



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Revue de pertinence des soins

Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation

Novembre 2004

La Haute Autorité de santé diffuse un document réalisé
par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
au titre de son programme de travail de 2004

Service évaluation des pratiques

Dans la collection Évaluation en établissements de santé :

- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** – Dossier du patient : Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu – Réglementation et recommandations – juin 2003
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Prise en charge de première intention : chirurgie des lésions mammaires – octobre 2002
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** – Les pneumonies aiguës communautaires – décembre 2001
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** – Évaluation de la qualité de l'utilisation et de la surveillance des chambres à cathéter implantables – décembre 2000
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Préparation de la sortie du patient hospitalisé novembre 2000
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - L'antibioprophylaxie en chirurgie propre : application à la prothèse totale de hanche – octobre 2000
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Limiter les risques de contention physique de la personne âgée – octobre 2000
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** – Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme – janvier 2000
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Évaluation de la qualité de la pose et de la surveillance des sondes urinaires – décembre 1999
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Évaluation d'un programme d'amélioration de la qualité – Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français - avril 1999
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Évaluation de la prescription et de la réalisation des examens paracliniques préopératoires - novembre 1998
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Évaluation de la prévention des escarres - juin 1998
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** – Évaluation de la qualité de la pose et de la surveillance des cathéters veineux courts - juin 1998
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie - juin 1998
- La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé** - revue de la littérature - septembre 1996
- Références médicales applicables à l'hôpital** - avril 1995
- Évaluation de la tenue du dossier du malade** - juin 1994

Dans la collection Guides méthodologiques :

- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** – Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration – juin 2003
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Démarches qualité des établissements de santé : principes de recours à un prestataire – juin 2001
- Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé - juillet 2000
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - L'audit clinique – Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles – janvier 1999
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques - octobre 1996
- L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé** - L'audit clinique - juin 1994

Pour recevoir la liste des publications de l'Anaes, vous pouvez consulter son site Internet www.anaes.fr ou envoyer vos coordonnées à l'adresse ci-dessous.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'Anaes est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été réalisé en novembre 2004. Il peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé)
Service communication
2, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX – Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00
© 2004. Anaes

Avant-propos

Les conditions pour qu'une démarche d'évaluation des pratiques ou d'amélioration de la qualité puisse s'organiser pour un grand nombre de professionnels sont :

- tout d'abord assurer l'acceptabilité par les professionnels : c'est un point politique clé qu'il faut traiter de manière préalable ;
- partir des données de la science pour élaborer un accord entre les professionnels et les tutelles autour d'objectifs de qualité des pratiques et de changements organisationnels ;
- disposer de méthodes d'évaluation dont la précision soit bien adaptée à la contrainte pour les professionnels : en d'autres termes, plus les résultats de l'évaluation seront utilisés par les payeurs ou les organismes professionnels pour définir ou financer l'offre de soins, et plus la précision de la méthode devra être grande sous peine d'invalider toute la démarche.

Les démarches d'évaluation et d'amélioration ont pour objectif d'améliorer la qualité de prise en charge des patients en recherchant la meilleure adéquation entre la pratique réelle et la pratique de référence. Celle-ci étant définie, à chaque fois que possible, à partir des données de la science, en l'absence de ces données à partir d'un accord professionnel.

L'utilisation pratique des recommandations pour améliorer la pratique professionnelle nécessite l'utilisation de méthodes, qui permettent de les décliner à un niveau opérationnel et de mesurer leur mise en œuvre. Le choix de la méthode est fonction de l'activité, de l'organisation, de l'expérience, de la culture d'évaluation développé dans l'équipe ou l'établissement ainsi que de l'état de la science et des outils disponibles.

Le rôle de l'Anaes est d'aider les professionnels à s'engager dans ces démarches en élaborant des guides didactiques qui facilitent l'appropriation de différentes méthodes par les professionnels, notamment en proposant des méthodes qui s'intéressent à l'efficacité de la prise en charge des patients par les établissements de santé.

Remerciements

Ce document a été réalisé par le D^r Marie-José D'ALCHÉ-GAUTIER, chargée de projet, et M^{me} Marie ERBAULT, chef de projet à l'Anaes, sous la responsabilité du D^r Nikita DE VERNEJOU, adjointe du service évaluation des pratiques, et du P^r Isabelle DURAND-ZALESKI, chef de service.

La recherche documentaire a été effectuée par M^{me} Emmanuelle BLONDET, sous la direction de M^{me} Rabia BAZI, responsable du service documentation.

Le secrétariat a été assuré par Corinne CAMIER.

Groupe de travail

P^r Alain DAVIDO, responsable du service des urgences, Paris ;

P^r Bernard HUET, professeur universitaire, unité de biostatistique et santé publique, information médicale, Bobigny ;

D^r Gérard LAIRY, cardiologue, Corbeil-Essonnes ;

P^r Thierry LANG, professeur universitaire, faculté de médecine, Toulouse Purpan ;

M^{me} Nathalie PREAUBERT, chef de projet Anaes ;

D^r Catherine MAYAULT, chef de projet Anaes ;

D^r Nathalie RIOLACCI-DHOYEN, chef de projet Anaes ;

M. Patrick SIX, responsable DIM, Angers ;

D^r Claude SOUTIF, responsable DIM, Avignon.

Groupe de lecture

Dr Raymond ARNOUX, chirurgien, Bordeaux ;

Dr Bruno BALLY, chef de projet Anaes, réanimateur-anesthésiste, Grenoble ;

Mme Marie-Antoinette BANOS, cadre supérieur de santé, Lons le Perlic ;

Dr Gustavo BASTERRECHEA, psychiatre, Suisse ;

Mme Catherine BERTEVAS, sage-femme, Brest ;

Mme Nicole BERTINI, cadre de santé, Bourg-en-Bresse ;

Dr Marie-Jeanne BISMUTH, médecin de santé publique, Dijon ;

Dr Eric BODIGUEL, neurologue, Bourges ;

Dr Roland BOUET, pédo-psychiatre, Poitiers ;

Dr Dominique BOURDERONT, médecin de santé publique, Mulhouse ;

Dr Catherine BOUTE, médecin de santé publique, Laval ;

Mme Catherine BUSSY, cadre de santé, Villejuif ;

Dr Pierre CHOPARD, médecin adjoint direction médicale, Suisse ;

Mme Marie-José DARMON, cadre de santé anesthésiste, Nice ;

Dr Christian DELAUNAY, chirurgien-orthopédiste, Longjumeau ;

Dr Jean-François DÜRR, médecin DIM, Freyming-Merlebach ;

Pr Patrice FRANCOIS, médecin de santé publique, Grenoble ;

Dr Jean-Michel FRASIE, gastro-entérologue, Strasbourg ;

Mme Chantal GABA-LEROY, cadre de santé, Clichy ;

Dr Jacques GLIKMAN, psychiatre, Épinay ;

M. Bernard IDOUX, cadre supérieur de santé, Saales ;

Dr Monique LATHÉLIZE, anesthésiste-réanimateur, Limoges ;

M. René PAPON, cadre de santé, Tours ;

Dr François PIGNAL, gastro-entérologue, Toulouse ;

Pr Gilles POTEL, chef de service urgences, CHU de Nantes ;

Mme Madeleine PULTIER, cadre supérieur de santé, Marseille ;

Dr Jean-François QUARANTA, médecin, Nice ;

Mme Marie-José RAVINEAU, responsable qualité, Meaux ;

Mme Ghislaine REY, cadre de santé, Avignon ;

Mme Annette SALCZYNSKI, cadre de santé, Denain ;

Dr Paul STROUMZA, néphrologue, Marseille ;

Mme Roselyne THIERY-BAJOLET, cadre de santé, Saint-Brice-Courcelles ;

Dr Bertrand XERRI, chef de service Anaes.

Sommaire

Avant-propos	3
Remerciements	4
Sommaire	6
Introduction.....	7
Description de l'outil AEPf	9
I. Notion de pertinence dans l'outil AEPf.....	9
II. Comment évaluer la pertinence d'une admission ou d'une journée d'hospitalisation ?..	9
III. À quoi sert l'outil AEPf ?.....	17
IV. À quoi ne sert pas l'outil AEPf ?.....	17
V. Limites et dérives de l'outil AEPf.....	18
VI. Prise en compte des aspects économiques de la démarche.....	18
VII. Conclusion	19
Mettre en œuvre la méthode de revue de pertinence des soins en utilisant l'outil AEPf	20
I. Mise en place d'une gestion de projet : PLAN	21
II. Mettre en œuvre l'AEPf dans son établissement : DO.....	28
III. Analyser les résultats : CHECK	33
IV. Plans d'actions et réévaluation : ACT	37
Extension de la méthode de revue de pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation.....	42
I. Grilles AEP adaptées à une spécialité : exemple de la pédiatrie.....	42
II. Construction de nouvelles grilles : exemple de la psychiatrie.....	43
III. Méthode d'élaboration des critères pour adapter l'AEPf.....	44
IV. Extension à la pertinence des soins : exemple de l'endartériectomie des carotides	46
Conclusion.....	47
Annexe 1. Analyse de la littérature.....	48
Annexe 2. AEPf des admissions	57
Annexe 3. AEPf des journées d'hospitalisation	71
Méthode de travail.....	88
Bibliographie.....	89

Introduction

La revue de pertinence des soins est une méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients. Elle s'applique à un soin ou un programme de soins et peut porter sur l'indication, l'initiation ou la poursuite des soins (1). Elle repose sur une approche par comparaison à un ensemble de critères objectifs, prédéterminés, standardisés et validés. Si l'un d'entre eux est présent, les soins ou le programme de soins sont alors pertinents. Lorsque aucun critère de la grille n'est retrouvé, il faut rechercher les raisons expliquant la non pertinence des soins ou du programme de soins.

Cette méthode a été plus particulièrement utilisée dans le cadre de l'hospitalisation pour vérifier la pertinence des admissions ou des journées d'hospitalisation dans un établissement de santé.

C'est pourquoi nous développerons dans ce guide la méthode de revue de pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation. Mais il est bien entendu que cette méthode peut s'appliquer à des soins, des examens, ... à condition de disposer d'outils validés et de référentiels. Ainsi la revue de pertinence peut porter, par exemple, sur un examen d'exploration radiologique ou sur une prescription d'antibiotiques.

La revue de pertinence des admissions ou des journées d'hospitalisation est une méthode d'amélioration de la qualité qui permet de repérer les admissions ou les journées non pertinentes, de rechercher les causes qui expliquent ces admissions ou ces journées et de mettre en place des plans d'action pour améliorer la prise en charge du patient. L'identification des admissions ou des journées non pertinentes s'effectue à l'aide de critères techniques simples regroupés dans une grille.

Pourquoi s'intéresser à la méthode de revue de pertinence des admissions ou des journées d'hospitalisation ?

Parmi les méthodes développées aux États-Unis pour évaluer le caractère pertinent de l'utilisation des ressources (2), la méthode développée par Gertman et Restuccia en 1981(3) sur la pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation est celle qui a été la plus traduite et validée dans le monde (cf. annexe 1, analyse de la littérature). La méthode repose sur un outil : l'*Appropriateness Evaluation Protocol (AEP)* qui pourrait être traduit par protocole d'évaluation de la pertinence. Dans ce guide, nous utiliserons la dénomination AEPf, f pour français.

Dans le cadre d'un projet financé par l'Union Européenne, une version européenne de l'outil en langue anglaise a été testée et validée (4). Chaque pays a ensuite traduit, testé et validé dans sa propre langue l'AEP. Les résultats des différentes études montrent des taux d'admissions ou de journées d'hospitalisation non pertinentes variant de 10 % à plus de 30 % au regard des critères de la grille. Par conséquent cette méthode met en évidence un problème identique dans tous les établissements de santé de tous les pays et pour lequel les causes sont assez clairement identifiées dans les différentes études analysées.

En revanche, peu d'études (5,6) rapportent des expériences sur la mise en place de programmes d'amélioration de la qualité pour diminuer les admissions ou les journées non pertinentes. En France aucune étude publiée ne relate d'expérience partant d'une analyse approfondie des causes des admissions ou des journées non pertinentes suivie de la mise en place de programmes d'action pour corriger les dysfonctionnements. Les études s'arrêtent bien souvent à une connaissance du taux des admissions ou des journées non pertinentes avec l'identification des causes (7-9) et/ou l'étude des facteurs de risque (10).

Ce guide a pour objectifs :

- **d'inciter les professionnels** de santé à mettre en place au sein de leur établissement de santé la méthode de revue de pertinence des admissions ou des journées d'hospitalisation ;
- **de mettre à la disposition** des professionnels de santé des outils de mesure de la pertinence des admissions ou des journées d'hospitalisation et d'analyse des raisons des admissions ou des journées non pertinentes ;
- **de positionner la méthode** de revue de pertinence des admissions ou des journées d'hospitalisation dans le cadre d'une dynamique d'amélioration continue de la qualité.

Le plan du guide est le suivant :

Dans une première partie nous décrirons l'outil AEPf appliqué aux admissions ou aux journées d'hospitalisation, en insistant sur l'intérêt de l'outil et ses limites.

La deuxième partie sera consacrée à la mise en œuvre pratique de la méthode revue de pertinence des soins en utilisant l'outil AEPf. Nous illustrerons le caractère dynamique de la démarche dans laquelle s'inscrit l'outil AEPf sous forme d'un PDCA : **PLAN** correspondant à la mise en place de la gestion de projet, **DO** à la mise en œuvre de l'AEPf, **CHECK** à l'analyse des résultats et **ACT** à la mise en place des plans d'action et à la réévaluation.

La troisième partie ouvrira sur des expériences concrètes d'utilisation d'autres grilles et permettra de donner quelques conseils si l'on envisage l'extension de l'outil AEPf.

Enfin, les annexes présenteront une revue de la littérature dans différents pays (anglo-saxons et européens, dont la France) et mettront à la disposition des professionnels de santé les grilles AEPf pour les admissions et les journées d'hospitalisation ainsi que leurs guides d'utilisation.

Description de l'outil AEPf

I. Notion de pertinence dans l'outil AEPf

La notion de pertinence telle qu'elle est utilisée dans l'AEPf est une évaluation de processus (par opposition aux évaluations de structures ou de résultats) définie du seul point de vue des professionnels de santé. Elle est purement technique et ne prend pas en compte le point de vue de l'utilisateur. Le jugement de valeur sur lequel elle s'appuie est celui de la pertinence technique et de la qualité du soin rendu au malade (11).

Distinction entre une hospitalisation pertinente et une hospitalisation justifiée

Il est nécessaire de faire une distinction entre une hospitalisation pertinente et une hospitalisation justifiée. **Une hospitalisation est pertinente** lorsque l'admission ou la journée d'hospitalisation répond aux critères explicites de la grille ou à l'avis du médecin.

Un patient peut être hospitalisé pour recevoir des soins qui pourraient être délivrés à qualité égale ou supérieure dans un contexte moins coûteux ou en ambulatoire. Mais la possibilité de soins extra-hospitaliers n'a pas été utilisée du fait d'une décision inadéquate des professionnels de santé ou d'un défaut de l'organisation hospitalière. Dans ce cas **l'utilisation hospitalière est non pertinente et non justifiée**. Elle pose le problème d'améliorer la prise de décision ou l'organisation des soins pour mieux faire coïncider les besoins du patient et les structures existantes de prise en charge.

Un deuxième cas est celui où le patient hospitalisé peut recevoir des soins d'un niveau moins technique ou des soins ambulatoires mais pour lequel les structures qui permettraient de répondre à ses besoins n'existent pas à un moment donné. Elles peuvent être simplement indisponibles ou inexistantes dans le système de soins, posant alors des problèmes d'organisation ou de planification. Dans ce cas, l'hospitalisation n'est pas pertinente mais la décision des professionnels est adaptée à l'environnement du système de soins et donc **l'hospitalisation est justifiée** (4) : exemple d'un patient hospitalisé et recevant des soins éducationnels qu'il ne peut recevoir ailleurs faute de structure existante.

II. Comment évaluer la pertinence d'une admission ou d'une journée d'hospitalisation ?

L'outil AEPf permet d'évaluer la pertinence d'une admission ou d'une journée d'hospitalisation. Il s'appuie sur des grilles comportant des critères objectifs indépendants du diagnostic. Deux grilles existent, l'une pour les admissions et l'autre pour les journées d'hospitalisation. Si l'origine de ces deux grilles est la même (3), la traduction de la grille des

admissions s'est faite directement en français (12) en même temps que sa validation alors que la grille des journées d'hospitalisation a d'abord fait l'objet d'une traduction européenne avant d'être traduite dans chaque pays dans sa propre langue (4).

II.1. À quel champ s'applique l'outil AEPf ?

La revue de pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation peut être réalisée simultanément ou de façon indépendante. Néanmoins, il est préférable de se concentrer sur un des deux aspects.

La grille AEPf des admissions peut être utilisée dans le service des urgences ou dans tout service ayant des entrées directes non programmées.

La grille AEPf des journées d'hospitalisation peut être utilisée à plusieurs niveaux : sur l'ensemble de l'établissement, sur quelques services ou à l'échelle d'un service.

Elle est adaptée à l'activité des services de médecine et de chirurgie en dehors de la chirurgie et de l'anesthésie ambulatoire, de l'hospitalisation de jour et des traitements itératifs de type chimiothérapies, radiothérapies ou dialyses. Elle concerne les patients adultes.

Elle n'est pas utilisable pour les services de pédiatrie, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation et réanimation. Des exemples de grilles spécifiques adaptées à certaines de ces spécialités sont évoqués dans la troisième partie.

II.2. L'AEPf des admissions

La grille AEPf des admissions a été traduite et validée en France en 1991 par le P^r Davido (12). Elle comprend 16 critères divisés en deux parties (cf. annexe 2) :

- 10 critères liés à l'état de sévérité clinique ;
- 6 critères liés à la délivrance de soins.

Un patient est admis lorsque se présentant aux urgences ou directement dans un service de soins, hors admission programmée, il est hospitalisé ensuite dans l'un des services de soins de l'établissement.

Ce sont ces admissions qui font l'objet de l'étude.

L'admission est jugée pertinente si l'un des critères de la grille AEPf est présent. Si aucun critère n'est présent, un expert peut néanmoins déclarer la journée pertinente, c'est la notion « *over-ride* » que nous traduisons par avis d'expert. Il s'agit de situations médicales ne nécessitant pas d'intervention immédiate mais devant lesquelles le médecin ne peut prévoir l'évolution à très court terme. L'expert doit clairement expliquer la raison de l'utilisation de « l'avis d'expert ».

Dans le travail de Davido (12), une liste des raisons d'admissions non pertinentes avait été utilisée, inspirée de la liste américaine de Gertman et Restuccia (3), mais sa reproductibilité s'est avérée décevante.

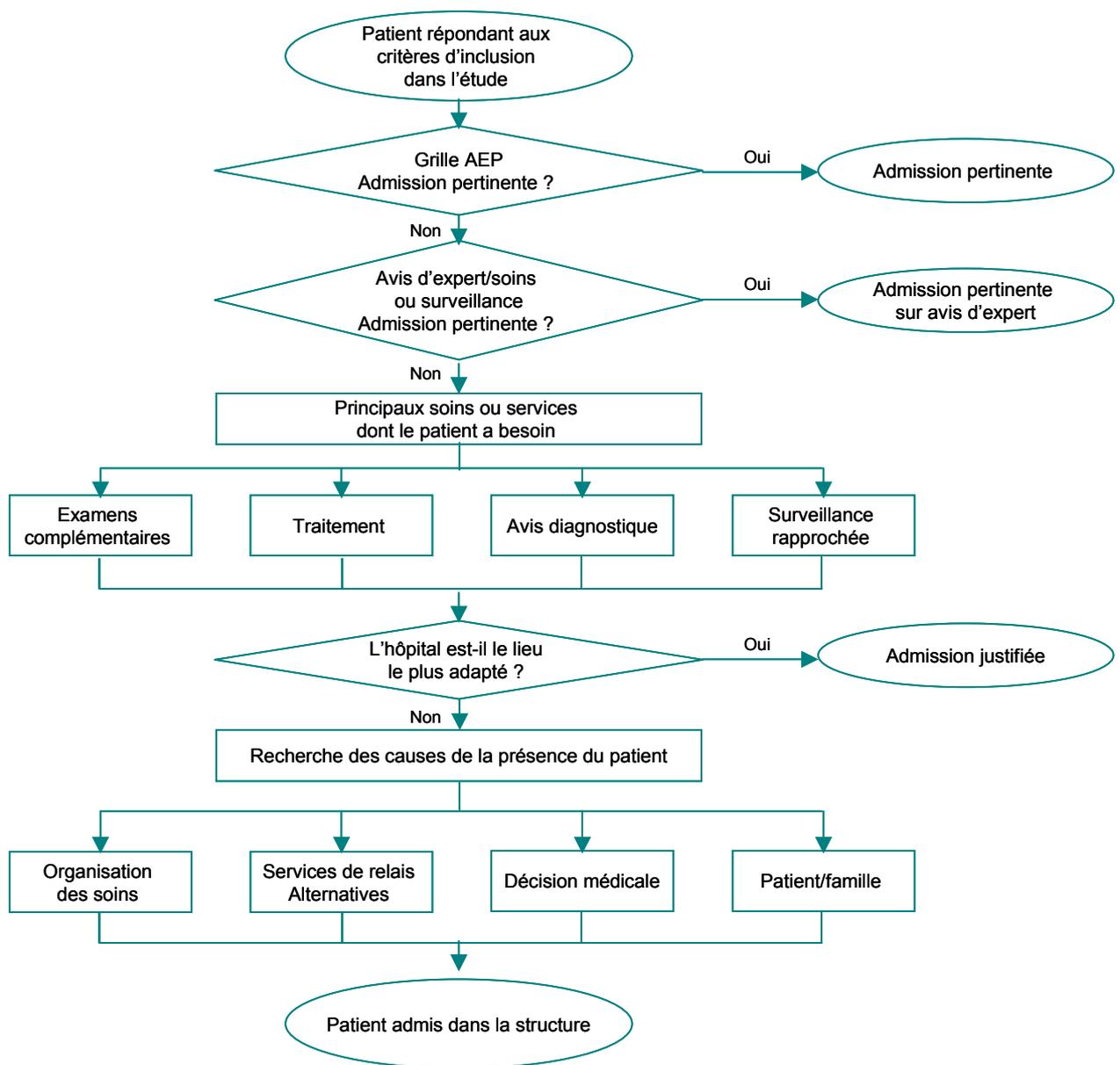
Aussi dans ce guide, nous proposons une démarche d'analyse des causes de non pertinence des admissions qui suit la même logique que celle des journées d'hospitalisation. Cette classification des causes pour les admissions a été réalisée par les membres du groupe de travail.

Dans l'analyse des admissions non pertinentes, il s'agit de comprendre les besoins des patients qui se présentent aux urgences, de trouver quel est le lieu d'hébergement le mieux adapté dans une situation idéale et d'analyser les causes des admissions. Quatre causes principales peuvent être distinguées, elles sont liées :

- à l'organisation des soins ;
- aux structures alternatives ;
- à la décision médicale ;
- au patient ou à sa famille.

Une représentation graphique de l'outil AEPf des admissions permet de visualiser la démarche suivie (figure 1).

Figure 1 : Représentation graphique de l'outil AEPf des admissions.



II.3. L'AEPf des journées d'hospitalisation

En France, nous disposons pour les journées d'hospitalisation d'une version traduite et validée de l'AEP soit l'AEPf (13). L'outil AEPf comporte deux parties : une grille de critères explicites et une série de questions. Lors de l'évaluation des journées d'hospitalisation, la réponse oui à l'un des critères explicites de la grille indique que la journée d'hospitalisation est techniquement pertinente, autrement dit, elle est expliquée soit par la fourniture de prestations médicales de haut niveau technique soit par l'état clinique du patient.

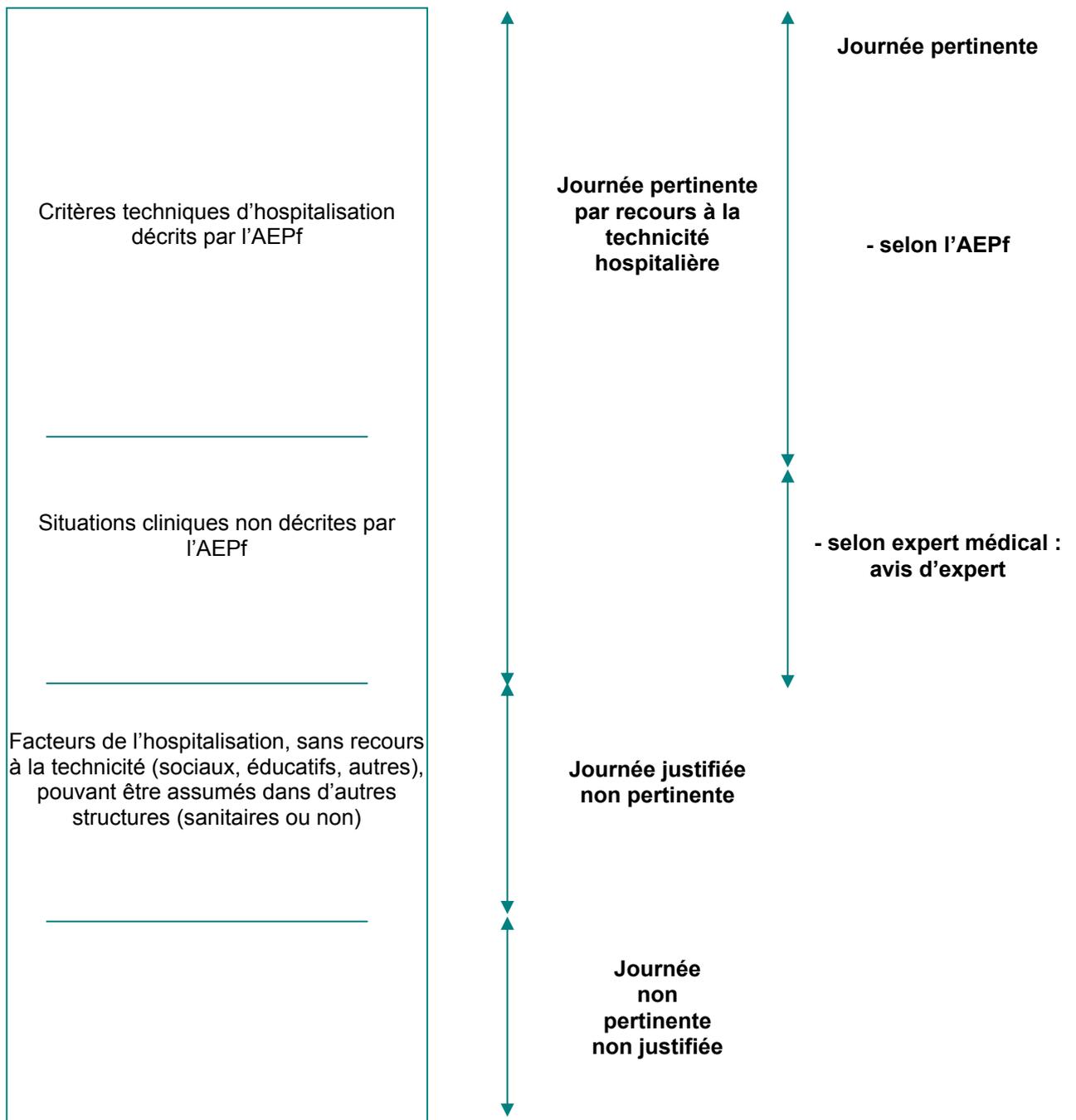
Cette grille comprend 24 critères divisés en trois parties :

- 10 items se réfèrent aux soins médicaux validés ;
- 6 items décrivent les soins infirmiers ;
- 8 items sont liés à l'état clinique du patient.

La grille de l'AEPf peut ne pas prendre en compte certaines situations particulières. C'est pourquoi là aussi l'avis d'expert permet à un expert de déclarer une journée techniquement pertinente dans les cas suivants : un état clinique instable, une évolution imprévisible, un risque important de complication grave ou un besoin de surveillance. L'expert doit clairement expliquer la raison de « l'avis d'expert ». Il existe des cas où la journée n'est pas techniquement pertinente mais elle est néanmoins justifiée soit parce que l'hôpital est la structure la plus adaptée à la prise en charge du malade, soit qu'il n'existe pas d'autres structures. Enfin la journée peut être non pertinente et non justifiée.

Robain en 1999 (13) a proposé une typologie des journées permettant de catégoriser les différents types de journées (figure 2).

Figure 2 : Typologie des journées d'hospitalisation, selon l'AEPf et selon l'expert.



La série de questions, deuxième partie de l'outil AEPf, a été validée dans une seconde étude (14). Le principe de base sur lequel elle est construite est de dissocier deux fonctions dans l'analyse du service rendu par l'hôpital, l'une de soins et l'autre d'hébergement. La méthode consiste à rechercher ce qui est à l'origine des journées d'hospitalisation non pertinentes. Elle identifie tout d'abord, pour un patient donné, les besoins de soins ou de services auxquels l'hôpital répond pendant la journée étudiée même s'ils pouvaient éventuellement être délivrés par d'autres structures.

Elle détermine ensuite le lieu d'hébergement qui serait envisageable, compte tenu de l'état clinique du patient, dans une situation idéale (existence et disponibilité de structures) mais réaliste quant à l'état du patient (environnement familial et socio-économique). Enfin, les causes expliquant la présence du patient à l'hôpital alors que son état clinique ne nécessite pas de soins techniques, sont recherchées.

Les raisons développées correspondent à différents niveaux organisationnels caractérisés par une plus ou moins grande proximité du lieu de décision : le service, l'hôpital et le système de soins dans sa globalité.

Pour un service, la journée d'hospitalisation non pertinente peut relever de la décision d'un professionnel de santé (habitude du service, enseignement, recherche...) ou de l'organisation du service (staff, visite du chef de service...).

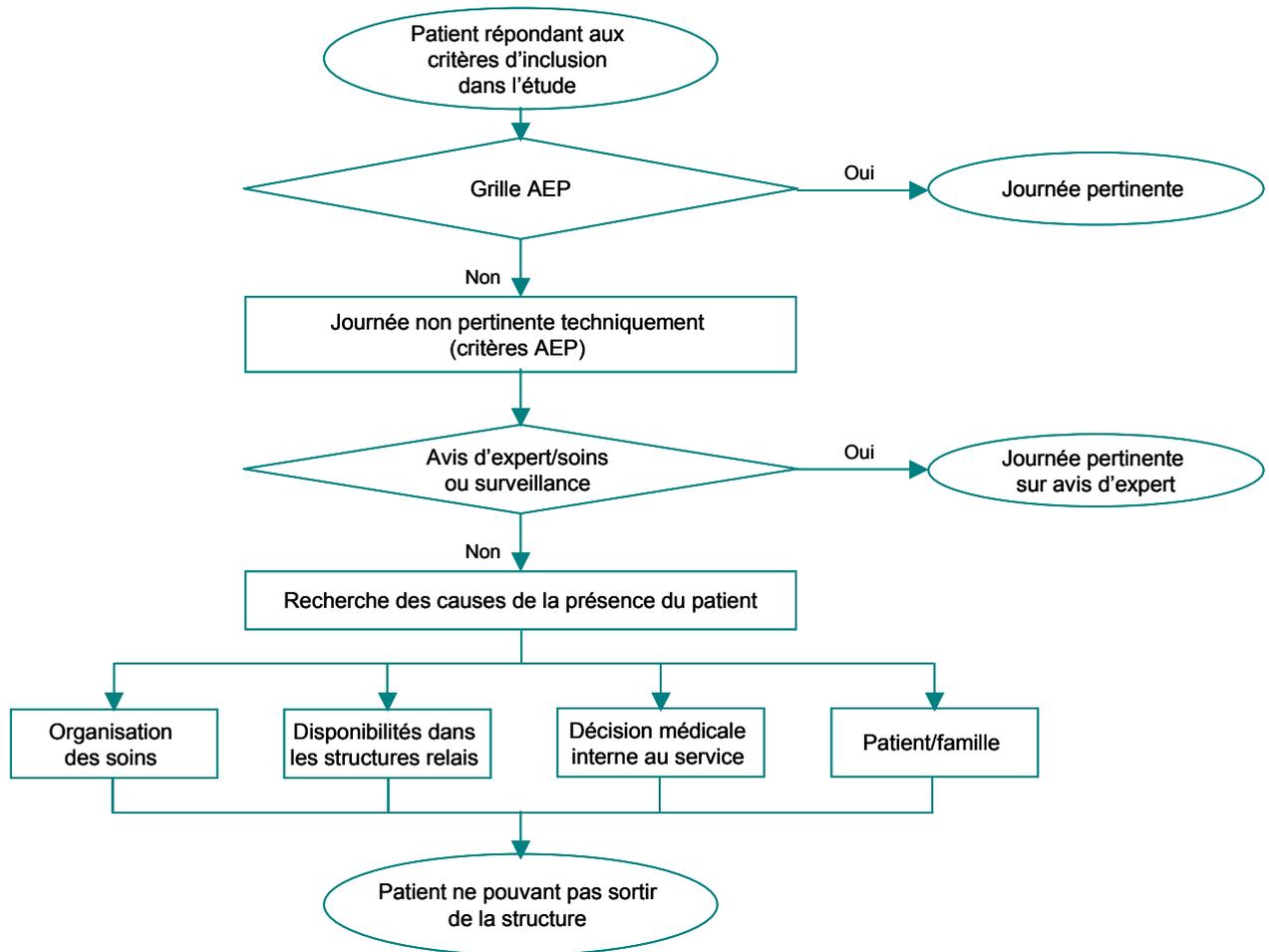
Elle peut découler de **l'organisation de l'hôpital** dans son ensemble (délai de rendez-vous, organisation de la sortie...)

Pour le système de soins, elle peut provenir de l'organisation des services de relais à l'issue de l'hospitalisation : des délais d'attente importants ou des manques de structures adaptées, des alternatives à l'hospitalisation peu développées...

À ces différents niveaux organisationnels s'ajoutent des contraintes liées aux patients ou à leurs proches : le patient a changé d'avis et refuse de sortir ou la famille n'est pas d'accord avec la structure proposée. Plusieurs raisons peuvent s'imbriquer. Il s'agit de les hiérarchiser et de ne retenir que la principale.

Une représentation graphique de l'outil AEPf des journées d'hospitalisation permet de visualiser la démarche suivie (figure 3).

Figure 3 : Représentation graphique de l'outil AEPf des journées d'hospitalisation.



III. À quoi sert l'outil AEPf ?

La revue de pertinence des admissions ou des journées d'hospitalisation utilisant l'AEPf fait partie des méthodes d'amélioration de la qualité en établissement de santé. Dans le cadre de l'accréditation, la dynamique générée par cette méthode est recherchée. Les grilles AEPf s'inscrivent dans une démarche d'auto-évaluation, maîtrisée par les équipes hospitalières (11). L'objectif est de s'appuyer sur les résultats de l'étude pour déclencher une réflexion sur les causes à l'origine de ces journées non pertinentes. L'analyse des causes est donc primordiale en distinguant d'une part les causes internes à l'établissement permettant une réflexion sur l'organisation de l'hôpital et sa structuration et d'autre part les causes externes à l'établissement débouchant sur l'identification des structures alternatives ou filières de soins à développer. Une fois la ou les causes identifiées, les professionnels de l'hôpital peuvent mettre en place des mesures correctives en particulier sur les causes internes (organisationnelles et structurelles). Cette dynamique d'actions génère une amélioration de la qualité de la prise en charge du patient. Une nouvelle mesure du taux des admissions ou des journées non pertinentes permettra de juger du niveau de progrès dans la prise en charge du patient ; son utilisation est alors équivalente à un indicateur de qualité.

Il s'agit, dans cette démarche, de promouvoir une utilisation optimale des ressources, tout en améliorant la qualité des soins délivrés aux patients. En agissant en sorte que le patient soit traité pendant un temps optimal, on limite les risques liés à la « iatrogénicité » et on améliore également l'accessibilité aux soins des patients.

Le sens de la démarche est de préserver l'accès aux soins en réservant les ressources à ceux qui en ont réellement besoin et d'améliorer la qualité des soins en s'assurant que l'admission d'un patient ou sa durée d'hospitalisation est en totale adéquation avec les besoins de sa prise en charge.

IV. À quoi ne sert pas l'outil AEPf ?

Cet outil n'a pas vocation à être utilisé pour un contrôle externe des tutelles. Il se différencie des enquêtes réalisées par les médecins conseils de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie qui cherchent à mesurer la bonne performance d'un service ou d'un ensemble de services dans un hôpital sans avoir pour objectif de procéder à l'analyse des causes et des actions à mettre en place pour les corriger (15-17).

L'objectif de la méthode est encore moins d'établir un classement ou un palmarès des services d'un établissement de santé en fonction du taux des admissions ou des journées non pertinentes.

V. Limites et dérives de l'outil AEPf

Les critères de l'outil AEPf ne permettent pas de couvrir toutes les spécialités, en particulier la réanimation, la rééducation fonctionnelle, etc. Il n'est donc pas recommandé de les utiliser dans ces situations cliniques. En revanche, certaines équipes ont travaillé pour adapter les critères à certaines spécialités : exemple de la pédiatrie ou de la psychiatrie qui seront présentés dans la troisième partie de ce guide.

L'outil AEPf ne contient aucune valeur de référence ou cible du taux des hospitalisations non pertinentes. Il faut donc être très prudent dans l'utilisation des résultats ; en particulier la comparaison des taux des hospitalisations non pertinentes entre services ou entre hôpitaux doit se faire avec précaution. En effet, il a été montré qu'à performance égale de deux structures hospitalières, le besoin de soins de la population dans laquelle elles travaillent est susceptible de faire varier le taux de pertinence des journées d'hospitalisation (18).

La mise en œuvre d'une revue de pertinence des soins conduit à identifier des dysfonctionnements, il serait préjudiciable de ne pas mettre en place des actions d'amélioration, particulièrement lorsqu'il s'agit de causes internes à l'établissement.

La conduite de l'évaluation et des actions d'amélioration ne peut se faire qu'avec l'adhésion de tous les professionnels concernés afin de faciliter les changements nécessaires.

Les règles d'utilisation des résultats et leur mode de communication doivent faire l'objet d'un consensus au sein de l'établissement avant même la mise en œuvre de l'évaluation.

En médecine ou chirurgie, ces critères s'appuient sur des actes ou des soins techniques. La mise en place d'une revue de pertinence des soins en routine peut conduire à une inflation d'actes techniques pour justifier une hospitalisation.

VI. Prise en compte des aspects économiques de la démarche

L'outil AEPf s'inscrit, comme les autres démarches d'amélioration de la qualité, dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé pour les établissements de santé. Ainsi la tarification à l'activité mise en place en 2004 a pour objectif de lier le financement directement à l'activité. Cela implique que les établissements développent des outils de pilotage médico-économiques (contrôle de gestion) les aidant à identifier les postes de dépenses non rentables et à maîtriser les dépenses hospitalières. Mais également, cela incite les établissements à utiliser des outils comme AEP pour améliorer leur efficacité dans la prise en charge des patients, en diminuant les durées de séjour et en hospitalisant à bon escient.

VII. Conclusion

Intérêt de l'outil AEPf pour un établissement de santé

- Engager une démarche d'auto-évaluation.
- Repérer les déficits internes (organisationnels ou structurels) de l'établissement.
- Repérer les déficits externes à l'établissement.
- Mettre en place des mesures correctives.
- Comparer, dans le temps, le taux de pertinence des admissions ou des journées d'hospitalisation dans la structure (bonne reproductibilité de l'AEPf).
- Engager les professionnels dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité.
- Utiliser une méthode d'amélioration de la qualité préconisée dans le cadre de l'accréditation.

Limites et dérives de l'outil AEPf

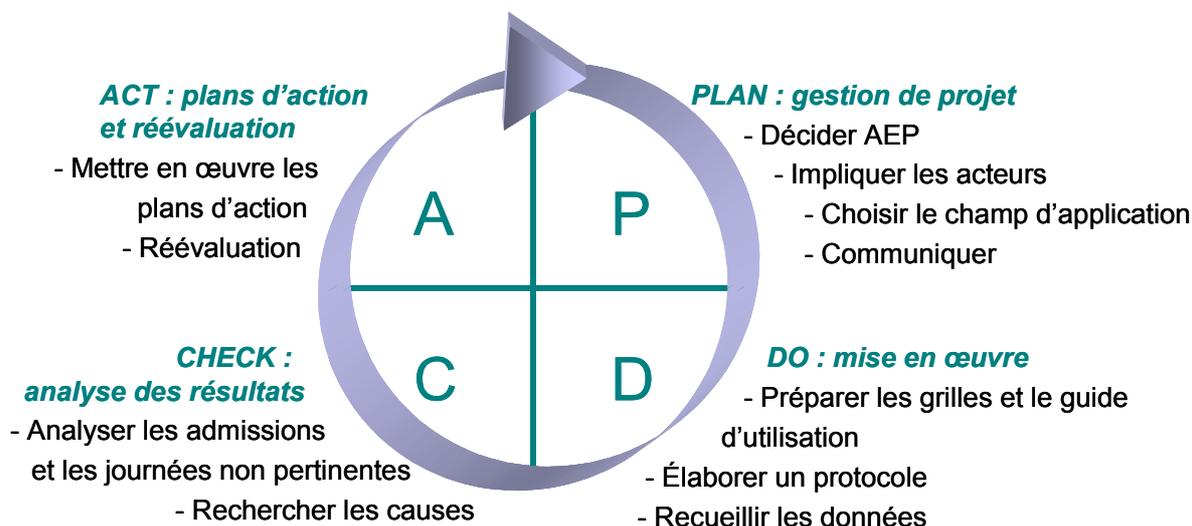
- Difficulté d'adéquation des critères à certaines spécialités.
- Faire un classement des services en fonction du nombre d'admissions ou de journées d'hospitalisation non pertinentes.
- Décrire les causes de dysfonctionnement sans mettre en place des plans d'action.
- Utiliser cette méthode uniquement pour mettre en avant les déficits structurels sans traiter les déficits organisationnels.
- Ne pas s'assurer de l'adhésion des professionnels impliqués lorsque la méthode est appliquée à tous les services.
- Ne définir ni l'utilisation qui sera faite des résultats, ni leur mode de communication.
- Inflation des actes techniques non utiles au patient pour justifier l'hospitalisation.

Mettre en œuvre la méthode de revue de pertinence des soins en utilisant l'outil AEPf

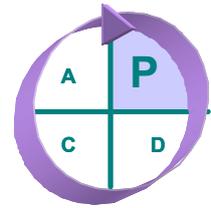
Le cycle PDCA est une méthode séquentielle de conduite de projet d'amélioration de la qualité de projet qui permet de réaliser un travail de manière efficace et rationnelle. Il comprend 4 étapes :

- **Plan** : planifier les actions et les résultats attendus ;
- **Do** : les mettre en œuvre ;
- **Check** : analyser les résultats ;
- **Act** : prendre les mesures correctives.

Les méthodes d'amélioration de la qualité peuvent s'appuyer sur ce schéma. Le cycle PDCA est également appelé « roue de Deming » et il est représenté sous la forme d'une roue qui monte une côte symbolisant ainsi l'amélioration continue de la qualité (pour en savoir plus : Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé (1)).



I. Mise en place d'une gestion de projet : PLAN



Cette partie s'inspire du guide « Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration » publié par l'Anaes, service évaluation des pratiques, en juin 2003 (19).

I.1. Décider d'utiliser la méthode revue de pertinence des admissions ou des journées d'hospitalisation

S'engager dans une revue de pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation n'a d'intérêt que si l'on a décidé d'analyser les causes, en particulier les causes internes à l'établissement, et de mettre en place des plans d'action pour corriger les dysfonctionnements.

Conduire une revue de pertinence des admissions ou des journées d'hospitalisation nécessite de réunir des conditions favorables et représente pour les acteurs du projet une charge de travail conséquente. Les responsables de l'établissement et le chef de projet doivent s'interroger sur un certain nombre de points avant de prendre la décision de s'investir dans une telle démarche.

I.1.1. Contexte dans lequel s'inscrit la demande

L'origine et le motif de la demande de mettre en place la revue de pertinence sont des paramètres qui doivent être préalablement identifiés. En effet, le demandeur doit avoir précisé le contexte général du projet, le ou les objectifs visés et les bénéficiaires. Il peut s'agir :

- de la direction générale : dans le cadre du projet d'établissement, du contrat d'objectifs et de moyens... ;
- de la structure qualité de l'établissement (cellule ou comité : qualité, évaluation, accréditation, vigilances...) dans le cadre de la mise en œuvre de la démarche qualité ou d'une préparation à l'accréditation ;
- d'une instance décisionnelle ou consultative dans le cadre de son programme d'actions ;
- d'une direction fonctionnelle ;
- d'un chef de service, d'un responsable de secteur ou de service...

I.1.2. Objectifs principaux de l'étude

La mise en œuvre de la méthode a deux objectifs principaux :

- permettre à un service, un groupe de services, un département, etc. de s'engager dans une dynamique d'amélioration de la qualité en travaillant sur les causes des admissions et des journées non pertinentes et en proposant des solutions ;
- analyser les causes d'une situation préoccupante de disponibilité en lits ou de difficulté à répondre aux besoins de la population.

I.1.3. Moyens alloués

La conduite de la méthode de revue de pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation requiert des ressources humaines, des moyens matériels et financiers.

Les ressources humaines

Il est nécessaire de s'assurer que l'on pourra trouver un chef de projet compétent, une équipe mobilisée, un secrétariat disponible, des collègues coopérants...

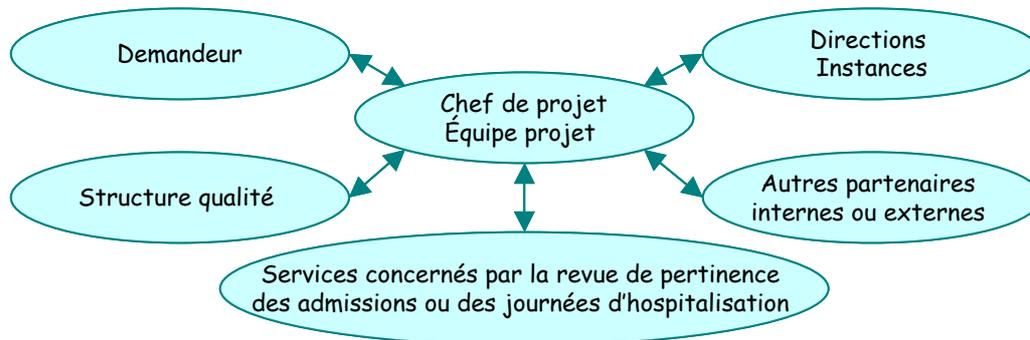
Les ressources matérielles

Elles relèvent du domaine logistique et informatique (photocopieur, ordinateur et tableur ou logiciel pour la saisie des données) et doivent être facilement accessibles.

Les moyens financiers

Même s'ils sont difficiles à estimer avec précision à la phase de démarrage, car ils sont dépendants des résultats et du choix des actions d'amélioration, il est essentiel de savoir si la direction est prête à s'engager à allouer les moyens nécessaires à la conduite de ce projet. Il existe au départ un surcoût mais comme dans toute démarche d'amélioration de la qualité on attend un retour sur investissement.

I.2. Impliquer les acteurs



I.2.1. Demandeur ou commanditaire

C'est la personne qui décide de mettre en œuvre la méthode de revue de pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation. Il assure la promotion et la communication du projet au sein de l'établissement. Au niveau institutionnel, ce peut être le directeur ou le responsable qualité ; dans un service, ce peut être le chef de service. Sa motivation en matière de changement doit être importante.

I.2.2. Chef de projet

Le chef de projet doit être considéré comme légitime par les professionnels impliqués pour conduire cette action (médecin, cadre de santé, etc. Il est mandaté par le chef de service et/ou le demandeur.

Il devrait avoir des compétences d'animation de groupes. La connaissance et l'expérience des outils et des méthodes d'amélioration de la qualité est un atout supplémentaire.

Missions

- Constituer l'équipe projet et définir les rôles et les responsabilités de chacun.
- Animer et accompagner méthodologiquement l'équipe projet ; le chef de projet est garant de l'approche méthodologique qui permettra au projet d'aboutir. S'il n'a pas lui-même la compétence méthodologique il doit s'assurer du soutien d'une personne ou se former lui-même.

- Piloter et coordonner le projet : il définit un calendrier de mise en œuvre du projet et s'assure de son suivi. Il s'assure que les moyens nécessaires à la conduite du projet sont mobilisés lorsque cela est nécessaire.
- Assurer la communication autour du projet : il définit le plan et les supports de communication.

I.2.3. Équipe projet

Quelle est sa composition ?

Action prioritaire du chef de projet, la constitution de l'équipe projet répond à une double logique de compétence et de complémentarité.

Placée sous l'autorité fonctionnelle du chef de projet, l'équipe projet est composée de personnes reconnues pour leurs compétences en évaluation ou pour leur positionnement de leader :

- professionnels ayant une bonne connaissance du thème ;
- acteurs représentatifs des métiers impliqués dans la pratique étudiée ;
- professionnel(s) possédant des compétences méthodologiques.

Les expériences menées montrent que les équipes efficaces sont pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires.

L'effectif d'une équipe projet ne doit pas dépasser 10 à 12 personnes. Toutefois, pour les petites structures, 4 ou 5 personnes suffisent pour constituer l'équipe projet.

Quel est son rôle ?

L'équipe projet doit connaître les raisons de la mise en place de la méthode de revue de pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation. Fédérée autour d'objectifs communs, elle constitue avec le chef de projet un groupe cohérent, motivé, impliqué, dynamique et soudé.

Des activités spécifiques à chacune des étapes sont confiées aux membres de l'équipe projet. D'autres contributions sont attendues telles que la participation aux réunions de travail et aux actions de communication auprès des équipes concernées par la démarche.

Les membres de l'équipe projet doivent donc concilier ces activités avec l'exercice de leur fonction au quotidien. C'est pourquoi l'accord de leur hiérarchie doit être requis et leur disponibilité obtenue pour le projet.

Comment constituer une équipe projet ?

On choisira de préférence les membres de l'équipe projet parmi des professionnels volontaires et motivés. Leur implication dans le projet est essentielle compte tenu de la charge de travail qui leur sera demandée. Il faut :

- définir le profil de l'équipe projet en termes de représentativité, d'expérience et de compétences ;
- solliciter les personnes selon les modalités définies : appel à candidature ou sollicitations individuelles ;
- annoncer la charge de travail aux personnes pressenties (rythme des réunions, travail intermédiaire...) et apprécier leurs disponibilités ;
- établir la liste définitive des membres de l'équipe projet ;
- Informer de la composition de l'équipe projet : le demandeur, le supérieur hiérarchique de chacun des membres, la direction, les instances ;
- proposer éventuellement un complément de formation pour l'ensemble de l'équipe projet.

Comment conduire l'équipe projet ?

L'équipe projet rassemble des personnes qui ont leur expérience et leur personnalité. Tout l'art du chef de projet va consister à faire émerger du groupe une efficacité collective et à créer un esprit d'équipe. Il fera preuve d'imagination pour instaurer un climat de confiance dans un environnement et un contexte quelquefois peu réceptifs. Il aura à proposer des modalités de travail productives (individuel, sous-groupes, en équipe) qui apportent de la cohérence sans multiplier les temps de réunions.

Les membres de l'équipe projet ont besoin de connaître le rôle de chacun, le fonctionnement du groupe et les comportements indispensables à la réussite de la démarche et de partager des valeurs et des règles communes.

Le chef de projet définit les règles de fonctionnement pour une meilleure efficacité. Ces éléments peuvent être regroupés dans une charte.

En complément de son utilité fonctionnelle, cette charte est un outil de management pour le chef de projet. Elle développe la cohésion de l'équipe projet et permet d'anticiper ou de prévenir les désaccords et les conflits.

I.2.4. Autres partenaires

Le chef de projet devra :

- identifier tous les partenaires potentiels et s'assurer qu'ils approuvent le projet ; faire connaître la démarche et les résultats selon les modalités définies dans le plan de communication ;
- solliciter les personnes susceptibles d'apporter une contribution directe à la réalisation du projet : le médecin du département d'Information médicale du fait de ses compétences méthodologiques, le responsable de la formation continue si des actions de formation sont à prévoir, le responsable qualité, ...

I.3. Choisir le champ d'application

Le groupe projet devra déterminer si l'étude concerne les admissions ou les journées d'hospitalisation ou les deux. Il est néanmoins conseillé de n'utiliser qu'une seule grille à la fois.

La réflexion devra aussi considérer si l'étude est réalisée sur un service, sur plusieurs services ou sur l'ensemble de l'établissement selon les objectifs recherchés.

Les grilles sont utilisables pour tous les patients adultes de médecine et de chirurgie.

I.4. Communiquer

La communication est un axe transversal du projet et il est indispensable qu'à chaque étape du projet, un temps de communication soit prévu. C'est une des conditions de réussite pour travailler véritablement ensemble et construire progressivement le projet.

C'est aussi soutenir et enrichir le projet tout au long de son existence et donner l'envie qu'il devienne une ambition collective ; la condition pour cela est d'avoir une communication adaptée à chaque public et à chaque étape.

Plan de communication

C'est le chef de projet qui a la responsabilité d'établir et de mettre en œuvre le plan de communication après l'avoir discuté avec l'équipe projet.

Le plan de communication est à adapter en fonction de la taille de la structure, de l'ampleur du projet et des enjeux des actions d'amélioration. Deux stratégies sont possibles : la première consiste à être cohérent avec les modes habituels de communication de la structure, la seconde à innover sur le fond ou la forme. Dans ce cas, il ne faut pas être trop ambitieux afin d'éviter d'être en échec par manque de moyens, de temps ou de savoir-faire. Il doit être simple et compréhensible et faire l'objet d'un document écrit. Voici les principes essentiels à respecter à chacune des étapes du projet :

- **identifier les destinataires de l'information** pour adopter des stratégies de communication différenciées. Il s'agit, en premier lieu, des responsables institutionnels, des instances, de l'encadrement et des équipes professionnelles. Il est également possible de présenter la démarche aux représentants des usagers, aux tutelles, ...
- **définir les objectifs de communication**, au lancement du projet : informer et promouvoir le projet ; aux moments clés du développement du projet : donner de la visibilité et de la crédibilité pour augmenter les chances d'adhésion et favoriser la mise

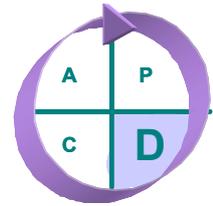
en œuvre des plans d'actions ; lors des bilans : restituer les résultats et valoriser les points forts ;

- **déterminer les messages prioritaires** en lien avec l'objectif et le destinataire. On peut associer un message clé transversal, par exemple sur la démarche qualité entreprise par l'établissement ou l'intérêt de l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- **choisir et positionner les acteurs** participant aux différentes actions de communication comme le demandeur, le chef de projet, un responsable, un membre de l'équipe projet ;
- **sélectionner les méthodes de communication** : en identifiant tout d'abord les méthodes habituellement pratiquées dans la structure (conférences, réunions, entretiens, journal interne, Intranet) et celles que les acteurs maîtrisent, puis s'ils le souhaitent, ils peuvent proposer des approches ou des méthodes innovantes ;
- **prévoir l'organisation** : à savoir le calendrier, les lieux de communication, le matériel, les supports écrits et visuels.

L'outil QQQQCP (Qui, Quoi, Où, Quand, Comment, Pourquoi) permet de penser à tous les aspects du dispositif de communication. Cet outil permet de répondre aux questions suivantes : comment mettre en place le plan de communication ? Quand ? Où et combien de fois communiquer ? Qui fait quoi et pourquoi ?

Le plan de communication peut évoluer comme un planning et faire l'objet de mises à jour régulières. Il génère une charge de travail à ne pas sous-estimer. Enfin il est recommandé de mesurer régulièrement l'impact de la communication en faisant le point avec les personnes concernées et l'équipe projet, de repérer également les difficultés et les éléments du contexte pouvant réduire l'efficacité des actions de communication.

II. Mettre en œuvre l'AEPf dans son établissement : DO



Dans le cadre du lancement de la démarche, le chef de projet explique à l'équipe projet les différentes étapes de la méthode et organise une séance de formation. Celle-ci permettra au groupe de s'approprier les grilles AEPf. Cette formation théorique devra être complétée d'une évaluation sur le terrain qui aura valeur de test. Une étude critique du test ainsi réalisé sera organisée afin d'homogénéiser les réponses aux items des grilles et de s'habituer à traiter différentes situations qui peuvent se présenter.

II.1. Préparer les grilles AEPf et les guides d'utilisation

II.1.1. Grilles AEPf des admissions

Elles sont disponibles en annexe 2.I ainsi que les guides d'utilisation 2.II.

II.1.2. Grilles AEPf des journées d'hospitalisation

Les grilles AEPf des journées d'hospitalisation sont disponibles en annexe 3.I et les guides d'utilisation en annexe 3.II. Certains items peuvent être masqués s'ils sont sans objet avec la pratique du service afin d'améliorer la lisibilité de la grille.

Néanmoins, il faut savoir que la version française de la grille AEP a été testée et validée (13,14) auprès de différents services dans divers établissements. Aussi la neutralisation de certains items doit se faire avec parcimonie et faire l'objet d'une réflexion critique et d'un choix documenté. En revanche, si l'étude est menée sur l'ensemble de l'établissement, tous les critères doivent être *a priori* gardés.

Dans les deux grilles AEPf des admissions et des journées d'hospitalisation, le critère libre ou avis d'expert doit être bien expliqué. Il ne devrait pas représenter plus de 5 % des cas au dire des experts. Dans tous les cas il doit être clairement exprimé.

II.1.3. Test des grilles et des guides d'utilisation

Un test des grilles AEPf et des guides d'utilisation sera effectué. Il permettra de vérifier en situation réelle la pertinence et la fonctionnalité des outils. Il permettra également d'apprécier le temps nécessaire pour réaliser le recueil des données et de repérer les contacts indispensables au sein des services pour le bon déroulement de l'enquête.

II.2. Élaborer le protocole de l'étude

II.2.1. Champ d'application

Les grilles d'admission

Elles peuvent être utilisées dans le service des urgences ou dans une unité d'accueil d'urgence (maternité, soins intensifs de cardiologie, etc.). Elles peuvent également être utilisées pour toute admission directe non programmée.

Les grilles des journées d'hospitalisation

Elles peuvent être utilisées aussi bien dans une unité médicale que pour l'ensemble d'un pôle, voire dans l'établissement entier. En fonction du demandeur et des objectifs poursuivis, il y a lieu de préciser les services enquêtés et la nature volontaire ou obligatoire de leur participation.

Remarque : l'importance du champ de l'étude conditionne la charge de travail, la durée du projet, la disponibilité des professionnels et les ressources matérielles qu'il ne faut pas sous-estimer.

II.2.2. Critères d'inclusion et d'exclusion dans l'évaluation

Les critères d'inclusion

Pour les admissions : tout patient adulte se présentant le jour de l'enquête aux urgences ou directement dans un service hors admissions programmées et admis ensuite dans l'un des services de soins de l'établissement.

Pour les journées d'hospitalisation : une fois défini les services ou unités impliquées, il est nécessaire de délimiter avec précision la population à étudier. Il peut s'agir de tous les patients présents le jour de l'enquête dans l'unité clinique ou un patient sur deux ou sur trois sélectionnés par tirage au sort. La journée d'hospitalisation est définie comme l'intervalle de temps compris entre 0 h et 23 h 59.

Les critères d'exclusion

Pour les admissions : sont exclus les patients transférés, les détenus et les admissions programmées, ainsi que les patients installés dans les « lits-portes ».

Pour les journées d'hospitalisation : sont exclus les hospitalisations de jour, la chirurgie ambulatoire et les séjours itératifs de séances de chimiothérapie, radiothérapie ou dialyse, la réanimation et l'obstétrique.

Pour le cas particulier des patients qui entrent ou sortent le jour de l'enquête, dans la mesure où le temps de présence est inférieur à 24 heures, deux attitudes sont possibles :

- les exclure ;
- les inclure mais dans ce cas ils doivent être analysés séparément.

Si l'étude est menée dans un service, il est préférable d'évaluer tous les patients présents le jour de l'étude.

Si l'étude se déroule sur l'ensemble de l'établissement, on peut choisir d'évaluer un nombre plus limité de patients que ceux présents ce jour là, dans les unités ou services, par exemple 50 % des patients ou un patient sur trois, dans ce cas les patients inclus dans l'étude seront tirés au sort.

II.2.3. Type d'étude

Le choix du type d'étude dépend des objectifs poursuivis.

Pour les admissions : l'enquête est transversale un jour donné.

Pour les journées d'hospitalisation : il est recommandé de travailler en coupe transversale un jour donné ou sur plusieurs jours, si l'étude concerne plusieurs services de l'établissement.

La méthode rétrospective rencontre des difficultés liées à la qualité des dossiers médicaux et la difficulté d'y trouver une information fiable. Dans une étude suisse (20), il a été démontré que l'analyse rétrospective des dossiers produit des taux de non pertinence beaucoup plus élevés que la méthode transversale. Le choix du jour est important car il peut y avoir des différences de résultats suivant le jour enquêté. Le tirage au sort est impératif.

Une enquête prospective peut également être réalisée si l'objectif est de connaître pour un même patient le nombre de journées non pertinentes sur l'ensemble du séjour. Dans ce cas il faut revenir tous les jours dans la même unité jusqu'à la sortie définitive des patients inclus dans l'étude.

II.2.4. Mode de recueil des données

Il est recommandé que deux professionnels (médecin et cadre de santé, par exemple) remplissent la grille, en présence d'un médecin ou du cadre de santé du service. Il est important que l'enquêteur soit formé et se soit entraîné lors du prétest.

On peut se poser la question suivante : les enquêteurs doivent-ils appartenir au service ou non ? Cette question est délicate dans la mesure où il existe la faculté d'utiliser la rubrique en texte clair de l'avis d'expert. Aussi, les arguments en faveur de personnes internes ou externes au service doivent être étudiés.

Personnes internes au service

On peut espérer un recueil plus rapide des informations, un avis d'expert plus facilement interprété et une meilleure appropriation des résultats ; d'un autre côté il est moins facile de prendre de la distance avec sa pratique et de garder une certaine objectivité.

Personnes externes au service

On peut compter sur une plus grande objectivité, une plus grande homogénéité dans le recueil des données si le nombre d'enquêteurs est limité ; par exemple des étudiants en médecine en fin d'études ou des professionnels de santé de structure transversale comme le DIM ou un échange de professionnels entre établissements de santé. Le risque étant une moins bonne appropriation de la démarche par les professionnels du service et qu'elle soit vécue comme une démarche de contrôle. Pour remplir l'avis d'expert, si nécessaire, l'enquêteur fait appel au médecin du service ou au cadre de santé.

II.2.5. Période de l'évaluation

La période de l'évaluation va être conditionnée par le nombre d'unités incluses dans l'enquête. Il faut éviter les périodes de vacances où le personnel est en effectif réduit. À titre d'exemple pour évaluer environ 40 unités d'un CHU à raison de 4 unités par jour et de trois passages à des jours différents dans la semaine par unité, une durée de 3 mois a été nécessaire pour un enquêteur avec l'appui du cadre de chaque unité.

II.3. Recueillir des données

II.3.1. Recueil des données

L'enquêteur se rend dans chaque unité en fonction du planning préétabli. Il a en sa possession les exemplaires des grilles en nombre suffisant en fonction du nombre de patients à voir par unité. Il se fait établir la liste de ces patients par le bureau des entrées ou dans la structure appropriée. Il contacte le cadre de l'unité pour convenir de l'heure de son passage dans la journée.

Toutes les admissions ou les journées d'hospitalisation incluses dans l'enquête sont évaluées au regard des critères de la grille. Dès lors qu'un critère est présent l'admission ou la journée est considérée comme pertinente. Si aucun critère n'est retrouvé l'enquêteur recherche la cause et la note clairement dans la grille de recueil des données.

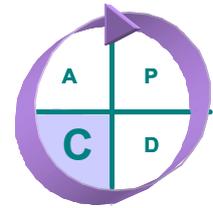
II.3.2. Contrôle de la qualité des données

Les informations permettant de cocher un critère doivent être objectives et figurer sur l'une des pièces du dossier du patient. Il est possible d'obtenir directement des informations auprès du patient ou du personnel de l'unité. Celles-ci doivent être vérifiées avec le cadre de l'unité.

II.3.3. Saisie des données

La saisie des données doit être réalisée sur un logiciel adapté. Elle peut être réduite aux seuls éléments du recueil de la ou des causes lorsqu'une journée a été repérée comme non pertinente. La base PMSI du DIM contient déjà de nombreuses informations concernant le séjour du patient. Un croisement des données par séjour peut permettre de retrouver ces informations sans avoir à procéder à un recueil complet. Ce travail doit être prévu lors de l'élaboration du protocole.

III. Analyser les résultats : CHECK



III.1. Analyser les admissions ou les journées non pertinentes

L'analyse des admissions ou des journées non pertinentes peut se faire à deux niveaux :

- sur plusieurs services, voire l'ensemble de l'établissement ;
- et/ou sur un service.

Un commentaire des résultats chiffrés élaboré de façon consensuelle au sein du service et/ou de la structure servira de base à la discussion sur les causes.

L'analyse des résultats s'effectue en plusieurs étapes : il est nécessaire d'analyser les besoins du patient, puis d'identifier le lieu d'hébergement le mieux adapté pour le patient, sachant que l'hôpital n'est pas le lieu le mieux adapté, de déterminer la cause principale de son admission ou de sa présence.

III.1.1. Analyse des besoins du patient

Pour les admissions ou les journées non pertinentes, on recherche dans un premier temps les besoins qui font admettre ou garder le patient, afin de mieux cerner ensuite les causes de non pertinence. Cette étape correspond aux questions B et C de AEPf (annexes 2.I et 3.I).

Pour les admissions

- Avis diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision
- Procédure diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision
- Surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée pendant quelques heures
- Éducation sanitaire
- Soutien psychologique
- Aide sociale
- Aucun soin ni aucun service

Pour les journées d'hospitalisation

- Avis diagnostique ou thérapeutique
- Procédure diagnostique ou thérapeutique
- Surveillance thérapeutique ou clinique
- Éducation sanitaire
- Rééducation fonctionnelle, kinésithérapie
- Soutien psychologique
- Aide sociale
- Aide à la vie quotidienne
- Aucun soin ni aucun service

III.1.2. Identification du lieu d'hébergement le mieux adapté

Il s'agit d'identifier le lieu d'hébergement le mieux adapté pour le patient compte tenu de son contexte familial et socio-économique (question D grille AEPf 2.1 ou 3.1).

Cela peut être :

- le domicile avec ou sans aide médicalisée ;
- une structure d'hébergement médicalisée ou non ;
- l'hôpital (court séjour).

Si l'hôpital est le lieu le plus adapté, l'analyse du dossier s'arrête, si ce n'est pas le cas, la démarche se poursuit par la recherche des causes de l'admission ou de la présence du patient.

III.2. Rechercher les causes

Si l'hôpital n'est pas le lieu le mieux adapté, il faut rechercher la cause principale de l'admission ou de la présence du patient ce jour-là (question E des grilles AEPf 2.1 et 3.1).

Pour les admissions et les journées d'hospitalisation

Selon la grille AEPf des admissions ou des journées d'hospitalisation, les quatre principales causes à explorer sont :

- 1- Un problème d'organisation des soins :
Exemple : le patient attend un avis ou une procédure diagnostique ou thérapeutique, non disponible plus tôt.
2. Un problème de structure d'aval ou de relais :
Exemple : indisponibilité de la structure.
- 3- Un problème de décision médicale :
Exemple : le patient attend une prise de décision médicale, l'avis d'un expert ou un avis collégial de staff.
- 4- Un problème lié au patient ou à sa famille :
Exemple : le patient a changé d'avis et refuse de sortir ou la famille n'est pas d'accord avec la structure proposée.

Il peut être intéressant de distinguer parmi ces quatre causes principales les causes internes, qui a priori sont du ressort de l'établissement, des causes externes qui ne relèvent pas de l'établissement. Cette réflexion peut faciliter la mise en place des plans d'action.

Les causes internes peuvent être structurelles ou organisationnelles. Elles font appel à des solutions qui relèvent de l'établissement ou d'un service. Par exemple un délai d'attente pour un scanner peut induire une réflexion sur les plages horaires d'ouverture, la disponibilité des personnels, la gestion de la maintenance, les indications de cet examen ou le nombre de scanners.

Les causes externes peuvent être structurelles ou organisationnelles. Les causes structurelles font appel à des solutions dont la mise en œuvre est le plus souvent externe à l'établissement, du ressort de l'agence régionale d'hospitalisation (ARH) dans le cadre de la planification. Mais une cause organisationnelle peut être masquée par une cause structurelle.

Par exemple si l'évaluation met en évidence un nombre élevé de patients en attente d'une filière d'aval, donc une cause structurelle, il faut rechercher s'il n'existe pas également une cause organisationnelle. Ainsi on doit s'interroger sur le point suivant : s'est-on préoccupé dès l'entrée du patient de rechercher une place dans la filière d'aval si cela s'avérait nécessaire ? La sortie du patient se prépare dès son entrée, sinon le plus tôt possible. Il peut s'agir également d'un déficit en lits d'aval ne permettant pas la sortie du patient malgré une préparation très précoce de sa sortie. On pourra se reporter au guide « La préparation de la sortie du patient hospitalisé » (21).

Si la cause externe est une cause structurelle majeure telle qu'un déficit de lits d'aval, l'établissement pourra appuyer sa demande de création de lits d'hospitalisation sur des chiffres objectifs issus de l'outil AEPf.

III.3. Analyser les causes

Parmi les méthodes et les outils de la qualité certains peuvent être utilisés à cette étape du travail pour analyser les causes. Pour une description plus complète se reporter au guide : « Méthodes et outils des démarches qualité » (1).

III.3.1. Méthode de résolution de problème

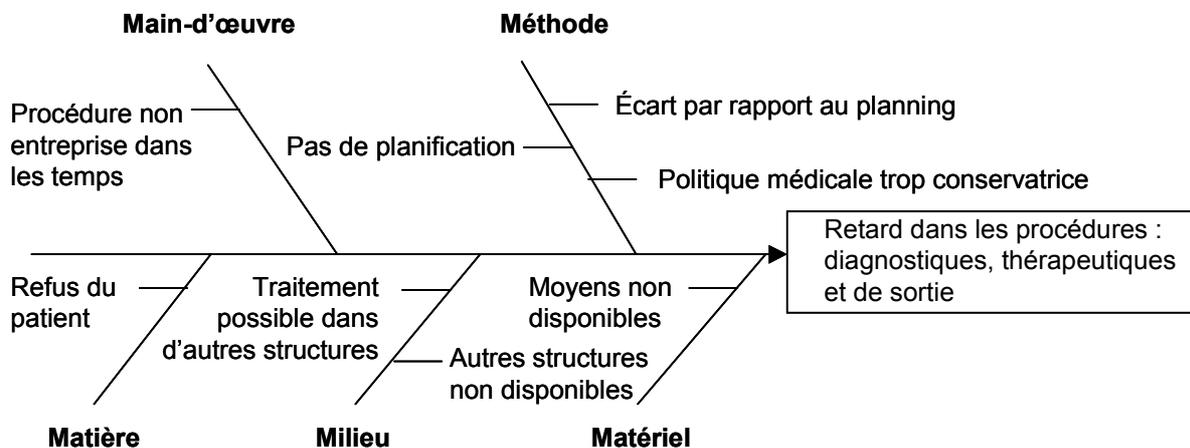
La méthode de résolution de problème permet de focaliser l'action sur un problème particulier. Elle permet une analyse très complète du problème, de ses causes et des solutions à apporter. Cette méthode peut être utilisée seule ou lors du développement d'autres méthodes. Dans le cadre de la revue de pertinence des soins elle peut permettre d'explorer les causes de non pertinence qui mettent en évidence des situations complexes nécessitant une exploration très approfondie. La limite de la méthode est de ne pouvoir explorer qu'une cause à la fois.

III.3.2. Outils de la qualité

Le **QQOQCP** (Quoi, Qui, Où, Quand, Comment, Pourquoi) permet d'explorer une situation de façon très complète, en recherchant de façon systématique des informations sur une situation que l'on veut mieux cerner, mieux comprendre. Ainsi on peut analyser la situation en disposant de tous les éléments.

Le **diagramme cause-effet** peut être utilisé dans la recherche des causes d'un problème, il sert à identifier les causes principales en classant et visualisant les causes par grandes familles. Il permet également de s'assurer qu'aucune cause n'a été oubliée.

Figure 4. Exemple d'un diagramme cause-effet permettant de hiérarchiser les causes pour expliquer des retards dans les procédures diagnostiques, thérapeutiques ou de sortie d'après Panis, 2003 (22).



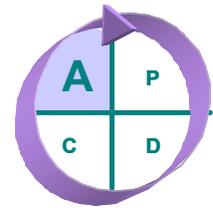
Pour les références sur le diagramme cause-effet se reporter à « Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé » Anaes 2000 (1).

III.3.3. Approche par processus

Une approche par processus peut également permettre d'analyser les causes. Ce n'est pas une méthode spécifique mais elle permet, lors de certaines étapes, de mettre en évidence les dysfonctionnements. Ces dysfonctionnements peuvent être des causes de non pertinence. Cette approche permet de mettre en évidence les interfaces organisationnelles qui peuvent être en cause dans certains dysfonctionnements.

Cette approche est réellement pertinente pour la recherche des actions correctives qui est l'étape suivante de la méthode.

IV. Plans d'actions et réévaluation : ACT



IV.1. Mettre en œuvre les plans d'actions

Les résultats de l'analyse des causes doivent conduire à la mise en œuvre de plans d'actions permettant de diminuer le nombre des admissions ou des journées d'hospitalisation non pertinentes. Cette étape est fondamentale dans la démarche qualité car elle est la raison d'être de l'étape de mesure.

Les causes de non pertinence doivent être hiérarchisées en fonction notamment de leur fréquence et de leur coût pour la structure. La recherche des solutions pour les causes dont l'établissement est seul responsable est faite par le groupe projet avec les autres acteurs. Des priorités doivent être définies et les actions correctives choisies en fonction de ces priorités. La définition des priorités tient compte du contexte, des contraintes, des ressources disponibles et de l'acceptabilité par les acteurs des actions à mettre en œuvre.

Le plan d'actions doit être validé par les instances de l'établissement afin d'assurer la pérennité des actions. Il se décline en actions pour chacune desquelles on aura défini un responsable de sa mise en œuvre, des objectifs et un indicateur permettant de mesurer son impact.

IV.1.1. Détermination des axes d'amélioration

L'analyse des causes et leur hiérarchisation permettent de définir les thèmes ou les axes d'amélioration pour lesquels des actions pourront être menées.

Selon la nature des problèmes, plusieurs objectifs peuvent être poursuivis :

- résoudre les dysfonctionnements : si les causes identifiées font courir des risques importants aux patients, la mise en place de mesures correctives doit être immédiate et une réévaluation prévue rapidement ;
- agir sur les causes des problèmes en rapport avec les personnels, les équipements, les organisations de soins ;
- améliorer les pratiques professionnelles.

Les thèmes ou les axes d'amélioration peuvent être abordés selon plusieurs approches.

- **Une approche « processus »** : elle peut concerner :
 - l'amélioration d'un processus transversal ou d'un segment de processus de prise en charge.
Exemple :
Préparer la sortie des patients dès leur entrée ;

- l'actualisation, la rédaction, la validation de procédures, de documents.

Exemple :

Définir la procédure à suivre pour adresser un patient en soins de suite ou de réadaptation.

Dans ce cas, l'établissement va s'engager dans une démarche qualité de type PAQ Anaes (cf. méthode et outils).

- **Une approche « ressources »** : il s'agit le plus souvent de l'introduction de nouveaux matériels ou équipements.

Exemple :

Renouvellement d'un équipement dont les pannes fréquentes retardent la sortie des patients pour réalisation de l'examen.

- **Une approche « résultats »** :

Exemple :

Diminuer de 30 % le taux de journées non pertinentes chez les patients âgés de moins de 75 ans dans les 2 ans.

Les thèmes ou axes d'amélioration ainsi définis seront à soumettre, pour validation, aux directions et instances concernées car ils nécessitent leur engagement et la négociation de ressources (humaines, matérielles, financières...).

IV.1.2. Choix des actions

La formalisation d'un programme d'amélioration demande de fixer des objectifs, de choisir des actions réalisables, de les planifier et d'en suivre la mise en œuvre.

Pour construire les plans d'actions, l'équipe projet reprend les résultats de l'analyse des causes et les axes d'amélioration définis. Elle doit se questionner sur le contexte, les contraintes, les ressources, les résistances au changement. Elle recherche des données complémentaires auprès des équipes concernées et plus largement au sein de l'institution, notamment sur les interactions éventuelles avec d'autres projets en cours dans l'établissement.

Une fois cette analyse terminée, les membres de l'équipe projet partagent une vision commune de la situation à améliorer. Il est nécessaire de définir des objectifs globaux et de fixer des objectifs opérationnels, précis et mesurables.

Les objectifs déterminés seront simples et réalistes. Le dimensionnement des objectifs en termes de résultats visés revêt un caractère stratégique. Un surdimensionnement découragera et un sous-dimensionnement ne mobilisera pas les professionnels impliqués.

Pour chacune des causes retenues, des objectifs opérationnels sont définis et marqueront les étapes progressives de la démarche. Les solutions possibles qui permettront de répondre à ces objectifs seront recensées.

Ensuite il est nécessaire de définir les actions prioritaires. Pour cela, le groupe projet peut utiliser des outils tels **que le diagramme multicritères**. Cet outil permet d'explorer plus finement chacune des actions envisagées et de choisir la ou les meilleures propositions d'actions d'amélioration. Il se présente sous la forme d'un tableau à double entrée permettant d'analyser plusieurs actions en fonction de critères prédéterminés.

Exemple d'un diagramme multi - critères

Actions	Rapidité	Pertinence/cause des écarts	Faisabilité	Motivation	Sécurité	Coût
Action 1						
Action 2						
Action 3						
...						

Chaque action retenue fera l'objet d'une description formalisée au travers d'une « fiche - action ». Cette fiche a pour but de présenter les objectifs, de décrire l'action à mettre en œuvre et l'amélioration attendue. Elle présente l'action en elle-même, le responsable, les moyens nécessaires et les éléments de mesure des effets de sa mise en œuvre.

L'ensemble des actions ainsi décrites constitue le plan d'amélioration. Il s'agit maintenant de planifier sa mise en œuvre. Le plan d'action doit être validé par les instances de l'établissement afin d'assurer la faisabilité et la pérennité des actions et obtenir les ressources nécessaires. Il faut s'assurer de l'approbation des personnes parties prenantes dans l'activité considérée. Le responsable qualité de l'établissement reçoit toutes les informations utiles permettant d'inscrire les actions dans le cadre de la démarche qualité institutionnelle.

IV.1.3. Planification des actions

Une fois les actions, correctives et/ou préventives, choisies et décrites, il reste à déterminer leurs modalités de mise en œuvre, leur enchaînement, et à définir les échéances clés.

Cette planification des actions va aider à maîtriser la réalisation des actions et à assurer le contrôle des résultats obtenus. Elle est un support de visualisation et de communication concernant le déroulement du plan d'amélioration. Le chef de projet peut utiliser un outil de planification, par exemple le diagramme de Gantt.

Cet outil constitue un support graphique qui visualise l'ensemble des actions à entreprendre dans le cadre du projet d'amélioration.

Il est surtout utile pour indiquer clairement la date de commencement et de fin de chaque action, la durée, les chevauchements entre les différentes activités :

- les activités clés qui risquent de faire obstacle si elles ne sont pas réalisées dans les délais impartis ;
- le niveau de responsabilité de chaque membre du groupe projet dans la conduite du plan d'actions.

IV.1.4. Pilotage des actions

Le pilotage du plan d'amélioration est réalisé par la confrontation du déroulement prévisionnel du projet, formalisé à partir des outils précédemment présentés, et la réalisation pas à pas des actions d'amélioration.

La planification fournit les éléments utiles au contrôle efficace de la progression du projet. L'objet de ce contrôle est de mettre en évidence les écarts entre le prévisionnel et le réalisé. Le groupe projet devra chercher à expliquer ces écarts, à évaluer l'impact sur les résultats attendus et à proposer éventuellement une correction dans la conduite du projet.

Le diagramme de Gantt se révèle ici un excellent outil de pilotage, une aide au suivi du processus d'amélioration. Il permet de fixer les réunions d'avancement du projet à des moments stratégiques, de juger de la progression du plan d'amélioration et de contrôler efficacement la mise en œuvre. Les réunions d'état d'avancement du projet permettent aux différents responsables de faire leur rapport sur le niveau de réalisation de leur action, les difficultés rencontrées, les soutiens qui se manifestent au sein des équipes.

Les retards sont fréquents, ils ne sont pas signe d'une « mauvaise conduite de projet ». L'important est que les membres du groupe projet soient en alerte pour identifier et maîtriser les causes afin de réajuster la conduite du plan d'amélioration. Le projet est de l'ordre du vivant, il évolue en fonction de circonstances et d'événements contextuels.

Plus les actions nécessitent de temps, de moyens, d'implication de professionnels et plus il faudra contrôler la mise en œuvre, voire réajuster des éléments de la démarche. Il s'agit de manager le projet pour prendre en compte le contexte dans lequel il s'inscrit et lui donner toutes ses chances de réussite.

Au cours de l'avancement du projet, l'ensemble des professionnels concernés par le changement attendu seront associés et informés. Plus le projet est ambitieux et plus il sera nécessaire d'organiser et de formaliser les temps de communication sur le projet. Cette phase, vécue parfois comme chronophage, est indispensable à la compréhension et l'appropriation des changements par les professionnels. La stratégie de communication se révèle souvent un puissant levier de changement.

À terme, il paraît utile d'évaluer l'impact médico-économique de la mise en place des actions correctives et de la démarche AEPf. La mesure de cet impact se fonde sur la comparaison entre le coût de la démarche (mise en œuvre, implication des acteurs, communication, coût des actions correctrices) et ses bénéfices (coûts évités par la réduction des journées inappropriées et admissions inappropriées). Cette mesure permettra de s'assurer de la rentabilité de l'action et du retour sur investissement de la démarche qualité.

IV.2. Réévaluer

Un dispositif de suivi sera défini pour s'assurer de l'efficacité et de la pérennisation des améliorations apportées et maintenir la vigilance des professionnels.

Il peut s'agir d'une nouvelle mesure des taux de pertinence des admissions ou des journées d'hospitalisation en utilisant les mêmes grilles que celles du premier tour. En effet, seule l'utilisation du même outil permettra des comparaisons entre le premier et le second tour.

Cette nouvelle mesure peut être restreinte aux services pour lesquels des mesures d'amélioration ont été entreprises, permettant de juger de l'efficacité des actions.

Dans les deux cas l'objectif est de valoriser les progrès réalisés et de promouvoir une véritable culture de l'évaluation.

Extension de la méthode de revue de pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation

Comme nous l'avons vu précédemment, les grilles de l'AEPf sont adaptées aux admissions et aux journées d'hospitalisation de médecine et de chirurgie. Elles ne sont pas utilisables en l'état dans certaines spécialités comme l'obstétrique, la pédiatrie ou la psychiatrie.

Nous avons retrouvé dans la littérature d'autres grilles, soit dérivées de l'AEP, par exemple les grilles anglo-saxonnes pédiatriques, soit de nouvelles grilles, par exemple créées pour la psychiatrie. Ces grilles n'ont pas été validées en France mais la méthode suivie et les résultats sont intéressants à analyser.

I. Grilles AEP adaptées à une spécialité : exemple de la pédiatrie

I.1. Aux États-Unis

Aux États-Unis, Kemper, en 1988 (23), a modifié les grilles AEP de Gertman et Restuccia (3) pour les adapter à la pédiatrie. Certains critères ont été supprimés comme « fibrillation ventriculaire » ou « ischémie aiguë électromyographique dans les dernières 48 heures » et d'autres critères ont été ajoutés comme « suspicion de sévices ou négligences envers l'enfant ». Pour d'autres critères, des exclusions ont été précisées comme pour le critère « injections intramusculaires et sous-cutanées » où sont exclues les injections d'insuline de routine.

Une étude avec cette nouvelle grille a été menée par Kemper (23) dans un hôpital universitaire du Wisconsin durant la période de juillet 1982 à juillet 1983. Sur 1 098 journées évaluées, 21,4 % ont été jugées inappropriées. Ce taux variait en fonction de la spécialité pédiatrique (plus élevé pour la neurologie et l'endocrinologie) et en fonction de la couverture maladie. Ainsi les taux de journées inappropriées étaient plus bas chez les enfants sans couverture et chez ceux âgés de moins de 5 ans.

Une autre étude de Waldrop, en 1998 (24), a également adapté l'AEP des admissions pour la population des enfants. Ainsi, dans la première partie de la grille des admissions concernant les critères de sévérité, 5 critères ont été ajoutés : « hémocrite inférieure à 30 % », « ponction lombaire si celle-ci n'est pas faite en routine pour les patients en ambulatoire », « situations cliniques ne pouvant être prises en ambulatoire : déshydratation, arythmie cardiaque, asthme, etc. », « problèmes spécifiques pédiatriques comme des

sérvices sur enfant » et un dernier critère « éviscération ». Un critère a été supprimé « ischémie aiguë à l'ECG ». Pour la deuxième partie concernant les soins délivrés, plusieurs critères ont été adaptés aux enfants : « chimiothérapie qui nécessite une surveillance continue », « injections intramusculaires d'antibiotique au moins toutes les 8 heures ».

L'étude a été menée dans trois hôpitaux de Louisiane de statut différent (centre hospitalier universitaire et non universitaire). Tous les enfants âgés de plus de 6 mois ont été inclus en prospectif pendant 2 mois entre mai et juin 1993. Les taux d'admissions inappropriées variaient de 2 % à 11 %.

I.2. Au Royaume-Uni

La validité et la reproductibilité de la grille pédiatrique nord-américaine ont été testées au Royaume-Uni par 2 études (25, 26). Ainsi, la population a été sélectionnée à partir de 418 admissions consécutives dans trois hôpitaux généraux dans le district du Yorkshire. Les taux d'admissions inappropriées obtenus avec l'AEP pédiatrique ou PAEP ont été comparés avec l'opinion de deux experts. Les résultats ont montré 32 % d'admissions inappropriées avec le PAEP et 36 % avec le panel d'experts. La validité de la grille PAEP est modérée avec un Kappa à 0,29 [pour en savoir plus sur le calcul du Kappa : (27)]. La conclusion de l'étude est que le PAEP a une validité limitée lorsque cette grille est appliquée au Royaume-Uni.

II. Construction de nouvelles grilles : exemple de la psychiatrie

La démarche s'est déroulée en 1999 dans un établissement psychiatrique suisse de 122 lits (28). L'objectif des initiateurs de la démarche était de promouvoir les démarches d'amélioration de la qualité et d'intégrer une revue de pertinence des soins en routine dans le système d'évaluation de la qualité des soins mis en place dans l'établissement.

La première étape de la démarche a été une revue de la littérature afin d'identifier les grilles existantes de l'AEP et les outils dérivés. Ensuite une enquête a été réalisée auprès des soignants pour déterminer les critères de pertinence des admissions et de maintien en milieu hospitalier psychiatrique. La liste des critères a été soumise aux professionnels et la grille a été élaborée par consensus. La liste des causes de non pertinence a été élaborée de la même manière.

La grille de critères est totalement spécifique de l'activité psychiatrique, par exemple « malade gravement déprimé », « état psychotique aigu ». Elle comporte 17 critères de pertinence, le critère 18 est « autre » et correspond à l'avis d'expert, il doit être expliqué.

L'évaluation a été réalisée pendant 3 mois, elle a concerné 83 patients dont le séjour a été évalué. Elle a mis en évidence que 15 % des journées au cours du séjour ont été jugées non pertinentes. Ces journées sont globalement plutôt localisées en fin de séjour et concernent des hospitalisations de durée moyenne ou longue.

Dans les causes de retard il est à noter que la principale est le manque de place disponible dans une structure d'aval. Les causes de non pertinence étaient adaptées à l'activité psychiatrique, par exemple « pas de place dans l'unité de réhabilitation » ou « tutelle ou curatelle en attente ».

Pour une description plus détaillée d'élaboration des critères et des causes, se reporter au guide « Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé » (1).

Les conclusions de cette revue ont permis une réorganisation de certaines procédures, notamment dans la phase de préparation de la sortie. Ainsi, l'instrument a apporté des informations utiles en vue du développement de ressources alternatives à l'hôpital psychiatrique, notamment dans le domaine de l'hébergement et de la continuité des soins pour les patients psychiatriques chroniques.

III. Méthode d'élaboration des critères pour adapter l'AEPf

Dans certains services, pour certaines pathologies ou pour la prise en charge de populations spécifiques, par exemple les personnes âgées, les grilles peuvent s'avérer incomplètes. Ces différents cas nécessitent d'élaborer des critères. Voici quelques points de repère pour aider les professionnels qui veulent s'engager dans cette démarche.

Lorsque dans un service on constate une proportion importante de journées pertinentes d'après l'avis des experts, c'est-à-dire en dehors des critères formalisés, il faut analyser ces avis. Les raisons justifiant l'admission ou la présence dans le service doivent être quantifiées. Si une ou plusieurs raisons apparaissent fréquemment, on peut envisager de définir un critère explicite qui sera, après validation, ajouté à la grille. Cette démarche permet de diminuer le nombre de journées pertinentes sur avis d'expert et permet une présentation plus objective des résultats.

Quelle que soit la situation, les nouveaux critères devront être spécifiques de l'activité et réellement justifier la journée d'hospitalisation ou l'admission. Il est hautement souhaitable qu'ils s'appuient sur des références professionnelles (recommandations de pratiques professionnelles ou conférences de consensus), particulièrement lorsqu'il s'agit de critères concernant des actes de soins.

Dans tous les cas, la construction d'un nouvel outil de mesure doit répondre à des principes méthodologiques de base qui sont rappelés dans les deux encadrés suivants.

On distingue classiquement deux grands types de caractéristiques liés à un instrument de mesure : **la reproductibilité et l'exactitude** (27).

- **La reproductibilité (ou fiabilité)** d'un instrument de mesure est sa capacité à fournir une mesure identique de façon répétée (ex. : capacité du thermomètre à indiquer la même température de façon répétée). La reproductibilité est essentiellement liée à l'erreur aléatoire. Plus l'erreur aléatoire est petite, plus la reproductibilité est bonne.
- **L'exactitude (ou validité)** d'un instrument est sa capacité à fournir une mesure exacte du phénomène à étudier (capacité du thermomètre à indiquer la température exacte, etc.). L'exactitude est liée à la fois à l'erreur aléatoire et aux biais.

Un exemple d'étude à réaliser pour démontrer la reproductibilité et la validité d'un outil de mesure est décrit dans l'article de Robain (13).

D'autres termes sont parfois utilisés dans la littérature pour recouvrir les mêmes concepts.

Quelques éléments pour construire un critère (29).

Un critère est un élément observable identifié comme un point critique et permettant de porter un jugement valide sur la conformité de la pratique ou du thème étudié dans le cadre de son évaluation.

Les qualités d'un critère sont les suivantes :

- valide : apte à mesurer le paramètre qu'il est censé mesurer ;
- fiable : apte à mesurer de façon précise et reproductible ;
- sensible : apte à mesurer les variations ;
- spécifique : caractéristique de l'activité évaluée.

Le critère doit également présenter des qualités opérationnelles facilitant son utilisation :

- pragmatique en explorant des situations fréquentes et faciles à observer ;
- discriminant en faisant la différence entre bonne et moins bonne qualité ;
- compréhensible : formulé en termes simples et accessibles.

L'adaptation de la grille à des prises en charge spécifiques comme l'obstétrique, la psychiatrie ou la pédiatrie nécessite que l'on s'interroge sur le processus de prise en charge de ces patients et ses critères de qualité. L'utilisation des recommandations et références professionnelles apporte une aide à la définition de ces critères. Il est possible alors de définir des critères spécifiques justifiant la présence du patient dans l'établissement. Par

exemple, en obstétrique, les patientes sont souvent hospitalisées plusieurs jours pour un accouchement par voie basse et sans complication, au regard des critères de l'AEPf si la première journée peut être justifiée, les suivantes ne le sont pas. Il est dans ce cas nécessaire de construire un ou plusieurs critères permettant de justifier ces journées d'hospitalisation de façon objective. Cela permettra, par la suite, de s'interroger sur des journées non pertinentes au regard des pratiques définies comme de qualité.

La méthode permet de s'interroger sur des prises en charge, mais elle pourrait être utilisée également pour des soins ou des programmes de soins, nécessitant ainsi la construction de grilles spécifiques.

IV. Extension à la pertinence des soins : exemple de l'endartériectomie des carotides

Dans le cadre de soins ou de programmes de soins, l'utilisation de références professionnelles est indispensable pour définir les critères de qualité justifiant leur utilisation. Une étude de la *Rand Corporation* a été publiée dans le *New England Journal of Medicine* par Winslow en 1988 (30) sur la pertinence de l'endartériectomie des carotides. À partir de 864 raisons d'effectuer l'acte d'endartériectomie recensées dans la littérature, un panel d'experts a été interrogé avec la méthode DELPHI (31,32) sur le caractère approprié de chaque indication. Sur un échantillon de 1 302 patients opérés dans des zones géographiques différentes en 1981, 35 % des patients l'ont été pour des raisons pertinentes, 32 % pour des indications discutables et dans 33 % des cas pour des raisons inappropriées. Parmi ceux-ci, 48 % avaient une sténose de la carotide inférieure à 50 % lorsqu'ils ont été opérés. Dans cet échantillon, 9,8 % de complications postopératoires majeures ont été recensées. L'étude a conclu à une surutilisation de ce type d'intervention avec des conséquences négatives plus importantes que les bénéfices de la technique dans certaines situations à risque élevé.

Conclusion

Ce guide s'inscrit dans la logique des publications du service d'évaluation des pratiques de l'Anaes, à savoir, mettre à la disposition des professionnels de santé des méthodes et des outils pour entrer dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité.

La méthode revue de pertinence des soins appliquée aux admissions et aux journées d'hospitalisation est une méthode d'amélioration de la qualité qui permet de repérer les admissions ou les journées non pertinentes, de rechercher les causes qui expliquent ces admissions ou ces journées non pertinentes et de mettre en place des plans d'actions pour améliorer la prise en charge du patient. L'identification des admissions ou des journées non pertinentes s'effectue à l'aide de critères techniques simples regroupés dans des grilles.

C'est une méthode qualité dite de seconde intention. Sa mise en œuvre nécessite une culture qualité préexistante et une expérience de la pratique des méthodes. Il est recommandé de l'utiliser dans une démarche qualité plus globale en l'intégrant dans un cycle PDCA et en mettant en œuvre une gestion de projet.

Elle est basée sur des grilles AEPf validées en France mais insuffisamment connue des professionnels de santé. L'objectif de ce guide est donc de faire connaître la méthode, en mettant à la disposition des établissements de santé les outils nécessaires. Les grilles des admissions et des journées d'hospitalisation AEPf placées dans les annexes du guide peuvent être utilisées directement. Les guides d'utilisation, également en annexe, facilitent la compréhension des critères et des questions dans la recherche des causes.

Les résultats obtenus avec les grilles AEPf doivent faire l'objet d'une analyse approfondie des causes internes et externes à l'établissement, qu'elles soient structurelles ou organisationnelles. La mise en place d'actions correctives doit permettre de mettre en évidence une diminution des admissions ou des journées non pertinentes.

Il est vivement déconseillé d'utiliser les résultats sous forme de palmarès en classant les services. En effet, l'outil AEPf ne repose sur aucune valeur de référence ou cible du taux des admissions ou des journées non pertinentes. Il faut donc être très prudent dans l'utilisation des résultats.

Les grilles AEPf sont des outils qui seront amenés à évoluer en fonction des spécialités, des besoins requis par les différentes pathologies ou populations prises en charge. L'extension de la méthode revue de pertinence des admissions ou des journées peut se faire à deux niveaux :

- élaborer des grilles adaptées à certaines spécialités non prises en compte par l'AEPf,
- travailler sur les pratiques de soins et en élaborant des critères permettant d'évaluer la pertinence d'un acte ou d'un processus de soins.

Qu'elle soit adaptée ou que de nouvelles grilles soient créées, il faudra toujours respecter des règles d'élaboration des critères et de validation des grilles.

Annexe 1.

Analyse de la littérature

I. Historique de l'AEP aux États-Unis

Dans les années 70, le Congrès des États-Unis a mené une réflexion sur la bonne utilisation des lits hospitaliers dans le cadre de la maîtrise de l'accroissement des dépenses hospitalières. Des méthodes d'évaluation dites « *utilization review* » ont été développées, permettant de juger du caractère approprié et efficient de l'utilisation des ressources. Une analyse de ces méthodes est présentée dans l'article de Payne en 1987 (2). Les méthodes sont classées en fonction du caractère implicite ou explicite des critères. Les critères explicites peuvent être dépendants ou indépendants du diagnostic. Parmi les méthodes reposant sur des critères explicites indépendants du diagnostic, l'auteur a distingué :

- *Intensity of service, Severity of illness and Discharge screens-appropriateness* (ISD) ;
- *Standardized Medreview Instrument* (SMI) ;
- *Appropriateness Evaluation Protocol* (AEP).

Ces trois méthodes ont été comparées par Strumwasser en 1990 (33). L'objectif de l'étude était d'évaluer la reproductibilité et la validité de ces trois instruments. L'analyse a porté sur un échantillon de 119 dossiers médicaux provenant de 21 hôpitaux de l'État du Michigan. La reproductibilité de chaque méthode a été étudiée par deux infirmières qui ont analysé chaque dossier indépendamment. Les résultats de cette étude ont montré, d'une part, la très faible reproductibilité et fiabilité du SMI par rapport aux deux autres méthodes et, d'autre part, la modeste validité de ces outils. Cette conclusion a entraîné une attitude prudente dans les décisions financières sur le paiement des séjours qui ne pouvaient pas reposer uniquement sur ces outils. L'avis d'un expert confirmant le résultat obtenu par la méthode utilisée est resté indispensable. Ces résultats sont également retrouvés par Kalant (34) qui a étudié trois outils : l'ISD, l'AEP et le MCAP (*Managed Care Appropriateness Protocol*).

Ces méthodes ont été largement utilisées aux États-Unis soit :

- comme outil d'évaluation interne par les hôpitaux eux-mêmes ;
- comme outil externe par les organisations professionnelles spécialisées (*Peer Review Organisations*) ;
- comme outil de régulation médicalisée des dépenses par les organismes payeurs et notamment dans le cadre des réseaux de soins coordonnés ou *Health Maintening Organisations* (HMO). Ces organismes peuvent subordonner la prise en charge d'une hospitalisation au respect des critères préétablis. Dans ce cadre, une étude menée par Wickizer (35) a montré que les méthodes dites « *utilization review* » permettaient de diminuer les admissions de 13 %, les journées de 11 % et les dépenses médicales durant le séjour de 7 %.

Parmi les trois méthodes citées précédemment, celle utilisant les grilles AEP a été la méthode la plus traduite et validée dans le monde (20, 28, 36-42).

L'outil AEP (*Appropriateness Evaluation Protocol*) a été développé aux Etats-unis par Gertman et Restuccia en 1981 (3). Cet instrument simple en deux volets est le modèle des instruments développés ultérieurement. La méthode est fondée sur des critères explicites indépendants du diagnostic. Une liste de critères apprécie la pertinence des admissions à l'hôpital, une autre la pertinence des journées d'hospitalisation indépendamment de toute justification sur la décision d'hospitalisation du patient. La grille initiale permettant d'évaluer les journées d'hospitalisation comprend 27 critères : 11 critères sur les soins médicaux délivrés, 7 critères sur les soins infirmiers et 9 critères sur l'état clinique du patient. La grille initiale des admissions comprend deux parties : 6 critères liés aux soins délivrés et 10 critères de sévérité clinique.

Aux États-Unis, le taux des admissions et des journées inappropriées variait, selon les études, de 5 % à 35 % (43, 44).

Des grilles par spécialité ont été élaborées aux Etats-Unis, par exemple la grille de pédiatrie étudiée dans la troisième partie de ce guide (23).

II. AEP dans les pays européens

II.1. Revue des articles publiés sur les résultats de la mesure des admissions et des journées non pertinentes

Depuis le milieu des années 80, l'AEP a été adapté et utilisé dans de nombreux pays européens.

Aux Pays-Bas : après avoir traduit et validé l'AEP dans un hôpital universitaire (45), 2 études néerlandaises (22, 46) ont montré que le pourcentage de journées inappropriées était de 20 % sur les 4 500 journées étudiées.

En Italie, deux études s'appuyant sur une version locale de l'AEP (47, 48) ont montré respectivement un taux d'admissions inappropriées de 14,2 % et de 15,8% et un taux de journées inappropriées respectivement de 37,3 % et de 35,5 %. Concernant le taux d'admissions plus bas que ceux publiés dans d'autres études, l'auteur a insisté sur l'utilisation fréquente du critère concernant les injections intraveineuses de médicaments pour justifier une admission. Dans l'étude d'Angelillo (47), une analyse de régression logistique multiple a montré que les facteurs significativement augmentés dans une admission inappropriée étaient : une distance importante entre le domicile du patient et l'hôpital, une admission dans un service de médecine, une admission pendant le week-end et une admission planifiée. Une même analyse statistique pour les journées inappropriées a montré que celles-ci étaient plus fréquentes dans les services de médecine et lorsque les admissions étaient elles-mêmes inappropriées.

En Espagne, l'étude de Bare (49) a mis en évidence un taux d'admissions inappropriées de 9,1 % et 29,2 % de journées inappropriées. Des taux identiques ont également été retrouvés dans une étude suisse de Chopard (50), respectivement 15 % et 28 % sur un échantillon de services de médecine interne soit 5 665 journées. Dans cette dernière étude une analyse multivariée confirme que les journées d'hospitalisation inappropriées étaient plus fréquentes si les admissions étaient inappropriées et les patients âgés (80-95 ans). Tsang (51) a étudié la sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive et négative de l'outil AEP appliqué à la gériatrie aiguë. Il a montré que l'AEP est un outil valide pour apprécier la pertinence des admissions dans cette population.

Une étude plus originale d'Alonso, en Espagne (52), a montré qu'une diminution de la durée moyenne de séjour n'était pas associée à une diminution des journées inappropriées. L'étude a comparé en rétrospectif les résultats sur deux périodes, 1998 et 2000. Henshaw (53) a étudié la pertinence des admissions et des séjours pendant la période de Noël chez les personnes âgées. Il a conclu que les admissions ne sont pas plus inappropriées pendant la période de Noël, par contre les sorties sont retardées à cette période.

II.2. Articles publiés sur les causes des admissions ou des journées non pertinentes

En 1993 un programme financé par l'Union européenne (BIOMED1) incluant 7 pays européens a été lancé avec pour objectif de tester et valider un instrument commun au niveau européen (4, 54). Le groupe s'est particulièrement intéressé à une typologie commune des raisons à l'origine de séjours et hospitalisations non pertinents.

Ainsi deux niveaux d'information ont été distingués :

- identifier la structure sanitaire ou sociale la plus adaptée pour prendre en charge le patient. Ces informations ont un intérêt dans le domaine de la planification de structures sanitaires et sociales ;
- identifier les problèmes de fonctionnement ayant abouti à cette hospitalisation non pertinente. Ces informations sont utiles à une organisation plus efficace susceptible d'utiliser les ressources disponibles au mieux.

Dans le projet européen, des catégories larges ont été définies pour chacun de ces niveaux de manière à être subdivisées et affinées pour des études nationales.

Lors de la construction de la grille d'analyse des raisons de non pertinence, deux postulats ont été posés :

- lorsque le choix est possible, le niveau de soins le moins intensif doit être préféré ;
- le second est d'ordre économique : il pose que les soins rendus sur une base ambulatoire pouvaient être moins coûteux que des soins en milieu hospitalier (ce qui n'est pas démontré).

Dans l'étude de Panis (55) aux Pays-Bas, la moitié des causes des journées inappropriées était due à des retards dans les procédures hospitalières : retard dans les transmissions de

résultats, dans les diagnostics, dans les traitements et la sortie (« *procedure discharge* ») etc. L'analyse des causes du retard des procédures au sein de l'hôpital a été réalisée à l'aide d'un diagramme d'Ishikawa selon les « 5 P ». Le facteur prédictif de journées inappropriées retrouvé a été l'âge du patient (les journées inappropriées étaient d'autant plus élevées que le patient était âgé), les services médicaux avaient des taux plus élevés de journées inappropriées que les services chirurgicaux. À l'inverse, la possibilité de retourner à son domicile dans les suites de l'hospitalisation diminuait le nombre de journées inappropriées.

Dans les études d'Angelillo (47) et de Bare (49), la principale raison d'une admission inappropriée était le fait que la recherche du diagnostic ou la mise en route de la thérapeutique aurait pu être réalisée dans le secteur ambulatoire. Bare a montré que la moitié des journées inappropriées était due à des admissions inappropriées, puis à un planning des soins non optimisé et enfin à une attitude « conservatrice » des médecins qui retardait la sortie du patient, en particulier après une intervention chirurgicale.

En Suisse, Halfon (56) a utilisé le *delay tool* pour analyser les causes des journées inappropriées. Cet instrument a été développé et validé par Selker (57) dans les services de médecine interne et de gastro-entérologie d'un hôpital universitaire des États-Unis. La grille comprend 9 catégories de causes : les programmations d'examen complémentaires, l'obtention des résultats d'examen, l'intervention chirurgicale, l'obtention d'une consultation. Mais aussi les retards dus au patient, au médecin, à la recherche, à la programmation de la sortie et à la filière d'aval. Sur les 960 patients de l'étude, 30 % avaient une sortie retardée, ce qui représentait 17 % des journées hospitalières inappropriées. Le nombre moyen de journées non pertinentes par patient était de 2,9. La cause la plus fréquente d'une sortie retardée était le retard à la programmation des examens (31 %). En revanche, l'attente de filière d'aval était la première cause, si on comptabilisait le nombre de journées inappropriées du fait d'une durée moyenne de séjour longue.

Le *delay tool* a également été validé dans un hôpital universitaire de pédiatrie (58). La principale cause retrouvée était le retard dans la programmation des rendez-vous d'examen.

II.3. Articles publiés sur la dynamique d'amélioration continue de la qualité

Très peu d'articles sont retrouvés dans la littérature permettant d'évaluer un programme d'amélioration de la qualité sur la réduction des admissions ou des journées inappropriées.

Un article de Moya-Ruiz (5) a évalué l'efficacité d'une action auprès des médecins pour réduire les journées inappropriées, en particulier celles attribuées à « des politiques médicales conservatrices » concernant la sortie. L'étude s'est déroulée dans un hôpital de la banlieue de Barcelone. Il s'agissait d'une étude quasi expérimentale pré et post-test avec deux groupes qui n'étaient pas identiques : un groupe contrôle (département de chirurgie) et un groupe sur lequel a porté l'intervention (département de médecine interne). La méthode AEP a été utilisée pour mesurer les journées non pertinentes et le pourcentage attribuable

aux médecins et ceci avant, pendant et après l'intervention. Dans le groupe sur lequel a porté l'intervention, on constate une différence significative dans le nombre de journées non pertinentes avant et pendant l'intervention dans le sens d'une réduction des journées non pertinentes (35,9 % à 27,7 %). En revanche, la baisse n'est pas significative entre le début de l'intervention et la fin de l'intervention (35,9 % à 32,7 %).

Kossovsky (6) a évalué l'impact de deux interventions pour réduire l'utilisation inappropriée de l'hôpital dans le service de médecine interne de l'hôpital universitaire de Genève. L'AEP a été utilisé sur un échantillon de 500 patients pour évaluer le nombre d'admissions et de journées inappropriées. Puis deux interventions ont été réalisées sur deux processus : les admissions non programmées et les transferts en rééducation. Ces deux processus étaient apparus dans la première étude comme étant les causes les plus fréquentes des journées ou admissions non pertinentes. C'était également ceux sur lesquels il était possible d'agir. Dans le premier cas, l'intervention a consisté à installer une « *hotline* » pour faciliter la prise de décision d'admission par les médecins et dans le deuxième cas le circuit des intervenants pour préparer la sortie en rééducation a été simplifié. Après modification de ces deux processus, le taux des admissions inappropriées a diminué de 15 % à 9 % ($P = 0,002$) et le taux des journées inappropriées de 28 % à 25 % ($P = 0,12$). Un autre article (59) a abouti aux mêmes conclusions sur l'effet positif d'un retour d'information auprès des équipes pour diminuer le taux des admissions et des journées inappropriées.

III. Revue de l'AEPf en France

III.1. Validation de la grille AEPf sur la pertinence des admissions

Dès 1989 la grille portant sur la pertinence des admissions des patients a été validée dans l'étude de Davido (12). Cette étude s'est déroulée dans les services des urgences de la Pitié-Salpêtrière de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris. L'objectif de l'enquête était de tester la fiabilité de la grille, de décrire la proportion d'admissions inappropriées et d'identifier les causes, en particulier d'isoler un groupe de patients à haut risque d'admission inappropriée.

Un total de 371 patients a été inclus pendant les 20 jours de l'étude. Trois experts, dont deux médicaux, ont donné leur jugement concernant la pertinence de l'admission. Parallèlement, deux experts (un médecin et un infirmier) remplissaient de façon indépendante la fiche AEP traduite en français après une très discrète adaptation (AEPf). Les informations nécessaires ont été obtenues, soit à partir des dossiers des patients, soit directement en interrogeant les patients. La reproductibilité de deux mesures avec le même instrument était élevée ($Kappa = 0,81$). L'évaluation de la validité par rapport à des jugements d'experts montre que leurs jugements concordent (coefficient $Kappa$ compris entre 0,55 et 0,83). La prévalence des admissions inappropriées était de 20 % en utilisant l'avis des experts et de 25 % en utilisant la grille des critères AEP. Lorsque l'auteur a repris tous les dossiers « divergents », il a attribué la différence des 5 % à l'absence d'utilisation de l'avis d'expert. Ce dernier ne

pouvait pas être employé afin de tester la reproductibilité de l'outil AEP. Cette différence était attendue et correspondait à l'avis d'expert des auteurs américains.

La principale cause des admissions inappropriées était l'absence d'organisation des soins et des examens complémentaires en ambulatoire ainsi que l'absence de programmation de l'hospitalisation.

III.2. Validation de la grille AEPf sur la pertinence des journées d'hospitalisation

En France, deux articles méthodologiques ont été publiés :

- pour valider et étudier la reproductibilité de la méthode AEP concernant les journées d'hospitalisation version française (AEPf) (13) ;
- pour évaluer les causes des journées d'hospitalisation non pertinentes selon la grille AEPf (14).

Dans la première étude de Robain (13), la reproductibilité des conclusions de l'AEPf était élevée avec un coefficient Kappa de 0,81 (IC : 0,76-0,87) ; de même pour la concordance entre les conclusions de l'AEPf et les jugements des experts, suggérant une bonne validité de l'AEPf dans le cadre hospitalier de haute technicité utilisé comme référence. Les auteurs soulignaient l'intérêt de cet outil dans le cadre de l'évaluation interne du fonctionnement des structures hospitalières.

La deuxième étude (14) a permis de valider la seconde partie de l'AEPf. Celle-ci est destinée à analyser les causes à l'origine d'une journée d'hospitalisation non pertinente (cf. annexe 3). La reproductibilité des avis sur la pertinence a été testée sur 345 journées d'hospitalisation et la concordance était bonne avec un coefficient Kappa global de 0,66.

III.3. Autres études françaises utilisant la méthode AEPf

Dans un service de neurologie au CHU de Limoges

Une étude utilisant les grilles des admissions et des journées AEPf a été réalisée au CHU de Limoges dans le service de neurologie (10). L'objectif du travail était de quantifier la proportion des admissions et des journées inappropriées et de rechercher les facteurs pouvant influencer ces inadéquations et la durée de séjour. L'enquête a inclus 465 patients hospitalisés dans le service de neurologie durant une période de 3 mois. L'admission était inappropriée pour 5,2 % des patients et 25 % avaient au moins une journée inappropriée. Les facteurs de risque de survenue d'au moins une journée d'hospitalisation inappropriée étaient un état psychique délirant ou dépressif à l'entrée et un âge élevé. L'admission programmée et le retour possible à l'habitat antérieur diminuaient le risque de survenue d'une journée inappropriée.

Au CHU de Caen

Une étude utilisant la grille AEPf a été menée dans l'ensemble des services du CHU de Caen en 2001 (7). L'objectif était d'évaluer le nombre de journées d'hospitalisation inappropriées au CHU de Caen, d'analyser les causes de ces journées inappropriées et de permettre à chaque service, en fonction des résultats, d'améliorer son organisation. Au total 2 180 journées ont été analysées. Le taux moyen de journées inappropriées dans les services de médecine était de 10,9 % [0-24,2 %] et en chirurgie de 7 % [0-16,6 %]. La cause la plus fréquente des journées inappropriées retrouvée à l'aide de l'outil *delay tool* était l'attente d'une place dans un service de soins de suite (68 %). Mais les causes organisationnelles représentaient des causes non négligeables ; parmi celles-ci, on retrouve une sortie mal planifiée (10,4 %), un problème d'indécision lié au patient ou à sa famille (10 %) et un problème lié à une absence de décision médicale (6,5 %). L'analyse géographique de la population en attente de service d'aval a montré que les patients étaient majoritairement de Caen ou de sa périphérie, ce qui confirmait le déficit chronique de lits d'aval dans ce secteur.

Au CH d'Avignon

Dans le cadre de son projet d'établissement, le CH d'Avignon, afin d'étayer son dossier de demande de places supplémentaires d'hospitalisation, a mis en place une enquête utilisant l'outil AEPf en reprenant l'expérience du CHU de Caen. Il a été décidé d'utiliser l'outil AEPf « un jour donné ». Afin d'éviter les biais de recrutement liés aux variations dans la semaine, 3 pointages ont été réalisés (un lundi, un mercredi et un vendredi) qui se sont déroulés en fin d'année 2001. Le recueil d'informations s'est appuyé sur les cadres de santé de chaque unité clinique, le critère était la présence à midi. L'ensemble des documents était récupéré en fin d'après-midi par une équipe projet qui s'était répartie les différents services. L'ensemble des fiches était ensuite rapidement vérifié. La saisie se faisait de façon automatique par lecture scanner. Les résultats montraient des taux de pertinence AEPf de 72 %, plus importants en chirurgie qu'en médecine. La pertinence médicale était de 90 %, également plus importante en chirurgie qu'en médecine. La différence obtenue entre pertinence AEP et pertinence médicale était peu significative en chirurgie (où les journées sont très pertinentes), mais devenait importante en médecine et considérable en obstétrique (passant dans ce dernier secteur de 50 % à 100 %). L'étude a pu montrer qu'en ce qui concernait les journées inappropriées, l'âge des patients était plus élevé que la moyenne des patients à journées adéquates, leur taux de mutation ou transfert était également plus important, le taux de programmation était moindre.

Dans le service de gastro-entérologie de l'hôpital Avicenne

Deux études d'évaluation de la pertinence et d'analyse de la non pertinence hospitalière ont été conduites dans le service de gastro-entérologie de l'hôpital Avicenne (AP-HP).

La première étude (60) a porté sur 225 patients représentant 2 151 journées d'hospitalisation (inclusion entre le 04/01/1999 et le 28/02/1999). Les résultats ont montré que 880 journées (41 %) étaient non pertinentes.

L'analyse a montré deux groupes de séjours :

- une durée de non pertinence courte (= 5 jours), les patients présentaient peu de différences par rapport à ceux dont les séjours étaient entièrement pertinents ;
- une durée de non pertinence longue (> 5 jours), les patients furent à l'origine de 710 journées non pertinentes (33 % des journées étudiées). Ces patients étaient plus âgés, vivaient seuls et présentaient une pathologie extra-digestive. Leurs journées non pertinentes étaient principalement expliquées par l'attente d'un hébergement dans une structure de soins de suite.

La deuxième étude (61,9) a porté sur 114 patients représentant 845 journées d'hospitalisation (inclusion entre le 06/05/2000 et le 30/06/2000). L'objectif était l'étude de l'influence de la restructuration d'un service sur le taux de non pertinence (lors de la 1^{re} étude de non pertinence, il existait un seul service de « gastro-entérologie et médecine interne », celui-ci a été restructuré à la fin de 1999 en 2 services bien distincts : l'un de « gastro-entérologie », l'autre de « médecine interne »). Les résultats ont montré que dans le service de gastro-entérologie restructuré le taux de non pertinence était passé de 41 % (avant) à 32 % (après restructuration) avec une DMS de 9,8 à 7,4 jours.

Suite à la 1^{re} étude, les prises en charge des patients ont été réorganisées, ainsi pour les patients hospitalisés pour sevrage alcoolique on constate :

- avant restructuration : sur 50 patients hospitalisés pour sevrage éthylique, avec 604 journées d'hospitalisation, le taux de non pertinence était de 19 %, soit 116 jours ; DMS 12 jours ;
- après restructuration : sur 31 patients avec 209 journées d'hospitalisation, le taux de non pertinence a été inférieur à 10 % (5,7 %) soit 12 jours ; DMS 6,8 jours.

Dans deux services de gériatrie aiguë à l'AP-HP

L'objectif de l'étude était l'évaluation de la pertinence et l'analyse de la non pertinence hospitalière dans 2 services parisiens de gériatrie aiguë (104 patients à l'Hôpital européen Georges-Pompidou, 105 patients à l'hôpital N.D. Bon secours inclus dans l'étude entre le 21/11/2001 et le 30/01/2002) (8). Pour chaque patient, l'évaluation de la pertinence et l'analyse de la non pertinence hospitalière étaient effectuées tous les jours, à partir du jour suivant l'admission jusqu'au jour précédant la sortie. Pour être sûr de prendre en compte les spécificités de la gériatrie aiguë, il a été procédé chaque jour à l'évaluation de la pertinence selon 2 modalités :

- application stricte de la liste des items AEP par un enquêteur compétent et extérieur au service ;
- jugement de 2 experts médecins spécialistes gériatres.

Les résultats étaient les suivants : 3 428 journées ont été analysées. Parmi ces journées 54 % étaient non pertinentes au dire de l'AEP contre 48 % selon les experts. Cette différence de 6 % était due à l'avis d'expert qui permettait de décrire des situations d'états psychologiques fragiles.

Le taux élevé de non pertinence des journées s'expliquait majoritairement par des difficultés dans la gestion de la sortie des patients. Les causes de non pertinence des journées les plus marquantes étaient : attente d'établissement d'aval, 850 jours (46,8 %) ; organisation du retour à domicile, 500 jours (27,5 %) ; attente d'avis ou de procédure diagnostique, 227 jours (12,5 %).

Annexe 2.

AEPf des admissions

I. Grilles AEPf des admissions d'après Davido, 1991 (12)

Etablissement : _____ Grille n° : _____
Service : _____ Dossier n° : _____
Date de l'évaluation : / / / / / / / / / /
Nom et fonction de l'évaluateur : _____

A - Critères de sévérité clinique		
1	Coma, inconscience ou désorientation d'installation récente	<input type="checkbox"/>
2	Pouls < 50/min ou > 140/min	<input type="checkbox"/>
3	Pression artérielle systolique (mmHg) < 90 ou > 200, diastolique < 60 ou > 120	<input type="checkbox"/>
4	Cécité ou surdité brutale	<input type="checkbox"/>
5	Perte brutale de la motricité d'une partie du corps	<input type="checkbox"/>
6	Fièvre persistante > 38,5° sous le bras ou 39° rectale depuis plus de 5 jours	<input type="checkbox"/>
7	Syndrome hémorragique	<input type="checkbox"/>
8	Troubles électrolytiques ou des gaz du sang graves : Na < 123 ou > 156 mEq/l, K < 2,5 ou > 6,0 mEq/l, HCO ₃ < 20 ou > 36 mEq/l (sans qu'existe de cause de chronicité), pH < 7,30 ou > 7,45	<input type="checkbox"/>
9	Atteinte de fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, de manger, de respirer et d'uriner) à l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau.	<input type="checkbox"/>
10	Ischémie aiguë à l'ECG	<input type="checkbox"/>

B - Critères liés aux soins délivrés		
1	Traitement intraveineux continu ou remplissage (n'inclut pas le traitement entéral)	<input type="checkbox"/>
2	Chirurgie ou autres actes médicaux prévus dans les 24 heures nécessitant soit une anesthésie générale ou régionale, soit l'utilisation de matériel, de services uniquement disponibles dans un hôpital	<input type="checkbox"/>
3	Surveillance de signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, scope, surveillance neurologique) au moins une fois toutes les 4 heures	<input type="checkbox"/>
4	Prescription d'un traitement nécessitant une surveillance continue ou faisant craindre une réaction allergique ou hémorragique	<input type="checkbox"/>
5	Traitement dans une unité de soins intensifs	<input type="checkbox"/>
6	Utilisation de façon intermittente ou continue d'une assistance respiratoire au moins une fois toutes les 8 heures	<input type="checkbox"/>

Admission pertinente = 1	
Admission non pertinente = 2	

Si l'admission ne correspond à aucun des critères de l'AEPf

A - Le patient nécessite absolument d'être admis ce jour	
Malgré l'absence de critères explicites de l'AEPf, l'expert juge que le patient peut avoir rapidement recours au plateau technique (procédure, surveillance, possibilité d'intervenir 24 h/24, ...). La décision est alors techniquement pertinente (avis d'expert). Il s'agit de situations médicales ne nécessitant pas d'intervention immédiate mais devant lesquelles le médecin ne peut prévoir l'évolution à très court terme.	
OUI = 1	
NON = 2	

→ Si oui, indiquez en clair pour quelle(s) raison(s) et ne remplissez pas la suite du questionnaire.

Si l'admission est considérée comme non pertinente au regard des critères de l'AEPf et de l'avis d'expert

B - Quels sont les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat ? (plusieurs réponses possibles)

1	Avis diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision	<input type="checkbox"/>
2	Procédure diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision	<input type="checkbox"/>
3	Surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée pendant quelques heures	<input type="checkbox"/>
4	Éducation sanitaire	<input type="checkbox"/>
5	Soutien psychologique	<input type="checkbox"/>
6	Aide sociale	<input type="checkbox"/>
7	Aucun soin ni aucun service	<input type="checkbox"/>

C - Parmi les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat, quel est celui qui est responsable de son admission ? (le patient est admis car il a besoin de ce soin ou service spécifique)

(une seule réponse – voir codage de la question B)

D - Quel lieu d'hébergement serait le mieux adapté pour prendre en charge le patient aujourd'hui (jour de l'admission) compte tenu de son état de santé, de sa situation socio-économiques et familiale ? (une seule réponse possible)

1. Le domicile :

- 1.1 sans aide
- 1.2 avec aide non médicale (ménagère...)
- 1.3 avec aide médicale ou paramédicale (soins infirmiers « légers » et/ou une surveillance médicale non spécialisée occasionnelle pendant la journée)
- 1.4 avec aide médicale ou paramédicale soutenue (soins infirmiers « lourds » et/ou une surveillance médicale régulière, nuit et WE compris)

2. Une structure d'hébergement :

- 2.1 non médicalisée de proximité (ex. hôtel proche de l'hôpital)
- 2.2 non médicalisée pouvant être éloignée de l'hôpital
- 2.3 avec soins médicaux et/ou paramédicaux (aide à la vie quotidienne, soins infirmiers, kinésithérapie)
- 2.4 médicalisée

3. L'hôpital (établissement de court séjour)

Réponse

/ _ / _ /

E - Quelle est la raison principale expliquant l'admission ? (une seule réponse possible)

→ L'hôpital n'est pas le lieu le mieux adapté (vous n'avez pas répondu 3 à la question D)

1. Organisation des soins

- 1.1 Attente d'un avis diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure
- 1.2 Attente d'un avis d'expert (ressource externe aux urgences)
- 1.3 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure
- 1.4 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique dans une autre structure
- 1.5 Manque de personnel aux urgences pour une surveillance rapprochée d'un patient pendant plusieurs heures

2. Service de relais

- 2.1 Indisponible (places ou rendez-vous non disponibles)
- 2.2 Inaccessible (isolement géographique, situation socio-économique du patient)
- 2.3 Inexistant ou inconnu

3. Décision médicale

- 3.1 Attente d'avis d'expert (senior indisponible)
- 3.2 Demande expresse du médecin de ville
- 3.3 Attente d'un avis collégial (concertation avec les services cliniques et médico-techniques)

4. Raisons liées au patient ou à sa famille

- 4.1 Risque de non-observance des prescriptions (traitement, examens...)
- 4.2 Décision du patient et/ou sa famille
- 4.3 Retour à domicile transitoirement impossible (heure tardive, week-end) compte tenu du contexte social ou de l'âge.

Réponse

/ _ / _ /

II. Guides d'utilisation de l'AEPf des admissions

II.1. Guide d'utilisation des critères de pertinence des admissions

Avertissement : le guide d'utilisation permet de répondre le mieux possible aux items de la grille AEPf. En dehors de cette situation, et en particulier lorsqu'un médecin hésite à hospitaliser un malade, ce guide ne peut pas être utilisé pour décider une admission ou une non-admission.

A- Critères de sévérité clinique

Cette partie contient une liste de 10 situations qui justifient que le patient se trouve dans un hôpital de soins aigus, indépendamment du diagnostic principal.

1. Coma, inconscience ou désorientation d'installation récente

Le patient n'ayant pas fait l'objet d'exploration, d'examen ou de diagnostic et devant faire l'objet de décisions médicales de prise en charge diagnostique et thérapeutique.

La notion d'« installation récente » reste à l'appréciation du médecin prescripteur qui remplit la grille. Néanmoins, une désorientation chronique, connue et déjà explorée, ne rentre pas dans ce cadre ; elle ne justifie pas la pertinence d'une admission.

2. Pouls < 50/min ou > 140/min

La bradycardie et la tachycardie doivent être interprétées en fonction du contexte clinique et évolutif. Ainsi le fait de retrouver chez un sportif une bradycardie connue (< 50/min) est un élément insuffisant à lui seul pour déclarer le caractère pertinent de l'admission. De même, après la réduction d'une tachycardie de Bouveret (> 140/min), une hospitalisation « automatique » n'est pas forcément pertinente.

3. Pression artérielle systolique (mmHg) ≥ 180 mmHg, diastolique ≥ 110 mmHg

Lorsque l'on retrouve des valeurs élevées de pression artérielle, on peut se reporter aux recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (62).

4. Cécité ou surdité brutale

Pas de commentaire.

5. Perte brutale de la motricité d'une partie du corps

Pas de commentaire.

6. Fièvre persistante > 38,5° sous le bras ou 39° rectale depuis plus de 5 jours

Pas de commentaire.

7. Syndrome hémorragique

Est exclue l'hémorragie facilement contrôlable. Ainsi en « petite traumatologie », le saignement lors d'une plaie du cuir chevelu qui sera suturée ne rentre pas dans le cadre du syndrome hémorragique. Il en sera de même pour un épistaxis mineur facilement contrôlable. À l'inverse, une hémorragie potentielle, étayée par un contexte bien particulier, peut rendre pertinente l'admission : ainsi une thrombopénie importante (plaquettes < 50 000/mm³) peut justifier des « soins » (voir critères liés aux soins ci-dessous).

8. Troubles électrolytiques ou des gaz du sang graves : Na < 123 ou > 156 mEq/l, K < 2,5 ou > 6,0 mEq/l, HCO₃ < 20 ou > 36 mEq/l (sans qu'existe de cause de chronicité), pH < 7,30 ou > 7,45

Il faut bien noter qu'il ne doit pas y avoir de cause de chronicité.

9. Atteinte de fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, de manger, de respirer et d'uriner) à l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau

Pas de commentaire.

10. Ischémie aiguë à l'ECG

En pratique, il s'agit d'un ECG faisant évoquer une pathologie coronarienne aiguë. Nous rappellerons qu'une anomalie de l'ECG doit être interprétée en fonction du contexte clinique. C'est seulement dans ces conditions qu'elle peut s'intégrer ou non dans le cadre d'un syndrome coronarien aigu.

B- Critères liés aux soins délivrés

Cette partie contient une liste de soins infirmiers et de réanimation qui justifient que le patient se trouve dans un hôpital de soins aigus, indépendamment du diagnostic principal.

1. Traitement intraveineux continu ou remplissage (n'inclut pas le traitement entéral)

Ce critère inclut l'administration de substances intraveineuses données de manière continue ou de produits de remplissage. Certains produits (des antibiotiques par exemple) peuvent être passés de façon discontinue mais, dans ce cas, on doit pouvoir justifier la voie veineuse et la présence du cathéter de perfusion. D'une façon générale, tout cathéter posé à titre systématique, sans réel fondement, ne peut justifier la pertinence de l'admission.

2. Chirurgie ou autres actes médicaux prévus dans les 24 heures nécessitant soit une anesthésie générale ou régionale, soit l'utilisation de matériel, de services uniquement disponibles dans un hôpital

Ce critère exige que des notes médicales indiquent que de tels actes sont prévus ou à prévoir dans les 24 heures.

3. Surveillance de signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, scope, surveillance neurologique) au moins une fois toutes les 4 heures

Ce critère doit être intégralement retrouvé dans des notes médicales. La surveillance devra être faite par du personnel paramédical et/ou médical. Les résultats de ces observations doivent inclure plus que le simple relevé de constantes et notamment une description de l'état clinique (par exemple neurologique) doit figurer.

4. Prescription d'un traitement nécessitant une surveillance continue ou faisant craindre une réaction allergique ou hémorragique

Ce critère inclut toute situation dans laquelle la thérapeutique prescrite est clairement connue pour justifier une surveillance continue. Un traitement, en dehors de l'expérimentation, lorsqu'il est utilisé pour une situation nouvelle ou à des doses ou voies d'administration inhabituelles, rentre tout à fait dans le cadre de cette surveillance. Il en est de même lorsque l'on sait qu'il y a un risque allergique ou hémorragique avec le produit utilisé dans les conditions habituelles et bien entendu a fortiori dans des conditions inhabituelles.

5. Traitement dans une unité de soins intensifs

Il s'agit au minimum d'unité de soins intensifs et bien entendu l'orientation dans tout secteur de réanimation proprement dite satisfait ce critère.

6. Utilisation de façon intermittente ou continue d'une assistance respiratoire au moins une fois toutes les 8 heures

L'usage intermittent d'un appareil à pression positive, d'un nébulisateur, d'oxygène nasal répondra au critère avec ou sans kinésithérapie respiratoire pourvu que l'utilisation de ces soins ait lieu au moins 3 fois/jour. Un drainage bronchique, au moins une fois toutes les 8 heures, remplit aussi ces conditions. L'utilisation chronique intermittente d'un respirateur ou une oxygénothérapie chronique n'est pas suffisante.

II.2. Guide d'utilisation des questions lorsque le patient ne répond à aucun des critères de la grille AEPf des admissions

II.2.1. Question A

« **Le malade nécessite absolument d'être admis ce jour.** »

Malgré l'absence de critères explicites de l'AEP, l'expert juge que le patient doit avoir recours à l'hôpital en termes de plateau technique (procédure, surveillance, possibilité d'intervenir 24 h/24). C'est le cas d'une situation clinique instable, d'un risque important de complication grave ou d'évolution imprévisible où le médecin préfère admettre le patient pour le surveiller. L'admission est alors techniquement pertinente (avis d'expert).

Exemple :

L'état clinique du patient actuellement ne justifie pas en lui-même l'admission mais on ne

peut exclure une évolution rapide pouvant nécessiter en urgence un recours au plateau technique hospitalier : il y a nécessité d'une présence médicale 24 h/24. L'admission est pertinente.

→ Si la réponse à la question A est « **OUI** » :

Il y a avis d'expert : l'expert juge que l'hôpital et son plateau technique sont absolument nécessaires au patient. Il explique pourquoi en quelques mots (description de la situation) et **le questionnaire s'arrête là.**

→ Si la réponse à la question A est « **NON** » :

L'admission est considérée comme non pertinente.

Le questionnaire continue avec les questions B, C, D, E pour analyser les raisons de ces admissions non pertinentes.

Même si l'équipe craint une complication ou une évolution, (sans risque évolutif grave) pouvant conduire à une admission, celle-ci ne s'inscrit pas dans la « pertinence technique stricte » utilisée ici, et l'hôpital est alors considéré comme une alternative faute de mieux (réponse 5.3 à la question D).

II.2.2. Question B

« Quels sont les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat ? » (plusieurs réponses possibles)

La question B décrit les principaux soins et services effectivement rendus au patient par l'établissement ayant nécessité son admission, en dehors des raisons retrouvées dans la grille de l'AEP. Cette question cherche à identifier les besoins du patient auxquels l'établissement répond de façon active lorsque l'admission est décidée, même si ces services pourraient éventuellement être rendus par d'autres structures.

1. Avis diagnostique ou thérapeutique : les avis diagnostiques ou thérapeutiques peuvent résulter d'une consultation, de la visite d'un spécialiste n'appartenant pas au service, de décisions collégiales.

2. Procédure diagnostique ou thérapeutique : les explorations diagnostiques concernent les examens de laboratoires, les examens radiologiques. Les procédures thérapeutiques concernent l'administration de tout traitement médicamenteux, soin infirmier (pansement, oxygène, stomie, insuline, aspiration des sécrétions) ou soin médical ou paramédical. Les traitements per os sont exclus sauf s'ils nécessitent une surveillance particulière (dans ce cas coder 3).

3. La surveillance thérapeutique ou clinique : le patient doit faire l'objet d'une surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée de quelques heures difficilement réalisable en dehors d'une admission.

4. Éducation sanitaire : le patient nécessite une prise en charge éducative à différents niveaux : prévention (risque de contagion, par exemple), observance-ajustement-complications du traitement (diabète par exemple), complications évolutives de la pathologie.

5. Soutien psychologique : le patient nécessite un soutien psychologique lié à son comportement, à ses aptitudes intellectuelles ou à son état affectif.

6. Aide sociale : le patient nécessite une aide sociale compte tenu de ses conditions économiques, culturelles, familiales (isolement), ou de ses conditions de logement.

7. Aucun soin ni aucun service rendu ce jour : le patient ne reçoit aucun des services précédents mais peut être admis pour différentes raisons : attente de réalisation d'une procédure, attente de résultats, attente d'une décision, refus de sortir, attente d'une décision de la famille, ou encore recherche d'une possibilité d'hébergement ou d'une structure adaptée pour sa prise en charge.

II.2.3. Question C

« Parmi les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat, quel est celui qui est responsable de son admission (le patient est admis car il a besoin de ce soin ou service spécifique) ? » (une seule réponse)

Il faut repérer le soin ou le service qui explique le plus l'admission du patient dans l'établissement : il s'agit ici de **dégager une priorité**. La liste est la même que celle de la question B. Si le patient est en attente, il faut répondre 7 ; autrement dit, le patient n'a pas besoin dans l'immédiat d'un soin ou d'un service, il attend seulement. Si les services ou soins nécessaires lors de l'admission n'expliquent pas par eux-mêmes celle-ci, il faut répondre 7 également.

II.2.4. Question D

« Quel lieu d'hébergement serait le mieux adapté pour le patient aujourd'hui (jour de l'admission), compte tenu de son état de santé, de sa situation socio-économique et familiale ? » (une seule réponse)

Cette question aborde le lieu d'hébergement qui serait envisageable, compte tenu du contexte et dans une situation idéale (disponibilité, existence des structures) mais réaliste (environnement familial et socio-économique), pour accueillir le patient aujourd'hui, « à la place » de l'établissement de santé.

1. Le domicile

1.1 - Sans aide : le patient pourrait être à son domicile sans aide.

1.2 - Avec aide non médicale : le patient pourrait être à son domicile s'il bénéficiait des services d'un garde-malade (cette aide peut éventuellement être assurée par son entourage).

Exemple :

Le patient ne peut rester seul à son domicile et la mise en place d'un garde-malade demande un peu de temps, la famille ne peut assurer la transition.

1.3 - Avec aide médicale ou paramédicale : le patient pourrait être à domicile s'il bénéficiait de soins infirmiers « légers » et/ou d'une surveillance médicale non spécialisée occasionnelle pendant la journée.

Exemple :

Le patient s'est présenté aux urgences un WE et la mise en œuvre de soins infirmiers ne peut se faire avant le lundi matin.

1.4 - Avec aide médicale ou paramédicale soutenue : le patient ne pourrait être à domicile que s'il pouvait bénéficier de soins infirmiers « lourds » et/ou d'une surveillance médicale régulière nuit et WE compris.

2. Structure d'hébergement

2.1 - Structure non médicalisée de proximité : cette structure prise en charge par l'assurance maladie permettrait de limiter les allers et venues entre un domicile éloigné et l'hôpital, pour un patient qui ne nécessite pas de surveillance médicale particulière mais qui reste ainsi « sur place ».

Exemple :

Patient en attente d'une hospitalisation pour un acte programmé qui pourrait être dans un hôtel à proximité de l'hôpital si celui-ci était pris en charge par l'assurance maladie.

2.2 - Structure non médicalisée pouvant être éloignée de l'hôpital : il peut s'agir d'une maison de retraite non médicalisée, d'un foyer, etc.

2.3 - Structure avec soins médicaux et/ou paramédicaux : sont classés dans cette catégorie les établissements qui proposent une aide à la vie quotidienne, des soins infirmiers, une kinésithérapie et/ou la visite d'un médecin régulièrement.

2.4 - Structure médicalisée : il peut s'agir d'une structure de soins de suite et de réadaptation (moyen séjour), d'une maison de retraite médicalisée, de long séjour. Un professionnel soignant doit être présent 24 h/24.

3. L'hôpital

Aucune structure ne serait susceptible de remplacer l'hospitalisation et il existe un risque de complication ou d'évolution pouvant conduire à un retour au service des urgences. Bien que ne faisant pas appel au plateau technique hospitalier, l'équipe hospitalière estime que la nuit passée à l'hôpital contribue en elle-même au diagnostic ou aux soins.

Exemple :

Ce peut être le cas dans certaines situations psychologiques ou dans le cas de l'éducation sanitaire s'il existe des arguments prouvant la supériorité du séjour hospitalier sur le soutien psychologique ou l'éducation en ambulatoire.

II.2.5. Question E

« Quelle est la raison principale expliquant l'admission ? » (une seule réponse)

→ *L'hôpital n'est pas le lieu le plus adapté au patient (réponse « domicile » ou « autre structure »).*

Dans ce cas il y a des raisons d'ordre institutionnel à la présence du patient à l'hôpital (difficultés d'organisation au sein de l'hôpital, problème de service extra-hospitalier) ou d'ordre décisionnel (décision médicale interne au service, décision du patient ou de sa famille).

1. Organisation des soins

Le patient attend un acte ou une procédure, non disponible plus tôt. Ce problème peut être lié à l'organisation de l'hôpital où se fait l'enquête ou à celle d'une autre structure (hôpital public, privé à but lucratif, privé à but non lucratif, centre diagnostique...) dans laquelle le patient doit être transféré pour être admis ou pour la réalisation d'un examen « extérieur » y compris ambulatoire.

Ou le patient nécessite une surveillance pendant plusieurs heures que le personnel du service des urgences ne peut assurer faute de temps.

Exemple :

Le patient a besoin d'avoir un scanner et l'organisation du service de radiologie ne permet pas de faire des scanners après 19 h, le patient est hospitalisé dans l'attente de l'examen le lendemain matin.

2. Service de relais

Le patient a été admis pour un problème de service de suite, faute de structures d'hébergement, mais aussi de praticiens et de soins de ville, rapidement mobilisables.

2.1 - Indisponibilité : absence de places libres, disponibles immédiatement.

2.2 - Inaccessibilité : service inaccessible pour des facteurs dépendant du patient : isolement géographique, caractéristiques sociales, culturelles, économiques, familiales.

2.3 - Inexistence : structure d'accueil ou d'une fonction de soins correspondant aux besoins du patient inexistante selon les connaissances actuelles.

Exemples :

- *La maison de retraite ne fait pas d'admission pendant le week-end et il faut attendre lundi (services indisponibles).*
- *Le patient vit dans un village sans médecin traitant à proximité (service inaccessible).*
- *Le médecin généraliste a demandé l'hospitalisation pour un ajustement thérapeutique difficile (défaut de compétence en ville).*
- *Le patient est admis dans le service de long séjour mais il aura une place dans 3 jours (délai de disponibilité).*

3. Décision médicale

Le patient attend la prise de décision médicale (un consultant).

3.1 - L'attente d'une décision médicale ou d'un avis d'expert (senior indisponible) peut être liée à une mauvaise organisation du service ou de l'établissement.

3.2 - Le médecin de ville a demandé que le patient soit impérativement hospitalisé car la prise en charge au domicile est impossible à ce moment-là.

3.3 - Attente d'un avis collégial : le médecin attend qu'il y ait concertation avec les services cliniques et médico-techniques pour prendre une décision sur le traitement à mettre en œuvre. Le médecin attend un avis collectif contrairement à la question 3.1.

4. Raisons liées au patient ou à sa famille

4.1 - Le patient risque de ne pas suivre ou est incapable de suivre la prescription médicale.

Exemple :

On peut craindre que le patient ne respecte pas les consignes d'hygiène alors qu'il a une plaie infectée ou qu'il ne revienne pas pour une consultation prévue le lendemain.

4.2 - Décision du patient et/ou de sa famille.

Exemples :

- *Le patient refuse de partir.*
- *La famille ou l'entourage immédiat n'assure pas le relais avec les structures de soins.*

4.3 - Retour à domicile transitoirement impossible (heure tardive, week-end, jour férié) compte tenu du contexte social ou de l'âge, etc.

Exemple :

Personne âgée arrivée seule la nuit et ne pouvant rentrer seule chez elle alors que la famille ne peut venir la chercher.

Annexe 3.

AEPf des journées d'hospitalisation

III. Grilles AEPf des journées d'hospitalisation d'après LANG (4)

Etablissement : _____ Grille n° : _____
 Service : _____ Dossier n° : _____
 Date de l'évaluation : / / / / / / / / / /
 Nom et fonction de l'évaluateur : _____

A – Soins médicaux		
A1	Procédure en salle d'opération ce jour (c'est-à-dire le jour où l'étude est réalisée)	<input type="checkbox"/>
A2	Procédure programmée en salle d'opération pour le jour suivant nécessitant une consultation ou une évaluation préopératoire extraordinaire	<input type="checkbox"/>
A3	Cathétérisme cardiaque ce jour	<input type="checkbox"/>
A4	Angiographie ce jour	<input type="checkbox"/>
A5	Biopsie d'un organe interne ce jour	<input type="checkbox"/>
A6	Procédure diagnostique invasive du système nerveux central ce jour	<input type="checkbox"/>
A7	Tout test ou examen nécessitant un contrôle nutritionnel strict	<input type="checkbox"/>
A8	Traitement nécessitant des ajustements fréquents de doses ou supervision médicale directe	<input type="checkbox"/>
A9	Surveillance médicale intensive par un médecin au moins trois fois par jour	<input type="checkbox"/>
A10	Journée postopératoire (après une intervention au bloc opératoire ou critères 3 à 6 plus haut)	<input type="checkbox"/>

B - Soins infirmiers et de réanimation		
B11	Assistance respiratoire continue ou intermittente (au moins trois fois par jour)	<input type="checkbox"/>
B12	Thérapie parentérale : liquide intraveineux de façon continue ou intermittente quelle que soit la supplémentation	<input type="checkbox"/>
B13	Monitoring continu des signes vitaux au moins toutes les demi-heures pendant au moins 4 heures	<input type="checkbox"/>
B14	Équilibre hydro-électrolytique	<input type="checkbox"/>
B15	Plaie chirurgicale majeure et soins de drainage	<input type="checkbox"/>
B16	Surveillance infirmière rapprochée, sur prescription médicale, au moins une fois par jour	<input type="checkbox"/>

C – État du patient		
C1 7	Arrêt des matières et des gaz ou absence de mouvement intestinal dans les dernières 24 heures	<input type="checkbox"/>
C1 8	Transfusion liée à une perte de sang dans les dernières 48 heures	<input type="checkbox"/>
C1 9	Fibrillation ventriculaire ou ischémie aiguë électrographique dans les dernières 48 heures	<input type="checkbox"/>
C2 0	Fièvre supérieure à 38° C dans les dernières 48 heures si le patient a été admis pour une autre raison que la fièvre	<input type="checkbox"/>
C2 1	Coma : perte de conscience pendant au moins une heure pendant les dernières 48 heures	<input type="checkbox"/>
C2 2	État confusionnel aigu dans les dernières 48 heures, non dû à un sevrage alcoolique	<input type="checkbox"/>
C2 3	Signes ou symptômes liés à des désordres hématologiques aigus dans les dernières 48 heures	<input type="checkbox"/>
C2 4	Difficultés neurologiques aiguës et progressives dans les dernières 48 heures	<input type="checkbox"/>

Si la journée d'hospitalisation ne répond à aucun des critères de l'AEPf

A - Le patient nécessite absolument d'être hospitalisé ce jour du fait :

- *de son état clinique*
- *des soins qu'il reçoit et ne pourrait recevoir ailleurs*
- *d'une procédure médicale ou chirurgicale qui nécessite son hospitalisation*

Malgré l'absence de critères explicites de l'AEP, l'expert juge que le patient doit avoir recours à l'hôpital en termes de plateau technique (procédure, surveillance, possibilité d'intervenir 24 h/24). C'est le cas d'une situation clinique instable, d'une évolution imprévisible, d'un risque important de complication grave où le médecin préfère garder le patient en hospitalisation pour le surveiller. La journée est alors techniquement pertinente (avis d'expert).

OUI = 1

NON = 2

➔ Si oui, indiquez en clair pour quelle(s) raison(s) et ne remplissez pas la suite du questionnaire.

Si la journée d'hospitalisation n'est pas expliquée par l'utilisation du plateau technique hospitalier

(absence de critère AEP et réponse « **NON** » à la question précédente.

B - Quels sont les principaux soins ou services que le patient reçoit à l'hôpital aujourd'hui ? (plusieurs réponses possibles)

1	Avis diagnostique ou thérapeutique	<input type="checkbox"/>
2	Procédure diagnostique ou thérapeutique	<input type="checkbox"/>
3	Surveillance thérapeutique ou clinique	<input type="checkbox"/>
4	Education sanitaire	<input type="checkbox"/>
5	Rééducation fonctionnelle, kinésithérapie	<input type="checkbox"/>
6	Soutien psychologique	<input type="checkbox"/>
7	Aide sociale	<input type="checkbox"/>
8	Aide à la vie quotidienne	<input type="checkbox"/>
9	Aucun soin ni aucun service	<input type="checkbox"/>

C - Parmi les services ou les soins rendus au patient pendant la journée étudiée y en a-t-il un responsable de sa présence à l'hôpital ? (le patient ne sort pas car il a besoin de ce soin ou de ce service spécifique)

(une seule réponse – voir codage de la question B)

Si les services ou soins reçus aujourd'hui n'expliquent pas par eux-mêmes la journée d'hospitalisation ou si le patient est en attente et ne reçoit **aucun soin ni service aujourd'hui, noter 9.**

D - Quel lieu d'hébergement serait le mieux adapté pour le patient aujourd'hui, compte tenu de son état de santé, de sa situation socio-économiques et familiale ? (une seule réponse possible)

1. Le domicile :

- 1.1 sans aide
- 1.2 avec aide non médicale (ménagère...)
- 1.3 avec aide médicale ou paramédicale (soins infirmiers « légers » et/ou une surveillance médicale non spécialisée occasionnelle pendant la journée)
- 1.4 avec aide médicale ou paramédicale soutenue (soins infirmiers « lourds » et/ou une surveillance médicale régulière, nuit et WE compris)

2. Une structure d'hébergement :

- 2.1 non médicalisée de proximité (ex. hôtel proche de l'hôpital)
- 2.2 non médicalisée pouvant être éloignée de l'hôpital
- 2.3 avec soins médicaux et/ou paramédicaux (aide à la vie quotidienne, soins infirmiers, kinésithérapie)
- 2.4 médicalisée

3. L'hôpital (établissement de court séjour)

Réponse

/ _ / _ /

**E - Quelle est la raison principale expliquant la journée d'hospitalisation ?
(une seule réponse possible)**

→ *L'hôpital n'est pas le lieu le mieux adapté* (vous n'avez pas répondu 3 à la question D)

1. Organisation des soins au cours de l'hospitalisation

- 1.1 Attente d'un avis diagnostique ou thérapeutique au sein de cet hôpital
- 1.2 Attente d'un avis diagnostique ou thérapeutique dans une autre structure
- 1.3 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique au sein de cet hôpital
- 1.4 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique dans une autre structure

2. Service de relais à l'issue de l'hospitalisation (soins ou hébergement)

- 2.1 Indisponible (places ou rendez-vous non disponibles)
- 2.2 Inaccessible (isolement géographique, situation socio-économique du patient)
- 2.3 Inexistant ou inconnu

3. Décision médicale interne au service

- 3.1 Attente d'une décision médicale ou d'un avis d'expert
- 3.2 Enseignement et recherche
- 3.3 Protocole ou habitude du service (selon une définition écrite ou implicite)
- 3.4 Attente d'un avis collégial (staff)

4. Raisons liées au patient ou à sa famille

- 4.1 Risque de non-observance des prescriptions (traitement, examens...)
- 4.2 Décision du patient et/ou sa famille

Réponse

/ _ / _ /

IV. Guides d'utilisation de l'AEPf des journées d'hospitalisation

IV.1. Guide d'utilisation des critères de pertinence des journées d'hospitalisation

A – Soins médicaux

Cette partie contient une liste des soins médicaux essentiels qui justifient que le patient se trouve dans un hôpital de soins aigus. Ces procédures justifient la pertinence, qu'elle soit liée au diagnostic principal ou non.

A1 – Procédures de salle d'opération ce jour (c'est-à-dire le jour où l'étude est réalisée)

Toute procédure effectivement réalisée en salle d'opération remplit les conditions pour ce critère.

A2 – Procédure programmée en salle d'opération pour le jour suivant nécessitant une consultation ou une évaluation préopératoire extraordinaire

Les patients qui sont déjà dans l'hôpital sont à un endroit idéal pour avoir une évaluation de routine préopératoire avec un anesthésiste sans ajouter des jours d'hospitalisation. C'est seulement dans le cas d'un problème médical très complexe qu'une journée supplémentaire pour des examens spéciaux ou des consultations devraient être ajoutées pour s'assurer que la procédure programmée peut l'être en toute sécurité.

A3 – Cathétérisme cardiaque ce jour

Ce critère inclut à la fois la visualisation des cavités cardiaques par l'injection de produit de contraste et la mesure des pressions dans ces cavités et/ou l'artère pulmonaire. Un enregistrement cardiaque par cathéter à demeure remplirait aussi les conditions de ce critère.

A4 – Angiographie ce jour

Ce critère inclut les divers types d'angiographies, en particulier les artériographies, coronarographies aussi bien que les angiographies veineuses et les lymphangiographies.

A5 – Biopsie d'organe interne ce jour

Les biopsies de reins, du foie, des poumons et du cerveau sont les plus courantes, mais ce critère inclut aussi les biopsies gastro-intestinales, bronchiques, ou de la muqueuse vésicale ainsi que les biopsies de prostate à l'aiguille.

A6 – Procédure diagnostique invasive du système nerveux central ce jour

Ce critère inclut des procédures telles que la ponction lombaire, une ponction cisternale ou ventriculaire.

A7 – Tout test ou examen nécessitant un contrôle nutritionnel strict

Il s'agit habituellement d'examens prolongés de la fonction métabolique, impliquant souvent des recueils de sang ou d'urine à des moments précis, tels que ceux nécessaires à établir le diagnostic d'hyperaldostéronisme.

A8 – Traitement nécessitant des ajustements fréquents de doses sous supervision médicale directe

Ce critère inclut toute situation dans laquelle une observation fréquente (par exemple quotidienne) et des ajustements de doses sont nécessaires. Ce traitement n'a pas à être réellement expérimental, il suffit qu'il s'agisse d'une situation nouvelle ou expérimentale pour un patient particulier. Il peut s'agir également de doses ou de voies d'administration inhabituelles d'agents bien connus, de nouvelles indications pour des médicaments déjà connus et de thérapeutiques réellement expérimentales.

A9 – Surveillance médicale intensive par un médecin au moins trois fois par jour

Ce critère exige que des notes médicales indiquent qu'une telle surveillance a eu lieu. Dans un hôpital universitaire, des notes inscrites par des étudiants en médecine sont considérées comme des notes médicales. Cependant, le patient doit être examiné par un médecin à trois moments différents, donc trois notes différentes de trois médecins différents discutant la même observation ne répondent pas à ce critère.

A10 – Journée postopératoire (après une intervention au bloc opératoire ou critères 3 à 6 plus haut)

Si une intervention au bloc opératoire ou une procédure invasive majeure (critères 1, 2, 3, 4, 5 et 6) a été réalisée dans les précédentes 24 heures, la journée d'hospitalisation est pertinente. Les procédures indiquées nécessitent généralement une période d'alitement et d'observation même si l'enregistrement des signes et l'observation ne sont pas d'importance suffisante pour remplir les critères de soins infirmiers.

B – Soins infirmiers et de réanimation

Cette partie contient une liste de soins infirmiers et de réanimation qui justifient la présence du patient à l'hôpital. Si des soins doivent être prodigués au moins trois fois par jour pour que le critère soit satisfait alors il doit être effectivement noté trois fois par jour le jour de l'examen.

B11 – Assistance respiratoire continue ou intermittente (au moins trois fois par jour)

Ce critère inclut toute utilisation d'un respirateur pendant une partie de la journée examinée. Si un patient a été débranché d'un respirateur le jour de l'examen, la journée remplira les critères. L'usage intermittent d'un appareil à pression positive, d'un nébuliseur, d'oxygène nasal, répondra aux critères avec ou sans kinésithérapie respiratoire, pourvu que l'utilisation de ces soins ait lieu au moins trois fois par jour. Une kinésithérapie respiratoire par des infirmières au moins trois fois par jour remplit aussi ces conditions.

L'utilisation chronique intermittente d'un respirateur à pression positive ou une oxygénothérapie chronique n'est pas suffisante.

B12 – Thérapie parentérale : liquide intraveineux de façon continue ou intermittente quelle que soit la supplémentation

Ce critère inclut l'administration de substance intraveineuse quelconque de façon continue ou intermittente à un moment quelconque du jour de l'étude. Les médicaments intraveineux donnés par pompe à héparine et les injections quotidiennes de chimiothérapie anticancéreuse sont inclus tandis qu'un cathéter destiné à garder une veine ne l'est pas. Une attention particulière devra être donnée pour les jours qui apparaissent uniquement liés à une chimiothérapie anticancéreuse de maintenance, dans la mesure où ceci peut fréquemment être réalisé en ambulatoire.

B13 – Monitoring continu des signes vitaux au moins toutes les demi-heures pendant au moins quatre heures

Ce critère concerne les patients qui sont sous monitoring cardiaque continu. Il concerne aussi la partie de la journée qui se déroule en salle de réveil. Ceci n'inclut pas les patients qui ont leurs signes vitaux surveillés toutes les 4 heures. Si le dossier médical ne mentionne pas spécifiquement cette indication, la réponse devra être considérée comme négative. Cette information peut être trouvée dans les notes infirmières, les feuilles de température et toutes les feuilles de soins intensifs.

B14- Équilibre hydro-électrolytique

La surveillance des entrées et des sorties est pertinente pour les gens dont les ingestats doivent être restreints ou strictement mesurés et pour ceux dont le volume urinaire est suspect d'être anormalement haut ou bas. Les mesures d'entrée et de sortie sont sujettes à erreur, comme le sont les mesures du poids, et ne suppriment jamais le besoin d'un examen clinique pour détecter les râles, de l'ascite, des œdèmes ou des manifestations cutanées.

B15 – Plaie chirurgicale et soins de drainage

Ce critère inclut les patients qui nécessitent des pansements spécialisés et des soins de drainage. Ces soins doivent être notés par le médecin ou l'infirmière. Tout patient qui a un tube de drainage mis en place chirurgicalement qui nécessite d'être vérifié ou vidé régulièrement satisfera aux critères. Les tubes naso-gastriques ou les gastrostomes ou les cathéters de Foley ne remplissent pas ce critère.

B16 – Surveillance infirmière rapprochée, sur prescription médicale, au moins trois fois par jour

Ce critère doit être intégralement noté et inclut la surveillance sur prescription médicale par tout personnel paramédical, par exemple, infirmière, kinésithérapeute... Il doit y avoir au moins trois observations le jour de l'étude. Les résultats de ces observations doivent inclure plus que le simple relevé des signes vitaux. Un exemple serait l'observation des signes neurologiques chez un patient avec une perte de connaissance récente.

C – État du patient

Parfois un patient qui a besoin d'être à l'hôpital ne recevra aucun des services indiqués précédemment. Dans de tels cas, c'est habituellement son état qui justifie sa présence à l'hôpital. Cette section comprend huit critères qui indiquent un état de santé instable justifiant l'hospitalisation. Porter une attention particulière aux différentes échelles de temps. Le critère C17 doit par exemple avoir été rencontré dans les dernières 24 heures, les C18 à 24 incluent l'état de santé dans les 48 dernières heures.

C17 – Arrêt des matières et des gaz ou absence de mouvement intestinal dans les dernières 24 heures

Ce critère se rencontre généralement lors de problèmes postopératoires.

C18 – Transfusion liée à une perte de sang dans les dernières 48 heures

S'il y a eu une transfusion sanguine quelle qu'en soit la raison, ce critère est rempli, quelle que soit la nature de la perte sanguine. Cependant, des pertes sanguines chroniques et lentes nécessitant des transfusions de routine intermittentes (anémie aplasique) ne justifient pas normalement l'hospitalisation sauf avis d'expert. Par ailleurs la cause de la perte sanguine n'est pas pertinente.

C19 – Fibrillation ventriculaire ou ischémie aiguë électrographique dans les dernières 48 heures

Toute fibrillation ventriculaire répond à ce critère comme le fait tout infarctus du myocarde. Une ischémie myocardique peut être mimée par des pathologies telles qu'une hypertrophie ventriculaire gauche et divers troubles électrolytiques. Les conditions seront remplies si le diagnostic d'ischémie cardiaque est considéré comme tel de façon active, même si finalement les modifications électrocardiographiques seront rapportées à d'autres causes.

C20 – Fièvre supérieure à 38 °C dans les dernières 48 heures si le patient a été admis pour une autre raison que la fièvre

Ce critère est également satisfait si le patient a été admis avec une fièvre qui diminuait avec ou sans traitement et a de nouveau grimpé.

C21 – Coma : perte de connaissance pendant au moins une heure pendant les dernières 48 heures

Ce critère est rempli par tout état de santé induisant une perte de conscience qui n'est pas causée par un produit d'anesthésie générale.

C22 – État confusionnel aigu dans les dernières 48 heures, non dû à un sevrage alcoolique

Ce critère est satisfait par les patients avec des épisodes transitoires de commotion tels que des chocs cérébraux mais pas par de simples syncopes. Des poussées de démence chronique ne répondent pas au critère à moins que les symptômes ne représentent une nouvelle manifestation pour le patient (développement d'hallucinations par exemple).

C23 – Signes ou symptômes liés à des désordres hématologiques aigus dans les dernières 48 heures

Ce critère est satisfait seulement s'il y a des signes (ecchymoses ou hémorragie) ou des symptômes (par exemple des thromboses vasculaires) dus à des désordres hématologiques aigus, neutropénies significatives, anémies, thrombocytopénie, leucocytose, érythrocytose ou thrombocytose. Des chiffres élevés ou bas de certains constituants sanguins ne nécessitent pas obligatoirement une hospitalisation ou un traitement.

C24 – Difficultés neurologiques aiguës et progressives dans les dernières 48 heures

Ce critère inclut un accident cérébral évolutif, quelle qu'en soit la cause, aussi bien l'apparition de syndrome tel que celui de Guillain-Barré. Il exclut des poussées intermittentes de maladies chroniques telles que la sclérose en plaques.

IV.2. Guide d'utilisation des questions lorsque le patient ne répond à aucun critère de la grille AEPf des journées d'hospitalisation

IV.2.1. Question A

« Le malade nécessite absolument d'être hospitalisé ce jour du fait de son état clinique, des soins qu'il reçoit ici et ne pourrait recevoir ailleurs, ou d'une procédure médicale ou chirurgicale qui nécessite son hospitalisation. »

Malgré l'absence de critères explicites de l'AEP, l'expert juge que le patient doit avoir recours à l'hôpital en termes de plateau technique (procédure, surveillance, possibilité d'intervenir 24 h/24). C'est le cas d'une situation clinique instable, d'une évolution imprévisible, d'un risque important de complication grave où le médecin préfère garder le patient en hospitalisation pour le surveiller. La journée est alors techniquement pertinente (avis d'expert).

Exemples :

- *L'équipe soignante estime qu'étant donné l'état psychologique instable du patient, le laisser sortir constitue un risque pour lui-même ou pour son entourage. Le patient requiert donc un aspect du plateau technique hospitalier qui est la surveillance. La journée est techniquement pertinente.*
- *L'état clinique du patient est meilleur et les prescriptions ont diminué mais on ne peut exclure un risque évolutif pouvant nécessiter en urgence un recours au plateau technique hospitalier : là encore il y a nécessité d'une présence médicale 24 h/24. La journée est techniquement pertinente.*

→ Si la réponse à la question A est « **OUI** » :

Il y a avis d'expert : l'expert juge que l'hôpital et son plateau technique sont absolument nécessaires au patient. Il explique pourquoi en quelques mots (description de la situation) et le questionnaire s'arrête là.

→ Si la réponse à la question A est « **NON** » :

Le questionnaire continue avec les questions B, C, D, E.

Si l'équipe craint une complication ou une évolution pouvant conduire à une réadmission (sans risque évolutif grave), le séjour ne s'inscrit pas dans la « pertinence technique stricte » utilisée ici, mais l'hôpital est alors considéré comme le lieu le plus adapté (réponse 5.3 à la question D).

IV.2.2. Question B

« Quels sont les principaux soins ou services que le patient reçoit à l'hôpital aujourd'hui ? » (plusieurs réponses possibles)

La question B décrit les principaux soins et services effectivement rendus au patient par l'hôpital au cours de cette journée, en dehors de l'utilisation du plateau technique décrite par l'AEP. Cette question cherche à identifier les besoins du patient auxquels l'hôpital répond de façon active pendant la journée étudiée, même si ces services pourraient éventuellement être rendus par d'autres structures.

Exemple :

L'état du patient requiert des séances de rééducation ou un soutien psychologique. Ces besoins sont satisfaits par l'hôpital aujourd'hui même s'ils pourraient l'être dans un autre cadre.

1. Avis diagnostique ou thérapeutique : les avis diagnostiques ou thérapeutiques peuvent résulter d'une consultation, de la visite d'un spécialiste n'appartenant pas au service, de décisions collégiales (staffs, visite du patron...).

2. Procédure diagnostique ou thérapeutique : les explorations diagnostiques concernent les examens de laboratoires, les examens radiologiques. Les procédures thérapeutiques concernent l'administration de tout traitement médicamenteux, soin infirmier (pansement, oxygène, stomie, insuline, aspiration des sécrétions) ou soin médical ou paramédical. Les traitements per os sont exclus sauf s'ils nécessitent une surveillance particulière (dans ce cas coder 3).

3. La surveillance thérapeutique ou clinique : le patient fait l'objet d'une surveillance thérapeutique ou clinique régulière mais réalisée moins de trois fois par jour.

4. Éducation sanitaire : le patient reçoit une prise en charge éducative à différents niveaux : prévention (risque de contagion, par exemple), observance-ajustement-complications du traitement (diabète par exemple), complications évolutives de la pathologie.

5. Rééducation fonctionnelle, kinésithérapie : le patient reçoit des soins de rééducation ou de kinésithérapie.

6. Soutien psychologique : le patient reçoit un soutien psychologique lié au pronostic sévère, à ses aptitudes intellectuelles, à son état affectif ou à son comportement.

7. Aide sociale : le patient nécessite une aide sociale compte tenu de ses conditions économiques, culturelles, familiales (isolement), de ses conditions de logement....

8. Aide à la vie quotidienne : en cas d'absence d'autonomie fonctionnelle, le patient reçoit une aide pour faire sa toilette, pour s'habiller, pour se lever ou se coucher, pour se déplacer, pour s'alimenter, pour son ménage, ses courses, sa cuisine, sa lessive.

9. Aucun soin ni aucun service rendu ce jour : le patient ne reçoit aucun des services précédents mais peut rester hospitalisé pour différentes raisons : attente de réalisation d'une procédure, attente de résultats, attente d'une décision, refus de sortir, attente d'une décision de la famille, ou encore recherche d'une possibilité d'hébergement ou d'une structure adaptée pour sa prise en charge.

IV.2.3. Question C

« Parmi les services rendus au patient pendant la journée étudiée, quel est le principal responsable de sa présence à l'hôpital (le patient pourrait sortir s'il n'avait pas besoin de ce service spécifique) ? » (une seule réponse possible)

Il faut repérer le soin ou le service qui explique le plus la présence du patient à l'hôpital : il s'agit ici de **dégager une priorité**. La liste est la même que celle de la question B. Si le patient est en attente, il faut répondre 9 ; autrement dit, le patient ne reçoit aujourd'hui, jour de la journée d'étude, aucun soin ni aucun service, il attend seulement. Si les services ou soins reçus aujourd'hui n'expliquent pas par eux-mêmes la journée d'hospitalisation, il faut répondre 9 également.

Exemple :

Un patient attend une angiographie prévue dans trois jours. On convient qu'aucun soin ni service ne lui est rendu aujourd'hui (réponse 9).

Exemple de priorités :

Une patiente a besoin d'une rééducation fonctionnelle, d'une aide à la vie quotidienne et d'un soutien psychologique. Au début de l'hospitalisation, un retour à domicile avec garde-malade était prévu (aide à la vie quotidienne prioritaire). Des troubles psychologiques sont apparus (peur de se mouvoir), entraînant une aggravation du problème fonctionnel et la nécessité d'une garde-malade 24 h/24. Le besoin primordial à l'origine de la présence du malade à l'hôpital est donc le soutien psychologique (réponse 6).

IV.2.4. Question D

« Quel lieu d'hébergement serait le mieux adapté pour le patient aujourd'hui, compte tenu de son état de santé, de sa situation socio-économique et familiale ? » (une seule réponse possible)

Cette question aborde le lieu d'hébergement qui serait envisageable, compte tenu du contexte et dans une situation idéale (disponibilité, existence des structures) mais réaliste (environnement familial et socio-économique), pour accueillir le patient aujourd'hui, « à la place » de l'hôpital.

Exemple :

Dans l'exemple ci-dessus de l'attente d'une coronarographie : le patient ne nécessite pas de soins hospitaliers pour la journée d'aujourd'hui ; il pourrait être à son domicile ou dans un hôtel à proximité de l'hôpital, pris en charge par l'assurance maladie, afin d'éviter des allers et retours entre le domicile et l'hôpital, ou tout simplement parce que le domicile est éloigné (province...) (réponse 2.1).

1. Le domicile

1.1 - Sans aide : le patient pourrait être à son domicile sans aide particulière.

1.2 - Avec aide non médicale : le patient pourrait être à son domicile s'il bénéficiait des services d'une aide ménagère ou d'un garde-malade (cette aide peut éventuellement être assurée par son entourage).

1.3 - Avec aide médicale ou paramédicale : le patient pourrait être à son domicile s'il bénéficiait de soins infirmiers « légers » et/ou d'une surveillance médicale non spécialisée occasionnelle pendant la journée.

1.4 - Avec aide médicale ou paramédicale soutenue : le patient ne pourrait être à domicile que s'il pouvait bénéficier de soins infirmiers « lourds » et/ou d'une surveillance médicale régulière nuit et WE compris.

Exemple :

Soins palliatifs avec ajustement des doses d'antalgiques.

2. Structure d'hébergement

2.1 - Structure non médicalisée de proximité : cette structure prise en charge par l'assurance maladie permettrait de limiter les allers et venues entre un domicile éloigné et l'hôpital, pour un patient qui ne nécessite pas de surveillance médicale particulière mais qui reste ainsi « sur place ».

2.2 - Structure non médicalisée pouvant être éloignée de l'hôpital : il peut s'agir d'une maison de retraite non médicalisée, d'un foyer, etc.

2.3 - Structure avec soins médicaux et/ou paramédicaux : sont classés dans cette catégorie les établissements qui proposent une aide à la vie quotidienne, des soins infirmiers, une kinésithérapie et/ou la visite d'un médecin régulièrement.

2.4 - Structure médicalisée : il peut s'agir d'une structure de soins de suite et de réadaptation (moyen séjour), d'une maison de retraite médicalisée, de long séjour. Un médecin doit être présent 24 h/24.

3. L'hôpital

Aucune structure ne serait susceptible de remplacer l'hospitalisation et il existe un risque de complication ou d'évolution pouvant conduire à une réadmission. Bien que ne faisant pas appel au plateau technique hospitalier, l'équipe hospitalière estime que la nuit passée à l'hôpital contribue en elle-même au diagnostic ou aux soins.

Exemple :

Ce peut être le cas dans certaines situations psychologiques ou dans le cas de l'éducation sanitaire s'il existe des arguments prouvant la supériorité du séjour hospitalier sur le soutien psychologique ou l'éducation en ambulatoire.

IV.2.5. Question E

« Quelle est la raison principale expliquant la journée d'hospitalisation ? » (une seule réponse)

→ *L'hôpital n'est pas le lieu le plus adapté au patient (réponse « domicile » ou « autre structure »).*

Dans ce cas il y a des raisons d'ordre institutionnel à la présence du patient à l'hôpital (difficultés d'organisation au sein de l'hôpital, problème de service extra-hospitalier) ou d'ordre décisionnel (décision médicale interne au service, décision du patient ou de sa famille).

1. Organisation des soins au cours de l'hospitalisation

Le patient attend un acte ou une procédure, non disponible plus tôt. Ce problème peut être lié à l'organisation de l'hôpital où se fait l'enquête ou à celle d'une autre structure (établissement de santé, centre diagnostique...) dans laquelle le patient doit être transféré pour poursuivre une hospitalisation ou pour la réalisation d'un examen « extérieur » y compris ambulatoire.

Exemple :

Le test au thallium d'effort se fait le vendredi matin uniquement, le délai d'obtention d'un rendez-vous de scintigraphie osseuse est de plusieurs jours, etc.

2. Service de relais à l'issue de l'hospitalisation

Le patient n'a pu sortir pour un problème de service de suite, ce qui correspond aux structures d'hébergement, mais aussi aux praticiens et aux soins de ville.

- Indisponibilité : absence de places libres, que tout ait été mis en œuvre et suffisamment tôt pour régler la sortie du patient ou non.
- Inaccessibilité : service inaccessible pour des facteurs dépendant du patient : isolement géographique, caractéristiques sociales, culturelles, économiques, familiales).
- Inexistant : structure d'accueil ou d'une fonction de soins correspondant aux besoins du patient inexistante selon les connaissances actuelles.

Exemples :

- *Il faut attendre la semaine prochaine pour qu'un lit se libère dans le centre de rééducation choisi, la maison de retraite ne fait pas d'admission pendant le week-end et il faut attendre lundi (services indisponibles).*
- *Le patient vit dans un village sans médecin traitant à proximité (service inaccessible).*
- *Le médecin généraliste a demandé l'hospitalisation pour un ajustement thérapeutique difficile (défaut de compétence en ville).*

3. Décision médicale interne au service

Le patient attend la prise de décision médicale (un consultant).

3.1 - L'attente d'une décision médicale ou d'un avis d'expert (internes au service) peut être liée à une mauvaise organisation du service.

3.2 - Le patient est entré dans un protocole de recherche clinique ce qui prolonge sa mise en observation ; il constitue un « cas » intéressant et reste hospitalisé pour être présenté aux étudiants hospitaliers.

3.3 - L'habitude du service correspond à une règle définie de façon écrite (protocole de surveillance par exemple) ou implicite (« on garde 4 jours tel type de patient »). Le fait d'avoir décidé d'attendre un examen rentre dans l'organisation des soins (réponse 1).

3.4 - Attente d'un avis collégial : par exemple, le médecin attend le staff afin de prendre une décision. Le médecin attend un avis collectif contrairement à la question 3.1.

4. Raisons liées au patient ou à sa famille

4.1 - Le patient risque de ne pas suivre la prescription médicale.

Exemple :

On peut craindre que le patient ne revienne pas pour son examen prévu dans quelques jours.

4.2 - Décision du patient et/ou de sa famille.

Exemples :

- *Le patient a changé d'avis et refuse de partir.*
- *La famille ou l'entourage immédiat n'assure pas le relais avec les structures de soins.*
- *Le patient ou sa famille est inquiet.*

Méthode de travail

Ce document a été élaboré par le service évaluation des pratiques professionnelles de l'Anaes avec un groupe de travail pluriprofessionnel et pluridisciplinaire. Les membres du groupe de travail ont été sollicités pour leur connaissance de la méthode.

I. Méthode de travail

L'analyse de la littérature a été réalisée par le chargé de projet qui a écrit le document avec l'aide du chef de projet. Le groupe de travail a délimité le champ du sujet, il a apporté son aide pour identifier les travaux précédemment réalisés sur le thème, et a fourni ses propres documents de travail d'évaluation que certains avaient réalisés.

Le groupe de travail s'est réuni à plusieurs reprises à différentes étapes d'élaboration du document. Les remarques de ses membres ont permis à ce travail de progresser.

Un groupe de lecture a été constitué. Il était composé de professionnels ayant une expérience d'évaluation avec différentes méthodes. Ils ont été consultés par courrier électronique et ont donné un avis sur le fond et sur la forme du document. Les commentaires ont été analysés et pris en compte.

II. Stratégie de recherche documentaire

Les banques de données Medline, Embase, Cinahl, Pascal et BDSP ont été interrogées, sans limites de date et de langue, à partir des termes « *Appropriateness Evaluation Protocol* » OU « Pertinence des soins » dans le titre ou le résumé.

Bibliographie

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris: Anaes; 2000.
2. Payne SMC. Identifying and managing inappropriate hospital utilization: a policy synthesis. *Health Serv Res* 1987; 22: 709-69.
3. Gertman PM, Restuccia JD. The Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care* 1981; 19(8): 855-71.
4. Lang T, Liberati A, Tampieri A, Fellin G, Luz Nolasco Leal Gonsalves M, Lorenzo S, Pearson M, Beech R, Santos-Eggimann B. "A European version of the Appropriateness Evaluation Protocol". *Int J Technol Assess health Care* 1999; 15: 185-97.
5. Moya-Ruiz C, Peiro S, Meneu R. Effectiveness of feedback to physicians in reducing inappropriate use of hospitalization: a study in a Spanish hospital. *Int J Qual Health Care* 2002;14 (4): 305-12.
6. Kossovsky MP, Chopard P, Bolla F, Sarasin FP, Louis-Simonet M, Allaz A et al. Evaluation of quality improvement interventions to reduce inappropriate hospital use. *Int J Qual Health Care* 2002;14 (3): 227-32.
7. d'Alché-Gautier MJ, Maiza D, Chastang F. Assessing the appropriateness of hospitalisation days in a French University Hospital. *Int J Health Care Qual Assur* 2004; 17: 87-91.
8. Somme D, Cauterman M, Durand-Gasselien B, Saint Jean O, Huet B. Une première approche de la pertinence technique de l'hospitalisation en gériatrie aiguë - VII Congrès international francophone de Gériatrie, Bruxelles, Belgique, 20 septembre 2002. *Rev Med Brux* 2002; 23(S1): A129.
9. Huet B, Osman M, Benamouzig R, Bejou B, Coste T. Analyse de la non pertinence hospitalière selon le processus de gestion médicale : méthode, exploitation, intérêt, XXV^e. Congrès de l'Association des épidémiologistes de langue française, Toulouse, France, 18 – 20 septembre 2002. *Rev Épidémiol Santé Publique* 2002, 50 (Suppl oct) : 1S86.
10. Preux PM, Anani T, Anglade C, Druet-Cabanac M, Debrock C, Couratier P, Vergnenegre A, Boutros-Toni F, Vallat JM and Dumas M. Inadéquations des hospitalisations dans le service de neurologie du CHU de Limoges. *J Écon Méd* 2000 ; 18(6) : 363-74.
11. Lang T. L'utilisation de l'hôpital. In : La nouvelle évaluation médicale. Giraud A Ed. Paris 2000, p. 145-78.
12. Davido A, Nicoulet I, Levy A, Lang T. Appropriateness of admission in an emergency department: reliability of assessment and causes of failure. *Qual Assur Health Care* 1991;3(4): 227-34.
13. Robain M, Lang T, Fontaine A, Logerot H, Monnet E, Six P Huet B. Reproductibilité et validité de la version française de la première partie de l'*Appropriateness Evaluation Protocol* (AEPf) : critères de pertinence des journées d'hospitalisation. *Rev Épidémiol Santé Publique* 1999 ; 47 : 139-49.
14. Lombard I, Lahme P, Diene E, Monnet E, Logerot H, Levy Soussab M, Huet B, Six P, Yeu C, Lang T pour le groupe AEP France (2001). Étude de la concordance inter-observateurs des raisons de non pertinence des journées d'hospitalisation identifiées par la version française de l'*Appropriateness Evaluation Protocol* (2^e partie). *Revue Epidémiol. Santé Publique* 2001 ; 49 : 367-75.
15. Kuss JJ, Trutt M, de Guio G, Trutt B. Évaluation de la pertinence des hospitalisations, essai de validation d'un référentiel médical. *Rev Méd Assur Mal* 1994 ; 3 : 75-80.
16. Kuss JJ, Trutt B. L'opportunité de l'hospitalisation, pourquoi et comment l'évaluer ? *Le Concours Médical*.1996;118-06 :17-19.
17. Charrier D, Larrat J, Janvier M. L'AEP, un outil au service de la réforme hospitalière. *Rev Méd Assur Mal* 1997 ; 3 : 16-9.
18. Lang T. La pertinence médicale des procédures : mesure et relations avec les besoins et accès aux soins. *Revue épidémiologie et de santé publique* 1998, 46 : 411-419.
19. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration. Paris : Anaes ; 2003.
20. Santos-Eggimann B, Silder M, Schopfer D, Blanc T. Comparing results of concurrent and retrospective designs in hospital utilization review: an overview of Swiss experience. *Int J Qual Health Care* 1997; 9: 115-20.
21. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. La préparation de la sortie du patient hospitalisé. Paris: Anaes ; 2001.

22. Panis LJGG, Gooskens M, Verheggen FWSM, Pop P, Prins MH. Predictors of inappropriate hospital stay: a clinical case study. *Int J Qual Health Care* 2003; 15(1): 57-65.
23. Kemper KJ. Medically inappropriate hospital use in a pediatric population. *N Engl J Med* 1988; 318(16) : 1033- 7.
24. Waldrop R, Peck GQ, Hutchinson S, Randall Z. Comparison of pediatric hospitalization using the pediatric appropriateness evaluation protocol at three diverse hospitals in Louisiana. *J Louisiana State Med Soc* 1998; 150(5): 211-7.
25. Werneke U, Smith H, Smith IJ, Taylor J, MacFaul R. Validation of the paediatric appropriateness evaluation protocol in british practice. *Arch Dis Child* 1997; 77(4): 294-8.
26. Esmail A. Development of the paediatric appropriateness evaluation protocol for use in the United Kingdom. *J Public Health Med* 2000; 22(2): 224-30.
27. Schott AM, Landrison G, Delahaye F. Les instruments de mesure. *In: La recherche clinique : de l'idée à la publication*. Paris: Masson, 1995.
28. Santos-Eggimann B, Paccaud F, Blanc T. Medical appropriateness of hospital utilization: an overview of swiss experience. *Int J Qual Health Care* 1995; 7: 227-32.
29. Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale. L'audit clinique. Paris: Andem ; 1994.
30. Winslow CM, Solomon Dh, Chassin MR, Kosecoff J, Merrick NJ, Brook RH. The appropriateness of carotid endarterectomy. *N Engl J Med* 1988; 318(2) : 721-8.
31. Giraud A. Évaluation médicale des soins hospitaliers. Paris : Economica ; 1992.
32. Xiao J, Douglas D, Lee H, Vemuri SR. A Delphi evaluation of the factors influencing length of stay in Australian hospitals. *Int J Health Planning Manage* 1997; 12: 207-18.
33. Strumwasser I, Paranjpe NV, Ronis DL, Share D, Sell LJ. Reliability and validity of utilization review criteria. Appropriateness evaluation protocol, standardized medreview instrument and intensity-severity discharge criteria. *Med Care* 1990; 28(2): 95-111.
34. Kalant N, Berlinguet M, Diodati JG, Dragatakis L, Marcotte F. How valid are utilization review tools in assessing appropriate use of acute care beds? *Can Med Assoc J* 2000; 162(13): 1809-13.
35. Wickizer TM, Wheeler JRC, Feldstein PJ. Does utilization review reduce unnecessary hospital care and contain costs? *Med Care* 1989; 27(6): 632-47.
36. Bianco A, Foresta MR, Greco MA, Teti V, Angelillo IF. Appropriate and inappropriate use of day- hospital care in Italy. *Public Health* 2002; 116(6): 368-73.
37. Burke PJ. Inappropriate use of hospital emergency departments. *Med J Austr* 2003; 178(10): 528.
38. Chiu H, Lee L, Hsieh H, Mau L. Inappropriate hospital utilization for long- stay patients in southern Taiwan. *Kaohsiung J Med Sci* 2003; 19(5): 225-32.
39. Kaya S, Vural G, Eroglu K, Sain G, Mersin H, Karabeyoglu M et al. Liability and validity of the Appropriateness Evaluation Protocol in Turkey. *Int J Qual Health Care* 2000; 12(4): 325-9.
40. Merom D, Shohat T, Harari G, Oren M Green Manfred S. Factors associated with inappropriate hospitalization days in internal medicine wards in Israel: a cross- national survey. *Int J Qual Health Care* 1998; 10(2): 155-62.
41. Mozes B, Rosenblum Y, Rom L, Friedman N, Shabtai, E, Porat A. Medical Patients Assessment Protocol: a tool for evaluating the appropriateness of utilizing hospital-stay days for acute medical patients. Development, reliability and applications. *Am J Med Qual* 1996; 11(1) : 18-24.
42. Sangha O, Schneeweiss S, Wildner M, Cook E Francis, Brennan TA, Witte J et al. Metric properties of the appropriateness evaluation protocol predictors of inappropriate hospital use in Germany: an approach using longitudinal patient data. *Int J Qual Health Care* 2002; 14(6): 483-92.
43. Restuccia JD. The effect of concurrent feedback in reducing inappropriate hospital utilization. *Med Care* 1982; 20(1): 46-62.
44. Siu AL, Sonnenberg FA, Manning WG, Goldberg GA, Bloomfield ES, Newhouse JP, Brook RJ. Inappropriate use of hospitals in a randomised trial of health insurance plans. *N Engl J Med* 1986; 315: 1259-66.
45. Smeets PM, Verheggen FW, Pop P, Panis LJ, Carpay JJ. Assessing the necessity of hospital stay by means of the appropriateness evaluation protocol : how strong is the evidence to proceed? *Int J Qual Health Care* 2000; 12(6): 483-93.
46. Panis LJGG, Verheggen FWSM, Pop P. To stay or not to stay. The assessment of appropriate hospital stay: a Dutch report. *Int J Qual Health Care* 2002; 14(1): 55-67.
47. Angelillo IF, Ricciardi G, Nante N, Boccia A, Bianco A, La Torre G, Vinci V, De Giusti M. Appropriateness of hospital utilisation in Italy. *Public Health* 2000; 114(1): 9-14.
48. Attena F, Agosino E, Troisi MR, Granito C, Del Prete U. Appropriateness of admission and

- hospitalization days in a specialist hospital. *Ann Ig* 2001; 13: 121-7.
49. Bare ML, Prat A, Lledo L, Asenjo MA, Salleras LL. Appropriateness of admissions and hospitalization days in an acute-care teaching hospital. *Rev Épidémiol Santé Publique* 1995; 43: 328-36.
50. Chopard P, Perneger TV, Gaspoz JM, Lovis C, Gousset D, Rouillard C, Sarasin FP, Unger PF, Waldvogel FA, Junod JF. Predictors of inappropriate hospital days in a department of internal medicine. *Int J Epidemiol* 1998; 27: 513-9.
51. Tsang P, Severs MP. A study of appropriateness of acute geriatric admissions and an assessment of the Appropriateness Evaluation Protocol. *J Royal Coll Phys London* 1995; 29(4): 311-4.
52. Alonso J, Munoz A, Anto JM and the Appropriateness Evaluation Protocol Group of the Hospital University del Mar. Using length of stay and inactive days in the hospital to assess appropriateness of utilisation in Barcelona, Spain. *J Epidemiol Commun Health* 1996; 50: 196-201.
53. Henshaw DJE, Pollock LM, Rai GS, Gluck TA. A study of admissions and inpatients over the Christmas period using the appropriateness evaluation protocol (AEP). *Arch Gerontol Geriatr* 2000; 31(1): 77-83.
54. Lorenzo S, Lang T, Pastor R, Tampieri A, Santos-Eggimann B, Smith H et al. Reliability study of the European appropriateness evaluation protocol. *Int J Qual Health Care* 1999; 11(5): 419-24.
55. Panis LJGG. Assessing inappropriate hospital stay in internal medicine using the Dutch appropriateness evaluation protocol. *Int J Qual Health Care* 2002; 14(5): 431-2.
56. Halfon P, Egli Y. Screening inappropriate hospital days on the basis of routinely available data. *Int J Qual Health Care* 2001; 13(4): 289-99.
57. Selker HP, Beshansky JR, Pauker SG, Kassirer JP. The epidemiology of delays in a teaching hospital : the development and use of a tool that detects unnecessary hospital days. *Med Care* 1989; 27(2): 112-29.
58. Klein JD, Beshansky JR, Selker HP. Using the delay tool to attribute causes for unnecessary pediatric hospital days. *Med Care* 1990; 28(10) : 982-9.
59. Payne SMC, Ash A, Restuccia JD. The role of feedback in reducing medically unnecessary hospital use. *Med Care*, 1991; 29: AS91-106.
60. Menu-Branthomme A, Benamouzig R, Bejou B, Coste T, Rautureau J, Huet B. Étude de la pertinence des journées d'hospitalisation dans un service de gastro-entérologie et médecine interne et analyse des causes de non pertinence. *Gastroentérol Clin Biol* 2002; 26 : 29-37.
61. Osman M. Évaluation du taux de non pertinence hospitalière, un indicateur de restructuration d'un service de gastro-entérologie [thèse]. Paris XIII : UFR Médecine, 2002.
62. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Poussées hypertensives de l'adulte : élévation tensionnelle sans souffrance viscérale immédiate et urgences hypertensives. Recommandations et argumentaire. St-Denis : Afssaps, 2002.