

RECOMMANDATIONS FEDORU

MISE EN PLACE ET ÉVALUATION DE LA PHASE AIGUË D'UNE FILIÈRE DE SOINS

Versions

V01	11/2017
-----	---------

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	4
2. DEFINITION D'UNE FILIERE DE SOINS	4
3. METHODOLOGIE DE MISE EN PLACE	4
3.1 Choix de la filière et de son périmètre	5
3.2 Etat des lieux.....	5
3.3 Mise en place d'un Comité de filière	5
3.4 Graduation de l'offre de soins	5
3.5 Description de la filière dans le Répertoire Opérationnel des Ressources	6
3.6 Homogénéité des pratiques.....	6
4. EVALUATION DE LA FILIERE	7
4.1 Objectif d'évaluation	7
4.2 Méthodologie d'évaluation	7
4.3 Données patients disponibles	8
4.4 Données de fonctionnement de la filière	9
4.5 Grilles d'évaluation	10
4.6 Exemples d'évaluations de filière et mise en œuvre	10
5. RETRO-INFORMATION	13
6. AMELIORER LA FILIERE.....	13
7. CONCLUSION.....	13

1. Introduction

La raréfaction et la spécialisation de l'offre de soins, la recherche de l'optimisation de la qualité et de la sécurité des soins amènent à définir de nouvelles modalités de prise en charge et de parcours de soins pour les patients sous la forme de filières de soins.

Les **Plans Régionaux de Santé** incitent à les développer, s'appuyant sur les recommandations professionnelles qui préconisent une gradation des soins permettant une prise en charge optimisée et de répondre à un équilibre entre volume d'activité et sécurité d'un plateau technique.

Enfin, la définition de nouveaux parcours de soins au sein des territoires de santé en cours de structuration représente un nouvel enjeu pour ces filières.

L'élaboration de règles communes de pratique, de mécanismes de coordination, leur observance et leur évaluation devraient garantir une prise en charge optimale du patient. Le travail d'élaboration suppose une explicitation préalable des compétences, des tâches et des responsabilités de chacun des membres du réseau (Source : ANAES, août 1999).

La circulaire DHOS/01/2007/65 du 13/02/2007 relative à la prise en charge des urgences instaure la création des réseaux des urgences. Ceux-ci ont notamment pour mission l'accès aux plateaux techniques dans le cadre de la gradation des soins et des filières de prise en charge. Les observatoires des urgences sont très habituellement adossés aux réseaux des urgences, avec des missions support d'analyse d'activité, d'évaluation ou de méthodologie.

C'est dans ce contexte que la FEDORU a souhaité élaborer des recommandations sur la mise en place et sur l'évaluation de la phase aiguë des filières de soins.

Pour toutes ces raisons, le sujet des filières de soins est au cœur de l'actualité et la FEDORU s'est légitimement saisie du sujet afin d'en définir une méthodologie de mise en place ainsi que les modalités d'évaluation.

2. Définition d'une filière de soins

D'après l'ANAES, une filière est une description de trajectoires : elle peut être définie a posteriori ou a priori. A posteriori, elle résulte d'une observation des trajectoires des patients dans le système de soins. A priori, elle émane soit d'une logique de travail en réseau, soit d'une logique conventionnelle, réglementaire ou tarifaire.

Les éléments de caractérisation d'une filière sont :

- les « lieux de passage » ;
- la quantité d'aide et de soins apportée à chaque niveau ;
- le temps de passage à chaque niveau, les coûts associés.

3. Méthodologie de mise en place

La démarche va successivement associer :

- détermination de la ou des filières devant être prioritairement structurée(s) ;
- état des lieux de la filière concernée ;
- mise en place d'un comité de filière ;
- détermination des critères permettant la gradation de l'offre de soins ;
- description actualisée de l'offre de soins mais aussi de la filière dans le répertoire opérationnel des ressources (ROR) ;
- élaboration et diffusion d'une procédure opérationnelle standardisée de prise en charge thérapeutique et d'orientation des patients concernés par la filière ;
- évaluation du respect de la filière et de sa pertinence (cf paragraphe spécifique).

3.1 Choix de la filière et de son périmètre

Les critères d'identification de la ou des filières prioritaires (exemple : SCA (syndrome coronarien aigu), AVC (accident vasculaire cérébral), traumatisés graves, brûlés graves, arrêt cardiaque et ECMO (extra-corporelle membrane oxygénation), urgences obstétricales, ophtalmologiques,...) s'appuient :

- sur les orientations du PRS et notamment sur les objectifs opérationnels du SRS ;
- sur l'identification de dysfonctionnements connus (Événement Indésirable Grave, fiche de dysfonctionnement des urgences...) ;
- sur la modification du cadre des recommandations professionnelles (diagnostique, thérapeutique ou d'orientation) ;
- sur la recomposition de l'offre sanitaire ;
- sur le bénéfice attendu.

Cette phase préalable doit également s'attacher à définir le périmètre de la filière : pré hospitalier, hospitalier MCO, hospitalier SSR, évolution post SSR (décès, lien avec la médecine libérale...). Le périmètre peut dans un premier temps ne pas couvrir l'intégralité de la filière, en fonction des objectifs recherchés dans la formalisation de cette dernière.

3.2 Etat des lieux

Dans cette phase, il s'agit de rassembler les éléments préparatoires à la structuration de la filière :

- d'analyser l'activité recensée en région selon les différentes sources disponibles (PMSI, enquêtes de pratique, RPU, données SAMU...) ;
- d'identifier les structures et acteurs existants intégrant la filière (professionnels, établissement, services, plateaux techniques...) ;
- de réaliser un état des lieux des flux inter-établissements actuels au sein de la filière ;
- de rechercher les expériences existantes sur la filière concernée (retour d'expérience d'autres régions, bibliographie).

3.3 Mise en place d'un Comité de filière

Il s'agit d'un comité pluri-professionnel associant pour chaque filière, des experts représentant les différentes spécialités concernées par la thématique (par exemple pour la filière neurovasculaire celui-ci regroupera les médecins neurovasculaires, neuroradiologues interventionnels et urgentistes des SAMU, SMUR et Urgences).

Ce comité est en charge :

- de l'analyse des éléments contextuels ;
- de la définition de la gradation des soins ;
- du pilotage de la mise en place de la filière ;
- de l'identification des indicateurs et outils d'évaluation ;
- de l'analyse des résultats de l'évaluation de la filière et de l'élaboration de propositions d'actions d'amélioration.

3.4 Graduation de l'offre de soins

Il s'agit d'identifier les critères définissant les niveaux de prise en charge pour la filière. Ces critères correspondent aux structures d'hospitalisation, aux éléments du plateau médico-technique, aux compétences et ressources humaines, ainsi qu'à leur mode d'accessibilité.

Chaque établissement se verra attribuer un niveau selon son plateau technique et son organisation, définissant le type de patient qu'il pourra accueillir dans le cadre de la filière.

Les modalités d'orientation s'appuyant sur la typologie du patient et ses caractéristiques cliniques seront définies en regard de ces critères établissant la gradation de l'offre de soins.

Le tableau ci-dessous est un exemple de description de niveaux de filière concernant le SCA ST+ (syndrome coronarien aigu avec sus décalage du segment ST).

Type de filière	SCA ST+			
Niveau de filière	Référence	Recours 1	Recours 2	Proximité
Autorisation	Oui	Oui	Oui	Non
UO contact	USIC	USIC	USIC	SU
UO accueil	USIC ou salle de coro	USIC ou salle de coro	SU ou USIC	SU
Référentiel	POS SCA ST+			

	Ressources (plateau technique, spécialiste,...)			
Coronarographie interventionnel	H24	H24	Non	Non
USIC	H24	H24	H24	Non
Chirurgie cardiaque	Oui	Par convention	Non	Non
ECMO	Oui	Non obligatoire	Non	Non
Contrepulsion	Oui	Non obligatoire	Non	Non

Exemple de critères de graduation filière SCA ST+ région Grand Est

3.5 Description de la filière dans le Répertoire Opérationnel des Ressources

Le ROR doit faire l'objet d'une relecture attentive afin de vérifier que l'offre de soins participant à la filière y est précisément décrite et, notamment, que les critères participant à la définition des niveaux de prise en charge soient effectivement présents. Cette étape est l'occasion de mettre à jour le ROR et permet souvent de faire évoluer le modèle de description des structures ; ces modifications doivent par ailleurs être soumises aux comités ad hoc, animés par l'ASIP santé, afin de faire progresser l'ensemble des régions.

Le ROR devra disposer d'un module permettant d'effectuer une recherche par filière, puis par niveau au sein de la filière. Les différents niveaux devront être paramétrés tels que prévus dans le paragraphe 3.3.

The screenshot shows the ROR interface for the Grand Est region. The search is performed for 'NANCY (54000)' in the 'Meurthe-et-Moselle' territory. The search results are filtered by 'SCA ST+' and show a list of facilities. The results table is as follows:

Filières	Patientèle	Statut	EG
CHRU Nancy	E+A	●	CHU NANCY BRABOIS
HUS	E+A	●	HUS / HOPITAL CIVIL / NOUVEL HOPITAL CIVIL
CHU Reims	E+A	●	HOPITAL ROBERT DEBRE CHU REIMS

Exemple de recherche des niveaux de filière dans le ROR de la région Grand Est.

3.6 Homogénéité des pratiques

Cette phase doit associer étroitement le réseau régional des urgences et le collège de médecine d'urgence. Il s'agit de créer une dynamique régionale avec les professionnels concernés s'appuyant sur des documents cadres validés et partagés.

Cela nécessite :

- la mise en place de réunions d'échange entre les différents acteurs de la filière ;
- la rédaction de procédures partagées et actualisées d'organisations préhospitalière et hospitalière spécifiques ;
- la diffusion des procédures et la formation des intervenants aux bonnes pratiques.

A noter que ces procédures partagées doivent être en permanence accessibles à l'ensemble des acteurs de la filière (ROR, site des réseaux et collèges de médecine d'urgence, applicatif embarqué...).
La région Grand- Est propose ici une méthode d'analyse systématique d'une filière de soins :

Filière de soins : proposition méthodologique

CONTEXTE :

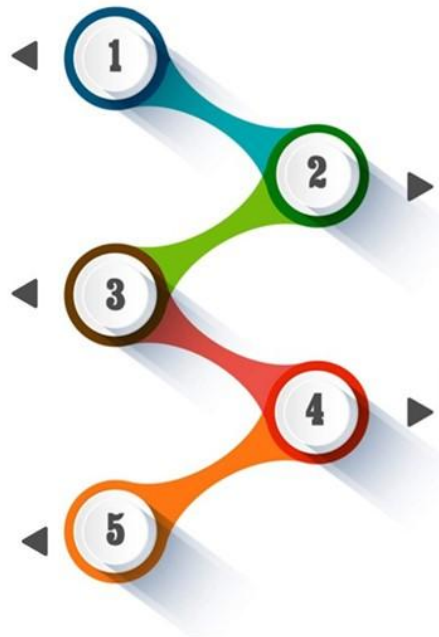
Analyse activité régionale
Recherche des solutions existantes
(bibliographie, retour d'expérience
d'autres région...)

ROR :

Vérification de la bonne description de
l'offre de soin dans le ROR
Intégration des niveaux de prise en
charge

EVALUATION :

Identification des données de suivi de la
filière – mise en place système de recueil
des données – Analyse – rétro-
information – Amélioration de la filière



GRADATION :

Définition et validation d'une gradation de
l'offre de soins structurant la filière, adaptée
à l'offre sanitaire régionale

HOMOGENEITE DES PRATIQUES

Animation d'échanges pluridisciplinaires
Élaboration de procédures partagées et
actualisées d'organisation préhospitalières et
hospitalières spécifiques

4. Evaluation de la filière

Le comité de filière :

- définit les objectifs d'évaluation dès la formalisation de la filière ;
- analyse les résultats des évaluations ;
- propose des actions d'amélioration.

4.1 Objectif d'évaluation

L'objectif de l'évaluation de la filière est d'analyser la qualité et la pertinence des parcours patients afin de les améliorer.

4.2 Méthodologie d'évaluation

Il s'agit de mesurer l'écart entre la pratique et les recommandations (référentiel, procédures opérationnelles régionales standardisées...).

Certains prérequis sont indispensables :

- 1- Définition des critères d'évaluation (quelles données ?)
- 2- Préciser qui recueille et analyse les données, sur quel flux et selon quelle périodicité
- 3- Définir les modalités de rétro-information

4.3 Données patients disponibles

Les données disponibles sont très variables, il peut s'agir de données issues des registres, des RPU, du PMSI, des SAMU-SMUR ou de l'analyse des fiches de dysfonctionnement.

Les caractéristiques de ces différentes sources de données sont décrites ci-dessous.

DONNEES ISSUES DES REGISTRES

Disponibilité de la donnée : elle est fonction des registres existants, mais aussi de leur qualité et de leur exhaustivité. Les données relatives à la phase aiguë des filières sont le plus souvent analysées par les réseaux des urgences.

Modalités de recueil : l'idéal est d'organiser une saisie dans le logiciel métier des professionnels afin de limiter la charge de saisie. Pour autant les registres exigent souvent des données précises qui ne permettent pas un tel traitement. En conséquence, les données ne sont pas encore automatisées pour la plupart des registres à l'heure actuelle et un remplissage manuel est nécessaire pour chaque patient.

Avantages

- permet de choisir et d'adapter les critères d'évaluation ;
- permet de suivre le parcours du patient en pré-per et post hospitalier ;
- permet une évaluation fine de la filière mais également une évaluation des pratiques professionnelles ;
- favorise la cohésion des acteurs de la filière.

Inconvénients

- lourdeur à la mise en place ;
- investissement des professionnels (dans le temps) ;
- nécessité de ressources humaines ;
- le chaînage avec les autres données est difficile ainsi que l'analyse des prises en charges successives. Certaines régions ont construit des registres intégrant des données d'identité des patients qui permettent de traiter la problématique des passages itératifs et de chaîner avec certaines bases et, notamment, la base de données nationale des décès (exemple : registre SCA et coronarographie de la région PACA).

DONNEES ISSUES DES RPU

Disponibilité de la donnée : elle est souvent bonne car issue du recueil continu obligatoire pour tous les SU depuis 2014. Les RPU sont recueillis, exploités et analysés par les Observatoires Régionaux des Urgences ou structures apparentées en pratique quotidienne.

Modalités de recueil : automatisées à partir des informations saisies aux urgences dans les logiciels par les professionnels.

Avantages

- données "maîtrisées" par les ORU ou structures équivalentes ;
- source de données automatisée, n'engendrant pas de travail supplémentaire pour le professionnel ;
- recueil obligatoire pour tous les SU ;
- données exhaustives ;
- permet de repérer le passage des patients aux urgences, celui-ci pouvant être ou non le parcours attendu du patient dans le cadre de la filière.

Inconvénients

- ne permet d'étudier que les patients pris en charge aux urgences ;
- difficulté de repérage des patients de la filière, du fait des thésaurus inadaptés ou de champs indisponibles (motif de recours et circonstances, diagnostic principal et diagnostic associé). La FEDORU travaille activement à la promotion d'une évolution du RPU vers une version dite RPUV3 qui permettrait de répondre spécifiquement à cette problématique ;
- pas de chaînage possible avec le champ de description du ROR ; la FEDORU propose que le RPU V3 intègre le numéro d'unité du service accueillant le patient, dans le cas d'une hospitalisation à l'issue de la prise en charge aux urgences. Cette donnée permettrait de lier le RPU aux données précises de description de chaque service et de contribuer à une automatisation de la description des parcours de soins ;
- pas de chaînage possible actuellement avec le pré et le post – hospitalier.

DONNEES PMSI

Disponibilité de la donnée : nécessite l'accès à la base PMSI.

Son intérêt principal est de donner une vision exhaustive des patients relevant de la filière (DP).

Modalités de recueil : issues du codage réalisé par les DIM

Avantages

- retrace de manière exhaustive le parcours patient au sein des différentes unités d'un même établissement ;
- source de données qui ne nécessite pas de travail supplémentaire pour le professionnel de santé des urgences ;
- qualité de la donnée en ce qui concerne le DP et le DAS.

Inconvénients

- le parcours patient est amputé de la partie pré-hospitalière et du détail de la partie urgence, du fait d'une absence de chaînage avec le RPU. La version RPUV3 pourrait améliorer cette problématique ;
- peu d'informations détaillées pour les phases aiguës (horaires, etc.) ;
- logique de codification orientée valorisation et non suivi de filière ;
- disponibilité de l'information : flux de données mensuel.

DONNEES SAMU ET SMUR DISPONIBLES

Disponibilité de la donnée : elle est théoriquement disponible auprès du SAMU, mais difficilement exploitable au niveau régional. Quant aux données SMUR, la saisie est rarement automatisée.

Modalités de recueil : par les SAMU et les SMUR (SMUR informatisés), via un flux dédié.

Avantage

- analyse du pré-hospitalier.

Inconvénients

- données non harmonisées et non standardisées ; la FEDORU a publié des recommandations pour harmoniser le recueil des données de régulation et de SMUR (RDR : Résumé de Dossier de Régulation, RPIS : Résumé Patient Intervention SMUR). Ces formats de données structurées sont testés actuellement par deux régions et seront adaptés selon les propositions recueillies auprès des acteurs métiers ;
- exploitation difficile à l'échelle régionale ;
- le chaînage est difficile à organiser ; il est mis en place partiellement en région PACA grâce à un flux de données entre services d'urgences et SAMU-Centre 15.

Cette organisation suppose des exigences techniques lourdes suivantes :

- les données SAMU sont regroupées au sein d'un concentrateur régional au fil de l'eau ;
- Les services des urgences reçoivent le dossier de régulation dans leur logiciel d'urgence dès lors que le médecin régulateur a précisé le service d'urgence de destination ;
- le service des urgences fusionne le dossier de régulation reçu et le dossier des urgences ;
- un RPU étendu qui comporte les références du dossier de régulation est collecté par le concentrateur régional des données de RPU.

INFORMATIONS ISSUES DE L'ANALYSE DES FICHES DE DYSFONCTIONNEMENT

Disponibilité de la donnée : variable en fonction des régions et non spécifique aux filières (circulaire 2007).

Modalités de recueil : remplissage manuel par un professionnel et circuit d'analyse pas toujours formalisé.

Avantage

- mettre en exergue les dysfonctionnements d'une filière.

Inconvénients

- la déclaration des dysfonctionnements n'est pas toujours faite et exhaustive ;
- vision macro et partielle d'une filière.

4.4 Données de fonctionnement de la filière

Outre la qualité et l'exhaustivité des données susnommées, l'analyse doit également porter sur les données globales de fonctionnement de la filière :

- continuité de l'offre de soin (en particulier en période PDS) ;
- analyse des ruptures ;
- qualité de la description dans le ROR ;
- thésaurus adaptés à la caractérisation de chaque filière (ex: diagnostics au sein des urgences, motif ou autre en fonction de la source de données).

4.5 Grilles d'évaluation

Elle doit être rédigée dès la formalisation de la filière. L'évaluation doit permettre de répondre aux objectifs de la filière et de mesurer les écarts par rapports aux valeurs attendues.

4.6 Exemples d'évaluations de filière et mise en œuvre

Nous proposons ici des exemples d'utilisation des données pour l'analyse des filières. Le tableau suivant montre les données qui sont utilisées et le commentaire s'attache à révéler les difficultés rencontrées.

	Registres	RPU	PMSI	SAMU/SMUR	FD
Polytraumatisé en RA	X				
ST+ en Midi-Pyrénées		X		X	
AVC en Grand Est		X	X		
Aquitaine	X	X			

A) UTILISATION DES DONNEES D'UN REGISTRE : PRISE EN CHARGE DU POLYTRAUMATISE EN RHONES-ALPES

La prise en charge initiale des traumatisés, sur le lieu de l'accident et leur orientation vers un centre hospitalier adapté, représente le premier maillon de la chaîne de survie de cette filière. Il s'agit d'effectuer le triage des patients, à partir de leur évaluation sur les lieux de l'accident, pour les orienter vers un centre hospitalier en capacité de traiter définitivement l'ensemble de leurs blessures.

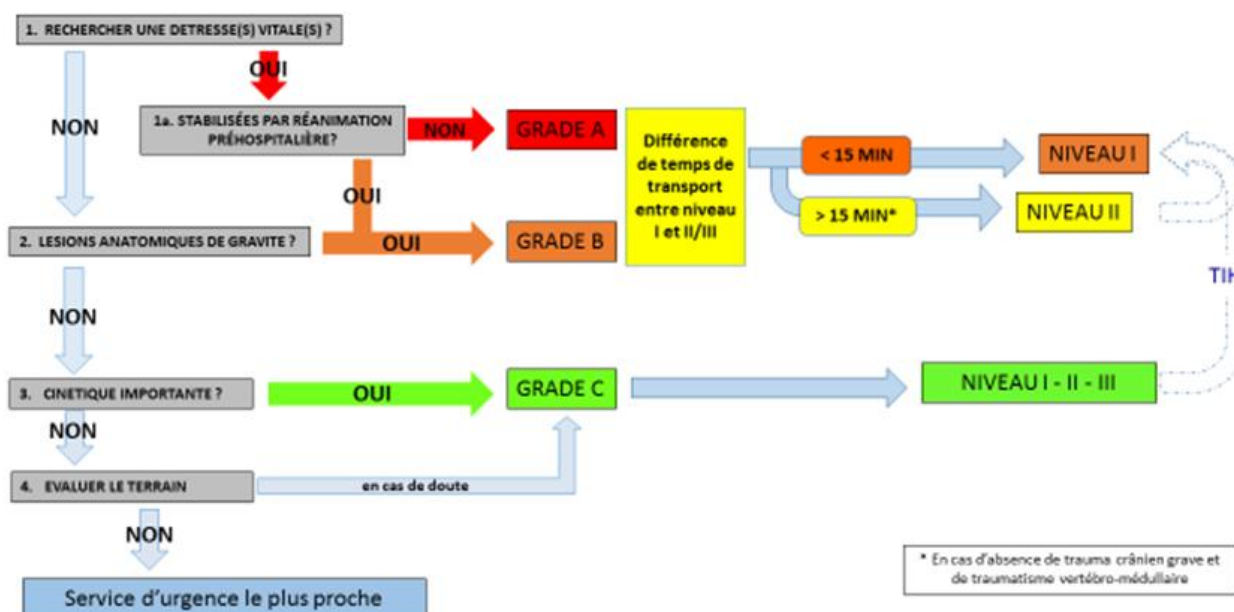
Cette organisation permet de formaliser l'orientation et l'accueil des traumatisés graves en désignant des centres de traumatologies référents au niveau régional (Trauma Centre) et en définissant les établissements de santé en fonction de leurs ressources. L'orientation des patients est définie « a priori » en fonction de la gravité évaluée en pré-hospitalier par des critères connus de tous.

On définit la gravité du patient selon une échelle de gradation à 3 niveaux correspondant à l'état de la victime :

- Grade A : détresse vitale non stabilisée ou nécessitant un support adrénergique ou une transfusion.
- Grade B : détresse vitale stabilisée, ou lésion anatomique de gravité.
- Grade C : pas de détresse vitale, circonstance et cinétique faisant suspecter une lésion potentiellement vitale.

En fonction de la gradation du patient celui-ci est orienté sur un centre niveau I, II, ou III en fonction du plateau technique.

ALGORITHME TRIAGE PREHOSPITALIER TRAUMA ARA



L'évaluation du réseau de traumatologie est assurée par un registre de pratiques permanent incluant les patients traumatisés graves sur la région et reposant sur un dossier patient standardisé en préhospitalier, en salle de déchocage et en réanimation.

Cela permet de suivre le parcours du patient de l'appel au Centre 15, en passant par le SMUR, le déchocage et enfin la réanimation.

Une base de données régionale a été créée avec un accès à distance.

B) UTILISATION DES DONNEES RPU : MODALITE DE RECUEIL DES INDICATEURS DE PRATIQUE SCA ST+ EN MIDI PYRENEES

Le recueil RESCAMiP a pour finalité l'évaluation des réseaux de soins, des délais et des stratégies de reperfusion des patients sur l'ex-région Midi-Pyrénées. Cette étude prospective, multidisciplinaire, multicentrique et longitudinale s'est déroulée du 30 Mars 2015 au 30 Mars 2017.

Les trois types de structures concernées (SAU, SMUR et Services de Cardiologie) ont pu produire les indicateurs de prise en charge des Syndrômes Coronariens Aigüs ST+ :

- soit directement au sein de leur logiciel métier avec extraction secondaire des données,
- soit sous forme de fiches de recueil informatisées sur le serveur régional de l'ORU-MiP.

Une base régionale unique a ensuite été constituée en croisant ces différentes sources de données pour reconstituer le parcours de chaque patient. Cette base est ensuite anonymisée pour permettre l'évaluation statistique de ces pratiques de soins.

Au-delà des aspects techniques de constitution de cette base de données et de contrôle des taux de remplissage de chaque variable au sein des fiches collectées, un nécessaire contrôle de l'exhaustivité des inclusions et de la qualité des saisies a été mis en œuvre. Il s'est organisé à deux niveaux :

AU NIVEAU DE CHAQUE STRUCTURE DE SOINS

L'évolution de la classification CIM10 et le fascicule de codage des SCA édité par l'ATIH (http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1288/fascicule_codage_sca_2017.pdf) permettent désormais un codage précis des SCA ST+.

Cependant, l'usage encore fréquent par les médecins urgentistes des codes 'IDM sans précision I219...' dans les RPU ou RPIS (Résumé Patient d'Intervention SMUR) est un frein au repérage des entrées dans cette filière de soins.

Certains centres ont ainsi contourné ce biais en faisant rajouter au sein de leur logiciel métier, lors de l'usage de ces codes imprécis, une fenêtre demandant à l'utilisateur de préciser si un sus-décalage du segment ST a été ou non constaté.

Pour les autres, des retours aux dossiers médicaux des RPU au codage imprécis ont été nécessaires afin d'inclure certains patients non initialement déclarés.

AU NIVEAU REGIONAL

Le croisement des différentes fiches de recueil ST+ collectées a permis de déceler plus précisément les données encore manquantes au sein de chaque parcours de soins et de procéder à des relances ciblées auprès de chaque centre (Exemple : Fiche Cardio du patient « X » sans fiche SMUR ou SAU associée, ...).

L'analyse des Résumés de Passages aux Urgences et des Résumés Patients d'Intervention SMUR, produits de façon quotidiennes par les structures d'urgences a également permis des contrôles de cohérence de différentes variables du recueil de pratiques SCA ST+ (provenance, horaires, moyen de transport, destination, ...).

L'ORU peut également éditer des listings automatisés de fiches aberrantes (valeur unitaire d'un indicateur ou combinaison d'indicateurs incompatibles) et les mettre à disposition des référents filière de chaque centre, si leur logiciel de saisie n'en permet pas la détection à la source.

C) CROISEMENT DES DONNEES PMSI ET RPU : AVC EN GRAND EST

En région Grand Est, une étude portant sur la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux a été réalisée en mettant en parallèle les données issues des RPU et celles du PMSI de l'année 2016. L'objectif était d'avoir un premier état des lieux des données disponibles, et ainsi, un premier aperçu au niveau de la grande région des patients pris en charge aux urgences pour un AVC.

Il a été précisé, en préalable des résultats restitués, que les données utilisées pouvaient être fragiles : la qualité du codage des diagnostics issus des RPU varie d'un établissement à l'autre et manque parfois de précision ; les données PMSI ne sont pas toujours exhaustives, par exemple en ce qui concerne le mode d'entrée des patients.

Un certain nombre d'indicateurs ont été croisés dans cette étude : nombre de séjours pour AVC/AIT avec et sans passage aux urgences (données PMSI) et nombre de passages aux urgences avec diagnostic d'AVC (données RPU) ; analyse de la typologie des patients (âge, sexe, etc.) ; prise en charge de l'AVC par établissement, par GHT, etc....

Les limites de cette analyse sont les suivantes : le DP (diagnostic principal) dans nos requêtes PMSI ne concerne pas obligatoirement les AVC en phase aiguë. Par ailleurs, le diagnostic posé aux urgences est parfois hypothétique et surestime sans doute le nombre d'AVC.

Pour autant, cette étude permet d'approcher la notion de filière de prise en charge par l'identification du nombre d'AVC passant par les urgences comparativement au nombre total d'AVC, le nombre de patients transférés des urgences vers une UNV et le pourcentage d'AVC accueilli en UNV.

D) CROISEMENT DES DONNEES REGISTRES ET RPU AQUITAINE : FILIERE SYNDROME CORONARIEN EN REGION EX AQUITAINE

Etude

Analyse de la convergence des données entre Registre et RPU à partir de la date de l'heure de la prise en charge et de la date de naissance.

Méthode

Les données fournies par le RPU sont limitées ; elles permettent cependant de connaître l'origine du patient, l'heure d'arrivée dans le service d'urgence, le mode de transport, le diagnostic, l'orientation et l'heure de sortie.

La qualité de la saisie de ces données dépend de l'organisation du service, du personnel au sens large du service, du logiciel et des processus qualité de saisie mis en place dans le service.

Pour améliorer l'exhaustivité du recueil, sans thésaurus spécifique sur la période d'étude, il a été décidé d'utiliser un regroupement de diagnostics assez large afin de limiter le risque de perte de patient.

Concernant les registres, il s'agit de support spécifique permettant une saisie en temps réel correspondant à l'ensemble du parcours du patient : en amont, aux urgences et en aval de celles-ci.

Seules les données des services d'urgences renseignant à la fois le RPU et le registre SCA régional ont été utilisées.

Les résultats en Ex Aquitaine sur l'année 2016

Nombre de SU avec Syndrome coronarien ST+ remplissant le registre = 22

Nombre de SU avec Syndrome coronarien remontant des RPU = 28

Nombre de SU avec registre et RPU = 21 (1 SU que dans Registre et 7 SU que dans RPU)

En ne prenant que les SU communs aux deux bases de données :

Nombre de SU avec Syndrome coronarien ST+ dans Registre = 103

Nombre de SU avec Syndrome coronarien dans RPU = 445

Nombre de SU avec Syndrome coronarien Registre et RPU = 64

Nombre de SU avec Syndrome coronarien ST+ dans Registre = 39

Nombre de SU avec Syndrome coronarien que dans RPU = 301

Analyse des divergences

L'analyse des divergences a été réalisée, elle met en évidence des différences sur le recrutement des patients :

- RPU : le recrutement se fait à partir d'un âge et d'un thésaurus très large de diagnostics provenant de la CIM 10. Sont intégrés tous les SCA+ mais, également, les syndromes coronariens qui n'ont pas encore été qualifiés ; la douleur thoracique peut être supérieure au délai du registre.
- Registres : la définition est claire, ne sont éligibles que les patients avec un SCA+ ayant un ECG qualifiant et une douleur thoracique inférieure à 12h.

Conclusion

Le RPU est dans un format national permettant une stratégie commune dans le cadre des filières.

Les registres ont une dimension régionale avec des spécificités locales.

L'objectif d'une convergence des données RPU et registre passera obligatoirement par la mise en place de données registres communes sur le plan national, par l'utilisation de définition claire et de thésaurus validés et communs aussi bien dans le RPU que dans les registres.

L'analyse commune des bases passera par la mise en place d'un identifiant unique.

La solution intermédiaire, en attendant la mise en place d'un format national des registres et le RPU V3, est la réalisation d'analyse par capture recapture intégrant les données registres, RPU, SAMU, SMUR et PMSI, afin d'estimer le nombre des patients porteurs de la pathologie cible.

5. Rétro-information

La rétro-information vers les professionnels qui sont souvent les producteurs de données est fondamentale mais, il est nécessaire de préciser le format (reporting, tableau de bord, benchmarking, études...) et la périodicité.

En tout état de cause, une rétro-information supra annuelle est à éviter.

6. Améliorer la filière

Le comité de filière propose des axes d'amélioration : optimisation des outils de recueil et d'analyse ; amélioration de l'offre de soins ; communication ; formation complémentaire... L'implication des autorités de tutelles est bien sûr indispensable dans l'amélioration des filières.

7. Conclusion

Véritable sujet d'actualité, la mise en place des filières répond à de multiples préoccupations : amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge du patient ; rationalisation et gradation de l'offre de soins ; adaptation des établissements aux contraintes de pénurie médicale ; organisation des soins au sein des groupements hospitaliers de territoire... L'évaluation de ces dispositifs est primordiale pour vérifier si leur mise en œuvre répond aux objectifs et si le parcours du patient est conforme aux recommandations.

Ce travail original proposé par la FEDORU est le fruit de la mise en commun de multiples expériences régionales, tant sur les périmètres et que sur les objectifs. Ces expériences ont permis de proposer une méthodologie structurée pour la mise en place d'une filière, puis de recenser les différentes sources de flux de données permettant de bâtir les outils d'évaluation.

Le ROR doit devenir l'outil porteur de la description de ces filières car dispose de la description de l'offre de soins constituant chaque filière. Son paramétrage doit permettre de l'interroger afin d'obtenir toutes les informations pour orienter un patient dans la filière : indication ; gradation de l'offre ; disponibilité ; contact médicaux...

L'enjeu essentiel des prochaines années dans le développement de ces filières est de créer des flux d'informations permettant leur suivi et leur analyse. Cela sous-entend, tout d'abord, de disposer d'outils ergonomiques pour les professionnels participants à la prise en charge du patient, évitant la saisie d'information redondantes, le renseignement manuscrit de document et leur traitement manuel. En second lieu, l'évaluation de ces filières nécessite de pouvoir chaîner les informations des différentes phases (pré, per et post-hospitalière). La FEDORU occupe une place centrale sur ce sujet. C'est entre autre pour atteindre cet objectif que la FEDORU promeut de nouveaux formats de données qui permettront le chaînage d'informations. C'est le cas du format RPU V3, nouveau format de résumé de passage aux urgences qui embarquera de nouvelles données, dont certaines permettant de le relier à la prise en charge en aval et en amont des urgences mais, également, celui de la normalisation des flux de données des SAMU et des SMUR, respectivement par la définition des formats résumé de dossier de régulation (RDR) et résumé patient d'intervention SMUR (RPIS).

Directeur de la publication

Dr Gilles VIUDES

Impression

COREP, 10 rue Brantome, 75003 PARIS.

ISSN

Edition papier : 2490-5453

Edition numérique : 2491-8903

Dépôt légal

Novembre 2015

Date de publication

Décembre 2017

