes / unité d'urgences pédiatriques ou unité d'urgences médicales / unité d'urgences chirurgicales), les résumés de ces différentes unités ne pourront pas être différenciés ; en revanche, si un établissement géographique bénéficie de deux autorisations, comme un SAU et un POSU, les fichiers et résultats des services ou unités relevant de ces deux autorisations seront distincts.*

## Les prises en charge concernées par le recueil du RPU

**Le recueil du résumé de passage aux urgences concerne l'ensemble des passages aux urgences, quelles que soient leur provenance et leur destination.**

**Doivent ainsi faire également l'objet d'un recueil de RPU, les passages aux urgences suivis d'une hospitalisation, quel que soit le lieu de cette hospitalisation<sup>6</sup> (UHCD, zone de « lits-porte », service MCO ou autre).**

**La description de la prise en charge sur le RPU doit être limitée à l'épisode du passage aux urgences.**

**En particulier, les actes réalisés en amont (au cours d'un transport médicalisé) et en aval (au cours de l'hospitalisation) ne doivent pas être décrits sur le RPU.**

Dès lors qu'un patient accueilli aux urgences devient hospitalisé, la description sur le RPU de sa prise en charge s'arrête.

### Cadre du test de juin 2002

Un « résumé de passage aux urgences » doit être renseigné **pour chaque patient accueilli, et plus précisément arrivé, au service d'urgences entre le lundi 24 juin à 0 heure et le dimanche 30 juin à 24 heures.**

Voir la définition de la « date et de l'heure d'arrivée » dans la partie suivante, présentant les informations du RPU.

---

- <sup>6</sup> Les UHCD, bien qu'étant souvent situées géographiquement au sein des services d'accueil des urgences, réalisent une activité d'hospitalisation donnant lieu à des séjours ; ces séjours en « lits-porte », selon leur ancienne désignation, sont décrits et valorisés avec l'outillage PMSI-MCO classique ; en revanche, ils sont précédés d'un « passage » aux urgences, qui, en tant que tel, doit faire l'objet d'une description et d'une valorisation spécifiques.

## Les informations du « résumé de passage aux urgences »

### Remarques générales

**Les rubriques sans objet doivent être laissées à blanc.**

*Exemple d'une rubrique sans objet : aucun acte du thésaurus d'urgences ne concerne le patient*

Pour certaines informations, telles que le « numéro d'enregistrement » et le « diagnostic principal », la zone de codage prévoit un certain nombre de caractères (12 dans le premier cas et 6 dans le second). En cas de non utilisation de l'ensemble de ces caractères, **cadrer à gauche**.

### Identification service d'accueil et de traitement des urgences

Ces informations font l'objet, dans le cadre du test du RPU, d'une pré-impression.

### Identification et caractéristiques du patient

**Numéro d'enregistrement** : Numéro administratif de la prise en charge du patient, mentionné dans son dossier administratif.

Rappel : en cas de numéro d'enregistrement inférieur à 12 caractères, cadrer à gauche ce numéro.

**Sexe** : Information à cocher.

**Date de naissance** : Indiquer le jour, le mois et l'année.

Si le jour de la date de naissance est inférieure à 10, coder cette date précédée de « 0 » : *par exemple*, « 01 », « 02 », ..., « 09 ».

De la même façon, si le mois de naissance est inférieur à 10, coder ce mois précédé de « 0 ».

Si seule l'année de naissance est connue, indiquer 30 / 06 et préciser l'année.

### **Code postal du lieu de résidence** :

Pour les patients résidant à l'étranger, indiquer « 99000 », quel que soit leur pays de résidence.

Si le code postal du lieu de résidence est inconnu, coder « 99999 » pour « code postal inconnu ».

Si seul le département de résidence est connu, indiquer le numéro de département, cadré à gauche et

suivi de « 999 » : *par exemple*, « 50999 » pour un patient résidant dans le département de la Manche.

Pour les patients sans domicile fixe (SDF) n'ayant aucun rattachement, coder « 99999 ». En revanche, s'ils possèdent un « centre de rattachement », tels qu'un CCAS, une PASS etc..., indiquer le code postal de ce « centre de rattachement ».

## Modalités d'arrivée du patient

**Date et heure d'arrivée** : Indiquer la date et l'heure d'arrivée mentionnées dans le cadre de l'enregistrement administratif du patient et non celles de la prise en charge effective du patient par l'équipe du service d'urgences.

Si le jour de la date d'arrivée du patient est inférieur à 10, coder cette date précédée de « 0 » : *par exemple*, « 01 », « 02 », ..., « 09 ».

De la même façon, si l'heure d'arrivée du patient est inférieure à 10, coder cette heure précédée de « 0 » : *par exemple*, « 01 », « 02 », ..., « 09 ». Procéder de la même façon pour les minutes.

**Transport médicalisé** : On considère que le transport d'un patient est médicalisé **en cas de présence d'un médecin auprès du patient durant son transport au service d'urgences**

**Type de transport médicalisé** : S'agissant d'un transport assuré par le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), on distingue :

- le « **SMUR primaire** », en cas de transport du patient du lieu de détresse vers un établissement de soins,
- et le « **SMUR secondaire** », en cas de transport d'un patient d'un établissement de soins à un autre.

Est considéré comme « **Autre transport médicalisé** », le transport d'un patient assuré par une équipe, autre que celle d'un SMUR, et composée d'au moins un médecin : *par exemple*, une équipe de pompiers (dont au moins un médecin), que celle-ci dispose ou non de moyens de réanimation.

**Patient décédé à son arrivée** : Patient décédé à son arrivée sans qu'aucune manœuvre de réanimation n'ait été mise en œuvre par l'équipe du service d'urgences.

## Prise en charge

Le type de prise en charge du patient doit être **déterminé à l'issue de son passage aux urgences**, en tenant compte de l'ensemble des soins qui lui ont été dispensés et qui ont mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant.

### ***Type de prise en charge :***

**Un (et un seul) type de prise en charge doit être renseigné** parmi lesquels :

- « Réanimation et soins intensifs »
- « Prise en charge médico-chirurgicale »
- « Prise en charge médico-légale, sociale ou psychiatrique »
- « Simple contact administratif ou médico-soignant »

« **Réanimation et soins intensifs** » : En cas de réanimation et soins intensifs, préciser le type de prise en charge parmi les quatre situations suivantes :

- « **Surveillance de type réanimation** » : suppose le relevé continu ou rapproché des constantes vitales, justifié par l'état clinique du patient ; un minimum de mobilisation de l'environnement technique doit par ailleurs être mis en œuvre : au moins monitoring multi-paramètres en continu.
- « **Suppléance d'1 fonction vitale** »
- « **Suppléance de 2 fonctions vitales** »
- « **Suppléance de 3 fonctions vitales ou plus** »

« **Prise en charge médico-chirurgicale** » : Prise en charge des affections organiques hors « réanimation et soins intensifs ».

« **Recours à l'avis d'un spécialiste** » : On considère qu'il y a eu recours à l'avis d'un spécialiste lorsque le patient a fait l'objet d'un examen clinique par un spécialiste (que celui-ci appartienne ou non au service d'urgences) ayant rédigé un compte-rendu d'examen. Les avis pris par téléphone ne sont pas considérés comme des « recours à l'avis d'un spécialiste ».

« **Prise en charge médico-légale, sociale ou psychiatrique** » :

Préciser si la prise en charge a nécessité le « **recours à l'avis d'un spécialiste** » : voir consignes ci-dessus.

Spécifications sur ce type de prise en charge :

Sont considérées, en particulier, comme prises en charge **médico-légales** les situations suivantes :

- réquisition pour alcoolémie légale,
- délivrance d'un certificat post-traumatique à condition que l'affection traumatique ne fasse pas l'objet de soins,
- délivrance d'un certificat de décès pour un patient arrivé décédé.

Une prise en charge est considérée comme **sociale** lorsque l'essentiel des ressources mobilisées a été consacré à résoudre des problèmes d'ordre socio-économique : par exemple, démarches pour une demande d'hébergement ou pour une prise en charge et un suivi d'assistante sociale.

Une prise en charge est considérée comme **psychiatrique** lorsqu'elle concerne principalement des troubles psychiatriques qui ont mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant.

« **Simple contact administratif ou médico-soignant** » : ce type de prise en charge recouvre les situations où le passage aux urgences est limité à un enregistrement administratif, sans que le patient fasse l'objet d'un examen clinique ou d'un soin particulier.

**En cas de prise en charge de ce type, il n'y a pas lieu de renseigner les informations afférentes à la morbidité du patient et aux actes réalisés.** En revanche, les modalités d'issue du passage doivent être renseignées.

Spécifications :

Doivent être incluses dans ce type de prise en charge les situations suivantes :

- patient ayant fugué avant la venue du médecin,
- patient orienté, au terme de l'interrogatoire et sans examen clinique, à une consultation spécialisée.

La prise en charge d'une simple vaccination, même si celle-ci n'est pas réalisée par un médecin, ne doit pas être considérée comme un « simple contact administratif ou médico-soignant » mais comme une « prise en charge médico-chirurgicale ».

## Morbidité

Les éléments de la morbidité du patient doivent être décrits a posteriori, c'est à dire à l'issue du passage aux urgences du patient (comme pour la description des éléments de sa « prise en charge »).

« **Diagnostic principal** » : Le diagnostic principal correspond à l'**affection ou au problème dont la prise en charge a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant.**

Le « Diagnostic principal » est renseigné à l'aide **d'un code de la Classification Internationale des maladies, dans sa dixième révision (CIM-10).**

Un **thésaurus** des prises en charge de passages aux urgences, élaboré spécifiquement pour le recueil du « résumé de passage aux urgences », présente une sélection de libellés et codes CIM-10 permettant de décrire les pathologies ou problèmes les plus fréquemment pris en charge aux urgences.

En cas d'affection ou de problème non décrit(es) ou décrit(es) de façon imprécise dans ce thésaurus, le recours aux autres codes de la CIM-10 est préconisé. Dans ce cas :

- doit être utilisé un code présentant au moins 4 caractères, sauf s'il s'agit d'un code « tête de catégorie » à 3 caractères sans extension (*par exemple, le code J47 « bronchectasie »*) ; .
- ne doivent pas être utilisés :
  - le chapitre XX de la CIM-10 présentant les « causes externes de morbidité et de mortalité » (codes V01 à Y98),
  - la « nomenclature codée de la morphologie des tumeurs » présentée en fin de volume 1 de la CIM-10 (pages 1269 à 1296).

Le codage du « Diagnostic principal » doit être le plus précis possible : *par exemple, si une migraine a été diagnostiquée, coder G43.9 « migraine, sans précision » et non le symptôme R51*

« céphalée ».

La « Manifestation d'agitation et/ou d'agressivité » du patient fait l'objet d'une modalité particulière du recueil de la morbidité, en tant que « facteur aggravant ». Dans ce cas, et afin d'éviter une redondance d'information, éviter l'emploi du code *R45.1* « agitation » pour décrire le « Diagnostic principal ».

**Le premier caractère du code CIM-10 est constituée par une lettre de l'alphabet, qui doit être codée sur le RPU en majuscules.**

**Le point, « . », présenté dans certains cas en 4<sup>ème</sup> position du code de la CIM-10, ne doit pas être codé sur le RPU.**

En cas d'utilisation d'un code CIM-10 dont le nombre de caractères est inférieur à 6, cadrer ce code à gauche.

« **Facteurs aggravants** » : Certaines caractéristiques du patient sont décrites spécifiquement en tant que facteurs aggravants, susceptibles d'alourdir significativement sa prise en charge.

Sont retenus ainsi comme « facteurs aggravants » les situations suivantes :

- « Manifestation d'agitation et/ou d'agressivité »
- « Difficulté de communication ou de langage »
- « Nécessité d'intervention sociale et/ou administrative »

Spécifications :

« **Manifestation d'agitation et/ou d'agressivité** » : comportement du patient ayant nécessité une surveillance accrue, une contention et/ou une sédation adaptée.

« **Difficulté de communication ou de langage** » : barrière de langue, difficulté auditive ou d'élocution du patient rendant l'entretien plus long, ou nécessitant la présence d'un interprète, et/ou la réalisation d'examen complémentaires.

« **Nécessité d'intervention sociale et/ou administrative** » : Intervention sociale : premier bilan, placement etc...

Intervention administrative : recherche lourde (d'un lit ou d'une place d'aval, des données d'identité du patient, des coordonnées du médecin traitant ou des personnes à prévenir, etc...) ayant allongé la prise en charge.

## Actes réalisés

**Seuls les actes pris en compte dans le classement des « résumés de passage aux urgences » en Groupes de Passages aux Urgences (GPU) doivent être renseignés sur le RPU.** Ces actes, dits « classants », sont marqueurs d'une différenciation statistique de consommation de ressources. Leur mention sur le « résumé de passage aux urgences » est indispensable car elle influe sur le classement des passages en GPU.

Ces actes sont présentés dans le document « Thésaurus de diagnostics et liste fermée d'actes classants - Accueil des urgences », spécifiquement élaboré pour le test du RPU de juin 2002.

La **liste fermée de ces 128 actes** classants est également présentée en annexe du présent document ;



elle est par ailleurs téléchargeable sur le site du PMSI ([www.le-pmsi.fr](http://www.le-pmsi.fr)).

Le **codage de ces actes, en « points URG »** dans le cadre du test du RPU, est amené à évoluer, notamment lorsque la généralisation de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) sera effective.

**Seuls les actes prescrits et directement réalisés ou exploités (par exemple, actes d'imagerie) par l'équipe du service d'urgences, et au cours du passage aux urgences du patient,** doivent être renseignés sur le RPU.

En cas de passage aux urgences suivi d'une hospitalisation MCO, les actes réalisés aux urgences doivent être renseignés à la fois sur :

- le « résumé de passage aux urgences »,
- et le « résumé d'unité médicale », décrivant la prise en charge dans l'unité médicale MCO.

### ***Code acte***

Les actes de la liste fermée présentent 4 caractères dont les deux premiers sont constitués de deux lettres (« UA », « UB », « UG » ou « UO »), qu'il convient de renseigner en majuscules.

**Jusqu'à 10 « actes classants » peuvent être renseignés pour un même passage.**

### ***Nombre de réalisations***

Indiquer le nombre de réalisations dont a fait l'objet chaque acte mentionné.

En cas de nombre de réalisations d'un acte inférieur à 10, faire précéder ce nombre par un « 0 ».

### **Issue du passage**

***Date et heure*** : Indiquer la date et l'heure d'issue du passage mentionnées dans le cadre de l'enregistrement administratif du patient.

Si le jour de la date d'issue du passage est inférieur à 10, coder cette date précédée de « 0 » : *par exemple*, « 01 », « 02 », ..., « 09 ».

De la même façon, si l'heure d'issue du passage du patient est inférieure à 10, coder cette heure précédée de « 0 » : *par exemple*, « 01 », « 02 », ..., « 09 ». Procéder de la même façon pour les minutes.

***Devenir du patient*** : Cocher l'une des trois situations.

Spécifications :

« **Retour à domicile** » : sont considérés également comme domicile les maisons de retraite, centres d'hébergement et autres structures constituant le lieu de vie habituel du patient.

« **Hospitalisation** » : quel que soit l'établissement de santé où le patient est orienté.

# **Annexes**



## Format du résumé de passage aux urgences (test du 24 au 30 juin 2002)

Libellé	Taille	Position	Remarque
N° Finess	9	1 - 9	N° Finess entité géographique
Type d'autorisation	1	10	1 = SAU / 2 = POSU / 3 = UPATOU
N° d'enregistrement	12	11 - 22	
Sexe	1	23	1 = Homme / 2 = Femme
Date de naissance	8	24 - 31	Format JJMMAAAA
Code Postal de résidence	5	32 - 36	
Date d'arrivée	8	37 - 44	Format JJMMAAAA
Heure d'arrivée	4	45 - 48	Format HHMM
Transport médicalisé	1	49	1 = Oui / 2 = Non
Type de transport médicalisé	1	50	1 = SMUR primaire / 2 = SMUR secondaire / 3 = Autre
Décédé	1	51	1 = Oui / 2 = Non
Type de prise en charge	1	52	1 = Surveillance de type réa / 2 = Suppléance d'1 FV / 3 = Suppléance de 2 FV / 4 = Suppléance d'au moins 3 FV / 5 = PEC Médico-chirurgicale / 6 = PEC Médico-légale, sociale ou psychiatrique / 7 = Simple contact administratif ou médico-soignant
Avis de spécialiste	1	53	1 = Oui / 2 = Non
Diagnostic Principal	6	54 - 59	Diagnostic codé en CIM10
Manifestation d'agitation et/ou d'agressivité	1	60	1 = Oui / 2 = Non
Difficulté de communication ou de langage	1	61	1 = Oui / 2 = Non
Nécessité d'intervention sociale et/ou administrative	1	62	1 = Oui / 2 = Non
Acte n°1	4	63 - 66	Code Acte d'Urgence
Nbre de réalisation de l'acte n°1	2	67 - 68	
Acte n°2	4	69 - 72	Code Acte d'Urgence
Nbre de réalisation de l'acte n°2	2	73 - 74	
Acte n°3	4	75 - 78	Code Acte d'Urgence
Nbre de réalisation de l'acte n°3	2	79 - 80	
Acte n°4	4	81 - 84	Code Acte d'Urgence
Nbre de réalisation de l'acte n°4	2	85 - 86	
Acte n°5	4	87 - 90	Code Acte d'Urgence
Nbre de réalisation de l'acte n°5	2	91 - 92	
Acte n°6	4	93 - 96	Code Acte d'Urgence
Nbre de réalisation de l'acte n°6	2	97 - 98	
Acte n°7	4	99 - 102	Code Acte d'Urgence
Nbre de réalisation de l'acte n°7	2	103 - 104	
Acte n°8	4	105 - 108	Code Acte d'Urgence
Nbre de réalisation de l'acte n°8	2	109 - 110	
Acte n°9	4	111 - 114	Code Acte d'Urgence
Nbre de réalisation de l'acte n°9	2	115 - 116	
Acte n°10	4	117 - 120	Code Acte d'Urgence
Nbre de réalisation de l'acte n°10	2	121 - 122	
Date d'issue du passage	8	123 - 130	Format JJMMAAAA
Heure d'issue du passage	4	131 - 134	Format HHMN
Devenir du patient	1	135	1 = Décès / 2 = Retour Domicile / 3 = Hospitalisation
Transport en cas d'hospitalisation	1	136	En cas d'hospitalisation uniquement : 1 = Transport par ambulance médicalisée / 2 = Transport par ambulance

## Liste fermée des actes classants à renseigner sur le RPU

Acte Urg	Libellé
UA01	Electroencéphalogramme
UA02	Ponction lombaire
UA03	Suture linéaire plaie paupière ou arcade
UA04	Fond d'oeil
UA05	Tamponnement antérieur épistaxis
UA06	Tamponnement postérieur épistaxis
UA07	Ablation corps étranger fosse nasale
UA08	Fibroscopie laryngotrachéale
UA09	Trachéotomie
UA10	Echo-doppler des vaisseaux du cou
UA11	Echo-cardiographie avec doppler
UA12	ECG
UA13	Doppler artériel des membres inf
UA14	Doppler veineux
UA15	Ablation endoscopique corps étranger respiratoire
UA16	Fibroscopie bronchique
UA17	Aérosol
UA18	Ponction pleurale diagnostique
UA19	Sonde E.E.S transcutanée
UA20	Sonde E.E.S. endocavitaire
UA21	Gaz du sang
UA22	Scintigraphie pulmonaire
UA23	Ponction pleurale évacuatrice
UA24	Fibro. Oesogastroduodénale en urgence
UA25	TTT thrombose hémorroïdaire externe
UA26	Anuscopie
UA27	Ponction d'ascite
UA28	Lavage gastrique pour Hgie digestive haute
UA29	Tamponnement varices oesophagiennes (Blakemore)
UA30	Sonde urinaire
UA31	Cathéter sus-pubien
UA32	Chirurgie de l'ongle, réimplantation : main
UA33	Chirurgie de l'ongle incarné : pied
UA34	Autres interventions sur l'ongle : pied
UA35	Traitement plaie endobuccale
UA36	Traitement plaie linguale profonde
UA37	Réduction manuelle luxation uni/bilatérale ATM
UA38	Pansement brûlure < 10% sauf visage et mains
UA39	Pansement brûlure 10 à 30% sauf visage et mains
UA40	Pansement brûlure visage ou mains : 1 site
UA41	Pansement brûlure visage ou mains : 2 sites
UA42	Pansement brûlure visage ou mains : 3 sites
UA43	Réduction orthopédique d'1 luxation du coude
UA44	Parage suture d'1 plaie superficielle peu étendue
UA45	Parage suture d'1 plaie profonde et/ou étendue
UA46	Parage suture de plaies superficielles peu étendues
UA47	Parage suture de plaies profondes et/ou étendues
UA48	Extraction de C.E. récent de la peau

UA49	Extraction de C.E. ancien de la peau
UA50	Extraction de C.E. profond des parties molles
UA51	Evacuation de collection superficielle (abcès...)
UA52	Evacuation de collection profonde (abcès ...)
UA53	Excision ou incision de panaris
UA54	Orthèse immobilisation provisoire membre sup.
UA55	Orthèse immobilisation provisoire membre inf.
UA56	Orthèse immobilisation cervicale
UA57	TTT orthopédique fracture clavicule
UA58	TTT orthopédique fracture omoplate
UA59	Réduction orthopédique luxation scapulo-humérale
UA60	TTT orthopédique fract. métaphyse sup. humérus
UA61	TTT orthopédique fract. diaphyse humérus
UA62	TTT ortho. fract. métaphyse inf. humérus et/ou sup. cubitus/radius (extra-articulaire)
UA63	TTT orthopédique fracture 1 seul os avant-bras
UA64	TTT orthopédique fracture 2 os avant-bras
UA65	TTT orthopédique fracture métaphyse inférieure radius/cubitus
UA66	Réduction orthopédique de luxation/fracture articulaire pour 1 seule articulation : doigts
UA67	Réduction orthopédique de luxation/fracture articulaire pour 2 articulations ou plus : doigts
UA68	TTT ortho. d'1 fracture extra-articulaire : 1doigt
UA69	TTT ortho. d'1 fract. extra-artic. : 2 doigts ou plus
UA70	Réduction de fracture et contention par plâtre cruro-pédieux : diaphyse tibia/péroné
UA71	Réduction orthopédique de luxation/fracture articulaire : rotule/tibia
UA72	TTT orthopédique entorse grave cheville
<b>UA73</b>	<b>Biopsie peau et parties molles</b>
<b>UA74</b>	<b>Lavage auriculaire</b>
<b>UA75</b>	<b>Ponction articulaire diagnostique</b>
<b>UA76</b>	<b>Ponction articulaire évacuatrice</b>
<b>UA77</b>	<b>Extraction CE amygdalien</b>
<b>UA78</b>	<b>Extraction CE conjonctive</b>
<b>UA79</b>	<b>Extraction CE cornéen</b>
<b>UA80</b>	<b>Extraction CE oreille</b>
<b>UA81</b>	<b>Evacuation d'hématome unguéal</b>
<b>UA82</b>	<b>Réduction orthopédique de luxation, fracture acromio-claviculaire ou sterno-claviculaire</b>
<b>UA83</b>	<b>Réduction orthopédique de luxation, fracture du poignet</b>
<b>UA84</b>	<b>Réduction orthopédique de luxation, fracture de la cheville</b>
<b>UA85</b>	<b>Réduction orthopédique de luxation, fracture du tarse</b>
<b>UA86</b>	<b>Réduction orthopédique de luxation, fracture des métatarses, des orteils</b>
<b>UA87</b>	<b>Traitement orthopédique de luxation, fracture du tarse</b>
<b>UA88</b>	<b>Traitement orthopédique de luxation, fracture des métatarses, des orteils</b>
<b>UB01</b>	<b>Anesthésie locale</b>
<b>UB02</b>	<b>Anesthésie régionale</b>
<b>UB03</b>	<b>Anesthésie générale</b>
UG01	Urographie intraveineuse
UG02	Artériographie des membres inférieurs
UG03	Artériographie cérébrale
UG04	Angiographie pulmonaire
UG05	Phlébographie membres inférieurs
UG06	Aortographie thoracique
UG07	Aortographie abdominale
UG08	Lavement baryté aux hydrosolubles
<b>UG09</b>	<b>Autre actes de radio</b>
UG10	Scanner cérébral sans injection
UG11	Scanner cérébral avec injection

UG12	Scanner rachidien
UG13	IRM crâne contenu et massif facial
UG14	Scanner abdominal
UG15	Scanner thoracique avec injection
UG16	IRM rachis et contenu
UG17	Echographie de la grossesse au 1er trimestre
UG18	Echographie de la grossesse au 2ème trimestre
UG19	Echographie de la grossesse au 3ème trimestre
UG20	Echographie abdominale
UG21	Echographie rénale
UG22	Echographie testiculaire
UG23	Echographie pelvienne en dehors grossesse
<b>UG24</b>	<b>Coronarographie</b>
<b>UG25</b>	<b>Echographie des parties molles</b>
<b>UG26</b>	<b>Scanner du massif facial</b>
UO01	Mise en place d'1 drain thoracique
UO02	Cathéter veineux central ou désilet
UO03	Intubation
UO04	Cardioversion
UO05	TTT d'1 arrêt cardio-respiratoire
UO06	Drogues vasoactives
UO07	Fibrinolytiques
UO08	Transfusion massive
UO09	Lavage gastrique
UO10	Ventilation mécanique
<b>UO11</b>	<b>Ventilation non invasive</b>

## **Experts du groupe de travail**

### **"Financement des urgences"**

#### **(Expérimentation de la tarification à la pathologie)**

- **Monsieur le Docteur Philippe AILLERES** : Chef du service des urgences de l'Hôpital Léopold Bellan à Paris
- **Madame le Docteur Dominique BAUBEAU** : Chargée d'études à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère de l'emploi et de la solidarité
- **Monsieur Guillaume BOUCHER** : Chargé d'étude à BAQIMEHP
- **Madame le Docteur Jeanne CAUDRON** : Service d'accueil et de traitement des urgences du CH de Créteil
- **Monsieur Patrice COHADE** : Directeur de la Clinique de l'Union à Toulouse
  - **Monsieur le Docteur Jean COLOTTE** : Médecin DIM du Centre de traumatologie et d'orthopédie à Illkirch
  - **Madame le Docteur Yasmina DE-JEAN** : Médecin psychiatre responsable des urgences psychiatriques de l'hôpital de La Cavale Blanche au CHU de Brest
  - **Monsieur le Docteur Jean Louis DUCASSÉ** : Directeur de l'Observatoire régional des urgences Midi-Pyrénées
  - **Monsieur le Docteur DUHAMEL** : Médecin adjoint du service des urgences au Centre Hospitalier de Gonesse
  - **Monsieur le Docteur Jacques FRIBOURG** : Chef du service des urgences de l'Hôpital privé de l'Ouest parisien à Trappes
  - **Monsieur le Docteur Cédric GROUCHKA** : Directeur adjoint de l'Agence régionale de l'hospitalisation de Midi-Pyrénées
  - **Monsieur Didier GUIDONI** : Directeur de l'audit interne des Hospices civils de Lyon
  - **Monsieur le Professeur Philippe MABO** : Chef de l'unité des urgences cardiologiques du CHR de Pontchaillou à Rennes
  - **Madame le Docteur Véronique MOYSAN** : Direction du service médical de la CNAMTS
  - **Monsieur le Docteur Patrick PELLOUX** : Médecin au service des urgences de l'Hôpital Saint-Antoine (AP-HP) à Paris



- **Monsieur le Professeur Jean-Louis POURRIAT** : Chef du service des urgences à l'Hôpital Hôtel-Dieu (AP-HP)
- **Monsieur le Docteur Jean RUIZ** : Médecin Dim du Centre Hospitalier d'Albi
- **Monsieur SERRIERE** : Directeur de l'Institut Hospitalier Jacques Cartier à Massy
- **Madame le Docteur Christine VITOUX-BROT** : Coordinatrice du service d'urgences pédiatriques de l'Hôpital Robert Debré (AP-HP) à Paris

#### **Membres de la DHOS, du CTIP et du PERNNS**

- **Monsieur le Docteur Michel ARENAZ** : DHOS - Bureau E3 - Mission PMSI
- **Monsieur le Docteur Alireza BANAEI** : Centre de traitement de l'information du PMSI
- **Madame Evelyne BELLIARD** : DHOS - Bureau E3 - Mission PMSI
- **Monsieur le Docteur Max BENSADON** : Centre de traitement de l'information du PMSI
- **Monsieur le Docteur Jean-François NOURY** : Pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé
- **Monsieur Alain PATRIS** : Pôle d'expertise et de référence national des nomenclatures de santé
- **Madame Magali RINEAU** : DHOS - bureau F3 - Financement de l'hospitalisation privée
- **Madame Bénédicte THIARD** : DHOS - bureau O1 – Organisation générale de l'offre régionale de soins