



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**LES MODALITES DE SORTIE D'HOSPITALISATION EN CENTRE DE
LUTTE CONTRE LE CANCER : BILAN APRES TROIS ANS
D'UTILISATION DE TRAJECTOIRE.**

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} Juin 2015 à 14h
au Pôle Formation

Par Guillaume HERNANDEZ

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric LARTIGAU

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Alain DUHAMEL

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Gautier LEFEBVRE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ARS	Agence Régionale de Santé
CISSPO	Coordination Interdisciplinaire des Soins de Support en Oncologie
CLCC	Centre de Lutte Contre le Cancer
C.O.L	Centre Oscar Lambret
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
HAD	Hospitalisation à Domicile
INCa	Institut National du Cancer
RSS	Résumé de Sortie Standardisé
RUM	Résumé d'Unité Médicale
SHMS	Structure d'Hébergement Médico-Social
SLD	Service d'Accueil de Longue Durée
SSR	Service de Soins de Suite et de Réadaptation

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
Contexte et Problématique	4
I. Organisation et objectifs de la lutte contre le cancer en France :	4
A. Historique de la lutte contre le cancer :	4
B. Organisation des soins en cancérologie :	7
1. Les réseaux régionaux de cancérologie (RRC) :	7
2. Les établissements autorisés :	8
3. Les établissements associés :	10
II. Epidémiologie des cancers en France :	11
III. Etat des lieux des hospitalisations liées aux cancers en France	14
IV. Organisation des entrées et sorties d'hospitalisation au Centre Oscar Lambret.....	15
A. Le CISSPO :	15
B. L'organisation des sorties d'hospitalisation du C.O.L :	16
Matériels et méthodes	18
I. Caractéristiques de l'étude :	18
II. Objectifs de l'étude :	19
III. Modalités de recueil de données :	20
A. Données relatives aux hospitalisations :	20
B. Données relatives à l'utilisation de Trajectoire :	21
IV. Critères de jugement et d'analyse	22
Résultats	23
I. Nombre d'hospitalisations au sein des différentes unités étudiées :	23
II. Nombres et taux de transferts du C.O.L vers les établissements associés (SSR, SLD, USP) :	26
A. Données annuelles	26
1. En 2010 :	26
2. En 2011 :	27
3. Du 1er janvier au 31 mai 2012 :	28
4. Du 1er juin au 31 décembre 2012 :	29
5. En 2013 :	30
6. En 2014 :	31
B. Evolutions des taux de transferts de 2010 à 2014 :	32
1. En fonction du nombre de demandes de transferts :	32
2. En fonction du nombre de patients ayant nécessité une demande de transfert :	33

C.	Comparaison des taux de transfert avant et depuis l'utilisation de Trajectoire : ...	34
1.	Pour les unités médicales :	34
2.	Pour les unités chirurgicales :	34
3.	Pour l'ensemble des services :	35
III.	Durées moyenne de séjour des patients hospitalisés au sein des différentes unités du	
C.O.L :	.....	36
A.	Evolution de la DMS au sein des différents services de 2010 à 2014 :	36
B.	DMS au sein des différentes unités :	37
1.	Pour les unités médicales :	37
2.	Pour les unités chirurgicales :	38
3.	Pour l'ensemble des services :	39
Discussion	.....	40
Conclusion	.....	50
Références bibliographiques	.....	52
Annexes	.....	55
Annexe 1 :	Formulaire de demande de transfert par télécopie (avant utilisation de Trajectoire)	56
Annexe 2 :	Formulaire de demande de transfert sur Trajectoire	60
Annexe 3 :	Nombre d'hospitalisations en fonction de la durée en 2010	62
Annexe 4 :	Nombre d'hospitalisations en fonction de leur durée en 2011	63
Annexe 5 :	Nombre d'hospitalisations en fonction de leur durée du 01/01/2012 au 31/05/2012	64
Annexe 6 :	Nombre d'hospitalisations en fonction de leur durée du 01/06/2012 au 31/12/2012	65
Annexe 7 :	Nombre d'hospitalisations en fonction de leur durée en 2013	66
Annexe 8 :	Nombre d'hospitalisations en fonction de leur durée en 2014	67

RESUME

Contexte : L'optimisation de la prise en charge des patients atteints de cancer nécessite une organisation des sorties d'hospitalisation facile et efficace, notamment des transferts entre établissements de soins et établissements type SSR, SLD ou USP. Dans ce but, depuis juin 2012 le logiciel de l'ARS Trajectoire est utilisé comme interface au Centre Oscar Lambret (C.O.L).

Méthode : Les données concernant les demandes de transferts et la durée moyenne de séjour (DMS) des patients issus des services médicaux et chirurgicaux du C.O.L ont été comparées de janvier 2010 à mai 2012 (avant l'utilisation de Trajectoire) et de juin 2012 à décembre 2014 (depuis l'utilisation de Trajectoire) afin d'évaluer l'impact du logiciel sur l'aboutissement des transferts et sur la DMS.

Résultats : Avant l'utilisation de Trajectoire, les taux de transferts aboutis par demandes issues du C.O.L étaient de 24.6% pour celles provenant des services médicaux, 29.9% pour celles des services chirurgicaux et 26.2% pour l'ensemble des services (294 transferts aboutis pour 1124 demandes). Depuis l'utilisation de Trajectoire, ces taux sont de 15.1%, 17.6% et 15.7% (279 transferts aboutis pour 1176 demandes). Les taux de transferts aboutis par demandes diminuent significativement depuis l'utilisation de Trajectoire pour les demandes émanant des services médicaux, chirurgicaux et de l'ensemble des services ($p < 0,001$). Les taux de transferts aboutis par patients étaient de 61.6% pour les services médicaux, 66.7% pour les services chirurgicaux et 63.2% pour l'ensemble des services (294 transferts aboutis pour 465 patients). Depuis l'utilisation de Trajectoire, ces taux sont de 55.4%, 60.3% et 56.7% (279 transferts aboutis pour 492 patients). Les taux de transferts aboutis par patients diminuent significativement sur l'ensemble des services ($p = 0,040$). La DMS est significativement moins élevée depuis l'utilisation de Trajectoire : 2,8 jours contre 3.2 jours pour les services médicaux ($p < 0,001$), 3.6 jours contre 3.9 jours pour les services chirurgicaux ($p < 0,001$) et 3.1 jours contre 3.5 jours pour l'ensemble des services ($p < 0,001$).

Conclusion : Bien que les taux de transferts aboutis diminuent sensiblement depuis le début d'utilisation de Trajectoire au C.O.L, l'évaluation d'une pratique ancienne et d'une nouvelle méthode d'organisation des transferts limite leur comparaison. En revanche, la DMS des patients apparaît plus brève, ce qui améliore ainsi la fluidité de leur prise en charge.

INTRODUCTION

En France, l'incidence des cancers ne cesse de croître depuis trente ans. En 2012, le nombre de nouveaux cas diagnostiqués, tous cancers confondus, atteignait un chiffre de 355354, dont 200350 hommes et 155004 femmes (1). En termes de variation du taux d'incidence standardisé sur la population mondiale, ce dernier a augmenté de 1980 à 2012, en moyenne, de 0,8% par an chez les hommes et de 1,1% chez les femmes.

En revanche, le taux standardisé de mortalité a, pour sa part, diminué en moyenne de 1,5% par an chez les hommes et de 1,0% chez les femmes pour la même période (2). Compte-tenu de leur hétérogénéité tant du point de vue des facteurs de risque que de leur prise en charge ou du pronostic, il paraît hasardeux d'analyser cette diminution sur l'ensemble des cancers, puisque les taux varient d'un type de tumeur solide à l'autre. Cependant, il semble bien y avoir une réelle influence de la mise en place des Plans de Mobilisation Nationale Contre le Cancer (Plan Cancer), initiés en 2003 par le gouvernement français sur l'amélioration de la prise en charge et donc la diminution globale du taux de mortalité des cancers.

L'une des mesures du Plan Cancer III 2014-2019 est d'« Assurer la sécurité et la qualité de prise en charge du patient cancéreux ». Cette prise en charge qui doit être globale (médicale et sociale) et multidisciplinaire (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, soins de support), a pour objectif d'offrir aux patients les meilleurs outils de prévention, diagnostic, traitements et suivi du cancer. Dès lors, les différents Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC), dont le Centre Oscar Lambret (C.O.L) fait bien évidemment parti, ont pour mission d'assurer la meilleure prise en charge des patients, qu'elle soit au cours ou au décours de l'hospitalisation.

Parmi les étapes de la prise en charge, comme dans n'importe quel autre établissement, la sortie d'hospitalisation, qu'elle soit secondaire à un traitement chirurgical, de chimiothérapie, de radiothérapie ou qu'elle vise à une adaptation des soins de support, s'avère souvent compliquée. Il est pourtant primordial d'orienter le patient en fin d'hospitalisation vers le service le mieux adapté ou en hospitalisation à domicile (HAD) lorsqu'il nécessite la poursuite d'une prise en charge lourde.

Dans le cadre de la procédure de sortie d'hospitalisation du C.O.L, l'organisation des transferts est un des objectifs de l'équipe de Coordination Interdisciplinaire des Soins de Support en Oncologie (CISSPO) depuis avril 2006. Celle-ci dépend à la fois de l'évaluation faite par les professionnels de santé, les différents corps de métier (médicaux, paramédicaux et administratifs), à la fois du délai des transferts vers les différents établissements de santé de la région Nord/Pas-de-Calais. En effet, le nombre de lits étant différent d'une structure à l'autre, le C.O.L est tributaire de l'accord médical de ces établissements dans l'organisation de ses transferts.

De 2006 à 2012, la procédure de demande de transfert d'un patient depuis un service d'hospitalisation du C.O.L s'effectuait par requête sur formulaire faxé. Les délais de réponse s'avéraient bien souvent long et la prise en charge du patient n'était dès lors pas toujours optimale. Depuis le mois de Juin 2012, celle-ci s'effectue via le recours à l'utilisation du site internet Trajectoire, qui permet d'envoyer sans délai de transmission les demandes.

L'objet de ce travail est de faire un état des lieux de l'utilisation de Trajectoire au C.O.L depuis le mois de Juin 2012 et d'évaluer les différents taux de réponses en fonction des services demandeurs et des établissements d'accueil secondaires. Un des objectifs de cette enquête est également d'estimer l'impact de l'utilisation de Trajectoire sur la qualité de prise en charge des patients, en évaluant son impact sur la durée moyenne de séjour (DMS) au sein de l'établissement.

CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

I. Organisation et objectifs de la lutte contre le cancer en France :

A. Historique de la lutte contre le cancer :

Dès le début des années 1990, de nombreux réseaux de cancérologie, principalement locorégionaux, se sont développés en réponse au besoin croissant de coordination des nombreux acteurs intervenant dans la prise en charge du cancer.

Cependant, bien qu'il y ait eu un réel progrès dans les domaines de la prévention du dépistage et du traitement des cancers, les données épidémiologiques montrent que ceux-ci constituent un problème de santé publique majeur en France comme dans l'ensemble des pays développés.

En 1998 après la tenue des premiers Etats généraux des patients atteints du cancer organisés par la Ligue Nationale contre le cancer, les instances politiques françaises ont pris conscience de la nécessité de mettre en place un programme national de lutte contre les cancers.

Depuis cette date, plusieurs Plans de Mobilisation Nationaux contre le Cancer, appelés Plans Cancer ont été mis en œuvre afin d'établir les stratégies essentielles pour diminuer leur impact sur la santé publique :

- ❖ Le Plan Cancer I (2003-2007) (3) : comportant 6 mesures opérationnelles prioritaires (prévenir, dépister, soigner, accompagner, enseigner, comprendre et découvrir), il a surtout permis la création de l'Institut National du Cancer (INCa), agence placée sous la tutelle du Ministère de la Santé qui a pour mission de centraliser et coordonner les actions de lutte contre le cancer.

- ❖ Le Plan Cancer II (2009-2013) (4 ; 5) : s'inscrivant dans la continuité du Plan Cancer I, il a capitalisé sur ses acquis mais surtout apporté de nouvelles ambitions en mettant l'accent sur :
 - la recherche et l'innovation,
 - le renforcement de la coordination des soins et son extension en médecine ambulatoire avec une plus grande implication des médecins traitants,
 - l'amélioration de l'accompagnement de la vie des malades pendant et après le cancer, en tenant compte des facteurs individuels et environnementaux.

- ❖ Le Plan Cancer III (2014-2019) (6): dernier en date, il a pour objectifs de :
 - Guérir plus de personnes malades :

Dans ce but, les différentes missions sont de :

 - Favoriser des diagnostics plus précoces,
 - Garantir la sécurité et la qualité des prises en charge,
 - Accompagner au mieux les évolutions thérapeutiques et technologiques,
 - Faire évoluer les formations et les métiers de la cancérologie,
 - Accélérer l'émergence de l'innovation au bénéfice des patients.

 - Préserver la continuité et la qualité de vie des personnes malades :

Les objectifs visés sont :

 - Assurer des prises en charges globales et personnalisées,
 - Réduire les risques de séquelles et de second cancer,
 - Diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle.

 - Favoriser la prévention et la recherche avec pour but de :
 - Lancer un programme national de réduction du tabagisme,
 - Donner à chacun les moyens de réduire son risque de développer un cancer,
 - Protéger les populations et les travailleurs face au risque de cancer lié au travail ou à l'environnement,
 - Se donner les moyens d'une recherche innovante.

- Optimiser le pilotage et les organisations de la lutte contre les cancers, avec pour objectifs de :
 - Faire vivre la démocratie sanitaire,
 - Appuyer les politiques de lutte contre les cancers sur des données d'observation robustes et partagées,
 - Optimiser les organisations pour une meilleure articulation et une plus grande efficacité,
 - Adapter les modes de financement aux défis de la cancérologie.

L'ensemble des mesures édictées par les Plans Cancer depuis leur mise en place n'a cessé d'établir les bases de l'organisation des soins en cancérologie avec pour but ultime de réduire l'incidence et la mortalité des cancers en France.

B. Organisation des soins en cancérologie :

La prise en charge du cancer nécessite l'intégration d'une chaîne thérapeutique sur plusieurs mois, voire plusieurs années. Elle intègre de nombreuses disciplines médicales et paramédicales, qu'elles soient hospitalières ou en ville, visant à assurer la meilleure prise en charge des patients. Cette spécificité demande une organisation globale du système de soins avec notamment une coordination des différents acteurs que sont les disciplines médicales hospitalières (chirurgie, oncologie, radiothérapie, imagerie), les établissements de soins (service d'hospitalisation, services de soins de suite, EHPAD), les services d'hospitalisation à domicile, les médecins de ville et les acteurs de soins complémentaires (kinésithérapeutes, psychologues, assistants sociaux...).

Dès lors qu'une personne se voit diagnostiquer une pathologie cancéreuse, la coordination des différents acteurs de la prise en charge doit donc permettre de rendre fluide et limpide le parcours de soins afin de lui garantir une prise en charge optimale.

1. Les réseaux régionaux de cancérologie (RRC) :

Selon la circulaire du 25/09/07 de l'INCa relative à l'organisation des soins en cancérologie (7), les réseaux régionaux ont pour missions :

- de promouvoir et d'améliorer la qualité des soins en cancérologie, comprenant la diffusion auprès des professionnels de santé des recommandations pour la bonne pratique clinique.
- de faciliter des échanges entre professionnels de santé notamment via la promotion des outils communs de communication au sein de la région dont le dossier communicant de cancérologie. Le RRC met également en avant les outils nécessaires pour faciliter la réalisation de réunions de concertation pluridisciplinaires.
- l'information des professionnels de santé, des patients et de leurs proches.
- de recueillir des données relatives à l'activité des soins en cancérologie et d'évaluer la qualité des pratiques.
- de mesurer et d'analyser l'impact des actions menées notamment dans le domaine de l'amélioration de la qualité des soins, de la coordination des acteurs et des pratiques professionnelles collectives.

2. Les établissements autorisés :

L'offre de soins en cancérologie est structurée en France par le dispositif des autorisations. Depuis 2009, les établissements de santé (hôpitaux ou cliniques) doivent disposer d'une autorisation spécifique délivrée par leur agence régionale de santé (ARS) pour traiter les malades atteints de cancer.

Selon le Décret 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer du Code de santé publique (8) , le dispositif d'autorisation repose sur un socle de trois obligations :

- des mesures transversales de qualité que sont :
 - la mise en place d'une concertation pluridisciplinaire,
 - la mise en place d'un dispositif d'annonce,
 - le respect des référentiels de bonne pratique,
 - la remise d'un programme personnalisé de soins
 - l'accès des malades aux soins de support et aux soins palliatifs si besoin,
 - l'accès des patients aux innovations et à la recherche clinique,
- des critères d'agrément définis par l'INCa pour les principales thérapeutiques du cancer (chimiothérapie, chirurgie et radiothérapie)
- des seuils d'activité minimale à atteindre pour le traitement de certains types de cancer (fixés par l'Arrêté du 29 mars 2007 et établis suivant la méthode révisée en mai 2011 de la circulaire DHOS/INCA du 26 mars 2008 (9)).

Sur le territoire français, 944 établissements de santé et centres de radiothérapie de statut libéral sont ainsi autorisés par les ARS, dont 59 établissements dans la région du Nord/Pas-de-Calais (10).

Parmi ceux-ci, citons :

➤ Les Centres de Communication en Cancérologie (3C) :

Définis dès la mesure 32 du Plan Cancer 1, les 3C constituent la cellule qualité opérationnelle en cancérologie des établissements autorisés. Ils coordonnent un ou plusieurs établissements souvent proches les uns des autres. Orientés par les RRC, ils veillent à la bonne mise en place des recommandations et des mesures de qualité et participent à l'amélioration continue des pratiques ainsi qu'à l'harmonisation entre professionnels et établissements de soins.

Dans le Nord/Pas-de-Calais, le RRC ONCO-Nord (11) assure la coordination de treize 3C.

Carte des 3C de la Région Nord/Pas-de-Calais :



(12)

➤ Les Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC) :

Au nombre de 20, répartis dans 16 régions sur tout le territoire français, ce sont des établissements à but non-lucratif, participant au service public hospitalier. Ils assurent des missions de soins, de recherche et d'enseignement avec la volonté d'accroître la qualité et l'accessibilité aux soins. Constituant un réseau à la fois régional et national, ils sont porteurs d'un modèle de prise en charge globale et multidisciplinaire des personnes atteintes d'un cancer.

Dans la région Nord/Pas-de-Calais, seul le Centre Oscar Lambret est reconnu comme CLCC. Il forme avec le CHRU de Lille le Centre Régional de Référence en Cancérologie (C2RC) de la région.

3. Les établissements associés :

Ce sont les établissements de soins qui assurent la prise en charge des patients atteints de cancer en amont ou en aval des établissements autorisés. Il peut s'agir de services d'urgences, de services de médecine, de services de soins de suite (SSR, SLD, SHMS), d'unités de soins palliatifs ou de structures d'hospitalisation à domicile.

II. Epidémiologie des cancers en France :

Selon le rapport de l'INCa de 2012 (13), on estime :

- Un nombre de nouveaux cas de cancers à 355354, dont 200350 hommes et 155004 femmes.
- Un taux d'incidence (standardisé sur la population mondiale), de 362,6 pour 100000 hommes et 252,0 pour 100000 femmes.
- Un âge moyen de diagnostic de 67 ans pour les hommes et 66 ans pour les femmes.
- Un nombre de décès de 148378, dont 88255 hommes et 63123 femmes.
- Un taux de mortalité (standardisé sur la population mondiale) de 133,6/100000 hommes et 73,2/100000 femmes.
- Un âge moyen de décès de 72 ans pour les hommes et 74 ans pour les femmes

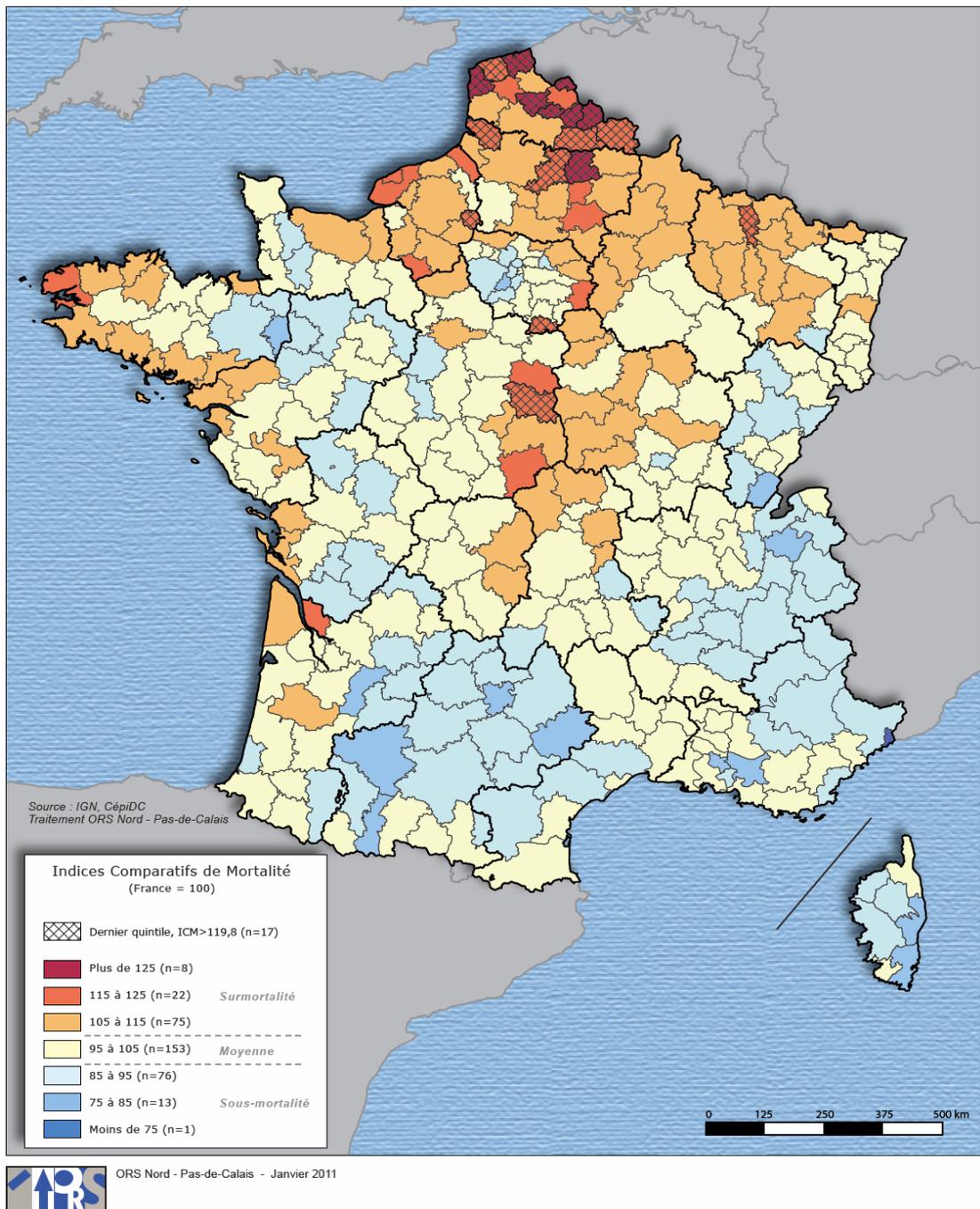
Evolution de l'incidence et de la mortalité liées au cancer en France de 1980 à 2012 (14)

		Année					
		1980	1990	2000	2005	2010	2012
Incidence	Homme	96506	122558	158333	193631	194051	200350
	Femme	73314	92681	119842	137487	149914	155004
Mortalité	Homme	76772	85525	88687	88626	86816	85255
	Femme	52481	55696	58254	60202	62450	63123

Sur le plan régional, une disparité géographique, notamment du taux de mortalité des cancers, est constatée. La région Nord/Pas-de-Calais apparaît comme l'une des régions ayant l'un des taux de mortalité les plus élevés (15).

Mortalité par tumeurs malignes

Hommes et Femmes - Par zone d'emploi - Période 2004- 2007



Sur l'ensemble du territoire, la surmortalité régionale est de l'ordre de 25% par rapport au reste de la France métropolitaine. On retrouve en revanche la tendance générale d'une mortalité plus importante des hommes (34%) que celle des femmes (24%).

Le contexte régional est marqué par :

- Des indicateurs de santé préoccupants liés à des comportements à risque (tabagisme, consommation d'alcools, expositions professionnelles...) et des déterminants environnementaux défavorables ;
- Un recours tardif au soin ;
- Des inégalités sociales qui impactent négativement la situation sanitaire sur l'ensemble de la région ;
- Une offre de soins en cours de structuration avec la mise en place des différents Plans Cancer Nationaux depuis 2003.

Ces déterminants nécessitent donc des approches globales, transversales et territoriales de façon à mieux accompagner les habitants du Nord-Pas de Calais dans leur parcours de santé.

III. Etat des lieux des hospitalisations liées aux cancers en France

Compte-tenu des chiffres d'incidence des cancers suscités, le nombre de séjours d'hospitalisation ne cesse de croître. Selon les données de la base du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) de 2013, on constate un nombre total de 6 472 567 hospitalisations (séjours et/ou séances) dans les services MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) liées au cancer (16).

Répartition des hospitalisations liées au cancer en France en 2013 :

Type de prise en charge	Séances		Hospitalisations ambulatoires		Hospitalisations conventionnelles		Total	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Chimiothérapie	2 232 669	33,9%	8 725	1,3%	244 668	16,7%	2 486 062	38,4%
Radiothérapie du secteur public et privé non-commercial	1 891 227	43,5%	2 316	0,3%	42 613	2,9%	1 936 156	29,9%
Chirurgie	-	-	103 864	15,3%	436 231	30,1%	540 095	8,3%
Dont motivée par le cancer	-	-	87 544		338 523		426 067	
Dont non motivée par le cancer	-	-	16 320		97 708		114 028	
Soins palliatifs	10 111	0,2%	7 799	1,1%	130 846	9,0%	148 756	2,3%
Autres prises en charge	245 781	5,7%	555 391	82,0%	634 503	43,8%	1 435 675	22,2%
TOTAL	4 346 256	100%	677 424	100%	1 448 887	100%	6 472 567	100%

*Analyse à partir de la base PMSI hors RT du secteur privé et cabinet libéraux

* * une séance ou séjour peut être classé dans plusieurs modes de prise en charge

Source : Base PMSI MCO 2013

Traitement : INCa 2015

Un nombre croissant d'hospitalisations liées au cancer implique bien évidemment un accroissement du nombre de transferts sollicités entre les services de soins des CLCC et structures de soins de suite.

IV. Organisation des entrées et sorties d'hospitalisation au Centre Oscar Lambret

A. Le CISSPO :

Dans la volonté de garantir au patient la prise en charge optimale, une équipe de Coordination Interdisciplinaire des Soins de Support en Oncologie (CISSPO) a été instituée en 2006 au sein du C.O.L. Celle-ci regroupe médecins généralistes, oncologues, onco-psychiatres, psychologues, diététiciennes, kinésithérapeutes, orthophonistes, cadres de soins, infirmiers et assistantes sociales. Elle intervient de façon complémentaire avec l'équipe médicale, dans le souci de prendre en charge le patient dans sa globalité.

Les soins de support sont définis comme l' " ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de leur maladie, conjointement aux traitements oncologiques spécifiques (chirurgie, chimiothérapie et radiothérapie), lorsqu'il y en a ".

L'organisation des soins de support, inscrite dans le projet d'établissement du C.O.L a pour objectifs principaux :

- D'assurer aux patients du centre une prise en charge de qualité en matière de soins de support en instituant une coordination opérationnelle des compétences médicales et paramédicales présentes dans l'établissement,
- D'organiser la prise en charge médicales des venues non-programmées des patients pris en charge dans l'établissement,
- De développer un modèle évalué d'organisation des soins de support,
- De mettre ce modèle à la disposition des autres acteurs de la cancérologie du Nord /Pas-de-Calais à travers le réseau régional.

Le CISSPO rend compte chaque année dans ses rapports d'activité des nombre d'entrées et de sorties d'hospitalisation au C.O.L

B. L'organisation des sorties d'hospitalisation du C.O.L :

L'organisation des transferts d'un patient vers un autre établissement est en place au C.O.L depuis avril 2006 dans le cadre de la procédure de sortie.

D'avril 2006 à juin 2012, les demandes de transfert étaient établies de manière manuscrite (Annexe 1) par les différents professionnels de santé de l'établissement puis faxées aux secrétariats des structures d'accueil envisagées.

Divers facteurs contribuaient à compliquer l'aboutissement des transferts :

- un annuaire des structures d'accueil potentielles du Nord-Pas de Calais restreint car établi empiriquement, centralisé au CISSPO,
- un échec possible de la transmission du formulaire par voie téléphonique, conduisant à réémettre une demande plusieurs jours plus tard, une fois que l'absence de réponse y avait été associée,
- un délai de réponse plus ou moins long par les professionnels de santé ou les gérants d'établissements d'accueil après réception du formulaire faxé,

Tous ces paramètres occasionnaient notamment un allongement de la durée moyenne de séjour des patients au sein du service effectuant la demande.

Depuis juin 2012, les demandes sont effectuées par le biais d'un site internet appelé Trajectoire (<https://trajectoire.sante-ra.fr/>).

Développé depuis 2003 par le Groupement de Coopération sanitaire (GCS) – Systèmes d'information en santé Rhône-Alpes (SISRA) piloté par l'ARS Rhône-Alpes, il est déployé aujourd'hui au sein de 21 régions dont le Nord/Pas-de-Calais. Les ARS de chacune des régions contrôlent le fonctionnement, l'utilisation du logiciel et analysent les données statistiques fournies par les équipes de Trajectoire pour pallier aux insuffisances de prise en charge éventuelles.

L'assurance de la meilleure prise en charge de chaque patient par rapport à l'état de l'offre en soins locorégionale est l'objectif prioritaire de Trajectoire (17). Il permet d'identifier facilement le ou les établissements capables de prendre en charge le projet de rééducation, réadaptation, réinsertion ou d'hébergement, nécessaire à différents moments de la vie de chaque personne. Il permet notamment aux professionnels de santé ou aux gestionnaires des établissements médico-sociaux de réaliser le dialogue par voie électronique sécurisée entre prescripteurs de soins, demandeurs d'hébergement et les établissements de prise en charge concernés (18).

Une fiche d'admission standardisée (Annexe 2) est complétée par les professionnels de santé recherchant une structure d'accueil pour les patients de leur service ne pouvant rentrer directement à leur domicile. Elle est ensuite transmise directement via réseau sécurisé aux services faisant l'objet de la demande de transfert.

MATERIELS ET METHODES

I. Caractéristiques de l'étude :

L'étude réalisée est une enquête rétrospective de tous les patients hospitalisés, sans distinction de sexe ou d'âge, dans différentes unités du Centre Oscar Lambret de Lille et ayant nécessité un transfert en Services de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou en Services d'accueil de Longue Durée (SLD), en Structure d'hébergement médicosociale (EHPAD, maisons de retraite, sections de cure médicale, logement-foyer, établissements d'hébergement pour enfants ou adultes handicapés), entre le 1er janvier 2010 et le 31 décembre 2014.

Les unités médicales étudiées sont réparties comme suit :

- Un secteur médical qui regroupe les unités du C.O.L accueillant les patients nécessitant une prise en charge médicale de leur cancer (chimiothérapie, radiothérapie, adaptation des soins de support...). Celui-ci comprend :
 - l'unité VADS médecine
 - l'unité Oncologie générale médecine
 - l'unité Uro-dig (cancers uro-digestifs) médecine
 - l'unité Sénologie/Gynécologie médecine
 - l'unité de Soins Palliatifs (USP)
 - l'unité de Soins Continus (USC)
- Un secteur dit chirurgical qui regroupe les unités du C.O.L accueillant les patients relevant d'une prise en charge chirurgicale de leur cancer. Celui-ci comprend :
 - L'unité VADS chirurgie
 - L'unité Gynécologie/Oncologie générale chirurgicales
 - L'unité Sénologie chirurgie

II. Objectifs de l'étude :

L'objectif de ce travail est d'évaluer l'utilité de l'outil internet Trajectoire dans la réalisation des transferts des patients ayant bénéficié d'un traitement de leur cancer (qu'il soit chirurgical, chimiothérapeutique, radiothérapeutique ou d'adaptation des soins de support) au sein des différentes unités du C.O.L, et ne pouvant rentrer directement à leur domicile en raison de la fragilité de leur état de santé ou de la nécessité de poursuivre une ou plusieurs thérapeutiques irréalisables en médecine ambulatoire.

En comparant les données des transferts réalisés du 1er janvier 2010 au 31 mai 2012, lorsque les demandes étaient effectuées par fax et les données du 1er juin 2012 (date de début d'utilisation de Trajectoire au sein du C.O.L) au 31 décembre 2014, nous avons évalué l'évolution des réponses aux demandes de transfert. Y-a-t-il plus de réponses favorables aux demandes de transferts depuis l'utilisation de Trajectoire ? Y-a-t-il un taux de réponse différent en fonction du secteur (médical ou chirurgical) d'origine du patient ?

Dans un deuxième temps, l'enquête vise à étudier l'éventuel impact de l'utilisation de Trajectoire sur l'optimisation de la prise en charge des patients en comparant les durées moyenne de séjour au sein des deux secteurs distingués (secteur médical et secteur chirurgical) ainsi qu'au sein de l'ensemble des services. La DMS des patients hospitalisés depuis le début de l'utilisation de Trajectoire au C.O.L est-elle plus faible que celle des patients hospitalisés antérieurement ?

III. Modalités de recueil de données :

A. Données relatives aux hospitalisations :

Les données relatives aux hospitalisations au sein des différents services du C.O.L sont issues de la base du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) utilisée par le Département d'Information Médicale (DIM) de l'établissement.

- Le DIM :

C'est un service médical sous la responsabilité d'un médecin qui contribue au recueil, au traitement et à l'analyse de l'information médicale dans le cadre de la tarification MCO. Il est impliqué dans la mise en œuvre du système d'information hospitalier et associé à de nombreux projets structurant et stratégiques. Il est composé d'une équipe de 13 personnes qui contribuent au codage centralisé des séjours et séances au sein de l'établissement, à l'analyse d'activité, à l'archivage du dossier patient et au contrôle qualité des dossiers.

- Le PMSI (19):

Inscrit dans la réforme du système de santé par l'Arrêté du 20 septembre 1994 (20) et la circulaire du 10 mai 1995, le PMSI permet aux établissements de soins de disposer d'information quantifiées et standardisées sur leur activité de manière à mesurer leur production médicale. Ayant pour but la réduction des inégalités de ressources entre les établissements de santé, il permet de contrôler et de comparer l'activité des différents établissements. Il permet également de disposer de données sur l'activité de chacun des pôles, de manière à aboutir à une collaboration efficace entre les services de gestion, les services financiers et les services de DIM des établissements.

B. Données relatives à l'utilisation de Trajectoire :

Les données relatives aux transferts effectués depuis les différentes unités du C.O.L vers les services d'accueil secondaires (SSR, SLD, SHMS et HAD) sont fournies par le CISSPO du C.O.L. Celles-ci proviennent de l'équipe du service Observatoire de Trajectoire avec l'accord préalable de la Cellule Régionale de coordination SSR 5962, coordonnée par l'ARS du Nord/Pas-de-Calais.

IV. Critères de jugement et d'analyse

L'analyse statistique et le calcul des moyennes ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata 13.1 (StataCorp. 2013. Stata Statistical Software : Release 13. College Station, TX : StataCorp LP).

Les taux de transferts aboutis ont été comparés entre les deux périodes d'étude à l'aide du test du Khi-2.

Le seuil de significativité a été fixé à $p \leq 0,05$.

Les durées moyennes de séjour ont été comparées entre les deux périodes étudiées à l'aide du test de Student.

Le seuil de significativité a été fixé à $\alpha \leq 0,05$.

RESULTATS

I. Nombre d'hospitalisations au sein des différentes unités étudiées :

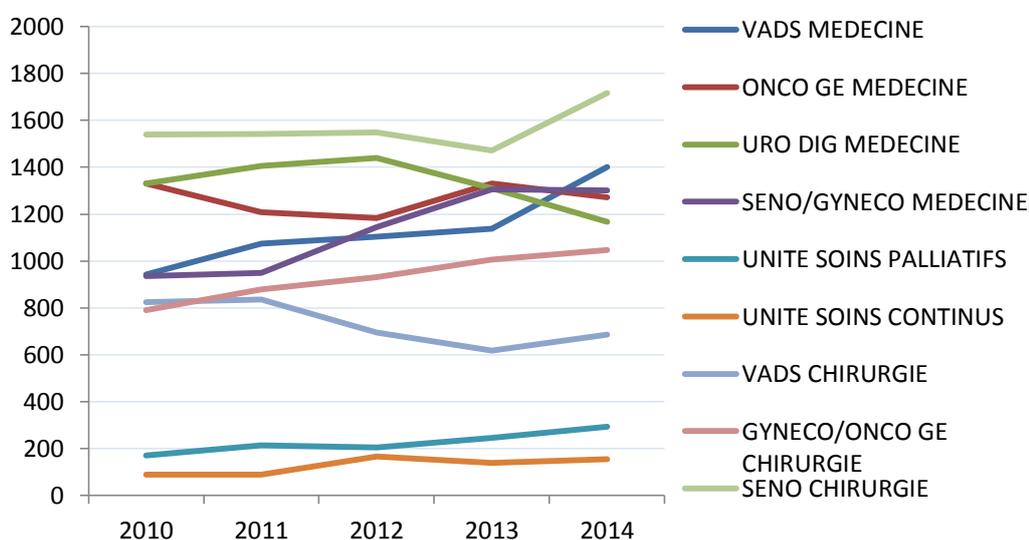
Afin d'évaluer le nombre d'hospitalisations dans chaque département nous avons basé notre étude sur le nombre de RSS (Résumé de Sortie Standardisé) enregistrés pour chacun d'eux.

Pour rappel, tout séjour hospitalier dans la partie MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) d'un établissement de santé privé ou public donne lieu à la production d'un RSS, constitué d'un ou plusieurs résumés d'unité médicale (RUM). Si le malade n'a fréquenté pendant son séjour qu'une seule unité, le RSS équivaut strictement au RUM produit. On parle alors de RSS mono-RUM. Si le malade a fréquenté plusieurs unités médicales, le RSS correspond à l'ensemble des RUM produits par chacune des unités fréquentées au cours de l'hospitalisation. On parle alors de RSS multi-RUM.

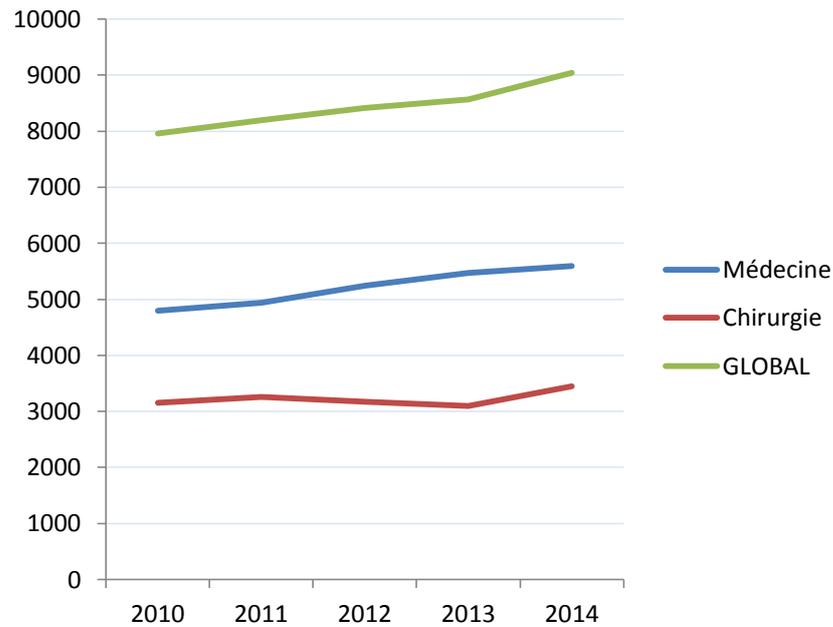
De 2010 à 2014, la base PMSI du DIM du COL retrouve un nombre de RSS par département :

		Avant utilisation de Trajectoire			Depuis utilisation de Trajectoire		
		2010	2011	2012 (janv. à mai)	2012 (juin à décembre)	2013	2014
Unités médicales	VADS MEDECINE	942	1073	450	653	1137	1402
	ONCO GE MEDECINE	1331	1208	479	704	1331	1272
	URO DIG MEDECINE	1330	1406	629	811	1310	1168
	SENO/GYNECO MEDECINE	935	950	460	685	1305	1302
	UNITE SOINS PALLIATIFS	171	213	69	136	245	293
	UNITE SOINS CONTINUS	90	89	64	102	140	154
Total médecine		4799	4939	2151	3091	5468	5591
Unités chirurgicales	VADS CHIRURGIE	825	836	297	397	619	686
	GYNECO/ONCO GE CHIRURGIE	790	879	365	566	1005	1047
	SENO CHIRURGIE	1540	1541	654	894	1472	1716
Total chirurgie		3155	3256	1316	1857	3096	3449
TOTAL		7954	8195	3467	4948	8564	9042

Evolution du nombre de RSS par unités :



Evolution du nombre de RSS par secteurs :



De 2010 à 2014, on peut donc constater :

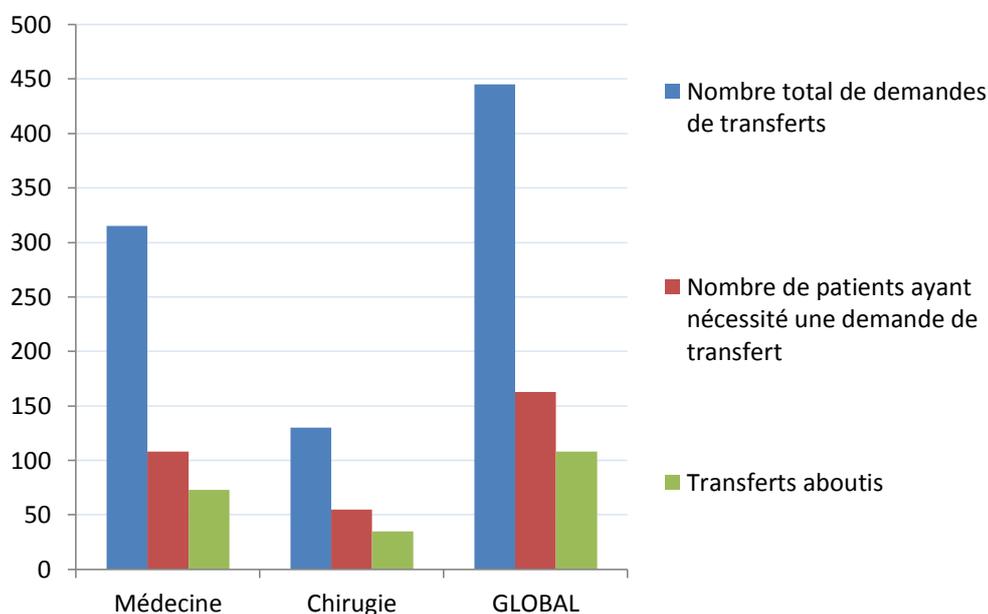
- Une augmentation de l'activité au sein des unités VADS médecine, Séno/Gynéco médecine, USP, USC, Gynéco/Oncologie générale chirurgie et Séno chirurgie,
- Une stabilité de l'activité au sein de l'unité Onco générale médecine,
- Une baisse de l'activité au sein des unités VADS chirurgie et Uro-dig chirurgie,
- Une augmentation de l'activité au sein des secteurs médicaux et chirurgicaux du C.O.L,
- Une augmentation globale de l'activité au C.O.L.

II. Nombres et taux de transferts du C.O.L vers les établissements associés (SSR, SLD, USP) :

A. Données annuelles

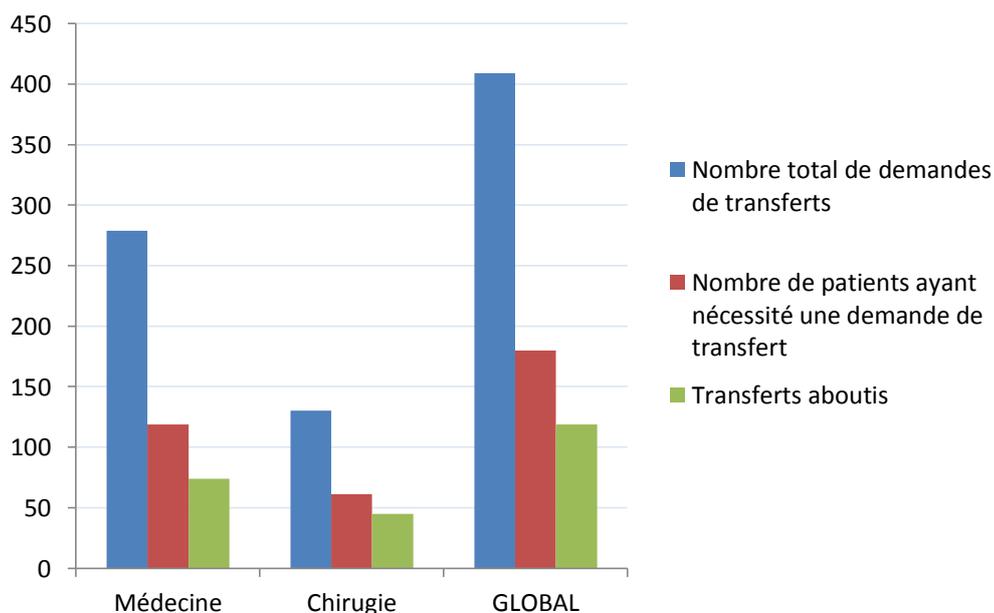
1. En 2010 :

		Nombre total de demandes de transferts	Nombre de patients nécessitant une demande de transfert	Nombre moyen de demandes par patient	Transferts aboutis	% transferts aboutis (demandes)	% transferts aboutis (patients)
Unités médicales	VADS MEDECINE	74	19	3,9	13	17,6%	68,4%
	ONCO GE MEDECINE	26	13	2,0	6	23,1%	46,2%
	URO DIG MEDECINE	57	19	3,0	11	19,3%	57,9%
	SENO/GYNECO MEDECINE	92	35	2,6	26	28,3%	74,3%
	UNITE SOINS PALLIATIFS	4	4	1,0	3	75,0%	75,0%
	UNITE SOINS CONTINUS	62	18	3,4	14	22,6%	77,8%
Total médecine		315	108	2,9	73	23,2%	67,6%
Unités chirurgicales	VADS CHIRURGIE	44	17	2,6	11	25,0%	64,7%
	GYNECO/ONCO GE CHIRURGIE	65	26	2,5	14	21,5%	53,8%
	SENO CHIRURGIE	21	12	1,8	10	47,6%	83,3%
Total chirurgie		130	55	2,4	35	26,9%	63,6%
TOTAL GLOBAL		445	163	2,7	108	24,3%	66,3%



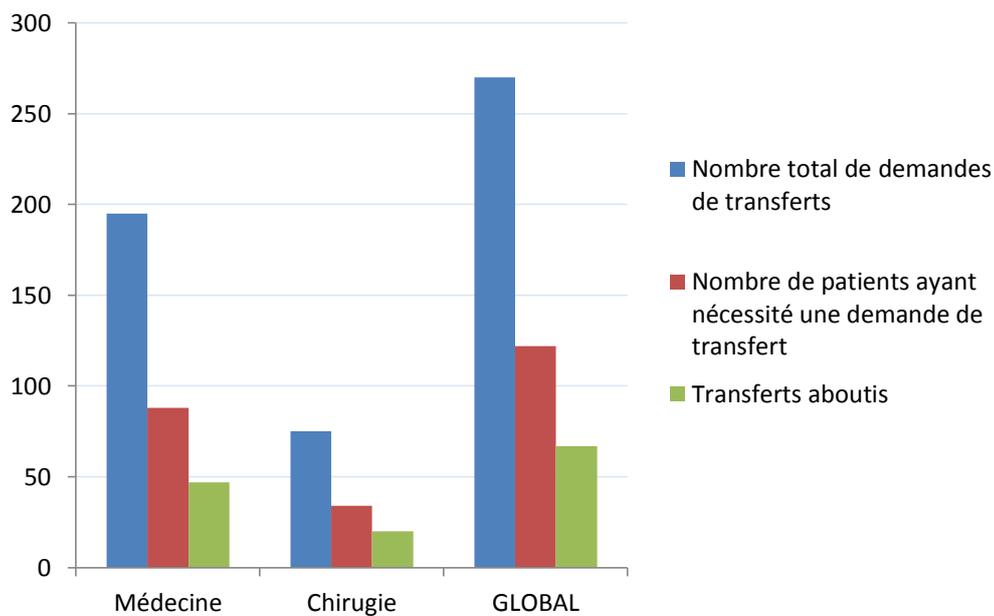
2. En 2011 :

		Nombre total de demandes de transferts	Nombre de patients nécessitant une demande de transfert	Nombre moyen de demandes par patient	Transferts aboutis	% transferts aboutis (demandes)	% transferts aboutis (patients)
Unités médicales	VADS MEDECINE	113	47	2,4	33	29,2%	70,2%
	ONCO GE MEDECINE	30	13	2,3	5	16,7%	38,5%
	URO DIG MEDECINE	28	10	2,8	3	10,7%	30,0%
	SENO/GYNECO MEDECINE	67	26	2,6	20	29,9%	76,9%
	UNITE SOINS PALLIATIFS	1	1	1,0	1	100,0%	100,0%
	UNITE SOINS CONTINUS	40	22	1,8	12	30,0%	54,5%
Total médecine		279	119	2,3	74	26,5%	62,2%
Unités chirurgicales	VADS CHIRURGIE	25	13	1,9	9	36,0%	69,2%
	GYNECO/ONCO GE CHIRURGIE	79	37	2,1	28	35,4%	75,7%
	SENO CHIRURGIE	26	11	2,4	8	30,8%	72,7%
Total chirurgie		130	61	2,1	45	34,6%	73,8%
TOTAL GLOBAL		409	180	2,3	119	29,1%	66,1%



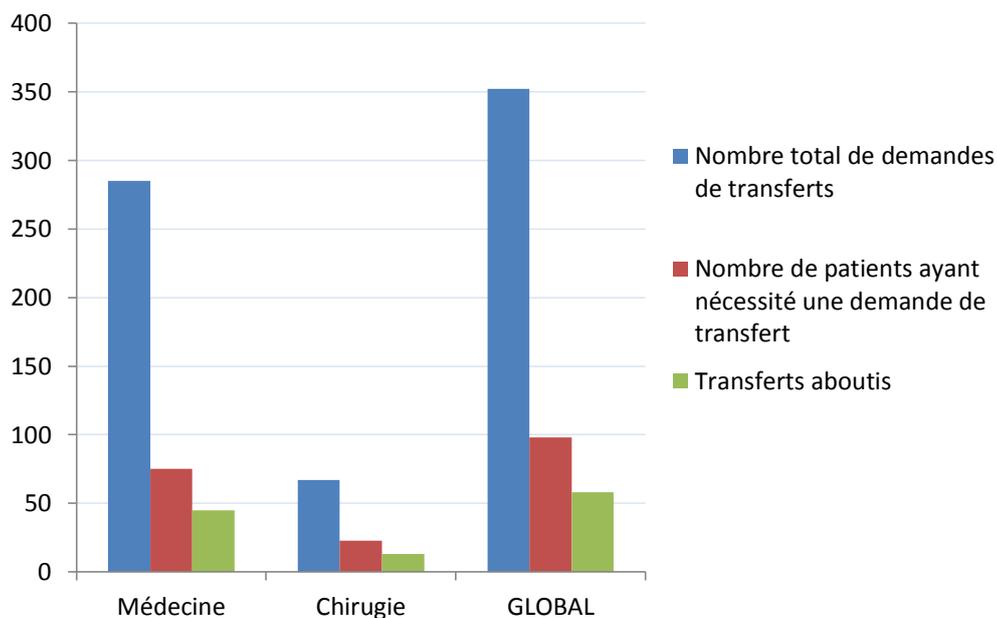
3. Du 1er janvier au 31 mai 2012 :

		Nombre total de demandes de transferts	Nombre de patients nécessitant une demande de transfert	Nombre moyen de demandes par patient	Transferts aboutis	% transferts aboutis (demandes)	% transferts aboutis (patients)
Unités médicales	VADS MEDECINE	41	21	2,0	12	29,3%	57,1%
	ONCO GE MEDECINE	20	10	2,0	7	35,0%	70,0%
	URO DIG MEDECINE	45	20	2,3	12	26,7%	60,0%
	SENO/GYNECO MEDECINE	53	22	2,4	10	18,9%	45,5%
	UNITE SOINS PALLIATIFS	10	5	2,0	2	20,0%	40,0%
	UNITE SOINS CONTINUS	26	10	2,6	4	15,4%	40,0%
Total médecine		195	88	2,2	47	24,1%	53,4%
Unités chirurgicales	VADS CHIRURGIE	8	6	1,3	3	37,5%	50,0%
	GYNECO/ONCO GE CHIRURGIE	66	27	2,4	16	24,2%	59,3%
	SENO CHIRURGIE	1	1	1,0	1	100,0%	100,0%
Total chirurgie		75	34	2,2	20	26,7%	58,8%
TOTAL GLOBAL		270	122	2,2	67	24,8%	54,9%



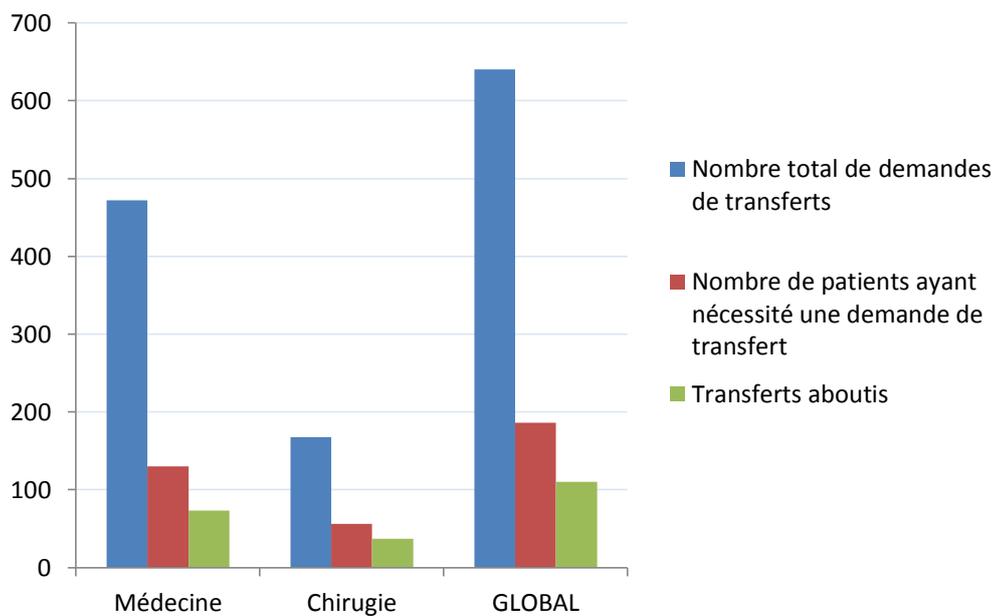
4. Du 1er juin au 31 décembre 2012 :

		Nombre total de demandes de transferts	Nombre de patients nécessitant une demande de transfert	Nombre moyen de demandes par patient	Transferts aboutis	% transferts aboutis (demandes)	% transferts aboutis (patients)
Unités médicales	VADS MEDECINE	31	13	2,4	9	29,0%	69,2%
	ONCO GE MEDECINE	20	7	2,9	1	5,0%	14,3%
	URO DIG MEDECINE	58	17	3,4	12	20,7%	70,6%
	SENO/GYNECO MEDECINE	140	21	6,7	14	10,0%	66,7%
	UNITE SOINS PALLIATIFS	15	8	1,9	5	33,3%	62,5%
	UNITE SOINS CONTINUS	21	9	2,3	4	19,0%	44,4%
Total médecine		285	75	3,8	45	15,8%	60,0%
Unités chirurgicales	VADS CHIRURGIE	7	2	3,5	1	14,3%	50,0%
	GYNECO/ONCO GE CHIRURGIE	42	16	2,6	8	19,0%	50,0%
	SENO CHIRURGIE	18	5	3,6	4	22,2%	80,0%
Total chirurgie		67	23	2,9	13	19,4%	56,5%
TOTAL GLOBAL		352	98	3,6	58	16,5%	59,2%



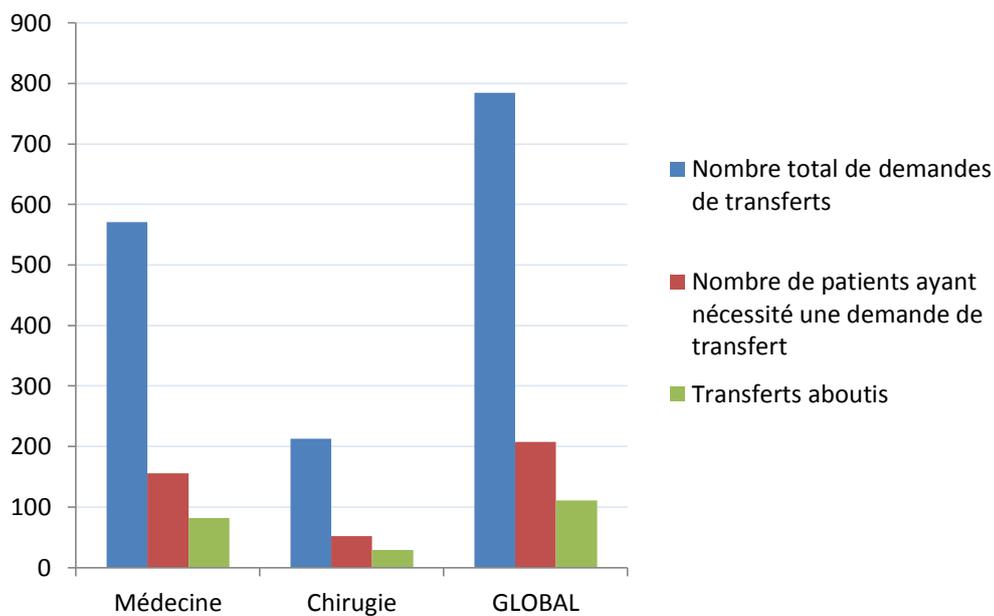
5. En 2013 :

		Nombre total de demandes de transferts	Nombre de patients nécessitant une demande de transfert	Nombre moyen de demandes par patient	Transferts aboutis	% transferts aboutis (demandes)	% transferts aboutis (patients)
Unités médicales	VADS MEDECINE	39	21	1,9	11	28,2%	52,4%
	ONCO GE MEDECINE	36	15	2,4	7	19,4%	46,7%
	URO DIG MEDECINE	125	25	5,0	17	13,6%	68,0%
	SENO/GYNECO MEDECINE	216	41	5,3	25	11,6%	61,0%
	UNITE SOINS PALLIATIFS	32	19	1,7	10	31,3%	52,6%
	UNITE SOINS CONTINUS	24	9	2,7	3	12,5%	33,3%
Total médecine		472	130	3,6	73	15,5%	56,2%
Unités chirurgicales	VADS CHIRURGIE	8	4	2,0	3	37,5%	75,0%
	GYNECO/ONCO GE CHIRURGIE	102	42	2,4	27	26,5%	64,3%
	SENO CHIRURGIE	58	10	5,8	7	12,1%	70,0%
Total chirurgie		168	56	3,0	37	22,0%	66,1%
TOTAL GLOBAL		640	186	3,4	110	17,2%	59,1%



6. En 2014 :

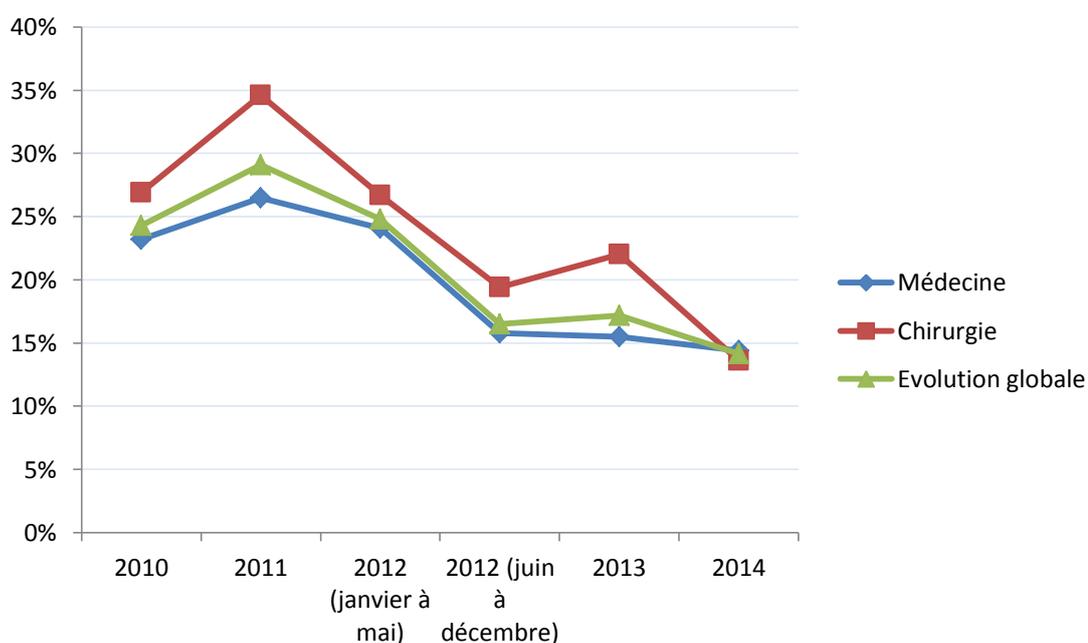
		Nombre total de demandes de transferts	Nombre de patients nécessitant une demande de transfert	Nombre moyen de demandes par patient	Transferts aboutis	% transferts aboutis (demandes)	% transferts aboutis (patients)
Unités médicales	VADS MEDECINE	34	18	1,9	9	26,5%	50,0%
	ONCO GE MEDECINE	72	26	2,8	13	18,1%	50,0%
	URO DIG MEDECINE	181	33	5,5	19	10,5%	57,6%
	SENO/GYNECO MEDECINE	233	54	4,3	28	12,0%	51,9%
	UNITE SOINS PALLIATIFS	30	16	1,9	8	26,7%	50,0%
	UNITE SOINS CONTINUS	21	9	2,3	5	23,8%	55,6%
Total médecine		571	156	3,7	82	14,4%	52,6%
Unités chirurgicales	VADS CHIRURGIE	16	3	5,3	1	6,3%	33,3%
	GYNECO/ONCO GE CHIRURGIE	164	41	4,0	24	14,6%	58,5%
	SENO CHIRURGIE	33	8	4,1	4	12,1%	50,0%
Total chirurgie		213	52	4,1	29	13,6%	55,8%
TOTAL GLOBAL		784	208	3,8	111	14,2%	53,4%



B. Evolutions des taux de transferts de 2010 à 2014 :

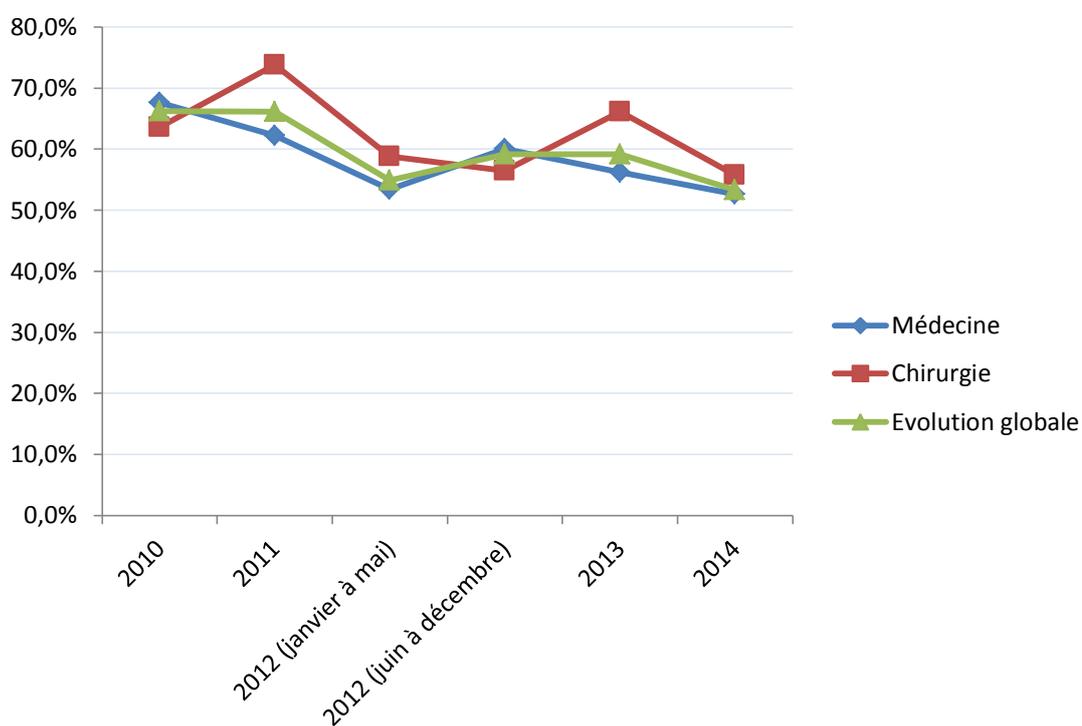
1. En fonction du nombre de demandes de transferts :

		2010	2011	2012 (janvier à mai)	2012 (juin à décembre)	2013	2014
Unités médicales	VADS MEDECINE	17,6%	29,2%	29,3%	29,0%	28,2%	26,5%
	ONCO GE MEDECINE	23,1%	16,7%	35,0%	5,0%	19,4%	18,1%
	URO DIG MEDECINE	19,3%	10,7%	26,7%	20,7%	13,6%	10,5%
	SENO/GYNECO MEDECINE	28,3%	29,9%	18,9%	10,0%	11,6%	12,0%
	USP	75,0%	100,0%	20,0%	33,3%	31,3%	26,7%
	USP	22,6%	30,0%	15,4%	19,0%	12,5%	23,8%
Médecine		23,2%	26,5%	24,1%	15,8%	15,5%	14,4%
Unités chirurgicales	VADS CHIRURGIE	25,0%	36,0%	37,5%	14,3%	37,5%	6,3%
	GYNECO/ONCO GE CHIRURGIE	21,5%	35,4%	24,2%	19,0%	26,5%	14,6%
	SENO CHIRURGIE	47,6%	30,8%	100,0%	22,2%	12,1%	12,1%
Chirurgie		26,9%	34,6%	26,7%	19,4%	22,0%	13,6%
GLOBAL		24,3%	29,1%	24,8%	16,5%	17,2%	14,2%



2. En fonction du nombre de patients ayant nécessité une demande de transfert :

		2010	2011	2012 (janvier à mai)	2012 (juin à décembre)	2013	2014
Unités médicales	VADS MEDECINE	68,4%	70,2%	57,1%	69,2%	52,4%	50,0%
	ONCO GE MEDECINE	46,2%	38,5%	70,0%	14,3%	46,7%	50,0%
	URO DIG MEDECINE	57,9%	30,0%	60,0%	70,6%	68,0%	57,6%
	SENO/GYNECO MEDECINE	74,3%	76,9%	45,5%	66,7%	61,0%	51,9%
	UNITE SOINS PALLIATIFS	75,0%	100,0%	40,0%	62,5%	52,6%	50,0%
	UNITE SOINS CONTINUS	77,8%	54,5%	40,0%	44,4%	33,3%	55,6%
Médecine		67,6%	62,2%	53,4%	60,0%	56,2%	52,6%
Unités chirurgicales	VADS CHIRURGIE	64,7%	69,2%	50,0%	50,0%	75,0%	33,3%
	GYNECO/ONCO GE CHIRURGIE	53,8%	75,7%	59,3%	50,0%	64,3%	58,5%
	SENO CHIRURGIE	83,3%	72,7%	100,0%	80,0%	70,0%	50,0%
Chirurgie		63,6%	73,8%	58,8%	56,5%	66,1%	55,8%
GLOBAL		66,3%	66,1%	54,9%	59,2%	59,1%	53,4%



C. Comparaison des taux de transfert avant et depuis l'utilisation de Trajectoire :

1. Pour les unités médicales :

	Nombre de demandes de transfert	Nombre de patients ayant nécessité une demande de transfert	Nombre moyen de demandes par patient	Transferts aboutis	% transferts aboutis par demandes	% transferts aboutis par patients
Avant utilisation de Trajectoire	789	315	2,5	194	24,6%	61,6%
Depuis utilisation de Trajectoire	1328	361	3,7	200	15,1%	55,4%
					p<0,001	p=0,10

On constate une diminution significative du taux de transferts aboutis par demande depuis l'utilisation de Trajectoire.

En revanche, il n'y a pas de différence significative du taux de transferts aboutis par patients.

2. Pour les unités chirurgicales :

	Nombre de demandes de transfert	Nombre de patients ayant nécessité une demande de transfert	Nombre moyen de demandes par patient	Transferts aboutis	% transferts aboutis par demandes	% transferts aboutis par patients
Avant utilisation de Trajectoire	335	150	2,2	100	29,9%	66,7%
Depuis utilisation de Trajectoire	448	131	3,4	79	17,6%	60,3%
					p<0,001	p=0,27

Le taux de transferts aboutis par demande depuis l'utilisation de Trajectoire est significativement moins élevé.

Il n'y a pas de différence significative du taux de transferts aboutis par patients.

3. Pour l'ensemble des services :

	Nombre de demandes de transfert	Nombre de patients ayant nécessité une demande de transfert	Nombre moyen de demandes par patient	Transferts aboutis	% transferts aboutis par demandes	% transferts aboutis par patients
Avant utilisation de Trajectoire	1124	465	2,4	294	26,2%	63,2%
Depuis utilisation de Trajectoire	1776	492	3,6	279	15,7%	56,7%
					p<0,001	p=0,040

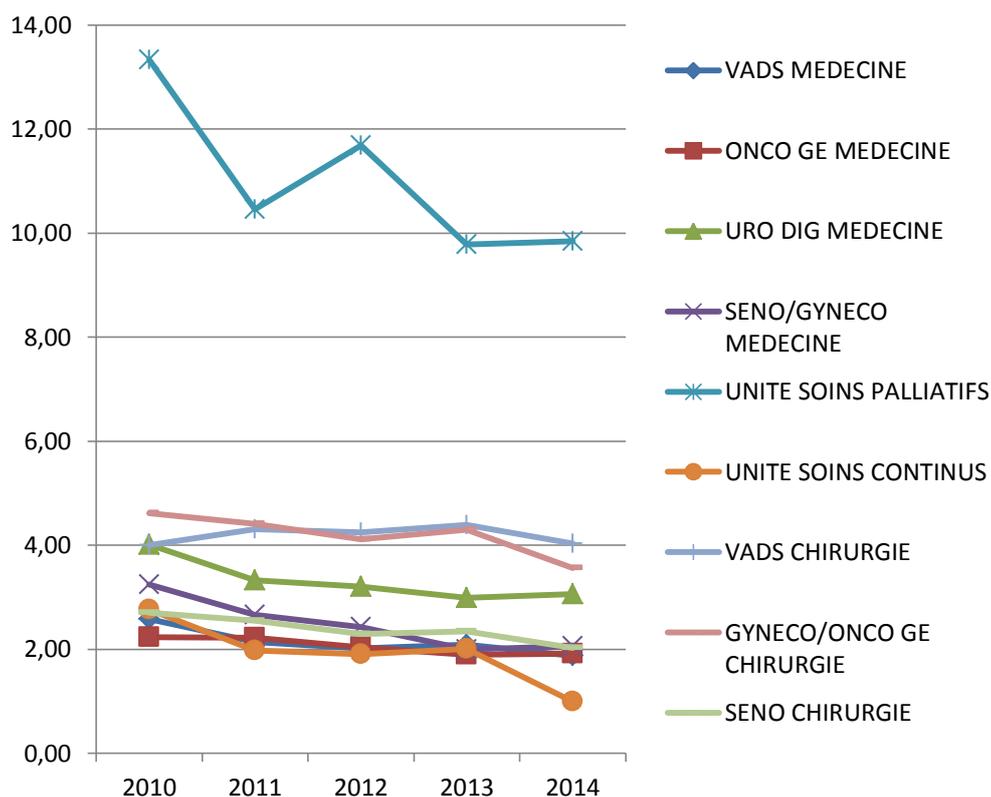
Le taux de transferts aboutis par demandes sur l'ensemble des services du C.O.L est significativement moins élevé depuis l'utilisation de Trajectoire.

Le taux de transferts aboutis par patients est également significativement moins élevé.

III. Durées moyenne de séjour des patients hospitalisés au sein des différentes unités du C.O.L :

A. Evolution de la DMS au sein des différents services de 2010 à 2014 :

		2010	2011	2012	2013	2014
Unités médicales	VADS MEDECINE	2,58	2,14	2,02	2,09	1,87
	ONCO GE MEDECINE	2,23	2,22	2,04	1,89	1,91
	URO DIG MEDECINE	4,01	3,33	3,20	2,99	3,06
	SENO/GYNECO MEDECINE	3,24	2,66	2,43	2,00	2,06
	UNITE SOINS PALLIATIFS	13,33	10,46	11,69	9,78	9,85
	UNITE SOINS CONTINUS	2,76	1,98	1,90	2,01	0,99
Unités chirurgicales	VADS CHIRURGIE	4,00	4,31	4,25	4,39	4,03
	GYNECO/ONCO GE CHIRURGIE	4,62	4,41	4,11	4,30	3,56
	SENO CHIRURGIE	2,70	2,55	2,29	2,34	2,03



B. DMS au sein des différentes unités :

En se basant sur le nombre de séjours en fonction de leur durée fourni par la base PMSI du C.O.L (Annexes 3, 4, 5, 6, 7 et 8), nous pouvons établir la durée moyenne de séjour des patients au sein des différentes unités étudiées.

1. Pour les unités médicales :

	Nombre de séjours	Durée de séjour (j)	
		Moyenne	Ecart-type
2010	4799	3.5	6.4
2011	4939	3.1	5.6
2012 (janv-mai)	2151	2.9	5.7
Total 2010 à 05/2012	11889	3.2	6.0
2012 (juin-déc)	3091	3.1	5.3
2013	5468	2.7	5.2
2014	5591	2.8	5.8
Total 06/2012 à 2014	14150	2.8	5.5

La durée moyenne de séjour est significativement moins élevée depuis l'utilisation de Trajectoire au sein des services médicaux : 2,8 jours contre 3.2 jours ($p < 0.001$)

2. Pour les unités chirurgicales :

	Nombre de séjours	Durée de séjour (j)	
		Moyenne	Ecart-type
2010	3155	3.9	4.5
2011	3256	4.0	4.9
2012 (janv-mai)	1316	3.7	4.6
Total 2010 à 05/2012	7727	3.9	4.7
2012 (juin-déc)	1857	3.6	5.3
2013	3096	3.8	5.0
2014	3450	3.4	4.9
Total 06/2012 à 2014	8403	3.6	5.0

La durée moyenne de séjour est significativement moins élevée depuis l'utilisation de Trajectoire au sein des services chirurgicaux : 3,6 jours contre 3,9 jours ($p < 0.001$)

3. Pour l'ensemble des services :

	Nombre de séjours	Durée de séjour (j)	
		Moyenne	Ecart-type
2010	7954	3.7	5.7
2011	8195	3.5	5.4
2012 (janv-mai)	3467	3.2	5.3
Total 2010 à 05/2012	19616	3.5	5.5
2012 (juin-déc)	4948	3.3	5.3
2013	8564	3.1	5.2
2014	9041	3.0	5.5
Total 06/2012 à 2014	22553	3.1	5.3

La durée moyenne de séjour est significativement moins élevée depuis l'utilisation de Trajectoire au sein de l'ensemble des services étudiés : 3,1 jours contre 3,5 jours ($p < 0.001$)

DISCUSSION

Ce chapitre s'oriente selon trois axes :

- Une analyse des taux de transferts aboutis en comparant les données avant et depuis l'utilisation de Trajectoire au COL.
Nous discuterons des résultats observés concernant l'évolution des taux de transferts aboutis.
Nous verrons quelles sont les limites de ces comparaisons.

- Une analyse de l'évolution de la DMS des patients hospitalisés dans les différentes unités du COL en relation avec l'utilisation de Trajectoire.
Nous analyserons l'influence éventuelle de l'utilisation de Trajectoire sur cette évolution.
Nous verrons quels critères limitent cette analyse.

- La troisième partie de notre discussion s'attachera à mettre en lumière les autres avantages apportés par Trajectoire. Nous verrons également quels aspects du logiciel pourraient faire l'objet d'autres études afin d'objectiver ces avantages.

➤ **Concernant les taux de transferts aboutis :**

L'observation des résultats concernant l'évolution des **taux de transferts aboutis par demandes effectuées** nous montre que ceux-ci **ont diminué significativement entre les 2 années ½ étudiées avant l'utilisation de Trajectoire (de janvier 2010 à mai 2012) et les 2 années ½ étudiées depuis l'utilisation de Trajectoire (de juin 2012 à décembre 2014).**

Alors que Trajectoire a été conçu pour pallier à l'imprécision des orientations vers les établissements de soins de suite, en partie en raison de la complexité et de la diversité grandissante de l'offre, on peut s'étonner de cette diminution.

En démarrant cette étude, nous pensions comme l'avait par exemple démontré une étude réalisée au CH de Mulhouse en 2010 (21) , que l'utilisation de Trajectoire, un outil informatique perfectionné avec un moteur de recherche sophistiqué qui prend en compte les paramètres variés de chaque patient (paramètres médicaux, paramètres sociaux-économiques, paramètres géographiques...), allait permettre d'accroître l'aboutissement des transferts entre établissements.

Plusieurs éléments peuvent expliquer cette erreur de jugement :

- **Le principal facteur qui pourrait expliquer cette diminution est la nouveauté du système de demandes. En effet, notre étude compare un système mis en place depuis de nombreuses années et un nouvel outil.**

La méthode utilisée durant la période avant Trajectoire était bien maîtrisée par les équipes en charge d'effectuer les demandes de transferts.

Par exemple, une sélection des établissements destinataires pouvait être effectuée.

En effet, ceux pour lesquels une réponse négative voire l'absence de réponse était quasi-certaine (compte-tenu de l'expérience accumulée suite aux demandes effectuées vers ces établissements durant les années avant 2010) ne faisaient pas l'objet d'une demande.

A l'inverse, l'objectivité du moteur de recherche de Trajectoire propose un listing exhaustif des établissements pouvant correspondre au patient et ne sélectionne pas les établissements.

L'un des éléments de notre étude pouvant mettre en lumière ce phénomène est l'augmentation importante du nombre de demandes entre les périodes avant et depuis Trajectoire :

- + 68,3 % d'augmentation pour les unités médicales (789 demandes avant – 1328 après)
- + 33,7 % d'augmentation pour les unités chirurgicales (335 demandes avant – 448 après)
- + 58% pour l'ensemble des unités (1124 demandes avant – 1776 après)

Le biais de sélection des établissements destinataires d'une demande de transfert rend donc la comparaison entre les deux méthodes incertaine.

- **Un autre élément à prendre en compte pouvant expliquer en partie la diminution du taux de transferts aboutis depuis l'utilisation de Trajectoire concerne les personnes effectuant la demande.**

En effet, lorsque les demandes étaient effectuées par fax, les formulaires étaient majoritairement remplis par des personnels soignants aguerris notamment les Praticiens Hospitaliers des services. Ainsi, les demandes étaient remplies de manière complète.

Contrairement, depuis qu'elles sont effectuées via Trajectoire, les demandes sont bien souvent réalisées par des internes, peu formés (en tout cas durant les premières semaines de leur prise de fonction au sein des services) à remplir de manière la plus complète les différents volets des formulaires de demandes de transfert.

Ainsi, on peut facilement imaginer qu'en fonction de l'omission d'éléments importants concernant les patients nécessitant une prise en charge secondaire en établissement de soins de suite ou de soins palliatifs, certaines demandes peuvent être plus facilement l'objet d'un refus.

- **Durant notre enquête, nous avons également mis en évidence un autre critère pouvant expliquer la diminution du taux de transferts aboutis depuis l'utilisation de Trajectoire : l'interaction moins évidente des professionnels de santé.**

Avant l'utilisation de Trajectoire, lorsqu'une demande de transfert ne recevait pas de réponse (positive ou négative) après plusieurs jours, les praticiens l'ayant effectuée avaient pour habitude de relancer leurs confrères sollicités par demande téléphonique.

Cette démarche s'effectuant directement entre les différents acteurs avait alors pour conséquence d'induire une réponse quasi-immédiate. Celle-ci pouvait être négative, positive ou permettait aux praticiens ayant fait la demande de comprendre l'absence de de réponse et d'envisager d'autres alternatives.

Depuis que les demandes sont effectuées via Trajectoire, les professionnels de santé sollicités pour accueillir les patients issus des services du C.O.L sont tenus par leur engagement envers Trajectoire de donner une réponse rapide à leurs confrères. Il semble donc logique qu'en cas d'impossibilité de pouvoir répondre favorablement à la demande de transfert (en raison notamment d'une incapacité à prévoir quand une place se libérerait au sein de leur structure) ceux-ci soient plus enclin à émettre une réponse directement négative.

Notons toutefois que Trajectoire a pour prérogatives d'être un outil interactif entre « prescripteurs » et « receveurs » afin d'optimiser au maximum la fluidité de la prise en charge des patients. Il est donc possible pour les professionnels de discuter via la plateforme Trajectoire des raisons du retard éventuel de réponse du côté des structures d'accueil ou de la possibilité de retarder le transfert du patient du côté du service demandeur. Il semblerait cependant qu'à l'heure actuelle cette méthode d'interaction soit moins utilisée et/ou moins efficace que l'interaction orale par téléphone pour aboutir à des transferts effectifs.

- **Un autre biais de sélection des données relatives aux transferts concerne les services sollicités selon les services du C.O.L.**

Alors que Trajectoire permet d'effectuer des demandes de prise en charge par des structures d'HAD, nous avons constaté que certains services du C.O.L, comme les services de Sénologie médicale ou le service Uro-dig médical ne passaient pas par Trajectoire pour leurs demandes d'HAD.

Dès lors, ces demandes ne sont pas comptabilisées dans notre étude, ce qui fausse en partie nos résultats.

Afin de pouvoir comparer plus précisément les taux de transferts avant et depuis Trajectoire, il faudrait que tous les services étudiés aient la même utilisation de Trajectoire.

➤ **Concernant l'évolution de la DMS :**

Notre étude a mis en évidence **une diminution significative de la DMS entre la période avant utilisation de Trajectoire et celle depuis l'utilisation de Trajectoire** au sein du secteur médical, du secteur chirurgical et de la globalité des services du C.O.L :

- 2,8 jours depuis Trajectoire contre 3,2 jours avant Trajectoire en Médecine
- 3,6 jours depuis Trajectoire contre 3,9 jours avant Trajectoire en Chirurgie
- 3,1 jours depuis Trajectoire contre 3,5 jours avant Trajectoire dans l'ensemble

On peut également constater que celle-ci diminue dans chacune des unités.

Pour exemples :

- En VADS médecine, la DMS est passée de 2,58 jours en 2010 à 1,87 jours en 2014,
- En Gynéco/Onco gé chirurgie est passée de 4,62 jours en 2010 et de 3,56 jours en 2014,
- En USP, elle est passée de 13,33 jours en 2010 et de 9,85 jours en 2014,

Il semble donc que malgré l'absence d'amélioration du taux de transferts aboutis grâce à l'utilisation de Trajectoire, celle-ci engendre quand même une diminution du temps de séjour des patients dans les différents secteurs du C.O.L.

Ceci a pour conséquence d'améliorer la fluidité de la prise en charge des patients hospitalisés initialement au C.O.L.

L'autre avantage de cette diminution de DMS est la diminution du surcoût de la prise en charge des patients atteints de cancer pour l'Assurance maladie.

Nous devons cependant analyser ces données avec quelques nuances.

- **Tout d'abord, nous pouvons bien évidemment penser que seule l'utilisation de Trajectoire ne peut expliquer une diminution de la DMS au sein des services.**

De très nombreux facteurs peuvent avoir joué en faveur de cette diminution. Citons par exemple :

- L'amélioration de la prise en charge des cancers avec notamment une diminution des durées de traitements radio-chimiothérapeutiques,
 - L'amélioration des techniques chirurgicales rendant la période critique post-opératoires plus brève,
 - L'optimisation des délais entre les demandes d'examen complémentaire (TDM, IRM, Scintigraphie...) et leur réalisation,
 - Une meilleure coordination entre les services du C.O.L et les acteurs de la prise en charge des patients en ambulatoire (médecins traitants, kinésithérapeutes, infirmiers à domicile...) permettant parfois un retour direct au domicile des patients arrivés en venue non-programmée alors que ce n'était pas envisageable auparavant,
 - Le développement des traitements ambulatoires.
- **L'autre élément limitant notre étude comparative de la DMS avant Trajectoire et depuis son utilisation concerne la prise en compte des patients ayant effectué 2 jours ou moins au sein des services du C.O.L.**

On constate sur les données relatives au nombre de séjours en fonction de leur durée (Annexes 3 à 8) que les séjours de 2 jours ou moins représentent environ 70% de tous les séjours.

Or, très peu de patients qui restent 0 (quelques heures), 1 ou 2 jours en hospitalisation dans un des services du C.O.L ne fait l'objet d'une demande de transfert en SSR, USP ou HAD.

Dès lors, bien que notre comparaison des DMS avant et depuis Trajectoire s'appuie sur de très grands effectifs, le biais de sélection des patients la rend fragile.

Nous aurions pu observer l'évolution de la DMS en sélectionnant uniquement les patients ayant fait l'objet d'une demande de transfert mais compte-tenu de leur effectif beaucoup plus faible, une faible différence n'aurait alors probablement eu aucune significativité.

➤ **Concernant les autres avantages apportés par Trajectoire :**

- Lorsque nous avons démarré cette étude, nous avons pensé analyser deux éléments qui nous paraissent intéressants pour évaluer l'utilité de Trajectoire, à savoir :
 - La comparaison du délai de réponse aux demandes de transfert avant et depuis l'utilisation Trajectoire,
 - La comparaison du délai de transfert effectif avant et depuis l'utilisation de Trajectoire

Malheureusement, lors du recueil des données, nous nous sommes confrontés à un problème ne pouvant permettre d'aboutir à une analyse statistique correcte. En effet, les données fournies par l'équipe de Trajectoire sous forme de moyennes, sans écarts-types ou données « brutes », n'étaient pas exploitables de manière statistique.

Pour information, nous avons cependant observé que d'après les moyennes des délais observés depuis l'utilisation de Trajectoire la réactivité des unités d'accueil sollicitées est rapide (2,18 jours de moyenne entre la demande de transfert et la réponse du service d'accueil en 2014).

Après avoir effectué une requête auprès de l'ARS pour obtenir des données brutes ou des écarts-types sur les données depuis Trajectoire, celle-ci nous a informés que l'écart-type n'est pas calculé par leur équipe puisque toutes les données nécessaires au calcul ne sont pas fournies par la majorité des utilisateurs du logiciel. Cependant, une maquette combinant moyennes et médianes est en cours d'écriture.

Une étude future de l'évolution de ces délais de réponses et de transferts pourrait permettre d'observer si l'utilisation de Trajectoire a une influence sur ces paramètres et donc sur l'amélioration de la fluidité de prise en charge des patients..

- L'informatisation des informations sur le patient constitue un des apports important de Trajectoire.
 - D'une part, comme le montre le formulaire de demande de transfert via Trajectoire (Annexe 2), celle-ci permet une amélioration de la transmission des informations sur le patient entre les services demandeurs et les unités sollicitées.

Toutes les données (caractéristiques socio-économiques et psychologiques du patient, description détaillée de l'état clinique, capacités fonctionnelles, appareillage, alimentation, devenir éventuel envisagé...), transmises sur réseau sécurisé via internet (et non plus de manière peu fiable du point de vue de conservation du secret médical lorsque les demandes étaient faxées) doivent être nécessairement fournies pour que la demande via Trajectoire aboutisse.

- D'autre part, les informations complètes du dossier informatique rempli sur Trajectoire sont utilisées par le DIM du C.O.L pour réaliser la cotation des séjours.

En comparaison, avant l'utilisation de Trajectoire, l'équipe du DIM devait nécessairement utiliser les « données-papiers » fournies lors de la sortie du patient ou rechercher dans chaque dossier les éléments permettant de coter les séjours.

Cela permet de valoriser les séjours et donc de renforcer la bonne gestion médico-économique de l'établissement.

- L'utilisation de Trajectoire peut être bénéfique à la médecine ambulatoire.

En permettant d'optimiser les transferts entre établissements de soins, Trajectoire devrait permettre d'éviter de nombreux retours à domicile de patients difficiles à prendre en charge à domicile (en raison de leur situation clinique avec un degré de dépendance élevé et/ou de l'absence d'entourage, en raison de la nécessité de nombreux passages dans un secteur pauvre en termes d'effectifs médicaux ou paramédicaux...). En effet, on peut imaginer qu'avec l'amélioration de l'interactivité des unités utilisant Trajectoire, certains patients, qui

sans le logiciel auraient été « renvoyés » à leur domicile, puissent trouver plus efficacement une place disponible en établissement de soins de suite.

L'utilisation de Trajectoire au sein des services du C.O.L permet d'établir une synthèse complète de la situation du patient, qu'il soit transféré ou non, ce qui facilite la transmission des informations à leurs médecins traitants (notamment pour la fourniture d'un courrier de sortie détaillé).

Trajectoire a également pour objectif de faciliter les demandes d'orientation des patients en SSR, SLD, SHMS ou demandes d'HAD par les médecins traitants sans qu'ils n'aient recours à une hospitalisation préalable.

Une étude de l'utilisation de Trajectoire par les médecins traitants pourrait analyser si le logiciel permet de renforcer la qualité des soins offerts aux patients par ce biais.

CONCLUSION

Cette étude descriptive s'est donc attachée à comparer deux périodes durant lesquelles deux méthodes d'organisation des transferts au sein d'un CLCC - le C.O.L - étaient utilisées : de janvier 2010 à mai 2012 lorsque les demandes de transferts s'effectuaient via fax et de juin 2012 à décembre 2014, suite au début d'utilisation du logiciel Trajectoire.

D'une part, contrairement aux études précédentes réalisées sur le même sujet au sein d'autres établissements, notre travail n'a pas démontré d'amélioration de la fluidité entre les services d'hospitalisation primaire et les services de soins de suite. Une diminution du taux d'aboutissement des transferts a même été constatée entre les deux périodes. Une analyse plus longue de l'évolution des transferts serait nécessaire pour mieux évaluer si l'impact de la mise en place de ce nouveau système au C.O.L s'avérerait bénéfique.

D'une autre part, en analysant l'évolution de la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés durant ces deux mêmes périodes, nous avons pu constater que depuis l'utilisation de Trajectoire celle-ci a significativement diminuée. Bien que de nombreux autres facteurs influencent la DMS et malgré les taux moins élevés d'aboutissement de transferts sollicités via Trajectoire, il apparaît que ce nouvel outil a permis d'écourter le séjour des patients au C.O.L.

Devant l'accroissement de l'incidence des cancers (donc de l'augmentation de la demande de prise en charge), et celui de la complexité de l'offre de soins de suite dans la Région Nord/Pas-de-Calais il s'avère primordial pour les services des CLCC de disposer d'un outil optimal pour pouvoir rendre plus fluide et limpide le parcours de soin des patients. Si l'on tient compte des moyens techniques (moteur de recherche avancé, annuaire centralisé et mis à jour régulièrement, transmission via réseau sécurisé...) apportés par Trajectoire, nul

doute qu'après plusieurs années supplémentaires d'expérience et de formation à son utilisation ce logiciel devrait assurer une prise en charge encore meilleure des patients.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Les données épidémiologiques du Cancer - Institut National du Cancer
Institut National Du cancer [Internet]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/21-epidemiologie/28-donnees-essentielles/26-epidemiologie-des-cancers-en-france-metropolitaine-donnees-essentielles.html>
2. Incidence et mortalité des cancers en France - Institut National de Veille sanitaire
20_Incidence-cancer_tumeurs-solides_tous-cancers.pdf [Internet]. Disponible sur : http://www.invs.sante.fr/content/download/70056/265984/version/1/file/20_Incidence-cancer_tumeurs-solides_tous-cancers.pdf
3. Plan Cancer 2003-2007 - Institut National du Cancer
12466-plan-cancer-2003-2007.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/12466-plan-cancer-2003-2007
4. Plan Cancer 2009-2013 - Institut National du Cancer
3855-plan-cancer-2009-2013.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/3855-plan-cancer-2009-2013
5. Rapport 2011 de l'Observatoire sociétal des cancers - Ligue Nationale contre le Cancer
Observatoire-societal-cancers-Rapport-2011.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www3.ligue-cancer.net/files/national/article/documents/Observatoire-societal-cancers-Rapport-2011.pdf>
6. Plan Cancer 2014-2019 - Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Microsoft Word - 2014-02-03_Plan_cancer_pour_impression.docx - 2014-02-03_Plan_cancer.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2014-02-03_Plan_cancer.pdf
7. Circulaire DHOS/CNAMTS/INCA/2007/357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie
6050-circulaire-dhoscnamtsinca.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/6050-circulaire-dhoscnamtsinca
8. Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000275848>

9. Circulaire DHOS/O/INCA n°2008-101 du 26 mars 2008 relative à la méthodologie de mesure des seuils de certaines activités de soins de traitement du cancer
00SELP000403i - ste_20080004_0100_0114.pdf [Internet]. Disponible sur:
http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-04/ste_20080004_0100_0114.pdf
10. Les autorisations de traitement du cancer - Institut National Du Cancer [Internet].
Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/soins/la-structuration-de-loffre-de-soins/traitements-du-cancer-les-etablissements-autorises/les-autorisations-de-traitement-du-cancer>
11. Présentation du Réseau Onco Nord-Pas-de-Calais
Présentation du Réseau [Internet]. Disponible sur: <http://www.onco-npdc.fr/presentation-reseau/presentation-reseau-onco-npdc>
12. Les 3C de la Région - Onco Nord-Pas-de-Calais
Les 3C de la région [Internet]. Disponible sur: <http://www.onco-npdc.fr/3C-npdc>
13. La situation du cancer en France en 2012 - Institut National du Cancer
9863-la-situation-du-cancer-en-france-en-2012.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/9863-la-situation-du-cancer-en-france-en-2012
14. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 2008 à 2012 - Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim - Partie 1 : Tumeurs solides
10557-estimation-nationale-de-lincidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-france-entre-1980-et-2012-1.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/10557-estimation-nationale-de-lincidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-france-entre-1980-et-2012-1
15. Programme Régional 2011-2015 de lutte contre le cancer du Nord/Pas-de-Calais
planregionalcancers_2013.pdf [Internet]. Disponible sur:
https://www.nordpasdecalsais.fr/upload/docs/application/pdf/2013-09/planregionalcancers_2013.pdf
16. Données de l'activité hospitalière liée au cancer en France - Institut National du Cancer
Les données - Institut National Du cancer [Internet]. Disponible sur: <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-fiches-de-synthese/5-prise-en-charge/78-activite-prise-en-charge-cancer/89-lactivite-hospitaliere-dans-la-prise-en-charge-du-cancer.html>
17. A. Deblasi, V. Smaldore, P. Castets, Equipe « ViaTrajectoire » hospices civiles de Lyon.
ViaTrajectoire : orientation personnalisée des patients entre structures de soins. European Research in Telemedicine. 2012 ; 1 ; 80-8
18. Présentation de ViaTrajectoire
ViaTrajectoire Production - Présentation ViaTrajectoire [Internet]. Disponible sur:
<https://trajectoire.sante-ra.fr/trajectoire/Pages/AccesLibre/PageFixe.aspx?pgeFixe=apropos>
19. Le PMSI : qu'est-ce que c'est ?
Hospitalia_Octobre_bis_Hospitalia_Octobre - presse\2009-10 PMSI.pdf [Internet].
Disponible sur: <http://www.web100t.fr/presse%5C2009-10%20PMSI.pdf>

20. Arrêté du 20 septembre 1994 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et de coût, visées à l'article L. 710-5 du code de la santé publique, par les établissements de santé publics et privés visés aux articles L. 714-1, L. 715-5 du code de la santé publique et aux articles L. 162-23, L. 162-23-1 et L. 162-25 du code de la sécurité sociale et à la transmission aux services de l'Etat et aux organismes d'assurance maladie d'informations issues de ces traitements | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000348993>
21. J. Sengler, M. Dick, A. Brunner. Etude comparative des demandes de transfert des services MCO vers les services de soins de suite et réadaptation avant et après Trajectoire. *Ann Phys Rehabil Med.* 2012 ; 55, 291-8

ANNEXES

Annexe 1 : Formulaire de demande de transfert par télécopie (avant utilisation de Trajectoire)

DOSSIER UNIQUE D'ADMISSION EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS

- VOLET ADMINISTRATIF -

Date de la demande.....Date d'entrée souhaitée.....Date d'hospitalisation
initiale.....

DEMANDEUR

Centre Oscar Lambret, Service.....

Médecin demandeur..... ① N°03.20.29.55.86 ☒ n°.....

Etiquette SIGMA

COORDONNEES PATIENT / ENTOURAGE

Patient

Nom marital..... Née.....Prénom.....

Né(e) leAge.....ans Sexe M F

Adresse.....

Ville / Code postal..... ① N°.....

Référent familial	Lien de parenté	① N°

Médecin traitant

Nom.....Commune..... ① N°.....

DONNEES SOCIO-ADMINISTRATIVES

Mode de vie vit seul(e) avec conjoint en milieu familial En structure collective

Mesures judiciaires de sauvegarde oui non en cours

Assuré : nom..... Prénom.....

Numéro de Sécurité sociale : / / / / / /

Caisse (adresse)..... CMU de base

Ouverture de droits.....

Mutuelle Complémentaire CMU

Aide médicale Etat.....

Devenir envisagé : Retour à domicile souhaité

Si oui, l'entourage familial / amical peut-il assurer ce projet ? Oui Non

Démarches sociales en cours

.....
.....
.....

Nom de l'Assistant Social

Date

Signature

① N°..... ☒ N°.....

ETABLISSEMENTS SOLLICITES :

*Pour la réponse à cette demande d'admission, pouvez-vous prendre contact avec le secrétariat
Tel 03.20.29.55.86 Fax 03.20.29.55.74*

**DOSSIER UNIQUE D'ADMISSION
EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS**

- VOLET MEDICAL - 1/ 2 -

Etiquette SIGMA

- Diagnostic principal :

- Diagnostic associés :

- Histoire de la maladie (date de début, principaux évènements, traitements reçus, etc.) :

➤ **Symptômes physiques :**

Douleur	<input type="checkbox"/>	Constipation	<input type="checkbox"/>	Convulsions	<input type="checkbox"/>
Dyspnée	<input type="checkbox"/>	Diarrhées	<input type="checkbox"/>	Prurit	<input type="checkbox"/>
Nausées	<input type="checkbox"/>	Occlusion	<input type="checkbox"/>	Troubles hémorragiques	<input type="checkbox"/>
Vomissements	<input type="checkbox"/>	Fièvre	<input type="checkbox"/>		

➤ **Symptômes organo-psychiques :**

Anxiété	<input type="checkbox"/>	Idées suicidaires	<input type="checkbox"/>	Agitation	<input type="checkbox"/>
Insomnie	<input type="checkbox"/>	Confusion	<input type="checkbox"/>	Désorientation	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	Délire	<input type="checkbox"/>	Troubles mnésiques	<input type="checkbox"/>
				Prostration	<input type="checkbox"/>

➤ **Etat clinique du patient :**

➤ **Poids :**

BILAN INFECTIEUX

Si le patient est infecté, origine de l'infection : urinaire respiratoire autre

Si identification de bactéries multi-résistantes : urinaire respiratoire autre

Germe :

Mesure d'isolement : oui non

En cas d'identification de bactéries multi-résistantes, un prélèvement bactériologique est nécessaire avant tout Transfert. Dans ce cas, joindre à ce dossier le résultat bactériologique et l'antibiogramme ou le faire parvenir Lors de l'admission.

***Pour la réponse à cette demande d'admission, pouvez-vous prendre contact avec le secrétariat
Tel 03.20.29.55.86 Fax 03.20.29.55.74***

**DOSSIER UNIQUE D'ADMISSION
EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS**

- VOLET MEDICAL - 2 / 2-

Etiquette SIGMA

ASPECTS SUBJECTIFS

- **Que sait le malade sur sa maladie et/ou son pronostic ?**

- **Que sait la famille sur sa maladie et/ou son pronostic ?**

- **Existence d'un entourage familial ou amical**

- **Problématique de la famille et de son entourage ?**
 - enfant en bas âge conjoint dépendant conflit au sein de la famille
 - autres (merci de préciser) :

- **Le malade a-t-il été vu par l'équipe mobile éventuelle de votre hôpital ?**
 - Oui Non

- **Pourquoi demandez-vous une hospitalisation en unité de soins palliatifs ?**

- **Quelles sont les informations données au patient pour expliquer son transfert en soins palliatifs ?**

PROJET SOCIAL

Un retour au domicile est-il souhaité ?

Si retour au domicile, l'entourage familial ou amical peut-il assumer ce projet ?

Nom du médecin : Date Signature

①..... ☞.....

*Pour la réponse à cette demande d'admission, pouvez-vous prendre contact avec le secrétariat
Tel 03.20.29.55.86 Fax 03.20.29.55.74*

**DOSSIER UNIQUE D'ADMISSION
EN UNITE DE SOINS PALLIATIFS**

- VOLET PARA-MEDICAL -

Etiquette SIGMA

Poidskg

Soins médicaux et paramédicaux

Soins Para-médicaux	Sonde	Trachéotomie <input type="checkbox"/>	Pansements <input type="checkbox"/>	Perfusion <input type="checkbox"/>
	- gastrique <input type="checkbox"/>	Aspiration <input type="checkbox"/>	PAC <input type="checkbox"/>
	- urinaire <input type="checkbox"/>	O ² ...../mn	Escarres <input type="checkbox"/>	Voie profonde <input type="checkbox"/>
	stomies		matelas anti-escarres <input type="checkbox"/> type	Seringue <input type="checkbox"/> Auto-pulsée

Autonomie

Troubles de la vigilance		Coma stade II-III 3	Coma vigil 2	Vigilance normale 1
Comportement	agressif opposant 4	DTS 3	troubles mineurs ou inconstants 2	normal 1
Continence - urinaire - anale	non non 4	non oui 3	oui non 2	oui oui 1
Toilette	aide complète 4	aide partielle 3	installation 2	seule 1
Alimentation	aide complète 4	aide partielle 3	installation 2	seule 1
Déplacement - transfert	aide complète 4	aide humaine 3	aide matérielle 2	Seule 1
				TOTAL =

Souhait de chambre particulière

Hôpital de jour

Traitement

.....
.....
.....

Nom de l'infirmier ou du cadre infirmier

date

signature

Il est indispensable que lors de son admission le patient arrive avec un maximum d'informations médicales (dossier médical, examens complémentaires, radiographies, scanner ; ;) et des transmissions infirmières de jour afin d'assurer une continuité des soins.

Pour la réponse à cette demande d'admission, pouvez-vous prendre contact avec le secrétariat Tel 03.20.29.55. Fax 03.20.29.55.74

Annexe 2 : Formulaire de demande de transfert sur Trajectoire

Situation professionnelle *Non renseignée*
 Personne à prévenir *Non renseignée*
 Médecin traitant *Non renseigné* → demande USP

Service demandeur
 COL - DCCF médecine
 Médecin demandeur
 Cadre infirmier
 Assistant social

Prescription médicale (selon le thésaurus de Trajectoire)

Pathologie et objectifs de prise en charge Soins palliatifs et soins de fin de vie - Situations de prise en charge palliative (autres). - Pour soins quotidiens, accompagnement, prise en charge de la douleur et des symptômes d'inconfort, accompagnement du patient et de son entourage.	Conditions liées au patient et à son environnement 13- Aucun pronostic n'est possible actuellement. Seule une prise en charge symptomatique ou palliative est envisageable. i
---	---

Histoire clinique résumée, diagnostic et autres renseignements utiles pour la prise en charge
 Patient de 61ans présentant un carcinome épidermoïde de l'oropharynx traité par radiothérapie avec Erbitux concomitant (fin mai 2013) pour lequel une récurrence locale et métastatique a été mise en évidence sur le scanner du 27/01/2014 (poursuite évolutive pulmonaire (augmentation d'un micronodule à 10mm, apparition de nouveaux micronodules), osseuse (arcs costaux gauches) et ganglionnaire (sous-mental, axillaire et médiastinal) et probable évolution locale au niveau de l'hypopharynx) Pose de GPR réalisée le 04/02/2014 pour renutrition avant décision de suite de prise en charge palliative

Affections cancérologiques
Tumeur primitive
 Carcinome épidermoïde de l'oropharynx
Classification *Champ non renseigné*
Date du diagnostic : *Champ non renseigné*
Sites métastatiques
 Pulmonaire, osseux et ganglionnaire
Complications de la maladie (*pensez à cocher aussi les comorbidités*)
 Dénutrition, douleurs
Indice de Karnofsky : 30 %

Ressources supplémentaires requises PCA ou autre injecteur automatique d'antalgiques Mesures d'isolement pour motifs infectieux (BMR – Bactéries émergentes – autres maladies contagieuses) Locaux adaptés à la désorientation temporo-spatiale Prise en charge de la douleur, sans injecteur Surveillance SaO2 Patient stabilisé Oui	Date d'hospitalisation 09/02/2014 Date de l'intervention chirurgicale <i>Non renseignée</i>
---	--

Antécédents
Antécédents médicaux chirurgicaux et psychiatriques Cardiopathie dilatée, BPCO, choc septique compliqué d'un arrêt cardio-respiratoire en 2010, antécédent d'AVC, AOMI

Comorbidités actives
Cardio-pulmonaire
 Insuffisance respiratoire ou BPCO sévère
Cancérologie et hématologie
 Tumeur maligne ou hémopathie maligne évolutive
Pathologies métaboliques – hépatiques - rénales
 Dénutrition sévère : albuminémie < 30g/l ou amaigrissement > 10% du poids du corps en moins de 1 mois

Le patient est-il connu par une équipe pluridisciplinaire ? Oui

Nom : CISSPO Contact : Coordonnées :

Information du patient

Le patient est informé sur :

Le diagnostic Oui Le pronostic Oui

La famille est informée sur :

Le diagnostic Oui Le pronostic Oui

Commentaires

Directives anticipées

Eléments spécifiques pour traitement cancérologique et onco-hématologique

Chimiothérapie - ligne n° *Champ non renseigné*

Protocole

Cure n° *Champ non renseigné* / *Champ non renseigné* cures totales prévuesRadiothérapie : *Champ non renseigné* Nombre total de séances : *Champ non renseigné*

Consignes transfusionnelles

Traitement prévisible à poursuivre

Traitement	Posologie	Observation
Techniques d'antalgie		
PCA		
Augmentin	1g x3/jour	Jusqu'au 20/02/2014
Durogesic	25 ug/72h	
Oramorph	10mg toutes les 4h si douleurs	
Doliprane	1g toutes les 6h si douleurs	
Perindopril 8mg /jour, Procoralan 5mg,	Bisoce 2.5mg, Lasilix 40 mg	
Seretide 500/50, Ipratropium 0.5 + brican	2x/jour et 4x/jour	
Cetirizine	10mg/jour	
Tadenan	2x/jour	

Modes d'administration du traitement *Non renseignés*

Autres éléments : infirmiers, indépendance, communication, ...

Poids 53 kg Taille 165 cm IMC 19,5

Ventilation Aérosols (à la demande)

Etat cutané Plaies (Localisation : GPR), Escarres (Localisation : SACRUM, Soins : Comfeel)

Statut infectieux Non recherché

Appareillage RAS

Communication

Vision Normale

Audition Normale

Expression Normale

Compréhension Altérée

Troubles de la conscience / humeur / cognitifs / comportementaux

Troubles de l'humeur

Capacités fonctionnelles

Déplacements : , Lit strict

Transferts : Aide complète

Faire sa toilette :

Haut : Aide complète

Bas : Aide complète

Hygiène intime : Aide complète

Habillage :

Haut : Aide complète

Bas : Aide complète

Aller aux toilettes :

- Elimination urinaire : Etui pénien

- Elimination fécale : Protection

Alimentation :

- Régime (à jeun)

- Nutrition entérale (Stomie d'alimentation (GPR))

Informations complémentaires *Non renseignées*Rendez-vous pris pour le patient *Non renseigné*

Prise en charge du séjour

Numéro de sécurité sociale *Non renseigné*

Caisse d'affiliation CPAM de Lille

Mutuelle Oui

Nom non connue

Forfait journalier *Non renseigné*Supplément chambre seule *Non renseigné*

Séjour en rapport avec ALD déjà acquise

Aspect social

Contexte de vie

Le patient vit-il seul ? Oui

Intervenants à domicile avant l'hospitalisation Non

Logement Appartement

Protection juridique *Non renseignée*Prestation perçue avant l'hospitalisation *Non renseignée*

Orientation pour le devenir du patient

Devenir Retour à domicile impossible

Commentaires *Non renseigné*

Démarches envisagées Entrée en établissement médicosocial

Annexe 3 : Nombre d'hospitalisations en fonction de la durée en 2010

Jours	Unités médicales						Unités chirurgicales		
	VADS MEDECINE	ONCO GE MEDECINE	URO DIG MEDECINE	SENO/ GYNECO MEDECINE	UNITE SOINS PALLIATIFS	UNITE SOINS CONTINUS	VADS CHIRURGIE	GYNECO /ONCO GE CHIRURGIE	SENO CHIRURGIE
0	453	391	352	369	14	39	50	91	225
1	34	399	120	85	5	11	121	57	85
2	141	179	231	71	4	11	304	93	609
3	39	128	47	101	5	6	53	142	129
4	54	73	217	58	12	6	74	71	162
5	60	29	136	49	9	2	46	39	156
6	83	19	25	41	15	3	29	38	113
7	13	28	23	33	5	1	19	51	39
8	18	18	25	33	6	1	15	43	11
9	10	9	20	19	8	1	16	36	5
10	7	12	14	22	7	1	15	25	
11	2	8	11	10	5		14	20	
12	3	6	14	7	2	2	8	12	3
13	3	5	7	2	4	1	7	11	
14	2	7	16	7	3	1	9	7	2
15	5	3	6	5	7		11	10	
16	3	1	4	6	2	1	3	8	
17	3	3	4	2	4		7	8	
18		3	6	1	6	1	2	2	
19			6	3	5		7	1	
20		3	7		2	1		4	
21	2	2	8	2	1		2	2	1
22	1	2	6	2	4		1	3	
23			3		1		1	2	
24	1		2	1	2		1	2	
25	1		1		4				
26				1	2	1	1	3	
27			1		3				
28	1		1		1		2		
29		1	2	1	3			3	
30			3		1		1		
31			1		1		1	1	
32	1				1		1		
33			2				1		
34			1		1				
35					1			1	
36					1			1	
37				1	1				
38				1					
40					1				
41	1				1		1		
42			1		1		1		
43							1		
44		1							
45		1							
46			2					1	
48			1						
49			1						
50					1			1	
54			1						
57			1		1				
61									
62					1				
64				1					
67				1	2				
68					1				
70					1				
71								1	
72			1						
76					1				
81					1				
93	1								
99					1				
TOTAL	942	1 331	1 330	935	171	90	825	790	1 540

Annexe 4 : Nombre d'hospitalisations en fonction de leur durée en 2011

Jours	Unités médicales						Unités chirurgicales		
	VADS MEDECINE	ONCO GE MEDECINE	URO DIG MEDECINE	SENO/GYNECO MEDECINE	UNITE SOINS PALLIATIFS	UNITE SOINS CONTINUS	VADS CHIRURGIE	GYNECO/ONCO GE CHIRURGIE	SENO CHIRURGIE
0	538	294	398	423	23	41	53	90	181
1	38	435	142	84	16	13	108	97	155
2	169	162	287	80	12	12	304	86	657
3	46	110	58	81	7	8	44	160	137
4	85	75	202	70	8	5	71	70	171
5	55	20	110	36	8	1	48	44	140
6	79	19	40	31	11	2	27	42	70
7	21	24	38	39	4		27	37	13
8	10	19	15	25	14	1	18	49	7
9	3	6	17	14	7	1	23	35	3
10	6	8	14	19	7		18	30	
11	1	2	10	12	5		13	27	2
12	4	5	8	8	5	2	15	16	1
13	3	6	6		8		8	19	
14	3	6	12	12	4	1	9	10	2
15	3	2	6	4	8		7	13	
16	1	2	5	5	6	1	6	12	
17	1	3	6		7		5	3	
18	1	1	5	1	4		3	3	
19			1	1	2		3	4	
20	1	2	4		3		6		
21	1			3	4		1	2	
22	1	1	1		3		2	3	
23		1	4	1	3	1	1	3	1
24	1	1	1	1	1		2		
25					2		2	2	
26					4		1	3	
27		1	4		4		1	1	
28					3			3	
29	1	1	1		1		2	3	1
30			2				2	3	
31		1	1		1			1	
32	1		1		2		1	1	
33									
34									
35			1					3	
36			2		2				
37					2		2	2	
43					1				
44					1			1	
45			1		1				
46			1						
47			1						
48					1				
49			1						
50					1		1		
54					1				
56							1		
57					1			1	
61					1				
63							1		
67					1				
74					1				
81		1							
87					1				
103					1				
TOTAL	1 073	1 208	1 406	950	213	89	836	879	1 541

Annexe 5 : Nombre d'hospitalisations en fonction de leur durée du 01/01/2012 au 31/05/2012

Jours	Unités médicales						Unités chirurgicales		
	VADS MEDECINE	ONCO GE MEDECINE	URO DIG MEDECINE	SENO/GYNECO MEDECINE	UNITE SOINS PALLIATIFS	UNITE SOINS CONTINUS	VADS CHIRURGIE	GYNECO/ONCO GE CHIRURGIE	SENO CHIRURGIE
0	238	135	215	199	7	41	22	41	105
1	22	192	71	56		7	52	48	66
2	92	54	95	38	1	6	99	54	268
3	17	30	24	34	4	1	13	57	55
4	21	17	67	36	3		23	23	84
5	23	7	77	26	3	1	19	14	53
6	20	9	17	10	3	3	7	20	11
7	5	8	10	21	3	2	6	16	6
8	4	7	10	7	4		9	16	3
9		5	6	9	1	2	12	17	2
10	2	5	2	4	3		5	6	
11	3	2	1	2	1		2	7	
12		1	3	3	2	1	5	4	
13		1		2	1		4	3	
14		2	1	5	1		2	11	
15	2	2	9	2	2		2	2	
16		1	3	1	2		1	3	
17	1		2	3			1	5	
18							1	2	
19			2				1	3	
20		1	2		1		3		
21			3	1	2		1	3	
22			4		3		1	1	
23			3				1	3	
24					4		1	2	
25					1				
26								1	
27			1						
28					1			1	
29					2		1		
30					1				
31					1				
32									
33				1			1		
34							1	2	
35									
36					1				
37					1				1
38					1				
39									
40									
41							1		
42					1				
44					1				
45					1				
47					1				
48			1						
49					1				
51					1				
58					2				
111					1				
TOTAL	450	479	629	460	69	64	297	365	654

Annexe 6 : Nombre d'hospitalisations en fonction de leur durée du 01/06/2012 au 31/12/2012

Jours	Unités médicales						Unités chirurgicales		
	VADS MEDECINE	ONCO GE MEDECINE	URO DIG MEDECINE	SENO/GYNECO MEDECINE	UNITE SOINS PALLIATIFS	UNITE SOINS CONTINUS	VADS CHIRURGIE	GYNECO/ONCO GE CHIRURGIE	SENO CHIRURGIE
0	319	228	246	336	11	68	34	111	148
1	33	225	77	62	6	2	61	65	119
2	92	75	139	60	4	3	137	84	339
3	35	67	50	41	8	3	26	81	74
4	41	17	96	55	7	2	33	34	102
5	32	14	76	26	4	4	17	29	82
6	60	13	14	25	1	5	8	28	24
7	11	17	25	26	4	4	11	16	2
8	8	11	19	13	9	3	6	17	3
9	2	5	12	11	7		7	15	1
10	1	8	7	7	2	2	7	9	
11	4	3	7	7	3	2	6	14	
12		3	5	2	5		6	11	
13	3	1	5	1	8		2	11	
14	4	3	8	5	6	1	4	6	
15			4	1	4		5	6	
16		4	3	2	8		4	4	
17	1	3	3	1	4		3	3	
18	3	1	2	1	2	1	3	3	
19	1	1	1	1	5		2	3	
20		1	1				2	1	
21		1	1		2			2	
22			2		2		2		
23	1		1				5	3	
24					3	1	1		
25					1			2	
26			3	1					
27		1	1		2		1	1	
28		1	1		3	1		1	
29	2				3			2	
30		1			2		1	1	
31									
32									
33					1				
34					1				
35			1						
36					2				
37					1		1		
38									
39			1						
40					1				
41									
42							1		
46									
48					1			1	
54					1				
55				1					
65					1				
68								1	
75							1		
85								1	
86					1				
TOTAL	653	704	811	685	136	102	397	566	894

Annexe 7 : Nombre d'hospitalisations en fonction de leur durée en 2013

Jours	Unités médicales						Unités chirurgicales		
	VADS MEDECINE	ONCO GE MEDECINE	URO DIG MEDECINE	SENO/GYNECO MEDECINE	UNITE SOINS PALLIATIFS	UNITE SOINS CONTINUS	VADS CHIRURGIE	GYNECO/ONCO GE CHIRURGIE	SENO CHIRURGIE
0	564	452	455	754	31	102	57	187	284
1	61	408	140	101	12	9	92	125	177
2	209	159	268	96	10	1	210	105	507
3	47	132	49	74	6	3	42	149	117
4	60	53	135	86	7	6	34	71	166
5	50	31	49	52	8	1	28	48	136
6	82	14	34	28	6	1	26	37	48
7	16	24	34	24	14	5	12	44	21
8	7	13	26	17	13	2	13	28	8
9	5	4	19	19	12	1	5	38	4
10	5	7	11	11	3		12	20	
11	4	8	15	13	11	2	9	22	2
12	2	4	11	4	9	1	7	26	1
13	4	1	15	4	5		15	18	
14	1	1	15	2	13		9	11	
15	5	5	6	5	5	1	7	17	
16	4	1	4	3	8	1	6	5	
17	2	1	3	2	3		5	8	
18	3	1	4	3	6		4	5	
19		2	3		3		1	2	
20	1	1	2	1	10		2	5	
21	2	2	1		6		5	5	
22	1	2			3		3	5	
23			2	1	4	1	2	2	
24			2	1	4			4	
25							1	2	
26		1	1		1		1	2	
27		1		1	4		3		
28		1	1		4	1		1	
29			1	1	3		1	1	
30		1	1		3		2	3	
31			1			1	1	2	
32		1							
33					2				
34								1	
35					3			1	
36								1	1
37	1						1		
38					2		1		
39				1	1				
40					1				
41							1		
42			1					1	
44								2	
45	1				2				
46			1	1					
50						1			
52					1				
54					1				
55								1	
56					1				
59					1				
68							1		
69					1				
75					1				
84					1				
TOTAL	1 137	1 331	1 310	1 305	245	140	619	1 005	1 472

Annexe 8 : Nombre d'hospitalisations en fonction de leur durée en 2014

Jours	Unités médicales						Unités chirurgicales		
	VADS MEDECINE	ONCO GE MEDECINE	URO DIG MEDECINE	SENO/GYNeco MEDECINE	UNITE SOINS PALLIATIFS	UNITE SOINS CONTINUS	VADS CHIRURGIE	GYNeco/ONCO GE CHIRURGIE	SENO CHIRURGIE
0	778	422	422	808	29	122	44	250	421
1	51	428	129	99	16	6	99	131	303
2	180	157	158	58	18	8	294	126	437
3	72	101	79	65	16	3	33	124	172
4	75	37	123	64	17	2	43	74	203
5	81	25	70	38	13	2	23	39	107
6	108	18	36	37	12	1	11	40	41
7	13	27	31	36	12	3	11	42	15
8	11	9	23	15	11	2	15	37	8
9	4	6	15	15	12		7	27	2
10	8	5	10	9	8	1	6	21	
11	8	4	12	9	8	1	10	30	2
12	1	1	6	9	12	2	18	12	1
13	2	5	9	4	7		7	8	1
14		3	5	5	8		8	10	1
15	4	3	6	8	8		9	20	
16		2	7	2	8		5	6	1
17		4	3	4	3		4	6	
18	2	3	2	3	4		6	3	
19		1	2	1	7		5	6	
20	1	1	3	2	7		5	3	
21	2	1	2	3	5		5	4	
22		2			5		1	5	
23			4	2	3		4	5	
24		1		2	4		4	2	
25					1		1	2	
26		1	1		2				
27			1		4			1	
28		3	1		2	1	1		
29		1	1		4		3	5	1
30			1		1				
31			2		1			1	
32								1	
33					1		3		
34					1				
35			1	1				1	
36				1	3		1		
37			1					1	
38		1	1	1	3				
39					1				
40							1	1	
41					2				
42				1					
44					1				
48					1				
49					1				
51					1				
53								1	
54					1				
55					1				
59					1				
60			1		1				
61					1				
63					1				
64								1	
66					2				
72	1								
74								1	
93					1				
121					1				
TOTAL	1 402	1 272	1 168	1 302	293	154	687	1 047	1 716

AUTEUR : Nom : HERNANDEZ

Prénom : GUILLAUME

Date de Soutenance : 1^{er} juin 2015

Titre de la Thèse : ORGANISATION DES SORTIES D'HOSPITALISATION EN CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER : MISE EN PLACE ET BILAN D'UTILISATION DU LOGICIEL TRAJECTOIRE

Thèse, Médecine, Lille 2015

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + Spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : cancer, sorties d'hospitalisation, transferts, Trajectoire, durée moyenne de séjour

Résumé :

Contexte : L'optimisation de la prise en charge des patients atteints de cancer nécessite une organisation des sorties d'hospitalisation facile et efficiente, notamment des transferts entre établissements de soins et établissements type SSR, SLD ou USP. Dans ce but, depuis juin 2012 le logiciel de l'ARS Trajectoire est utilisé comme interface au Centre Oscar Lambret (C.O.L).

Méthode : Les données concernant les demandes de transferts et la durée moyenne de séjour (DMS) des patients issus des services médicaux et chirurgicaux du C.O.L ont été comparées de janvier 2010 à mai 2012 (avant l'utilisation de Trajectoire) et de juin 2012 à décembre 2014 (depuis l'utilisation de Trajectoire) afin d'évaluer l'impact du logiciel sur l'aboutissement des transferts et sur la DMS.

Résultats : Avant l'utilisation de Trajectoire, les taux de transferts aboutis par demandes issues du C.O.L étaient de 24.6% pour celles provenant des services médicaux, 29.9% pour celles des services chirurgicaux et 26.2% pour l'ensemble des services (294 transferts aboutis pour 1124 demandes). Depuis l'utilisation de Trajectoire, ces taux sont de 15.1%, 17.6% et 15.7% (279 transferts aboutis pour 1176 demandes). Les taux de transferts aboutis par demandes diminuent significativement depuis l'utilisation de Trajectoire pour les demandes émanant des services médicaux, chirurgicaux et de l'ensemble des services ($p < 0,001$). Les taux de transferts aboutis par patients étaient de 61.6% pour les services médicaux, 66.7% pour les services chirurgicaux et 63.2% pour l'ensemble des services (294 transferts aboutis pour 465 patients). Depuis l'utilisation de Trajectoire, ces taux sont de 55.4%, 60.3% et 56.7% (279 transferts aboutis pour 492 patients). Les taux de transferts aboutis par patients diminuent significativement sur l'ensemble des services ($p = 0.040$). La DMS est significativement moins élevée depuis l'utilisation de Trajectoire : 2,8 jours contre 3.2 jours pour les services médicaux ($p < 0.001$), 3.6 jours contre 3.9 jours pour les services chirurgicaux ($p < 0.001$) et 3.1 jours contre 3.5 jours pour l'ensemble des services ($p < 0.001$).

Conclusion : Bien que les taux de transferts aboutis diminuent sensiblement depuis le début d'utilisation de Trajectoire au C.O.L, l'évaluation d'une pratique ancienne et d'une nouvelle méthode d'organisation des transferts limite leur comparaison. En revanche, la DMS des patients apparait plus brève, ce qui améliore ainsi la fluidité de leur prise en charge.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur E. Lartigau

Asseseurs : Monsieur le Professeur A. Duhamel

Monsieur le Docteur M. Calafiore

Monsieur le Docteur G. Lefebvre