



# Rapport d'activité 2020

**Groupement de coopération sanitaire**

**Réseau Bretagne Urgences**

[www.rbu.bzh](http://www.rbu.bzh)

## 1 – Le Réseau Bretagne Urgences

- **Son histoire**

Le Réseau Régional des Urgences de Bretagne a été constitué en 2008, suite à la mise en œuvre du plan « Urgences », qui a notamment pour objectif de connecter les urgences à la veille sanitaire et de mettre en place un système d'information complet sur la Région Bretagne.

En 2010, le Réseau se dote d'un observatoire régional des urgences pour analyser les Résumés de Passages aux Urgences (RPU) remontés par les services d'urgences.

En 2013, la structuration juridique du réseau évolue en Groupement de Coopération Sanitaire Réseau Bretagne Urgences (RBU), l'inscrivant ainsi résolument dans le paysage sanitaire breton.

Cette coopération entre acteurs de santé bretons a pour objectifs de :

- Conforter la régulation, clef de voûte du dispositif,
- Améliorer l'articulation entre la permanence des soins et la médecine d'urgence,
- Promouvoir une bonne utilisation du système par une communication adaptée.

- **La gouvernance**

Le GCS Réseau Bretagne Urgences est un Groupement de Coopération Sanitaire de droit public. La gouvernance du réseau s'appuie sur une Assemblée Générale, un comité restreint et un binôme d'administrateurs, qui représentent l'ensemble des membres.

Madame Carole BRISION, directeur du Centre Hospitalier de Pontivy a été élue le 21 juin 2018 pour une durée de 3 ans, administratrice du réseau. De par ses fonctions, elle prépare et exécute les décisions de l'Assemblée Générale et du comité restreint.

Elle assure, notamment, le suivi des projets du réseau et l'exécution du budget prévisionnel adopté annuellement par l'Assemblée Générale ainsi que la mise en œuvre du règlement intérieur.

Elle est responsable de l'exécution des recettes et de dépenses et représente le GCS dans tous les actes de la vie civile et en justice.

Elle est secondée dans ses fonctions par un administrateur adjoint, M. Frédéric RIMATTEI, directeur général adjoint du CHU de Rennes. Ce dernier a été élu lors de la séance du 23 mars 2017. Il est soumis aux mêmes principes de fonctionnement que l'Administrateur.

- **Les membres adhérents**

Les 24 établissements de santé bretons titulaires d'une autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence sont membres du GCS Réseau Bretagne Urgences.

Territoire de santé	Etablissements
1	Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest
1	Polyclinique de Keraudren de Brest
1	Centre Hospitalier des Pays de Morlaix
1	HIA Clermont Tonnerre de Brest
1	Centre Hospitalier de Landerneau
2	CHIC
2	L'Hôtel-Dieu de Pont-l'Abbé
2	Centre Hospitalier de Douarnenez
3	Groupe Hospitalier Bretagne Sud (Lorient et Quimperlé)
4	Centre Hospitalier de Bretagne Atlantique de Vannes
4	Centre Hospitalier de Ploërmel
5	Centre Hospitalier Régional Universitaire de Rennes
5	Centre Hospitalier de Fougères
5	Centre Hospitalier de Redon
5	Centre Hospitalier Privé de Saint-Grégoire
5	Centre Hospitalier de Vitré
5	L'Hôpital Privé Sévigné de Cesson-Sévigné
6	Centre Hospitalier de Saint-Malo
6	Centre Hospitalier de Dinan
7	Centre Hospitalier de Saint Brieuc
7	Centre Hospitalier de Guingamp
7	Centre Hospitalier de Lannion
7	Centre Hospitalier de Paimpol
8	Centre Hospitalier de Centre Bretagne de Noyal Pontivy

- **Les instances**

Le réseau dispose de deux instances de décisions, l'Assemblée Générale comprenant tous les membres adhérents mais aussi les partenaires (toutefois ces derniers n'ont pas de droit de vote) et le Comité Restreint. Cette dernière instance de décision comprend un nombre réduit de membres adhérents élus en Assemblée Générale et a pour mission de prendre part aux décisions quotidiennes que le Réseau doit prendre.

Dans le cadre de ses travaux, le réseau s'appuie également sur deux groupes de travail, une commission Référent SAMU et une commission Référent urgences.

- **L'équipe opérationnelle**

La cellule de coordination du RBU est chargée de l'application et du suivi des décisions des instances ainsi que de la mise en œuvre des différents projets. Elle est composée de :

- 0.5 ETP de médecin coordonnateur du réseau : Dr Françoise CELLIER
- 0.2 ETP de médecin coordonnateur de l'ORU : Dr Pierre KERGARAVAT
- 1 ETP de coordinatrice administrative : Isabelle COLLIN
- 0.05 ETP de délégué à la protection des données : Yohann FOURCHON

- **Les partenaires**

Le RBU compte parmi ses partenaires privilégiés : l'Agence Régionale de Santé (ARS) Bretagne, le GCS e-santé Bretagne, Santé Publique France-CIRE Ouest, le Collège de Médecine d'Urgence de Bretagne et les Centres d'Enseignement des Soins d'Urgences, le GCS CAPPs Bretagne.

- **Le financement du réseau**

Le financement du réseau est assuré par :

- Une dotation de l'ARS.
- Une cotisation des adhérents. Les établissements membres du GCS RBU contribuent aux charges de fonctionnement du groupement par une cotisation proportionnelle à leur activité d'urgence (nombre de passages aux urgences et nombre de sorties SMUR).

En 2020, les montants financiers alloués au réseau sont les suivants :

	Montant	Affectation	Origine
ARS	130 000 €	Paiement des salaires de la cellule de coordination	FIR
	11 300 €	Coût de fonctionnement annuel de l'outil statistique	FMESPP
Membres	57 900 €	Frais de fonctionnement du réseau	Es membres
<b>TOTAL</b>	<b>199 200 €</b>		

## 2 – Bilan d'activité 2020

### OBJECTIFS GENERAUX

- Transmission d'un rapport annuel d'activité du Réseau Bretagne Urgences (RBU) et de l'Observatoire Régional des Urgences (ORU)
- Alimentation de l'ensemble des travaux du RBU Urgences grâce aux données de l'ORU
- Poursuite des envois des données de manière automatisée

## AXE I - Accompagner la territorialisation des urgences et l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes

### Enquête sur les réorientations à partir des urgences

Les patients venant aux urgences pour un problème ne relevant pas de soins urgents ont un impact non négligeable sur l'engorgement des urgences (ils représentent selon les études de 20 à 25% des passages) et la pratique de réorientations à partir des urgences vers une prise en charge alternative permet à certains établissements une diminution des passages d'environ 10%. La pratique de réorientation, mal connue, peu réalisée et tracée, et faite selon des modalités non homogènes fait partie des mesures envisagées dans le pacte de refondation des urgences et il semblait intéressant de faire une enquête dans la région avec comme objectifs :

- La réalisation d'un état des lieux
- L'identification des obstacles à sa pratique et le recueil de l'avis des acteurs métiers sur le sujet
- La possibilité d'envisager un travail régional afin d'en améliorer la pratique

Les modalités de l'enquête : présentation de l'enquête par mail avec joint un questionnaire en 27 points envoyés aux directions, médecins responsables et cadres des SU, remplissage direct avec le RBU lors d'entretiens téléphoniques programmés ou renvoi du questionnaire renseigné, complété si nécessaire par mail ou contact téléphonique ; enquête réalisée en janvier et février 2020.

### Les conclusions

- L'état des lieux : la pratique est peu développée et faible en volume (un seul établissement réoriente environ 10% des patients se présentant au SU) :
  - La traçabilité est grandement perfectible en particulier sur les données cliniques.
  - Il y a peu de procédures formalisées et de listing exhaustif des situations s'y prêtant.
  - Sa réalisation est grandement liée à la présence de personnel de tri et aux possibilités de prise en charge alternative, tous 2 étant des axes d'améliorations possibles.
- Les freins, obstacles et avis des professionnels :
  - L'absence d'alternative identifiée de prise en charge la plupart du temps.
  - L'absence de cadre et de recommandations précises permettant les réorientations de façon « sécurisée » ainsi que la non reconnaissance (y compris financière) de la charge de travail induite.
  - L'avis des professionnels sur le sujet est plutôt favorable et de nombreux travaux sont en cours sur les territoires lors de l'enquête, en lien avec plusieurs mesures du pacte de refondation des urgences.
  - La possibilité d'un travail régional sur le sujet : les acteurs de terrain sont pour, afin d'homogénéiser et sécuriser les pratiques.

### Transports hélicoptérés

Le réseau a assisté aux réunions préparatoires du nouveau marché en 2018, 2019 et 2020 conclu fin 2020 pour 10 ans. Le travail sur la charte régionale entamé en 2019 a été poursuivi début 2020 n'est pas finalisé. Les travaux sont prévus pour reprendre et être finalisés en 2021 dans un climat apaisé par la signature du nouveau contrat.

## Volet SAMU

- Recueil et fourniture des données sur le mode actuel
  - La réalisation du bilan d'activité de régulation des SAMU de l'été 2020, à la demande de l'ARS, présenté au CTRU du 1er octobre 2020 ; du fait des difficultés de recueil des données non automatisées détaillées ci-après, ont été présentées les données de téléphonie et des dossiers de régulation médicale (DRM) de 3 des 4 SAMU.
  - La réalisation du panorama des données d'activité SAMU-SMUR de l'année 2019. Pour la deuxième année, ces données ont été intégrées au panorama d'activité des structures d'urgences de la région Bretagne 2019.
  - Ce recueil s'est révélé extrêmement laborieux, outre le contexte sanitaire du début 2020 où les SAMU ont été en première ligne dans la crise liée au COVID-19
    - Le passage au logiciel Centaure V5 a grandement impacté ce recueil ; 2 points ayant posé problème à titre d'exemple :
      - Les requêtes élaborées au préalable se sont révélées caduques, de nouvelles requêtes ont dû être élaborées et souvent non transposable d'un site à l'autre.
      - L'allongement du délai de passage des dossiers en base classement (6 mois) et la constatation de dossiers n'étant plus accessibles dans aucune base pendant un certain temps non accessible des travaux ont été nécessaires sur chaque site avec les SI (créations de bases intermédiaires...).
    - Les modifications liées au changement du logiciel de téléphonie (en vue du déploiement du SI SAMU national) modifiant également les modalités de recueil des statistiques téléphoniques. Sur ce point également des travaux ont été nécessaires sur chaque site avec les SI et les services de téléphonie (compliqués dans certains sites du départ des personnels sans transfert de compétences sur le sujet) ; fin 2020, les 4 SAMU étaient en capacité de remonter les données téléphoniques.

L'ensemble de ces difficultés nous ont amené, en lien avec l'ARS à reposer la question de l'opportunité d'une remontée automatisée des données. Celle-ci est prévue dans le projet SI SAMU national et il avait été décidé dans un premier temps d'attendre le déploiement de celui-ci, la région Bretagne ayant été retenue pilote pour le déploiement en région (début de seconde vague). Les difficultés rencontrées par le projet et le retard dans le déploiement de la première vague amènent à reconsidérer la position aussi bien que les travaux bientôt finalisés sur les formats de données (équivalents des RPU pour les SAU) concernant les interventions SMUR et les données SAMU.

- Prospection sur les possibilités de remontées de données automatisées

Certaines régions en disposent déjà : les contacts ont été pris avec 2 d'entre elles : Occitanie et Grand-Est avec 2 modèles différents (un contact est également prévu avec la région PACA) :

- Le modèle Occitanie : la mise en place de connecteurs au niveau de chaque SAMU permet :
  - La remontée de données SMUR : elle se fait à partir d'une interface dat@SMUR (compatible PC, tablette, smartphone). Le dossier de régulation est envoyé et le dossier SMUR créé manuellement est rempli de façon automatique à partir du dossier de régulation à 70%, le reste (30%) rempli par l'équipe SMUR en intervention. Remontée au SAMU, au service destinataire en temps réel et à l'ORU (après anonymisation) via un concentrateur régional.
  - Avantages : permet le suivi des interventions (et géolocalisation), le reporting vers les établissements sièges de SMUR, des analyses d'activités (horaires, jours...). En Occitanie le connecteur pour le logiciel Centaure V5 est développé et la région semble favorable à un partage avec d'autres régions (partage sur une plateforme « espace pro » cloisonnée et sécurisée).
  - Inconvénient : ce n'est pas un dossier médical, il ne dispense pas de la feuille de médicalisation, il y a donc une double saisie.

- Le modèle Grand-Est : SMUR-@tab. Dans ce cas les données sont extraites directement de la feuille de médicalisation.
  - o La feuille SMUR est dématérialisée sur tablette ; elle est envoyée au service receveur, puis après clôture, les données anonymisées remontent au concentrateur régional et à l'ORU.
  - o Avantages : permet reporting et analyse (par ORU et/ou ES), et ne nécessite pas de saisie supplémentaire (extraction directe du dossier SMUR).
  - o Inconvénient : actuellement il n'y a pas de retour au SAMU.
  - o A venir : projet de retour au SAMU et d'intégration de données vers les registres nationaux (RéAC et RéDoT).
  - o A ce jour, les possibilités de partage avec d'autres régions ne sont pas confirmées.

### Accompagnement métier du logiciel centaure et suivi du SI-SAMU national

- SI centaure

- Réunions :
  - o Participation au comité SIS centaure (7)
  - o Animation du groupe métier (2)
- Modifications :
  - o Changement de version : passage en V5.4.3 pour les SAMU 22, 29, 56 (passage en février 2021 pour le 35).
  - o Modifications de paramétrage en lien avec la pandémie : création d'un code COVID dans la typologie ARM et dans COVID dans la typologie ARM et les thésaurus diagnostics, tag pour les envois de transports sanitaires pour des patients suspects de COVID, création de nouveaux moyens au fil des organisations de prise en charge mises en place. Ces modifications ont permis la mise en place de remontées de données journalières à la tutelle sur l'activité des SAMU liée à la pandémie.
  - o Intégration dans le paramétrage Centaure de la régulation dentaire, assurée depuis l'été par un praticien docteur en chirurgie dentaire dans les 4 SAMU le dimanche matin (et jours fériés ?)
  - o Mise en place d'une procédure permettant l'échange et la reprise de dossiers entre les 4 SAMU de façon sécurisée pour des patients dont la prise en charge implique plusieurs SAMU. Elle se fait par l'utilisation d'adresses mail sécurisées.
  - o La mise en place d'un nouveau thésaurus diagnostic unique valable pour le codage médical à l'interrogatoire et au bilan (thésaurus simplifié finalisé en remplacement des 2, différents utilisés actuellement) a été reproposée en début d'année ; les avis n'étant pas unanimes (changements d'habitudes de codages ....) et les priorités étant ailleurs par la suite, le sujet n'a pas été tranché.

- SI national

- Déploiement des sites pilotes : la mise en place du logiciel de régulation national est toujours en attente sur le site pilote de Mulhouse, sans échéance précise semble-t-il.
- Pour le reste du territoire, dans le projet initial le changement ne devait pas entraîner de pertes fonctionnelles par rapport aux logiciels actuellement en place et le SI national est actuellement en difficulté sur ce point.
- Déploiement et début d'utilisation du portail SI SAMU dans les 4 SAMU bretons à l'occasion en particulier des transferts interrégionaux de patients COVID.



## Réalisation d'une cartographie des secteurs d'intervention SMUR :

Le travail préparatoire a été présenté en février 2020 lors d'une réunion des 4 SAMU à l'ARS

- L'objectif : repenser la cartographie SMUR à la lueur de l'évolution des infrastructures routières, des vecteurs de transport (hélicoptères), de l'offre de soins et du maillage sanitaire hospitalier et non hospitalier, du peuplement et du découpage communal.
- Le travail réalisé :
  - Actualisation des temps d'accès aux communes par les SMUR (requêtes itératives sur Google map pour les SMUR routiers, et calcul pour les hélicoptères).
  - Ordonnancement pour chaque commune des moyens SMUR du plus proche au plus éloigné.
- Les exploitations possibles :
  - Fonctionnelle : La mise en place de procédures de déclenchement prioritaire des SMUR en cas de carence du SMUR de rang 1.
  - Administrative : la révision de la cartographie SMUR actuelle, fixée par un arrêté de l'ARH de 1999.

L'état d'avancement : le travail préparatoire de réseau d'ordonnancement par secteur SMUR et de déclenchement en cas de carence est finalisé pour les 4 départements.

Ce qui reste à faire pour finaliser les modalités de déclenchement en cas de carence :

- Vérifier avec chaque SAMU la concordance des données du travail avec celles de la réalité de terrain.
- Déterminer avec les 4 SAMU la place des vecteurs héliportés dans cette configuration, (ils apparaissent sur un très grand nombre de communes au rang 2, donc le plus rapide en cas de carence, y compris hors département).

Une limite apparue au cours du travail : la multiplication des fusions, aboutissant à des communes de plus en plus étendues (avec des temps d'accès par un même SMUR très différent en fonction du point d'intervention sur la commune considérée).

## AXE II - Participer à l'élaboration et à la coordination des filières territoriales et régionales voire inter-régionale au sein d'un répertoire opérationnel des ressources

### Les travaux sur la filière AVC

Le réseau anime des travaux sur la filière AVC (urgence) depuis 2018, dans un groupe constitué de médecins urgentistes, de neurologues et de neuroradiologues interventionnels. En 2018 et 2019, ont été travaillés les protocoles de prise en charge en urgence des AVC (pré et intra hospitaliers), les transports inter hospitaliers et on avait commencé à collecter quelques données d'activité. L'étude PRESTO-F avait été présentée par l'équipe de Caen début 2019 lors d'une réunion du groupe.

- L'étude PRESTO-F

Cette étude médico-économique portée par le CHU se propose d'évaluer (avec comme critère principal la qualité de vie à 1 an) 2 stratégies d'adressage pour les patients suspects d'occlusion des gros troncs à la prise en charge initiale (c'est-à-dire avec une hémiparésie d'emblée au bilan secouriste) : envoi direct en centre de recours avec NRI (mothership pour imagerie +/- thrombolyse +/- thrombectomie) vs adressage habituel à l'UNV de proximité et /ou centre de téléAVC (drip and ship pour imagerie +/- thrombolyse puis transfert secondairement si besoin en centre de recours avec NRI pour thrombectomie).

L'étude est prévue durer environ 3 ans pour inclure 800 patients (400 dans chaque bras), déployée dans 8 régions dont l'ensemble de la Bretagne ; elle concerne les 4 SAMU les 8 UNV et les 2 centres de NRI. Ce sont les SAMU qui rentrent les patients sur des critères d'éligibilité sur une plateforme avec un logiciel géographique réactualisé en temps réel pour les délais d'accès, la plateforme confirme (ou non) l'éligibilité en fonction des délais et randomise le patient dont l'adressage se fait en fonction de celle-ci.

Des retards considérables (autorisations réglementaires, intégration et paramétrage du logiciel de localisation, étendue de l'étude..., le contexte sanitaire) ont été pris et les réunions de lancement en Bretagne (2 par département) n'ont eu lieu que fin décembre 2020 juste après le lancement sur la région Normandie.

Le réseau a fait le travail préparatoire :

- Concernant les protocoles : ils ont été réactualisés pour les proposer au groupe en intégrant les éléments en lien avec l'étude (il avait été prévu qu'ils soient revus et validés lors du démarrage de l'étude en région).
- Concernant la mobilisation des transporteurs sanitaires (modification des adressages et parce que le bilan avant transport doit être plus précis afin d'établir un score qui définit l'éligibilité du patient à l'étude) un courrier a été rédigé.
- Une réunion du groupe a été préparée pour relancer les travaux début 2021.

Entre temps des contacts pris avec le CHU de Rennes ont fait apparaître qu'ils avaient maintenant de grandes réserves sur l'étude et leur participation ; ils rencontrent les promoteurs fin février 2021 à ce sujet ; le CHU de Brest demande de son côté un peu de temps pour redéfinir leurs circuits en interne avant de débiter.

- La reprise des travaux du groupe

Quoiqu'il en soit du devenir en région de l'étude PRESTO-F les travaux mis en sommeil avant son déploiement vont être repris (une première réunion est prévue fin mars 2021) avec :

- Actualisation des protocoles en vue d'une validation (quelques autres points ont évolué depuis 2019).
- Présentation de données d'activité à partir des RPU (données comparées avec les autres régions françaises) et élargissement du recueil de données auprès des établissements (UNV, centre de téléAVC et centre de NRI - en cours).

## AXE III - Mettre en œuvre un observatoire régional des urgences

### Réalisation d'extractions de données et expertise métier

- Harmonisation des données et automatisation du traitement
  - Bascule en juin 2020 de 2 sites vers un nouveau logiciel métier :
    - CHIC du logiciel Urqual vers Hospital Manager : accompagnement durant les mois précédents de l'établissement via sa DSI pour calibrer et configurer les données à envoyer. Par ailleurs, réglages des problématiques techniques d'envoi des données à travers l'EAI vers le serveur du SIB (problématique en lien avec les clés de cryptage). Une fois le transfert vers Hospital Manager effectué le 30 juin 2020, des analyses ont été effectuées pour assurer la qualité des données. Il est a noté que les chiffres désormais reçus sont concordants avec ceux que l'établissement fournit et garantissent désormais une meilleure qualité de données.
    - Dinan du logiciel Medis vers Sillage Urgence : la difficulté a consisté en ne pas écraser les données de l'ancien système par celles initialement vides du suivant. Une fois la zone des 7 premiers jours passés, nous avons pu valider l'effectivité de la bascule. Il est a noté que Dinan s'est doté d'un outil permettant le codage des diagnostics, ce qui n'était pas le cas auparavant.
  - Accompagnement de la DSI de Pontivy pour assurer la continuité des flux RPU lors de la mise en place d'un centre de dépistage du COVID à l'été 2020. Des cas de COVID détectés dans un abattoir près de Pontivy à l'été 2020 ont amené à l'ouverture d'un centre de dépistage au CHCB. Le logiciel Orbis a été utilisé mais ces passages ont écrasé ceux des urgences. Un nouveau flux temporaire « CHCB - Noyal Pontivy (Prélèvements ambulatoires COVID) » a été consolidé avec gestion de celui-ci sur toute la chaîne, EAI du GCS e-Santé, le Grade PACA (ex « ORU PACA »). Il est a noté que ce flux est à l'heure actuel inactif mais toujours veillé sur nos outils.
- Information sur le codage « COVID aux urgences »

Le 1er mars 2020, le réseau a envoyé son 1er mail aux directeurs d'établissements pour qu'ils s'assurent de la possibilité d'utiliser les codes de diagnostics COVID dans les logiciels métiers de leurs services d'urgences. Dans le contexte où plusieurs stratégies de codage sont possibles, une aide à celui-ci est fournie avec ce mail et envoyée en parallèle aux services d'urgences. Cette aide au codage est affinée peu à peu avec l'aide et l'expertise de Santé Publique France. Plusieurs réunions sont organisées pour discuter autour du codage du COVID-19.
- Amélioration de la qualité des données SMUR (participation au groupe de travail décisionnel du CHSB / qualité des données).
- Le RBU s'est positionné en appui statistique pour le Territoire 5 dans les contraintes d'organisation en lien avec la pénurie médicale aux Urgences de Vitré. Nous avons fourni des données d'activité au responsable de la filière « urgences » pour permettre une aide à la décision. Nous avons travaillé sur l'activité par période de la journée (soirée, nuit profonde), le nombre de passages moyen quotidien par mois, le mode d'arrivée : transports sanitaires (AP, SP, SMUR, autres) ou non, la CCMU, le nombre de SMUR.

## COVID-19

Le RBU a été sollicité dans l'urgence début mars 2020 par la DGOS par l'intermédiaire de la FEDORU pour transmettre les données en lien avec le COVID-19.

Les 1eres données ont été envoyées par mail à la DGOS à partir du 17 mars 2020 et durant tout le 1er confinement. Ces données ont été extraites des RPU à partir de rapports élaborés en urgence par le RBU et par la suite avec l'appui du Grade PACA.

Ces données restent vérifiées et colligées quotidiennement.

Le réseau a été sollicité par l'ARS Bretagne pour transmettre des données issues des RPU quant aux passages COVID dans les SAU bretons. Le 22 mars 2020, nous avons envoyé les 1eres données qui ont peu à peu été affinées suite à des réunions téléphoniques. Ces données sont issues de rapports automatiques et colligées puis validées « à la main » tous les jours depuis. Des évolutions de ces indicateurs ont été demandées au fil du temps notamment déclinaison par département et par établissement. Ces données sont toujours envoyées à ce jour tous les matins par mail à l'ARS Bretagne.

Nous avons travaillé avec le Grade PACA pour la création de rapports « COVID » qui ont été finalisés en avril 2020 et envoyés par la suite aux établissements et professionnels de santé.

Etude psychiatrie COVID (novembre 2020) :

A la demande de l'ARS Bretagne, nous avons réalisé une étude quantitative afin d'évaluer l'impact éventuel des confinements et du COVID sur les passages aux urgences pour des motifs d'ordre psychiatrique. L'étude est rendue ardue par le caractère complexe et mal bâti des diagnostics psychiatriques. Pour autant, nous avons pu répondre à la demande et fournir des données chiffrées.

A la demande de l'ARS Bretagne, nous avons pris part aux présentations du CTRU 2020, réalisé en distanciel, dans des conditions difficiles.

Nous avons tout d'abord réalisé un point sur l'activité de l'été 2020 au niveau des SAU. Les points clés présentés ont été : l'activité globale des SAU, un comparatif avec les étés précédents, un focus sur l'origine géographique de nos patients. Nous avons associé à ces éléments, des données sur l'activité des SAU durant le 1er confinement : nombre de passages, durée de prise en charge, impact sur les autres pathologies (AVC, appendicites, fractures du fémur, Syndrome Coronarien Aigu, entorses de cheville, Otites).

Par ailleurs, nous avons présenté les 1ers résultats de l'étude menée en 2020 sur le devenir des DESC de Médecine d'Urgence formés à Rennes.

## Réalisation du panorama 2019 dans un contexte sanitaire difficile

Les données d'activité des SAU bretons ont été extraites en juin des RPU et envoyées par mail aux directions des établissements.

Dans l'attente des validations et comme nous n'attendions pas de modifications majeures, nous avons travaillé sur les données régionales.

Le retour des données d'activité des établissements bretons était acté pour mars 2020. Aussi, dans le contexte sanitaire, nous avons décidés de repousser cette validation par les établissements à juin puis à septembre.

Nous avons alors débuté une véritable course contre la montre pour agréger toutes ces données et pouvoir publier notre panorama d'activité 2019 des SAU Bretons en temps et en heure. Nous avons fait le choix de ne pas intégrer de données en lien avec le COVID.

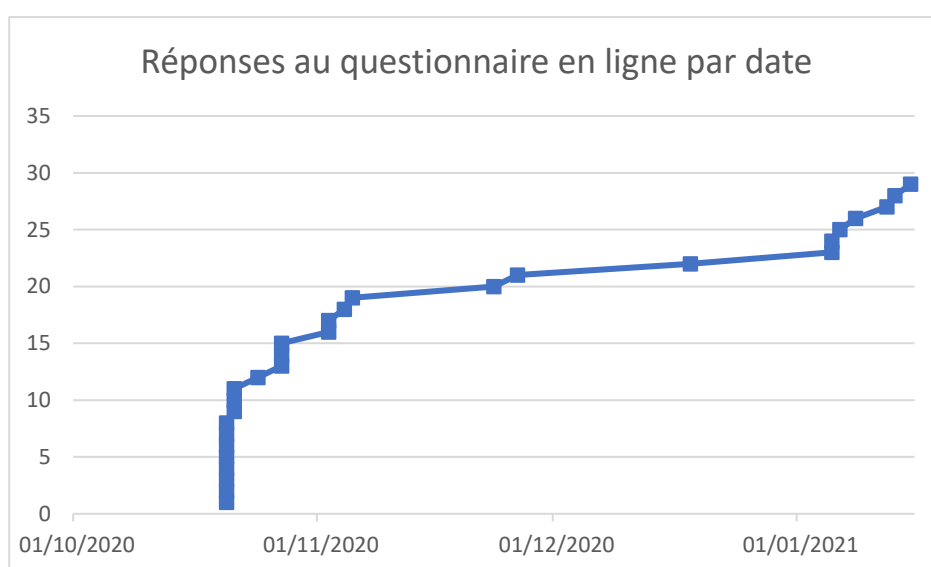
Le panorama est disponible sur notre site internet.

## Lancement des travaux pour la réalisation du panorama d'organisation des services d'urgences

Suite à l'assemblée Générale du RBU de novembre 2018, nous avons acté avec nos membres une méthodologie pour la réalisation d'un panorama des organisations des SAU bretons et nous étions engagés à le réaliser en 2020. Les conditions sanitaires ont changé les priorités mais nous avons lancé le projet en octobre 2020 avec le 1er mail envoyé aux chefs de service et les 1ers retours.

La méthode choisie pour le recueil des données est l'association d'un questionnaire en ligne pour les organisations dans le SAU et l'établissement et d'un fichier Excel pour les lignes médicales.

Nous avons réalisé de nombreux entretiens téléphoniques (15 heures de téléphone) et de nombreux échanges de mails (250 réponses) avec les chefs de service pour réussir à compléter l'ensemble des données.



Une fois ces données récupérées, leur mise en forme pour exploitation a nécessité environ 2 heures de remplissage et de vérification des données pour chaque établissement.

Le travail final sur celles-ci sera mené en 2021 pour une publication au 1er trimestre.

## FEDORU

CALENDRIER DES REUNIONS	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Réunion plénière SpF- FEDORU*	31-janv-20										
AG									16-oct-20		04-déc-20
CA (ex commission synthèse)	14-janv-20		26-mars-20	02-avr-20 09-avr-20 16-avr-20 23-avr-20 30-avr-20	07-mai-20 13-mai-20	11-juin-20 18-juin-20 25-juin-20	09-juil-20	03-sept-20 09-sept-20 24-sept-20	09-oct-20 16-oct-20	06-nov-20 19-nov-20	04-déc 17-déc-20
Commission Exploitation des données	30-janv-20	18-févr-20	24-mars-20			22-juin-20		07-sept-20	01-oct-20	09-nov-20 26-nov-20	
Commission Filières et parcours de soin RECO ROR ROR capacitaire RPU nouveaux formats de données d'urgence PDSSES					13-mai-20 20-mai-20				07-oct-20	04-nov-20 17-nov-20	
Commission Communication											15-déc-20

\*Groupes de travail préparation le 30/01

Lieu : Paris

La commissions « filières et parcours de soins » regroupe différents types de travaux comme indiqué dans le tableau :

- Les travaux ROR

- La FEDORU participe aux travaux du nouveau programme ROR national (ROR unique qui doit remplacer les ROR en place actuellement) menés par la DGOS et fait partie de COSTRAT et COPIL ; elle apporte son expertise ORU concernant les formats de données pertinents et remonte les besoins des utilisateurs métiers.
- Un groupe de travail interne, auquel le réseau participe, a été constitué afin d'élaborer et proposer un format de données et un rythme de remontées des capacités en lits qui satisfasse les besoins des différents acteurs (niveau opérationnel pour la recherche d'un lit, en tenant compte des filières, niveau pilotage capacitaire pour les ES, et un niveau pilotage capacitaire -et analyse de filière- ARS) et qui puisse s'adapter facilement en situation de crise (sur le constat d'un défaut d'utilisation du ROR lors de phase initiale de la pandémie).

- Les nouveaux formats de données d'urgence au nombre de 3

Si l'activité quantitative et qualitative des SU est beaucoup mieux connue depuis la mise en place des RPU, la connaissance de l'activité préhospitalière reste elle très incomplète et perfectible reposant encore actuellement le plus souvent sur des données déclaratives et très générales.

La FEDORU travaille donc depuis plusieurs années l'élaboration de 2 formats de données permettant de mieux connaître d'une part l'activité des SMUR et d'autre part celle des SAMU au sein d'un groupe de travail dont le réseau fait partie :

- Le Résumé d'Intervention SMUR (équivalent de RPU pour les interventions SMUR) : la DGOS a retenu depuis quelques temps prioritaire l'élaboration et la mise en place de ce format de données ; le RIS est élaboré également en collaboration avec les acteurs du projet SI national et on est en cours de finalisation d'écriture des jeux de valeurs.
- Le Résumé d'Evènement de Régulation : travaillé par le même groupe, également en lien avec les acteurs du SI SAMU national. Une meilleure connaissance de l'activité de régulation est un besoin très fortement ressenti, en particulier par les acteurs métiers. De plus, en situation de crise, on a pu le constater lors de la pandémie, les SAMU sont très souvent les premiers impactés et le suivi de cette activité a un intérêt épidémiologique et pour le pilotage des tutelles.
- Le RPU V3 : déjà utilisé dans quelques régions, il est plus complet que le format RPU actuellement déployé qu'il devrait à terme remplacer.

- Les travaux PDSES

Ils visent, à partir de l'analyse d'organisations de PDSES en place en région, des structurations de filières, des plateaux techniques et moyens humains pour cette PDSE, en fonction des données de la science actualisées, à mieux définir les besoins, le niveau de recours nécessaire à la prise en charge d'un patient et les délais acceptables par pathologie. On peut, à partir de là vérifier l'adéquation ou non des organisations aux besoins (et les modifier), grader les ES pour les prises en charge par pathologie, avec comme objectif une amélioration du parcours des patients et des filières de soins. A terme, ces travaux pourraient déboucher sur l'établissement de recommandations.

- Participation active à la préparation d'une enquête nationale avec la FEDORU portant sur les patients « perdus de vue » durant le 1er confinement. Les données bretonnes ont été intégrées dans le panorama national 2019. Cela implique l'extraction des données, la vérification de celles-ci et le remplissage d'un collecteur. Par la suite nous avons participés aux réunions d'élaboration.
- Participation à la création d'une base de données nationales appelée ICL-EDA (pour Impact of COVID-19 pandemic and associated national Lockdown on Emergency Department Attendances) comprenant des données pré et post confinement et traitant des grandes pathologies et des sévices à autrui.

Nos données ont été extraites de nos RPU et intégrées dans un collecteur national. Nous avons pleinement participé au groupe de de travail ICL-EDA (réunions téléphoniques).

Cela abouti à 4 premières publications dont la première suite à la sollicitation du groupe de travail par la MIPROF (mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains). Le RBU a pu fournir des données analysées sur les passages pour sévices. Cette première analyse concernant l'impact du confinement sur les passages pour sévices dans les services d'urgences en France a fait l'objet de retours très positifs. La MIPROF a d'ailleurs demandé des analyses plus précises qui pourront être réalisées à partir d'une base de données plus complète.

### **Impact de la pandémie COVID-19 et du confinement sur les passages pour sévices chez les femmes majeures dans les services d'urgence de France.**

Abstract des publications :

<http://www.fedoru.fr/covid-19-et-passages-pour-sevices-miprof/>

*G. Noël, L. Maillard, D. Thiébaud, P. Kergaravat, P. Linassier, M. Lainé, B. Maire, P. Mensan, C. Ligier, JF Buyck, F. Lelièvre*

Analyse faite dans le cadre d'une demande de la mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains (MIPROF) faite à la FEDORU. Dix régions ont participé à ce travail dont 7 ont été en capacité de fournir dans les délais impartis des données complémentaires. L'analyse suggère que le confinement, rendu nécessaire par la pandémie COVID-19, était associé à une baisse du nombre de passages pour sévices dans les SU. Les effectifs hebdomadaires relativement faibles doivent rendre l'interprétation prudente. Cette approche quantitative devra être interprétée à la lumière des données issues d'autres sources et être combinée avec une approche qualitative (quels filtres pour repérer sur les RPU les violences faites aux femmes ?).

Sur le temps plus long, la plus-value des RPU dans le cadre des réflexions de la MIPROF pourront être interrogées avec la FEDORU.

### **Impact de la pandémie COVID-19 et du confinement sur les passages dans les services d'urgence de la région PACA : étude à partir de la base de donnée ICL-EDA de la FEDORU (Impact of COVID-19 and associated Lockdown on Emergency Department Attendances)**

[http://www.fedoru.fr/impact-covid-19-et-confinement\\_region-paca/](http://www.fedoru.fr/impact-covid-19-et-confinement_region-paca/)

*G. Noel, J. Deniau, N. Méda*

Analyse régionale de l'impact de la pandémie COVID-19 et du confinement sur les passages dans les services d'urgences de la région PACA.

### **Impact of COVID-19 pandemic and associated national lock down on Emergency Department Attendances in France : the ICL-EDA database.**

[http://www.fedoru.fr/impact-covid-19-et-confinement\\_france/](http://www.fedoru.fr/impact-covid-19-et-confinement_france/)

*G. Noel, C. Giget, L. Maillard, and the FEDORU ICL-EDA study Group*

Les périodes d'avant-confinement et de confinement ont été comparées sur 2019 et 2020 sur différents critères (nombre de passages, hospitalisations, gravité des passages, ...). Des baisses significatives ont été observées durant la période du confinement 2020, notamment concernant des pathologies graves comme les accidents vasculaires cérébraux (-21%) et les syndromes coronaires aigus (-28%), les appendicites (-10%). Des analyses complémentaires ciblées sur des pathologies spécifiques devront être menées afin de mieux quantifier l'impact de la COVID-19 sur ces sous-groupes et quantifier la perte de chance.

## Impact of COVID-19 pandemic and associate national Lockdown on paediatric Emergency Department Attendances in France : the ICL-EDA database.

[http://www.fedoru.fr/impact-covid-19-et-confinement\\_pediatrie-france](http://www.fedoru.fr/impact-covid-19-et-confinement_pediatrie-france)

G. Noël, L. Pourcel, D. Thiébaud, M. Laine, P. Minodier and the FEDORU ICL-EDA study Group

En miroir de l'étude précédente concernant l'ensemble des passages, cette étude est ciblée sur la population pédiatrique. Comme dans l'étude générale, le confinement est associé à une baisse (-76%) significative importante (supérieure à celle rapportée pour la population adulte) de l'activité pédiatrique dans les SU. La baisse majeure des hospitalisations pédiatriques (-53%) durant le confinement printemps 2020 pose la question d'une part de renonciation aux soins (et d'une possible perte de chance qui y serait associée) et engage les réflexions sur l'interprétation complexe de l'impact d'un confinement sur les soins pédiatriques.

Par ailleurs, le RBU a continué à valider et exercer son œil de contrôle sur les données envoyées tous les mois à l'ATIH, permettant à la région d'accomplir sa mission.

Il est à noter que les données 2020 étaient incomplètes début 2021 (manquait 1 établissement) et qu'un travail a été mené conjointement avec Le GCS e-Santé et Enovacom pour investiguer la problématique et y trouver une solution.

Enfin, le RBU peut se targuer d'avoir eu cette année un bilan d'envoi RPU complètement exhaustif et ce grâce à une surveillance quotidienne des envois des établissements qui pousse à un travail très actif auprès de ceci pour résoudre les problèmes d'envois. Cette exhaustivité est rendue également possible par l'appui de toujours de Santé Publique France.

### Santé Publique France

Dans le contexte de la pandémie actuelle, à l'initiative de Santé-Publique France, des points visio et téléphoniques se sont régulièrement tenus réunissant les ORU et réseaux des différentes régions et l'équipe SURSAUD (Surveillance Sanitaire des Urgences et des Décès) de Santé Publique France, toutes les semaines depuis fin mars jusqu'à fin avril puis tous les 15 jours jusqu'à fin juin et depuis mi-novembre.

Les différents sujets abordés :

- Les indicateurs d'activité en lien avec le COVID-19 : pertinence des indicateurs retenus initialement ? facteurs de variation des indicateurs par des modalités de prise en charge différentes selon les régions et dans le temps (prélèvements tout venant effectués aux urgences et non en centre de prélèvement...) ? Ces échanges ont permis de définir des règles de codage ; évolution des types d'indicateurs pour le suivi.
- Les pathologies non COVID : le retentissement de la pandémie sur l'activité non COVID des urgences (baisse d'activité, patients venant aux urgences tardivement, pathologies psychiatriques en lien avec la pandémie ...) qui ont abouti aux travaux ci-dessus.
- Les points de situation faits par chaque région à chaque fois (activité préhospitalière et hospitalière et évolution, organisations, clusters particuliers (ex : abattoirs bretons lors de la première vague ...), enrichis de présentations spécifiques de SP France (situation, suivi et prise en charge dans d'autres pays européens et non européens ...
- A la suite des derniers échanges est évoqué l'idée de réitérer l'enquête sur les pathologies psychiatriques et tentatives de suicide en lien avec la pandémie en intégrant cette fois les données préhospitalières (la première sur les données seules des SU ne semblait pas montrer d'augmentation de recours aux urgences pour ce motif) ; la Bretagne devrait y participer si le projet se concrétise.



### **Réalisation du registre RGPD / Travail avec le DPO : arrivée du DPO en octobre 2020, travail de diagnostic**

Le RBU a enfin pu se doter d'un Délégué à la protection des données et ainsi entrer dans le cadre réglementaire RGPD.

La mise en conformité en fin d'année 2020 a été retardée par les difficultés de réunion compte tenu des protocoles sanitaires en vigueur.

Toujours est-il qu'un DPO est nommé et que toutes les publications de 2021 en lien avec les données RPU seront validées par notre délégué.

Le bilan de ce dernier est joint au rapport d'activité.

## AXE IV - Contribuer à la mise en place d'un dispositif de veille et d'alerte et élaborer un plan d'action « Hôpital en Tension »

### Préparation de données pour le CTRU du mois de septembre 2020

- Activité des SAMU pendant la période estivale ; Régulation hospitalière - RBU (Dr Cellier)
- Activité des Services d'urgence – RBU (Dr Kergaravat)
- Devenir des DESC urgentiste en région Bretagne – RBU (Dr Kergaravat)

### Les travaux HET

En cette année 2020, la pandémie a totalement bouleversé l'activité de nos structures avec une grosse chute d'activité des services d'urgences et dans notre région les problèmes de tensions hospitalières qui ont pu exister ont plutôt été en lien dans quelques cas avec des fermetures d'unité pour cause de cluster hospitalier. La mobilisation justifiée des ES et de la veille sanitaire sur le front de l'épidémie n'a pas permis de poursuivre les travaux sur le sujet.

On peut noter que la période automne hiver 2019/2020 a été très compliquée dans les ES Bretons et que les phénomènes de tensions hospitalières saisonnières sont survenus très tôt et ont été très importants, alors même que l'épidémie de grippe a été tardive et beaucoup moins importante que les années précédentes (en particulier chez les sujets âgés).

## **AXE V - Mettre en œuvre un lieu d'échanges et de partage autour des bonnes pratiques et d'une démarche qualité**

### **La signature charte qualité avec les ES**

Notre souhait est de pouvoir nous déplacer dans les établissements pour présenter la charte et notre travail. L'arrivée d'un DPO va nous permettre un éclairage sur l'information à fournir aux patients des SAU et sur le mode d'information adéquat.

### **Les évènements Indésirables Graves liés aux Soins (EIGS)**

Le réseau a participé à l'analyse de 9 EIGS cette année dont 6 concernent l'année 2020 et 3 des évènements plus anciens mais dont le périmètre était supra territorial voir régional. Le traitement de 7 de ces EIGS est clos, 2 sont encours fin 2020. Ce traitement est assuré par le GCS CAPPs ; le réseau intervient en tant qu'« expert métier » pour des EIGS en lien avec l'urgence.

Les actions réalisées :

- Analyse minutieuse de l'évènement (côté urgences).
- Proposition d'axes d'améliorations.
- Participation aux réunions avec les protagonistes de l'évènement et les professionnels « qualité ».
- Participation à l'écriture du volet 2.

C'est un travail relativement chronophage mais qui présente un grand intérêt pour le réseau. Il permet de repérer :

- La cause principale de l'EIGS et la récurrence de certains facteurs dans plusieurs EIGS mettant en jeu des intervenants différents mais également.
- Les éléments (et leur récurrence) qui sans concourir à la survenue de l'évènement ne l'ont pas empêché.
- Et enfin des évènements (et leur récurrence) sans conséquence sur le dossier analysé mais qui font apparaître des organisations, modes de fonctionnement, défauts de coordination... n'en méritent pas moins d'être traités pour eux-mêmes dans une démarche d'amélioration de la qualité.

Le réseau collige pour l'instant ces différents points qui pourraient faire l'objet de travaux ultérieurs à visée régionale (ou être intégrés dans des travaux déjà en cours).

### **Le site internet [www.rbu.bzh](http://www.rbu.bzh)**

Il a été mis à jour avec la possibilité d'y trouver les panoramas d'activité 2019 des SAU de la Bretagne et de la France.

### **L'enquête sur le devenir des DESC de médecine d'urgence**

Cette grande enquête a été réalisée suite à la sollicitation du CTRU de 2019.

Dans un premier temps, nous avons constitué de manière participative, une base de données des coordonnées électroniques de l'ensemble des étudiants depuis 2004. Un premier courriel a été envoyé le 15/02/2020.

Nous avons utilisé ce biais car nous n'avions pas pu obtenir le listing exhaustif des étudiants par l'intermédiaire de l'université.

Entre le 13 mars et le 8 juin 2020, nous avons été contraints de mettre l'étude en pause en raison de la crise sanitaire.

Le questionnaire a été réalisé via Google Forms et un courriel permettant d'y répondre a été envoyé le 9 juin 2020. Un courriel de relance a été envoyé le 2 juillet 2020 et les réponses ont été prises en compte jusqu'au 25 juillet 2020.

Les résultats ont ensuite été analysés sur le logiciel Excel de Microsoft. Nous avons recueilli 95 adresses mail et le taux de réponse au questionnaire a été de 60%.

Les 1ers résultats ont été présentés au CTRU 2020 et la rédaction du document a été finalisée en décembre 2020.

### 3 – Les orientations stratégiques 2021

<p><b>OBJECTIFS GENERAUX</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transmission d'un rapport annuel d'activité du Réseau Bretagne Urgences (RBU) et de l'Observatoire Régional des Urgences (ORU)</li> <li>- Alimentation de l'ensemble des travaux du RBU Urgences grâce aux données de l'ORU</li> <li>- Poursuite des envois des données de manière automatisée</li> </ul>
<p><b>AXE I</b> Accompagner la territorialisation des urgences et l'accès aux soins urgents en moins de 30 minutes</p>	<p>Poursuivre la fourniture des données et notamment sur la réorientation des patients et l'accès aux soins non-programmés</p> <p>Travail sur les réorientations à partir des urgences</p> <p>Transports hélicoptérés : participation aux réunions préparatoires du nouveau marché et travail sur la charte régionale de déclenchement de transports hélicoptérés</p> <p>Soins non programmés : travail avec ADPS et CDO pour améliorer la qualité et la visibilité de la continuité des soins en médecine de ville</p> <p>Volet SAMU :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre le recueil et fourniture des données des appels de soins non programmés (PDS et Hors PDS) notamment le samedi matin, et en semaine entre 12h et 14h et 18h et 20h</li> <li>- Poursuivre l'évaluation du dispositif MCS</li> <li>- Poursuivre l'accompagnement métier du logiciel centaure et suivi du SI-SAMU national</li> <li>- Réaliser une cartographie des secteurs d'intervention SMUR : visuel de cartographie à finaliser et réflexion à mener avec l'ARS pour la réactualisation en fonction des nouvelles données cartographiques et l'utilisation de la cartographie dans le cadre de la formalisation de procédures de déclenchement en cas de carence (à finaliser sur les autres départements)</li> <li>- Formaliser une procédure de recueil des données SAMU ARS/RBU</li> <li>- Groupe métier SI centaure : déploiement et utilisation du portail SI SAMU aux 4 SAMU, suivi expérimentation de tablettes informatiques, mise en place d'un nouveau thésaurus diagnostic si/après validation</li> <li>- Généraliser le suivi des indicateurs téléphoniques</li> </ul>
<p><b>AXE II</b> Participer à l'élaboration et à la coordination des filières territoriales et régionales voire inter-régionale au sein d'un répertoire opérationnel des ressources</p>	<p>Poursuivre la participation aux travaux sur la filière AVC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Finalisation des procédures régionales concernant la régulation et le transport de ces patients</li> <li>- Lancement de l'étude PRESTO</li> <li>- Cartographie de la filière et délais de transport</li> <li>- Réalisation d'un bilan de filière</li> </ul> <p>Poursuivre l'appui métier du GCS E-santé sur les disponibilités en lits du ROR / veille sanitaire</p>
<p><b>AXE III</b> Mettre en œuvre un observatoire régional des urgences</p>	<p>Poursuivre la réalisation d'extractions de données et expertise métier</p> <p>Réaliser le panorama des urgences SAMU SMUR</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Harmonisation des données et automatisation du traitement</li> <li>- Amélioration de la qualité des données SMUR</li> </ul> <p>Fiche de validation annuelle des données RPU : transmission d'un rapport annuel à l'ARS</p> <p>Réalisation du registre RGPD / Travail avec le DPO</p>
<p><b>AXE IV</b> Contribuer à la mise en place d'un dispositif de veille et d'alerte et élaborer un plan d'action « Hôpital en Tension »</p>	<p>Poursuivre la fourniture de données d'activité pendant les périodes de tensions notamment hivernales / estivales</p> <p>Retour d'expérience HET :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser une REX régionale avec les établissements en lien avec l'ARS</li> <li>- Participer et contribuer à la réunion régionale sur les tensions organiser par l'ARS</li> </ul> <p>Elaboration d'une trame HET de territoire en s'aidant de la mise en place des cellules de gestion de lits de GHT</p> <p>Elaboration d'une trame HET SAMU en s'aidant de l'utilisation du portail SI SAMU pour définir des procédures d'entraides</p> <p>Réflexion à mener ARS / DD / ES et réseau pour déterminer un "endroit" où les ES déposeraient leurs plans et les actualiseraient au fil de l'eau</p> <p>Articulation avec ORSAN clim à réfléchir</p> <p>HET de filière : travail sur les filières en lien avec les urgences à réfléchir et organiser : l'envisager filière par filière ?</p> <p>Règles communes à toutes les filières ?</p> <p>Appui à l'utilisation du BJML</p>
<p><b>AXE V</b> Mettre en œuvre un lieu d'échanges et de partage autour des bonnes pratiques et d'une démarche qualité</p>	<p>Signature charte qualité avec les ES</p> <p>Présentation et retour d'expérience sur le DMP</p> <p>EIGS</p>

## 4 - Proposition d'évolution des pratiques professionnelles

### Etat actuel de l'organisation

- 2 médecins avec deux rôles bien ciblés
  - 1 coordinateur médical
    - Gérer la cellule de coordination
    - Impulser les travaux du réseau
    - Préparer, avec l'administrateur, les orientations annuelles du réseau (en lien avec l'ARS et les établissements)
    - Recueillir, exploiter et communiquer les données d'activité préhospitalières : panorama annuel et enquêtes ponctuelles
    - Animer le réseau et veiller à la circulation de l'information entre les différents acteurs du réseau (animation, suivi et restitution des travaux)
    - Préparer le rapport annuel
  
  - 1 chef de projet ORU = données RPU et organisation des urgences
    - Réceptionner la donnée quotidiennement
    - Créer de la valeur à la donnée
    - En l'interprétant à partir de référentiels médicaux
    - Porter la responsabilité de la validation de la donnée
    - Lien avec le DPO
  
- 1 chargée de missions
  - Coordination administrative et financière du RBU
  - Gestion des instances
  - Organisation et suivi des travaux du réseau en lien avec les médecins
  - Relais Fedoru et participation aux groupes de travail
  - Suivi quotidien des RPU et envoi des données COVID à l'ARS
  - Réalisation de bulletins statistiques (utilisation avancée d'Excel et maîtrise de Publisher)
  - Réalisation d'un rapport annuel
  - Suivi de la qualité des données envoyées toutes les nuits par les établissements de santé bretons / gestion des relations avec les professionnels, les établissements et les éditeurs
  - Intégration des groupes de travail régionaux et territoriaux sur toutes les thématiques pouvant concerner le Réseau Bretagne Urgences
  - Gestion du site internet du Réseau Bretagne Urgences
  - Gestion de l'agenda du RBU
  - Secrétariat général

## Projet 2021 / 2022

### 1 – Développer les compétences techniques de l'ORU (= vigie)

- Nécessité d'apport d'une compétence en data manager à hauteur de 0.10 ETP :
  - Développer les RPU et les rapports automatisés
  - Elaborer des rapports automatisés
  - Développer l'utilisation de l'outil
  - Répondre à de nouvelles demandes

### 2 – Rencontrer les interlocuteurs du terrain

- Les établissements : le réseau a rencontré les établissements membres régulièrement entre 2014 et 2016 ; le bénéfice a été très important.  
Il y a eu beaucoup de changement depuis dans les équipes d'où l'intérêt d'organiser à nouveau des rencontres et de présenter les projets du RBU.
- Les médecins :
  - Les nouveaux médecins : le réseau doit se faire connaître des DES dès leur début d'internat et créer du lien en se positionnant comme un partenaire potentiel pour les travaux de thèse et mémoire de DES. Les médecins juniors sont également à cibler dans l'intégration à des travaux du réseau.
  - Lien avec le Collège de médecine d'urgence de Bretagne (CMUB) : l'activité du CMUB a été en sommeil pendant l'année 2020 (et elle était déjà très modeste pendant l'année 2019). Le réseau fait partie du comité scientifique du CMUB ; contact repris avec les instances du CMUB en début d'année, en attente d'une réunion au printemps (élections et définitions d'axes de travaux et relance de la dynamique et organisation (journées, communications visio...)).
  - Relancer les groupes de médecins correspondants RBU dans les SU et les SAMU.
  - Etablir un partenariat plus étroit avec les CHU pour faciliter la diffusion de nouvelles pratiques des CHU vers les CH et concrétiser l'action vers les DES.

### 3 – Préparer l'avenir proche

- Avec les moyens actuels : développer et consolider les données du SAMU et permettre également de produire des données à intervalle rapproché.
- Anticiper l'arrivée des futurs formats de données d'urgence permettant la remontée de données automatisées :
  - Préhospitalières RPIS / RDR-RER : continuer la prospection auprès des régions en disposant déjà et travailler avec l'ARS et le GCS-e-Santé sur l'opportunité de développer un projet avant la mise en place du SI national.
  - RPU V3.

(CF pièces jointes avec l'état des formats actuel)

#### 4 – Rebondir sur la crise

- Les réseaux et ORU sont nés d'une crise (la canicule 2003 ayant donné naissance du plan urgences 2006), avec entre autres, la création des RPU, dans le but de mieux détecter et prendre des mesures en réponse à une future crise.
  - La crise actuelle :
    - La remontée de données préhospitalières : Des données quotidiennes de régulation SAMU (téléphoniques et à partir des dossiers de régulation) ont été demandées par l'ARS pour aider au pilotage, dès le début de la crise. Ces remontées ont démontré l'intérêt de disposer des données préhospitalières au même titre que des données des SU. Leur obtention a nécessité un travail des établissements sur les statistiques téléphoniques et Centaure et induit une dynamique qui devrait faciliter l'adhésion aux projets déjà décrits. Elle a également permis d'accélérer les coopérations entre les SAMU (création de codage, échanges de procédures ...) pour être plus réactifs aux besoins et demandes.
    - La remontée de données des SU : cette crise a été l'occasion de tester pour la première fois le RPU en contexte de crise ; les RPU ont été choisis comme l'un des 5 indicateurs initiaux pour évaluer l'incidence du COVID lors du premier confinement (ce n'est plus depuis novembre 2020. Le bilan en Bretagne est difficile à évaluer car la crise a initialement eu peu d'impact dans la région « on s'est préparé à quelque chose qui n'est pas arrivé » :
      - La donnée : elle a été accessible rapidement par un codage diagnostic spécifique, avec des limites sur le long terme (moins il y a de patients concernés dans le temps moins on est vigilant sur le codage). Les établissements ont été très réactifs pour mettre à disposition les codes spécifiques aux urgentistes.
      - L'expérience de l'utilisation de la donnée en interne a permis une bonne réactivité de l'ORU, dans les limites de nos compétences et avec une sous-utilisation de l'outil Jasper.
      - La donnée était cohérente avec le retour du terrain.
      - L'outil était à disposition (Jasper Soft + base de données), mais a été sous-utilisé ; par défaut de compétence technique propre nous avons dû nous remettre à l'aide de l'IES PACA, alors même que nous avons des sollicitations directes de la DGOS et de l'ARS.
- ⇒ Les 2 points qui ont pêché donc :
- La maîtrise de l'outil, qui a bien mis en évidence le besoin d'une compétence spécifique dans notre réseau.
  - La qualité de la donnée dans le temps, dont l'amélioration passe par un travail du réseau en retournant sur le terrain pour sensibiliser nos confrères à l'intérêt du codage et préparer l'arrivée des nouveaux formats de données d'urgence.
- ⇒ L'intérêt d'un travail sur le bilan de la crise avec les ES et l'ARS semble indiscutable.

#### 4 – Développer la communication

Reprendre la diffusion de la Gazette des urgences tous les 2/3 mois :

- Actualités du RBU
- Focus statistiques
- Articles / services
- Interviews

(CF la gazette n°4 et quelques pages de la gazette n°5)



Au total, il semble que le RBU puisse se positionner dans un nouveau cycle de son développement.

- Avant 2016, le RBU a mis en place son fonctionnement administratif actuel et posé les bases des envois des RPU actuels.
- De 2016 à 2020, nous avons acquis l'outil Jasper Soft et industrialisé la production de données. Le réseau s'est étoffé et s'est impliqué dans beaucoup de thématiques autour de l'urgence (SI SAMU, HET, EIGS). Nous avons solidifié nos bases administratives et buté notre mise en conformité avec le RGPD.

Il s'agit de débiter une nouvelle phase, nécessitant comme à chaque fois un tour des acteurs, nouvelle phase précipitée par la crise du COVID et s'inscrivant autour d'une montée en puissance des données (SAMU, Urgences) et de la production de données et leur mise en valeur métier.