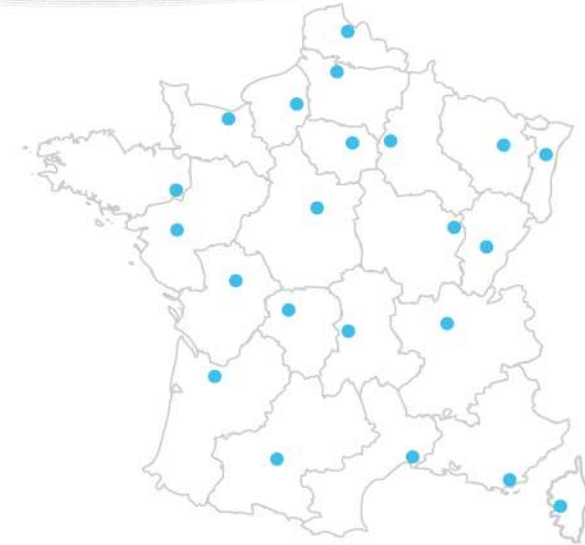




FEDORU

Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences



Qualité des données

Harmonisation Inter ORU

Bruno MAIRE

Réunion plénière du 20 mai 2014

Groupe de travail 1 FEDORU

Compte rendu GT1

Composition du groupe de travail



- AZÉMA Olivier, ORU-MiP
- BANZET Leslie, CIRE-ORU Languedoc Roussillon
- BARTIER Jean-Claude, RESURAL
- BEAUJOUAN Laure, CERVEAU IdF
- BOUSQUET Vanina, InVS
- CAREL Didier, ARS Franche Comté
- CASÉRIO SCHÖNEMANN Céline, InVS
- DIALLO Abdoulaye, ORULOR
- FAUGERAS Gilles, ORULIM
- GALLART Jean-Christophe, ORU-MiP
- LIGIER Caroline, ORU Aquitaine
- LINASSIER Philippe, ROR Centre – CH Orléans
- MAILLARD Laurent, ORU Aquitaine
- MAIRE Bruno, ORULOR
- MAURIAUCOURT Patrick, Nord Pas de Calais
- MEURICE Laure, CIRE Aquitaine
- NOEL Guilhem, ORU PACA
- NOIZET Marc, RESURCA
- PETITCOLIN Pierre-Bernard, ORULIM
- TITTON Monique, ARS Centre

- Qualité des RPU
 - Format et champs spécifiques
 - Critères de rejet
 - Exhaustivité des champs du RPU
 - Contrôle de cohérence
- Exhaustivité des passages
- Harmonisation des définitions
- Harmonisation des axes d'analyse

Format et champs spécifiques

- Format XML (extensible markup language) avec balises et champs définis historiquement par l'INVS/SFMU et repris dans l'arrêté du 24/07/13
- Champs complémentaires pour certaines régions (GEMSA, TOP, taux de retour, durée d'attente de prise en charge, circonstances, données UHCD, SAMU voire SMUR)
- Flux entrants et sortants variables: EAI (enterprise application integration) régional avec passage au nom par le serveur de veille pour envoi à l'INVS
- Modalités d'envoi variables: mails sécurisés, FTPS (file transfer protocol secure), GnuPG (Gnu Privacy Guard)
- Au total, format XML avec EAI régional et champs complémentaires à harmoniser (cf. GT 3)

Critères de rejet

- Critères variables en fonction des régions
- Le minimum pourrait être la date et l'heure d'entrée et les éléments permettant d'assurer l'unicité du RPU à savoir le couple numéro RPU - numéro FINESS (+/- code UF: intérêt en terme d'intégrité de la base mais aussi d'exhaustivité des passages)
- Par contre, il semble difficile au GT de trop élargir les critères de rejet par exemple au diagnostic principal
- Il est également nécessaire de préciser les flux concernés par ces critères de rejet (tous les flux peuvent être concernés si un consensus est trouvé sur ces critères mais aussi sur ceux du contrôle de cohérence)

Compte rendu GT1

Qualité des RPU (3)



- Enfin, en cas de rejet, se pose le problème du devenir des RPU rejetés. La procédure pourrait alors être la suivante:
 - 1 - Stockage des RPU rejetés dans une table avec un champ supplémentaire destiné à recevoir le texte généré par l'erreur
 - 2 - Notification (mail) envoyée au référent technique de l'établissement et au gestionnaire de flux du concentrateur régional
 - 3 - Correction des RPU avec renvoi des RPU par le référent de l'établissement
 - 4 - Notification des RPU « rejoués » au gestionnaire de flux

Contrôle de cohérence

- Il ne s'agit pas ici d'une non-conformité de format ou de balise mais du libellé du contenu
- L'incohérence peut être « mono-champ » ou « inter-champs »
- L'InVS utilise un programme d'intégration qui prend en compte ces deux types d'incohérence et qui peut, à l'évidence servir de document de travail
- Exemples:
 - détection des codes diagnostiques hors thésaurus avec règles de correction en 5 étapes (suppression des caractères puis troncature)
 - vérification sur les couples mode d'entrée/provenance, transport/transport PEC et sur le triplet mode de sortie/destination/orientation avec détermination des couples ou triplets autorisés, pouvant être corrigés ou devant être effacés

Exhaustivité des données

- Les écarts constatés entre les établissements en terme d'exhaustivité sont considérables allant pour le diagnostic par exemple en Aquitaine de 0% à 99.8%
- Il paraît pertinent au GT de ne jamais exprimer de valeurs pour un champ sans donner le taux d'exhaustivité du champ en question
- De plus, il pourrait être intéressant de définir des seuils d'exhaustivité autorisant l'interprétation des résultats
- Intérêt également des champs bloquants (mais à utiliser avec modération...)

Qualité intrinsèque des données

- Défaut de qualité en rapport avec:
 - une erreur de saisie (intérêt d'un « détrompage » au fil de l'eau, à la saisie)
 - une mauvaise compréhension (CCMU, GEMSA...)
 - une saisie « non professionnelle » (saisie volontaire de diagnostics ésotériques probablement favorisée par des thésaurus trop exhaustifs)
- Intérêt d'un règlement opérationnel de saisie des informations

Au total concernant la qualité des RPU,
l'harmonisation des formats, des critères de refus, des
règles de contrôle de cohérence...
est indispensable pour limiter les écarts actuellement
constatés entre les ORU, l'INVS et probablement
bientôt l' ATIH et ce, même si les objectifs de ces
différents utilisateurs ne sont pas superposables

Compte rendu GT1

Exhaustivité des passages (1)



- La question est de savoir quels sont les passages à prendre en compte?
- A l'évidence, les consultations et admissions non programmées prises en charge dans les locaux du service des urgences mais en éliminant et/ou identifiant :
 - les passages liés à des raisons organisationnelles (simple enregistrement administratif) ce qui correspond au code GEMSA 5 voire 8 du champ provenance
 - les passages en lien avec des reconvoctions pour suite de soins (pansement de brûlures ou de plaies...) (GEMSA 3)

Compte rendu GT1

Exhaustivité des passages (2)



- Mais quid des admissions et consultations non programmées accueillies en dehors du service des urgences? Cas classique de la pédiatrie médicale mais parfois aussi de certaines urgences spécialisées
- Il s'agit bien de consultations non programmées faites dans un établissement possédant une autorisation urgence et souvent prises en compte dans la déclaration SAE
- Les conséquences sont de deux ordres:
 - Non concordance entre les données SAE et les données ORU/InVS/ATIH
 - Impossibilité de travailler sur l'adéquation entre l'activité et les ressources

Compte rendu GT1

Exhaustivité des passages (3)



- La solution proposée par le GT1 serait de rajouter une balise UF en complément du numéro du RPU et du numéro FINESS pour identifier la localisation intra établissement de la prise en charge (Cf. GT3 sur le RPU étendu)
- Cette balise supplémentaire aurait en plus l'avantage de permettre de vérifier l'étanchéité SU/UHCD pour les solutions prenant en compte ces deux activités

Compte rendu GT1

Harmonisation des définitions et des bornes (1)



Périodes d'analyse

- Il est tout d'abord proposé d'utiliser des bornes communes pour définir la PDS ambulatoire et la PDS des établissements de santé (PDS=PDSA=PSDES)

Nom	Début	Fin
Jour de la semaine (L->D)	0h00	23h59
La soirée	20h00	23h59
La nuit	20h00	7h59
La nuit profonde	0h00	7h59
PDS en semaine	Semaine [0h00, 7h59] + [20h, 23h59]	
Weekend	Samedi 00h00	Dimanche 23h59
Weekend PDS	Samedi de 00h00 à 7h59 puis de 12h au Dimanche 23h59 Ou Samedi 12h au Dimanche 23h59	
Le mois	01/M/N 00h00	31/M/N 23h59
L'année	01/01/N à 00h00	31/12/N 23h59

Tranches d'âge

- Moins de 28 jours
- Moins de 1 an <1 (1 an exclu)
- [1,15[
- [15, 18[
- [18, 65[
- [65,75[
- Plus de 75
- Pour la pédiatrie : < 18 ans
- Les âges négatifs ou ≥ 120 ans sont exclus

Durée moyenne de passage (DMP)

- Moins de 1h : durée < 1
- Entre 1 et 2 heures : $1 \leq \text{durée} < 2$
- Entre 2 et 3 heures : $2 \leq \text{durée} < 3$
- Entre 3 et 4 heures : $3 \leq \text{durée} < 4$
- Entre 4 et 5 heures : $4 \leq \text{durée} < 5$
- Entre 5 et 6 heures : $5 \leq \text{durée} < 6$
- Entre 6 et 12 heures : $6 \leq \text{durée} < 12$
- Entre 12 et 24 heures : $12 \leq \text{durée} < 24$
- Plus de 24h : durée ≥ 24
- Moins de 4h : durée < 4
- Plus de 4h : durée ≥ 4
- Les durées supérieures à 72h et les durées négatives sont exclues

Temps d'attente

- Il peut en effet s'agir :
 - du temps passé en salle d'attente (mais problématique de localisation du patient au sein du service)
 - du temps d'attente de prise en charge par une IDE (hors IOA)
 - du temps d'attente de prise en charge médicale
- C'est cette troisième notion qui est retenue car il s'agit réellement de l'intervalle libre entre l'arrivée aux urgences et la prise en charge médicale (médecin senior voire interne mais pas externe)
- Cette information n'est pas aisée à remonter mais le GT pense qu'elle est fondamentale. Il appartient à chaque région de choisir la modalité technique la plus adaptée à ses applications (première connexion d'un médecin, tag...)
- Les tranches d'attente de prise en charge seraient les suivantes:
[0-15[[15-30[[30-60[[60-90[[90-120[[120-180[[3H-6h[[6H-12H[≥12H

Taux de recours aux urgences

- Nombre de passages aux urgences (et non de patients) avec code postal correspondant à l'entité géographique concernée

Taux d'occupation ponctuel (TOP)

- Le GT n'a pas trouvé de consensus concernant sa définition en particulier concernant le dénominateur. L'utilisation du nombre de box et /ou places pose en effet des problèmes de mise à jour et est d'interprétation difficile en fonction des organisations locales (impact de l'utilisation de salles d'attente en zone de soins par exemple). De plus d'autres marqueurs de suractivité semblent plus pertinents au GT.

Patients en attente d'un lit d'hospitalisation

- Indicateur incontournable d'HET mais à définition non univoque
- Certes il s'agit des patients en attente d'un lit d'hospitalisation, sans lit d'aval disponible à l'instant « t » ce qui suppose que la décision d'hospitalisation ait été prise et que la recherche de lit ait été infructueuse.
- Cependant, deux questions peuvent se poser :
 - Faut-il inclure dans cette définition les patients nécessitant une surveillance prolongée (idem groupe 4 de la SFMU) avec en corollaire une possibilité de mode de sortie en « domicile » ?
 - Une durée minimale de passage aux urgences doit-elle être intégrée à la définition ? (depuis plus de 6h ?)

Sortie non convenu

- En fonction des régions, le terme usité est sortie atypique ou sortie non convenue. Le terme de sortie non convenue est considéré comme le plus adéquat par le GT
- Cette notion regroupe les fugues (fuite en zone de soins), les sorties contre avis médical et les partis sans attendre (avant prise en charge en zone de soins)
- Cependant, tous les outils actuels ne remontent pas ces informations en particulier les PSA. Il est nécessaire de tenir compte de cette particularité pour réaliser des comparaisons entre les services surtout si ces sorties non convenues sont utilisées comme critère qualitatif
- Enfin, ces sorties non convenues sont un des éléments expliquant les écarts entre les données d'activité des ORU et de la SAE

Compte rendu GT1

Harmonisation des définitions et des bornes (8)



Problème des thesaurus

- Un effort doit être fait au niveau des éditeurs et des utilisateurs pour que les thesaurus utilisés soient ceux de la dernière version de la SFMU (motif de recours et diagnostic) quitte à avoir éventuellement accès en deuxième ligne à une classification plus exhaustive.
- Par ailleurs, le GT1 propose à l'instar du GT3 d'ajouter un champ circonstance comme déjà usité en Ile de France ou en Limousin.
- Enfin, un regroupement commun de l'ensemble des diagnostics par discipline est indispensable pour analyser et comparer l'activité des services d'urgence et des régions. Ce travail a été réalisé par Olivier Azéma de l'ORU-MiP, qui propose de le mettre à disposition de la FEDORU.

Données UHCD

- Les données UHCD ne sont pas toujours accessibles du fait de l'utilisation d'outils parfois différents entre le secteur des urgences et le secteur d'UHCD
- Elles peuvent être retrouvées via les DIM mais en excluant de fait une analyse temps réel
- Pour autant, certaines données semblent indispensables au GT comme par exemple :
 - la durée moyenne de passage (avec en particulier les durées de plus de 24h en tant qu'indicateur HET)
 - le diagnostic
 - l'orientation à la sortie de l'UHCD

Compte rendu GT1

Socle commun d'axes d'analyse (1)



- Le GT propose un socle commun d'axe d'analyse dont l'objectif est de permettre une comparaison entre les services d'urgence et entre les régions
- Les extractions de données doivent être faites en utilisant les bornes définies préalablement et les résultats devront être exprimés en valeur et en pourcentage et le cas échéant en moyenne et en médiane
- A titre d'exemple, le GT propose les axes d'analyse suivants :

Compte rendu GT1

Socle commun d'axes d'analyse (2)



Activité des urgences

- Nombre total de passages avec une répartition par
 - ▶ région
 - ▶ département
 - ▶ type de d'établissement (public, privé, PSPH)
 - ▶ commune de domicile
 - ▶ année, mois, jour de la semaine, heure, période PDS et non PDS
 - ▶ sexe
 - ▶ âge
 - ▶ mode d'entrée
 - ▶ mode de transport à l'admission
 - ▶ durée de passage (+/- durée d'attente de prise en charge médicale)
 - ▶ gravité
 - ▶ diagnostic principal
 - ▶ actes CCAM
 - ▶ mode de sortie
 - ▶ mode d'orientation

- Taux de recours aux urgences par région et par département

Activité SAMU

- Concernant les données des SAMU et SMUR, il existe une grande disparité entre les régions en termes de capacité d'extraction allant du tout au rien avec un niveau intermédiaire correspondant à l'extraction de données agrégées nécessaires pour renseigner les serveurs de veille des ARS.
- Le minimum souhaité pourrait correspondre aux données suivantes:

Compte rendu GT1

Socle commun d'axes d'analyse (4)



- Nombre de dossiers de régulation et de dossiers médicaux de régulation par :
 - ▶ SAMU
 - ▶ Régulateur libéral et hospitalier
 - ▶ Année, mois, jour de la semaine, période PDS et non PDS
 - ▶ Motif de recours
 - ▶ Provenance de l'appel
 - ▶ Lieu d'intervention
 - ▶ Type d'appelant
 - ▶ Type de décision : renseignement, conseil, médecin, ambulance, VSAV, SMUR
- Taux de recours au SAMU par département

Activité SMUR

- Nombre d'interventions SMUR avec répartition par
 - ▶ SMUR
 - ▶ Année, mois, jour de la semaine, période PDS et non PDS
 - ▶ Sexe et âge
 - ▶ Lieu d'intervention
 - ▶ Moyen d'intervention
 - ▶ Devenir (transport ou non, DCD, soins sur place....)
 - ▶ Diagnostic principal
 - ▶ Actes CCAM
 - ▶ Destination (établissements et services)

- Taux de recours au SMUR par département

Compte rendu GT1

Charte qualité



- Le GT recommande que tous les ORU disposent d'une charte qualité régionale qui précise les rôles et engagements mutuels de l'ORU et des établissements de santé participant à l'observatoire.
- A titre d'exemple d'engagement, il est fondamental que chaque établissement de santé participant à un ORU s'engage à l'informer de toutes les modifications éventuelles de son système d'information pouvant potentiellement affecter la remontée des RPU (changement de logiciel ou même simple changement de version...)
- Comme document de travail, l'ORU de Lorraine propose de mettre sa charte qualité à disposition des membres de la FEDORU

Compte rendu GT1

Conclusion



- La qualité des données est un enjeu fondamental mais aussi un travail permanent et chronophage qui doit bénéficier au maximum de procédures automatiques de contrôle et de correction
- L'harmonisation des définitions, des bornes, des axes d'analyse est un préalable indispensable à toute comparaison entre les régions mais aussi à toute analyse et /ou travail à l'échelon national
- Enfin, la richesse des échanges dans nos GT justifie a posteriori et à elle seule, la création de notre fédération

Merci de votre attention



- AZÉMA Olivier, ORUMIP
- BANZET Leslie, CIRE-ORU Languedoc Roussillon
- BARTIER Jean-Claude, RESURAL
- BEAUJOUAN Laure, CERVEAU IdF
- BOUSQUET Vanina, INVS
- CAREL Didier, ARS Franche Comté
- CASÉRIO SCHÖNEMANN Céline, INVS
- DIALLO Abdoulaye, ORU LOR
- FAUGERAS Gilles, ORU LIM
- GALLART Jean-Christophe, ORU-MIP
- LIGIER Caroline, ORU Aquitaine
- LINASSIER Philippe, ROR Centre – CH Orléans
- MAILLARD Laurent, ORU Aquitaine
- MAIRE Bruno, ORU LOR
- MAURIAUCOURT Patrick, Nord Pas de Calais
- MEURICE Laure, CIRE Aquitaine
- NOEL Guilhem ORU PACA
- NOIZET Marc, RESURCA
- PETITCOLIN Pierre-Bernard, ORU LIM
- TITTON Monique, ARS Centre