

MENTION TRÈS HONORABLE
avec félicitations du jury

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE NANTES Santé	
SV	070 205 078
COTE	03 NANT 008 M
LOC.	MAG
N° D	523 525

N° NG103108

Année 2003

THESE

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Médecine Générale

par

Valérie BLANCHARD – PONTOIZEAU

née le 17 avril 1972 à Nantes (44)

Présentée et soutenue publiquement le 14 février 2003

Evaluation de la pertinence des hospitalisations à partir du service des urgences en fonction des critères de l 'AEP (Appropriateness Evaluation Protocol).

Etude prospective sur 586 dossiers au SAU du CHU de Nantes.

Président : Monsieur le professeur Denis BARON

BU Santé
Nantes



SOMMAIRE

1. Introduction	7
2. Le service des urgences.	8
2.1. Définition du rôle des services d'urgences.	8
2.1.1. Profil des admissions.....	8
2.1.2. Définition du rôle des services d'urgence.....	8
2.2. Le service des urgences de Nantes.	9
2.2.1. Démographie.	9
2.2.2. Présentation de l'organisation du service des urgences de Nantes.....	9
3. L'A.E.P. (Appropriateness Evaluation Protocol).....	15
3.1. Historique	15
3.2. Définition.	17
3.2.1. Description de l'AEP.	17
3.2.2. L'override	18
3.3. L'expérience française de l'AEP.....	19
3.3.1. Evaluation des admissions.	19
3.3.2. Evaluation des journées d'hospitalisation.....	21
3.4. L'EU-AEP ou la version européenne de l'AEP.	22
3.4.1. Aperçu des programmes d'évaluation de l'hôpital dans les différents pays européens	22
3.4.2. Objectifs et mise en place d'un projet commun européen	23
3.5. Les autres outils d'évaluation.....	25
3.5.1. Le SMI (Standardised Medreview Instrument).	25
3.5.2. L'ISD-A (Intensity Severity Discharge review system with Adult criteria).	26
3.5.3. Le MCAP (Managed Care Appropriateness Protocol).	27
3.5.4. Le Delay Tool.....	27
3.5.5. Le « Oxford Bed Study Instrument ».....	29
3.6. Etude de la validité et de la reproductibilité de l'AEP.	31
3.6.1. Définitions.....	31
3.6.2. Résultats.	31
3.7. Récapitulatif des qualités de l' AEP comme outil d'évaluation de la pertinence des hospitalisations.	33
4. Etude.....	35
4.1. Objectifs.....	35
4.2. Matériel et méthode.....	36
4.2.1. Matériel.	36
4.2.2. Méthode.....	40

5. Présentation des résultats.....	42
5.1. Présentation générale.....	42
5.1.1. Population.....	42
5.1.2. Répartition de la population en fonction des critères d'admission.	43
5.2. Renseignements concernant le patient.....	44
5.2.1. Les motifs d'admission aux urgences.	44
5.2.2. Mode d'admission aux urgences.	44
5.2.3. Conditions de vie.....	45
5.2.4. Couverture sociale.....	46
5.2.5. Profession.	46
5.3. Critères d'hospitalisation.....	47
5.3.1. Patients hospitalisés avec critères AEP.....	47
5.3.2. Hospitalisations justifiées mais non techniquement pertinentes au vu des critères AEP.	47
5.4. Pertinence diagnostique	50
5.5. Devenir du patient.	51
5.5.1. Les hospitalisations qui auraient pu être programmées.	51
5.5.2. Les structures vers lesquelles le médecin urgentiste souhaite orienter ses patients.	52
5.5.3. Les services vers lesquels le médecin urgentiste souhaite orienter ses patients.	53
5.5.4. D'après le médecin des urgences quelles sont les raisons pour lesquelles le malade n'est pas orienté vers le lieu le mieux adapté ?	57
5.6. Les facteurs de risque d'hospitalisations non pertinentes au vu des critères AEP.....	58
5.6.1. Sex-ratio.	58
5.6.2. L'âge.....	58
5.6.3. La couverture sociale.	58
5.6.4. Le mode d'admission aux urgences.	59
5.6.5. Les conditions de vie des patients.....	60
5.6.6. Le statut professionnel des patients.....	60
5.7. Les retours à domicile.	61
5.7.1. Les retours à domicile malgré la présence de critères de la liste AEP.....	61
5.7.2. Le taux de réadmission à 3 mois parmi ces patients sortis malgré leurs critères AEP.....	61
6. Discussion	63
6.1. Critique de la méthode.....	63

6.1.1.	Les données manquantes et questionnaires non remplis.....	63
6.1.2.	Les biais d'une étude prospective.	63
6.1.3.	L'override.....	64
6.1.4.	Un seul examinateur.....	64
6.2.	Les hospitalisations techniquement pertinentes. Confrontation des résultats aux données de la littérature.	65
6.2.1.	Les résultats d'études menées à l'étranger.....	65
6.2.2.	Quelques études françaises.....	66
6.3.	Degré de satisfaction du médecin des urgences quant à sa prise en charge des malades.	68
6.3.1.	La structure souhaitée.....	68
6.3.2.	Le service souhaité.	69
6.3.3.	Les hospitalisations qui auraient pu être programmées.	69
6.4.	Les contraintes qui pèsent sur la décision d'hospitaliser ou non les patients sans critère AEP.....	71
6.4.1.	Les pressions extérieures.....	71
6.4.2.	Le manque de structures disponibles.	71
6.4.3.	Les difficultés liées à l'organisation interne de l'hôpital.....	73
6.4.4.	Les dysfonctionnements propres au service des urgences.....	73
6.5.	Les patients hospitalisés malgré l'absence de critère AEP.....	75
6.5.1.	Qui sont-ils ? Peut-on individualiser des groupes à risque ? ...	75
6.5.2.	Quels sont leurs besoins ?	76
6.5.3.	Quels services embolisent-ils ?	77
6.6.	Quelques points de réflexion et perspectives.	79
6.6.1.	Les différents niveaux d'évaluation de la pertinence des hospitalisations.	79
6.6.2.	Est-il possible ou souhaitable de supprimer les hospitalisations non pertinentes au vu de critères objectifs ?	80
6.6.3.	L'évaluation de la pertinence des hospitalisations ne reflète pas la performance globale du service.....	81
7.	Conclusion.	84
8.	Annexes.....	87
8.1.	Annexe I : Les critères AEP de la version américaine initiale.	87
8.2.	Annexe II : Critères d'admissions appropriées. Version modifiée de la version américaine.	90
8.3.	Annexe III : La version européenne de l'AEP (EU-AEP).	91
8.4.	Annexe IV : La version française des critères d'admission de l'US-AEP : 16 critères.	93

**8.5. Annexe V : Liste des raisons des admissions et des journées
inappropriées dans la version européenne de l'AEP (EU- AEP).....94**

9. Références bibliographiques97

10. Abréviations104

BU Santé
Ménies

INTRODUCTION

1. Introduction

Le choix pour un médecin d'hospitaliser ou non un patient est une décision importante pour laquelle il doit se montrer exigeant et sélectif. En effet, les hospitalisations abusives ou inappropriées représentent un coût à la fois financier mais aussi sur le plan médical avec des risques d'effets iatrogènes, physiques ou psychologiques (1). De plus, elles risquent de provoquer une saturation des lits d'aval, les rendant ainsi indisponibles pour des patients dont la présence à l'hôpital est vraiment nécessaire.

Des études ont été réalisées ces dernières années afin de mettre en évidence les dysfonctionnements dans la structure globale de soins visant à adapter au mieux l'offre à la demande et de diminuer au maximum le nombre d'admissions et de journées d'hospitalisation évitables.

Pour cela, ont été élaborés des outils d'évaluation. Le plus connu et le plus utilisé est l'AEP (Appropriateness Evaluation Protocol)(2). L'AEP évalue la pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation d'un point de vue technique. Cet outil, d'abord élaboré aux Etats Unis, a été repris et validé dans différents pays dans le monde et en Europe. La version européenne de L'AEP a donné lieu à des études évaluant non seulement le « nombre » des admissions ou journées d'hospitalisation non pertinentes au vu des critères AEP, mais aussi les « raisons » de ces admissions ou journées jugées non pertinentes (3). En France également, des travaux ont été menés pour élaborer une deuxième partie de l'AEP avec une liste des raisons des « journées d'hospitalisation » jugées non pertinentes (4).

Les services d'urgences sont de gros pourvoyeurs d'hospitalisations. Au CHU (Centre Hospitalier Universitaire) de Nantes, 35,36% des admissions en soins de courte durée se font suite à un passage au SAU (Service d'Accueil des Urgences) (5). C'est pourquoi nous avons choisi de réaliser une étude prospective, au SAU de Nantes, dans le but d'analyser la pertinence des hospitalisations à partir des urgences. L'objectif n'était pas de chercher des solutions pour tenter de combler ce que l'on appelle le « trou de l'appropriation », mais bien de comprendre la démarche du médecin urgentiste dans son choix d'hospitaliser ou non un patient, en tenant compte des critères médicaux mais aussi socio-environnementaux des malades et des contraintes et difficultés rencontrées en terme de saturation des structures hospitalières ou extra hospitalières et de pressions extérieures.

Après une présentation du service des urgences et des différents outils d'évaluation utilisés à travers le monde, nous exposerons les résultats de notre étude.

2. Le service des urgences.

2.1. Définition du rôle des services d'urgences.

2.1.1. Profil des admissions.

En 1988, cinq à six millions de patients en France étaient admis dans les services d'urgences médicales et/ou chirurgicales et représentaient 50% du recrutement hospitalier (6). Depuis une progression régulière a été observée. La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du ministère de l'Emploi et de la Solidarité a publié en juillet 2000 une note disant que le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics de santé en France avait crû de 43% entre 1990 et 1998 (au CHU de Nantes, la progression a été de 66%) (5). On estime un accroissement de 5% par an à Nantes actuellement (7).

Malgré des modes de recrutement, de fonctionnement et d'équipements différents (8), les caractéristiques de la population fréquentant les urgences sont identiques d'un centre à l'autre ; il s'agit de malades relativement jeunes, arrivant aux urgences par leurs propres moyens, et souvent de leur propre initiative (à Nantes, 30% des patients se présentent sans avoir pu ou voulu consulter un médecin en ville) (7), considérant fréquemment ce type de service comme un service de consultation (6). Les urgences vitales ou avec menace de l'intégrité d'un membre sont peu nombreuses tandis que l'on voit surtout des situations d'inconfort aigu (douleur, prurit, nausées, diarrhée, angoisse) (9). La moitié des patients n'est pas hospitalisée (6).

Une enquête réalisée dans un service d'urgences à l'hôpital Edouard Herriot de Lyon en 1996 a montré que l'on pouvait estimer à un quart voire un tiers le nombre des patients qui auraient pu être pris en charge en ville par un médecin généraliste ce qui aurait désengorgé les urgences (10).

2.1.2. Définition du rôle des services d'urgence.

Dans ce contexte, il est bien évident que le rôle des urgences (véritable plaque tournante entre la ville et l'hôpital) ne se limite pas à un simple rôle de tri pour orienter un patient vers tel ou tel service, mais bien à un rôle de régulation avec réalisation de diagnostics et éventuellement mise en place de traitements, dans l'objectif de limiter au maximum les hospitalisations abusives, en ayant toujours comme ligne de conduite l'intérêt du malade.

2.2. Le service des urgences de Nantes.

2.2.1. Démographie.

On estime à 5% par an le taux de progression annuelle du nombre de personnes se présentant à l'accueil du service des urgences de Nantes actuellement (7).

On a recensé pour l'année 2001, 89 202 entrées au SAU (Service d'Accueil des Urgences) de Nantes dont 26 223 pour le secteur médecine. Sur les premiers mois de l'année 2002, le nombre d'admissions dans l'unité de médecine adulte est en moyenne de 2 500 passages par mois (11).

En 2000, sur la totalité des patients admis au SAU de Nantes, 49% étaient orientés vers une hospitalisation (UHCD ou autres pôles), le reste vers un retour à domicile (7).

En parallèle, les services d'aval voient une augmentation de la DMS (Durée Moyenne de Séjour) et du taux d'occupation des lits. L'ampleur du phénomène est surtout visible en médecine (avec un taux d'occupation de 95.5% en 2000) et trois services sont plus particulièrement touchés :

- médecine interne A et B (101 et 100%)
- hépato-gastroentérologie à l'Hôtel Dieu (101.66%)
- neurologie (100.64%)

A noter également un taux supérieur à 85% dans les différentes unités de réanimation et soins intensifs (91.26% en réanimation polyvalente), 85% étant une valeur cible nécessaire pour assurer une marge de sécurité suffisante (5).

2.2.2. Présentation de l'organisation du service des urgences de Nantes(12).

Depuis 3ans, le CHU de Nantes se répartit en 19 pôles.

2.2.2.1. Positionnement du pôle urgence.

Le pôle des urgences de Nantes assure seul trois fonctions :

- Un accueil de proximité. C'est en effet le seul endroit qui accueille 24h/24, tous les jours de l'année, tous les patients sans distinction religieuse, ethnique, sociale ou de ressource, qui se présentent pour une urgence vraie ou ressentie comme telle par eux-mêmes, leur entourage ou leur médecin.
- Un centre de référence medicotechnique. L'unité accueille en effet tous les transferts des hôpitaux régionaux qui souhaitent avoir recours soit à l'expertise médicale du CHU, soit à son plateau technique.
- Un centre d'enseignement et de recherche.

La région est une des seules en France à ne pas disposer de structures privées de ce type (7).

2.2.2.2. Répartition du pôle (12).

Le pôle des urgences se divise en 10 unités Fonctionnelles :

- L'unité de médecine adulte
- L'unité de traumatologie
- L'unité de pédiatrie
- L'unité médico-psychologique
- Le bloc opératoire
- Le SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente)/SMUR (Service Mobile d'Urgences et Réanimation).
- L'Unité de Consultation de Soins Ambulatoires de la prison (UCSA)
- L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD)
- L'unité de Médecine Polyvalente d'Urgences (MPU)
- La cellule interrégionale de l'urgence médico-psychologique

2.2.2.3. Le fonctionnement du site.

a) Mode d'arrivée.

Le site fonctionne 24h/24. Un patient qui se présente à l'accueil peut arriver :

- de sa propre initiative ou celle de sa famille,
- adressé par son médecin traitant ou un médecin de garde,
- adressé par les pompiers,
- adressé par le SAMU,
- par transfert d'un autre hôpital.

b) Accueil

A son arrivée, il est pris en charge par une infirmière d'accueil et d'orientation dont le rôle est d'évaluer l'état clinique du patient afin de l'orienter vers l'unité la mieux adaptée à sa pathologie. Celle-ci dispose de l'ETC (Echelle de Tri Canadienne) qui lui permet de déterminer les délais de prise en charge requis pour chaque patient.

Un patient peut éventuellement être admis directement au bloc opératoire lorsqu'il s'agit d'une urgence vitale dont la gravité a déjà été évaluée par l'équipe du SAMU/SMUR.

Un patient de moins de 15 ans est directement accompagné vers l'unité de pédiatrie.

c) Fonctionnement de l'unité de médecine adulte.

Un patient relevant de l'unité de médecine adulte peut être orienté :

- vers la file d'attente de médecine adulte où il sera pris en charge par une infirmière de file d'attente (qui prend les constantes et évalue la douleur), avant d'être admis dans une des 15 salles de soins où il sera pris en charge par une équipe composée d'une aide-soignante, une infirmière, un médecin senior, un résident et éventuellement un externe.
- Ou vers la consultation seniorisée de médecine adulte. Ce secteur, créé il y a 3 ans dans l'objectif de diminuer les durées d'attente, fonctionne de 14h à 18h.

La démarche diagnostique et thérapeutique inclue un examen clinique, un éventuel recours à des examens complémentaires, voire à un avis de spécialiste et, si besoin, la mise en place d'un traitement. Elle est seniorisée 24h/24 et 7 jours sur 7. A l'issue de cette prise en charge :

➤ *Le patient retourne à son domicile si l'hospitalisation n'est pas nécessaire*

- sans aucune prescription
 --- ou ---
- avec une ordonnance de médicaments
 --- ou ---
- avec un rendez-vous d'examen complémentaire ou de consultation de spécialiste sans urgence
 --- ou ---
- avec des soins ou aides à domicile

➤ *Il peut être hospitalisé au sein du pôle (à l'UHCD ou en MPU).*

1- L'UHCD ou Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (13).

Ce type d'unité est défini administrativement comme faisant partie intégrante des services d'urgence depuis 1991.

Il s'agit d'une unité d'hospitalisation disposant 24h/24 et 7j/7 d'une présence médicale autorisant des examens cliniques répétés avec éventuellement monitoring, des prises de décision diagnostique (avec accès au plateau technique), thérapeutique ou d'orientation (mutation, retour à domicile).

C'est une unité d'hospitalisation non conventionnelle pour laquelle il est recommandé que la durée moyenne de séjour n'excède pas 24 heures et que la décision thérapeutique soit prise avant la 24^{ème} heure.

Sont accueillis dans ce type de service :

- Les patients pour qui un retour à domicile est prévu dans les 24H après une surveillance (par exemple un traumatisé crânien) ou un

traitement de courte durée (par exemple une crise d'asthme modérée, une déshydratation, une crise d'angoisse...).

- Les patients mis en observation avant orientation. C'est le cas par exemple d'une intoxication médicamenteuse, d'une douleur thoracique à faible risque d'insuffisance coronarienne ou encore d'un tableau appendiculaire sans fièvre et NFS (Numération Formule Sanguine) normale. Quelques heures passées à l'UHCD permettent d'enrichir le tableau avant de prendre une décision.
- Les patients en attente d'un lit d'hospitalisation conventionnelle disponible lorsque les modalités de mutation intra hospitalières sont fixées à l'avance.
- Les patients admis administrativement (mais non couchés à l'UHCD) pour valorisation d'activité. Il s'agit en réalité de patients gardés dans la partie « accueil » des urgences pour des raisons structurelles (attente prolongée d'examens complémentaires, d'avis spécialisés ou de transfert, absence d'UHCD, dépassement des capacités d'accueil de l'UHCD, patient nécessitant un recours important au plateau technique). L'ensemble des cotations appliquées à un passage en consultation (consultation généraliste, spécialiste, AMI, K, B, Z) ne représentent que 28% du coût réel de passage pour l'établissement. Ces passages ne sont pas pris en compte dans l'activité décrite par le PMSI (Programmation de Médicalisation du Système d'Information) et conduisent la structure hospitalière à perdre des ressources.

Précisons que la fonction première de l'UHCD est l'accueil des patients des deux premiers groupes que nous venons de décrire.

Ce type de service permet de sécuriser la décision médicale et d'optimiser la prise en charge des malades. Leur importance est capitale puisqu'on estime éviter aux USA 4 à 8 millions d'hospitalisations inappropriées (avec une économie financière allant de 6 à 12 milliards de dollars) et en France 50 000 à 1 million d'hospitalisations conventionnelles (13).

Dans le service des urgences de Nantes, il existe une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée d'une capacité de 14 lits dont 2 lits carcéraux. Notons que la DMS dans ce service est actuellement de 2.2 jours, ce qui est supérieur aux recommandations officielles.

2- Le service de MPU (Médecine Polyvalente d'Urgences).

Il s'agit d'un service de lits « indifférenciés » contrairement aux services de spécialité.

Ce service a été créé à Nantes il y a 5 ans. Il compte aujourd'hui 54 lits répartis sur deux sites (l'Hôtel Dieu et l'hôpital René Laennec).

C'est un service d'hospitalisation de court séjour. La Durée Moyenne de Séjour est de six jours et demi sur l'hôtel Dieu et de sept jours sur l'hôpital René Laennec.

Ce service de médecine polyvalente n'est dédié qu'aux patients ayant transité par le service d'accueil des urgences.

➤ *Le patient peut être orienté vers un des services d'hospitalisation conventionnelle spécialisée de courte durée.*

Habituellement, l'hospitalisation se fait au CHU de Nantes où tous les services sont représentés.

Elle peut éventuellement se faire vers une clinique privée.

➤ *Il peut aussi être transféré vers une autre structure d'accueil.*

Il peut s'agir d'un moyen séjour, d'un long séjour, d'une maison de retraite...

3. L'A.E.P. (Appropriateness Evaluation Protocol).

3.1. Historique (14).

L'évaluation de l'utilisation appropriée de l'hôpital aux Etats-Unis remonte au début du XXème siècle avec les travaux de Earnest A. Codman. Cependant les outils d'évaluation proprement dit ne se sont développés aux U.S.A. qu'après la législation de 1965 avec les programmes « Medicare » et « Medicaid » en mandatant des hôpitaux pour développer l'évaluation de l'utilisation de l'hôpital. A cette époque cette dernière passait par des jugements subjectifs d'experts, mais des études montrèrent une mauvaise reproductibilité entre eux. Il était alors évident qu'il fallait une nouvelle approche.

Au début des années 70, l'augmentation des dépenses de santé imputables à la mise en place du programme Medicare incita le congrès à créer le PSROs (Professional Standards Review Organisations). Pour soutenir le PSROs, le Département américain de la Santé, l'Education et l'Aide Sociale fonda deux projets dans le but de développer des méthodes d'évaluation :

- le premier permis de développer le « Sample Criteria for Short Stay Hospital Review ». Environ 300 listes de critères, chacune spécifique d'un diagnostic, furent élaborées. Malheureusement, des études montrèrent qu'elles n'étaient pas utilisables en pratique. Il y avait trop de possibilités d'interprétation (surtout pour un utilisateur non médecin), le choix n'était pas clair quand il y avait plusieurs diagnostics, il n'était pas facile de savoir quelle liste utiliser tant que le diagnostic n'était pas établi, certains patients avaient un diagnostic sans liste s'y référant, les critères devenaient rapidement obsolètes en fonction des pratiques médicales, et enfin ces 300 listes étaient physiquement encombrantes (surtout avant l'arrivée des ordinateurs portables).
- le second projet, « Decision analysis for concurrent review », dirigé par Don Holloway à l'université de Berkeley en Californie, développa une seule liste de critères, indépendants du diagnostic, et applicables à tous les patients. Cette liste, « the medicare levels of care criteria », avait pour but d'aider l'utilisateur à évaluer le niveau de soins requis couverts par le programme Medicare (soins hospitaliers aigus, soins infirmiers, soins à domicile, aucun de ces trois niveaux de soins).

En complément de ces critères, une liste évaluant les causes des journées d'hospitalisation inappropriées (« barriers to appropriate utilization ») a été utilisée pour tenter d'identifier les problèmes susceptibles d'être améliorés.

Malgré un assez bon niveau de reproductibilité là où elle a été utilisée (à San Francisco), la « medicare levels-of-care criteria » ne donnait pas d'informations assez précises sur les soins requis par les patients, surtout lorsqu'il s'agissait d'un niveau de soins hospitalier. Il fallait donc affiner l'outil. Le travail, d'abord entamé par Goldberg et Holloway, a été poursuivi par un groupe de chercheurs, médecins et infirmières, à l'Université de Boston, dirigé par Paul Gertman et Joseph Restuccia. Cette équipe de l'Université de Boston développa l'AEP (Appropriateness Evaluation Protocol).

3.2. Définition.

3.2.1. Description de l'AEP.

L'AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) est un outil d'évaluation de la pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation créé en Amérique du Nord dans le milieu des années 70 par une équipe de Boston dirigée par les docteurs Gertman et Restuccia. Grâce à une liste de critères objectifs et explicites, indépendants du diagnostic, il évalue la pertinence des admissions et journées d'hospitalisation d'un point de vue technique. La première version ne s'applique qu'aux patients adultes hospitalisés dans un service de médecine, chirurgie ou gynécologie. L'obstétrique, la pédiatrie, la psychiatrie et les services de convalescence étant exclus (2). Depuis, différentes versions ont été développées pour l'obstétrique, la pédiatrie et la psychiatrie (15).

Dès lors que l'admission ou la journée d'hospitalisation peut être justifiée par l'un des items, elle est jugée appropriée.

Il y a une bonne concordance entre l'évaluation prospective et rétrospective d'un même dossier ; on peut donc utiliser l'outil de l'une ou l'autre manière (2).

Pour les « admissions à l'hôpital », la première version décrivait 18 critères de jugement : (cf : annexe I)

- 7 critères de soins médico-infirmiers
- 11 critères de sévérité clinique.

La version actuelle en décrit 16 : (cf : annexe II) (15)

- 6 critères d'intensité de soins médico-infirmiers
- 10 critères de sévérité clinique.

En ce qui concerne les « journées d'hospitalisation », la liste initiale comprenait 27 critères (*la liste actuelle en comprend 26*) :

- 18 critères relevant du niveau de soins :
 - 11 critères de soins médicaux.
 - 7 critères de soins infirmiers.
- 9 critères relevant de la sévérité clinique du patient.

Les admissions et chaque journée d'hospitalisation sont évaluées de façon indépendante. Ainsi, une admission jugée inappropriée peut donner lieu par la

suite à des journées d'hospitalisation appropriées. C'est le cas par exemple pour un patient admis pour passer des examens complémentaires ayant pu être réalisés en ambulatoire et qui par la suite, au vu des résultats, nécessite des traitements et soins hospitaliers. Inversement, une admission pertinente ne préjuge pas de la pertinence de chaque journée d'hospitalisation. C'est le cas par exemple lorsqu'il existe des délais entre les journées de traitement ou en attendant la sortie (16).

Néanmoins il existe une corrélation substantielle entre la nécessité d'une admission et la nécessité des journées de soins qui suivent, ainsi qu'entre une journée nécessitant des soins aigus et celles qui suivent.

L'AEP actuel, dans sa version médecine et chirurgie adulte, fournit une liste des raisons, utilisable pour décrire les causes des admissions ou journées d'hospitalisation inappropriées. Cette liste distingue des facteurs internes et externes à l'hôpital (15) (17).

3.2.2. L'override (2).

Dans un souci de favoriser une grande reproductibilité dans la collection des informations par les différents utilisateurs et pour être facile à mémoriser et à manipuler, les listes des critères sont volontairement courtes et donc forcément non exhaustives.

C'est pour cette raison que l'on s'est aperçu d'une différence allant de cinq à dix pour cent d'admissions ou journées d'hospitalisation inappropriées selon que l'on utilise l'AEP ou le jugement d'experts, l'AEP surévaluant le nombre d'admissions ou journées d'hospitalisation inappropriées.

Gertman et Restuccia ont décrit ce phénomène sous le terme d' « override ». L' « override » est donc un champ libre laissé à l'appréciation du médecin qui traite le dossier. C'est lui qui estime si malgré l'absence de critère AEP, l'hospitalisation est pertinente et techniquement justifiée. C'est le cas par exemple pour un sujet ayant des antécédents tels qu'il risque des complications à court terme ou bien lorsqu'un malade contagieux doit être isolé. Si on supprime l'override, on augmente le risque de non-admission pour les patients qui auraient nécessité une hospitalisation. Inversement, il peut considérer une admission ou une journée inappropriée alors qu'il existe un critère AEP. C'est le cas lorsque le critère ne correspond pas à une recommandation de bonne pratique médicale, comme par exemple l'administration intraveineuse d'un antibiotique pour une angine (18).

3.3. L'expérience française de l'AEP.

Pendant de nombreuses années la France montra peu d'intérêt en ce qui concerne l'évaluation de l'utilisation de l'hôpital ou du secteur de la santé en général. Le processus a débuté il y a une quinzaine d'années avec la création de l'Agence Nationale De l'Evaluation Médicale (ANDEM). Les médecins montraient une réticence aux processus d'évaluation qui étaient perçus comme un contrôle administratif de leur activité (19).

Ce n'est qu'à partir du moment où l'AEP a été développé aux USA que les Français ont commencé à s'intéresser à l'évaluation de l'utilisation de l'hôpital, cet outil semblant être bien accepté par les médecins.

Cependant il n'y a pas eu d'incitation nationale de la part du gouvernement pour développer les études, ni par les grandes institutions comme la Sécurité Sociale. C'est donc à l'initiative d'équipes hospitalières locales que furent menées les études (19) (20) (21) (22).

La version française de l'AEP comporte deux parties. Elles consistent à déterminer d'une part le nombre des admissions ou journées d'hospitalisation inappropriées au vu de critères médico-techniques explicites et d'autre part leurs causes ainsi que les groupes à risque.

On distingue les concepts d'admission ou journée d'hospitalisation appropriée au vu de critères techniques et admission ou journée d'hospitalisation non techniquement pertinente mais justifiée à un niveau individuel. C'est le cas si la meilleure solution, à un moment donné, pour un patient donné, est l'hospitalisation, à cause d'un manque de structures de niveau de soins inférieur, la question restant alors de savoir dans quelle mesure l'hôpital doit assurer la prise en charge de malades dont la pathologie relève d'autres institutions.

3.3.1. Evaluation des admissions.

L'outil utilisé est une traduction de la version américaine de l'AEP avec quelques petites modifications qui portent sur (19) :

- pour les critères de sévérité clinique, le degré de la température est un peu plus élevé pour les français, et l'éviscération ne rentre pas dans les critères français.

- pour l'intensité des soins reçus, on retient un monitoring toutes les quatre heures au lieu de toutes les deux heures aux USA, et l'antibiothérapie intramusculaire toutes les huit heures n'est pas considérée comme un critère de pertinence suffisant en France.(cf : annexe 4).

Une étude menée en 1991 a élaboré une liste de raisons expliquant une admission inappropriée. Elle dégagait deux types de causes : celles liées à l'hôpital et celles non liées à l'hôpital (20).

1) Causes liées à l'organisation de l'hôpital.

- Une investigation (examens de radiologie ou de laboratoire) n'ayant pu être obtenue.
- Manque de personnel suffisant ou manque de place pour garder un patient sous observation deux ou trois heures.
- Diagnostic incertain et impossibilité d'obtenir un avis de spécialiste.
- L'équipe n'a pas eu le temps de trouver une meilleure solution que d'admettre le patient à l'hôpital.
- Soins ambulatoires déficients.
- Une admission planifiée aurait été préférable mais difficile à organiser.
- Autres.

2) Causes non liées à l'organisation de l'hôpital.

- Pression du médecin traitant.
- Il était trop tard pour renvoyer le patient chez lui (manque de transports).
- Le patient a besoin d'une structure de long séjour.
- Le patient n'a besoin que de soins infirmiers.
- L'état du patient nécessite un placement en maison de retraite.
- Autres.

Ainsi à chaque fois qu'une admission était considérée inappropriée, l'expert devait cocher une raison sur la liste. Cependant cette liste n'a fait l'objet d'aucune étude évaluant sa validité.

3.3.2. Evaluation des journées d'hospitalisation.

Jusqu'à ce jour les travaux français se sont surtout intéressés à l'évaluation des journées d'hospitalisation. Ainsi une équipe parisienne, après avoir étudié la reproductibilité et la validité de la version française des critères de pertinence des journées d'hospitalisation selon l'AEP (23), s'est ensuite attachée à élaborer une liste des raisons à l'origine d'une journée d'hospitalisation non pertinente et d'évaluer la concordance inter-observateurs de l'utilisation de cette liste. Les résultats ont montré une bonne reproductibilité inter-observateurs de l'ensemble du questionnaire (4).

3.4. L'EU-AEP ou la version européenne de l'AEP.

3.4.1. Aperçu des programmes d'évaluation de l'hôpital dans les différents pays européens (24).

Les expériences sur l'évaluation de l'utilisation de l'hôpital sont différentes entre les pays d'Europe, selon les contextes culturels et les volontés politiques.

L'Autriche n'a débuté ses campagnes d'évaluation que depuis le programme BIOMED et il n'existe encore que peu de publications.

L'Italie a commencé ce type d'études dans les années 80, avec d'abord des jugements implicites puis l'utilisation des critères de la version italienne de l'AEP ou le « PRUO » (Protocollo di Revisione d'Uso dell'Ospedale) (version adaptée de l'US-AEP).

En France, on s'est plus intéressé aux journées d'hospitalisation inappropriés qu'aux admissions inappropriées, avec de grandes disparités entre les différentes régions. En effet, il n'existe pas vraiment de politique nationale d'évaluation. Les études menées l'ont toujours été à l'initiative d'équipes locales.

Au Portugal au contraire, ces campagnes d'évaluation ont été réalisées à l'initiative du Ministère de la Santé. Le projet a débuté au début des années 80, et s'est rapidement étendu.

En Espagne également, le début des années 80 voit naître des études d'évaluation de l'utilisation de l'hôpital, en même temps que l'évaluation de la pertinence des soins ambulatoires. Presque toutes les études sont rétrospectives et utilisent une version adaptée de l'US-AEP (version américaine de l'AEP).

En Suisse, ces méthodes d'évaluation ont été utilisées tardivement vers la fin des années 80 – début 90, en utilisant également une version adaptée de l'AEP.

En ce qui concerne le Royaume-Uni, bien que l'on retrouve dans la littérature des études datant des années 50, les outils actuels ne sont pas utilisés très couramment.

On peut dégager 3 objectifs communs aux études menées dans les différents pays d'Europe :

- une rationalisation du coût des soins
- plus d'efficacité dans le service délivré avec une meilleure rentabilité

- le maintien de l'accessibilité aux soins.

Il y a pour l'instant peu d'études publiées sur l'impact de ces activités.

3.4.2. Objectifs et mise en place d'un projet commun européen (3).

En 1993, sous l'égide du programme européen « BIOMED », s'est développé le projet d'établir une liste commune de critères de pertinence technique des admissions à l'hôpital et des journées d'hospitalisation en s'inspirant des critères décrits dans la version américaine de l'AEP (US-AEP).

Ce projet avait pour but d'une part de comparer les pratiques médicales de différents pays entre eux et d'autre part d'élaborer une liste des raisons des hospitalisations et journées d'hospitalisation non techniquement justifiées pour comprendre la mauvaise utilisation de l'hôpital et trouver des solutions potentielles à travers le système de soins locaux et les réseaux de structures sociales.

7 pays ont participé à ce projet : l'Autriche, la France (19), l'Italie, le Portugal, l'Espagne, la Suisse, et le Royaume Uni.

Dans un premier temps, un groupe de travail s'est réuni à Liverpool pour comparer d'abord entre elles les différentes versions adaptées de l'US-AEP dans chaque pays, puis chacune d'elles avec l'AEP américaine, menant à l'élaboration d'une liste commune européenne (cf : annexe III).

Cette version européenne de l'AEP comprend :

- Pour les critères d'admissions : 15 items.
 - 5 critères de soins médico-infirmiers.
 - 10 critères de sévérité clinique du patient.
- Pour les journées d'hospitalisation appropriée :
 - 10 critères de soins médicaux.
 - 6 critères de soins infirmiers.
 - 8 critères de sévérité clinique du patient.

Dans un deuxième temps, une fois cette liste élaborée, une seconde partie du travail a permis de dresser une liste commune des raisons des admissions et journées d'hospitalisation inappropriées en distinguant deux concepts (cf :annexe V):

- le niveau de soins requis par l'état du patient (évalue la nature des ressources nécessaires).
- l'explication de ce pourquoi le niveau de soins requis n'a pas été utilisé (évalue les possibilités et disponibilités des ressources nécessaires).

Le but de ce travail était d'évaluer les besoins et l'inadéquation entre ces besoins et les ressources disponibles afin de pointer du doigt les carences dans l'organisation du système de santé ou le manque de structure et de les comparer entre les différents pays d'Europe. Cette liste a été validée en 1996 (3).

Il convient de dégager quelques remarques sur l'esprit global de cet outil, l'EU-AEP, par rapport à l'outil original, l'US-AEP.

Il est en effet important de remarquer que la plupart des premières études évaluant l'utilisation de l'hôpital en Europe ont été réalisées sur une base de volontariat de la part des médecins eux-mêmes, contrairement à celles réalisées aux USA. Ces dernières avaient en effet été menées essentiellement sur la base de programmes gouvernementaux ou extra-gouvernementaux, extérieurs à l'hôpital, ayant donc plus un rôle de contrôle.

L'EU-AEP permet d'évaluer le nombre d'admissions à l'hôpital et de journées d'hospitalisation inappropriées sans pour autant porter de jugement sur la décision médicale d'hospitaliser ou non le patient.

Il met en effet en évidence la distinction entre la pertinence technique d'une hospitalisation et le fait qu'elle puisse être justifiée en tenant compte de la situation sociale et environnementale d'un patient donné.

D'autre part, même si c'est parce qu'elle représente une large proportion des dépenses de santé que la dispense de soins hospitaliers a subi un examen minutieux, l'EU-AEP n'a pas sa raison d'être dans une perspective strictement économique. En effet, certains soins alternatifs, extra-hospitaliers, peuvent être aussi coûteux sur le plan financier qu'un soin hospitalier mais préférables pour une prise en charge plus adaptée à la pathologie du patient. D'ailleurs il semble, d'après la littérature, que les études menées n'aient pas eu une grosse répercussion sur la maîtrise des coûts.

3.5. Les autres outils d'évaluation.

Pour évaluer la pertinence de l'utilisation de l'hôpital, d'autres outils, ayant recours à des listes de critères indépendants des diagnostics, ont été développés aux USA à travers les « Professional Standards Review Organisation » (PSRO) et « Peer Review Organisation » (PRO) (24).

3.5.1. Le SMI (Standardised Medreview Instrument).

C'est un outil d'évaluation basé sur l'utilisation de critères objectifs, développé pour mesurer la pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation pour les services de médecine adulte, chirurgie et gynécologie (16).

L'instrument inclut 117 critères d'admission comportant :

- des critères concernant les anomalies biologiques (ex : élévation des phosphatases alcalines).
- des problèmes médicaux (ex : lithiase urinaire).
- signes cliniques (ex : cyanose).
- symptômes (ex : fuite urinaire dans le vagin/ rectum/ colon)

Il existe également 56 critères évaluant les journées de soins. 30 d'entre eux décrivent le niveau de soins délivrés (ex : bilan gazeux artériel quotidien) et 26 se réfèrent à l'état de santé du patient.

Pour qu'une admission soit considérée appropriée, il faut satisfaire :

- au moins un critère de la liste des admissions.
- ou ---
- au moins un critère de la liste des 30 critères de niveau de soins délivrés.

Pour qu'une journée d'hospitalisation donnée soit considérée appropriée, il faut satisfaire :

- au moins un des 26 critères de l'état de santé du patient.
--- et ---
- au moins un critère de niveau de soins délivrés parmi les 30 décrits.

Les critères de niveau de soins relevant de cas chirurgicaux sont différents de ceux relevant de cas médicaux.

3.5.2. L'ISD-A (Intensity Severity Discharge review system with Adult criteria).

C'est un outil élaboré aux USA en 1978 pour évaluer la pertinence des admissions et journées d'hospitalisation pour les services de médecine adulte, chirurgie, obstétrique et gynécologie (25). Contrairement à l'AEP où il existe deux listes séparées, les mêmes critères sont utilisés pour les admissions et les journées d'hospitalisation.

L'ISD comprend 22 listes de critères (16) : une liste de critères généraux applicables à tous les patients (ex : ph sanguin inférieur à 7,30) et le reste appartenant à une spécialité (ex : endocrinologie, appareil urinaire).

Chaque liste contient à la fois des critères de sévérité clinique du patient et de l'intensité des soins médicaux et infirmiers reçus.

Il existe également une liste de critères de sortie utilisés pour déterminer la nécessité ou non de continuer l'hospitalisation et le moment approprié de la sortie.

Pour qu'une admission soit considérée appropriée sur la base de l'ISD, il faut satisfaire :

- au moins un critère de sévérité clinique ou un critère d'intensité de soins au moment de l'admission
--- et ---
- au moins un critère de sévérité et un critère d'intensité de soins dans les 24 heures qui suivent l'admission.

Pour qu'une journée d'hospitalisation soit considérée appropriée, il faut satisfaire au moins un critère d'intensité de soins nécessité par l'état clinique du patient.

Dès que les critères de sévérité clinique/ intensité de soins ne sont plus satisfaits, la grille de sortie est appliquée. Si un critère de cette liste est rempli, la poursuite des soins à l'hôpital n'est pas considérée appropriée.

L'ISD-A, comme le SMI ou l'AEP, laisse un champ libre (« override ») à l'utilisateur qui peut élargir le jugement dans les cas extrêmes où il pense que l'outil n'est pas assez précis.

3.5.3. Le MCAP (Managed Care Appropriateness Protocol).

C'est aussi un outil d'évaluation destiné à évaluer la pertinence de l'utilisation de l'hôpital. Il a été développé à la fin des années 80 sous la direction des Docteurs Restuccia et Lillian Tarr (14).

La liste initiale des critères du MCAP était basée sur les critères généraux de l'AEP. Cependant, le MCAP est plus explicite que l'AEP. Son domaine d'application s'étend aussi à l'obstétrique et à la psychiatrie. L'outil est révisé annuellement pour s'adapter aux modifications des pratiques médicales.

De la même façon que l'AEP il suffit de satisfaire à un seul critère pour que l'admission ou la journée d'hospitalisation soit considérée appropriée.

Cet outil identifie un plus haut niveau d'hospitalisation évitable que l'AEP ou l'ISD. Une étude dans le Massachusetts utilisant la version de 1989, analysant 375 admissions et 411 journées d'hospitalisation, retrouve le double d'admissions et un tiers de plus de journées d'hospitalisations inappropriées qu'avec l'AEP ou l'ISD. Certaines versions montrent un niveau encore plus élevé de mauvaise utilisation de l'hôpital (14).

3.5.4. Le Delay Tool.

Cet outil évalue les journées d'hospitalisation inappropriées en les rattachant à une liste de causes responsables de ces délais médicalement inutiles. D'abord élaboré pour les services de médecine adulte, il semble être applicable à tous les services (26).

Les délais qui prolongent inutilement les séjours sont classés par l'outil en 9 catégories principales, subdivisées en 166 sous catégories.

- 1- Délais liés au planning des examens (impossibilité d'obtenir un examen en temps voulu).
- 2- Délais d'attente des résultats d'examens.
- 3- Délais liés à la chirurgie (lorsque l'acte chirurgical ne peut être programmé dès l'admission du patient pour des raisons de calendrier).
- 4- Délais de consultation (non effectuée dans un délai standard ou spécialiste non disponible un week-end).
- 5- Délais liés au patient (le patient est indécis pour accepter ou non une thérapie, ou la famille est indisponible pour une décision à prendre avec son accord).
- 6- Délais liés au médecin responsable (une décision médicale est retardée par l'impossibilité de discuter du cas avec l'équipe entière).
- 7- Délais liés à l'enseignement ou la recherche (un cas intéressant est gardé à l'hôpital dans un but pédagogique ou un patient attend un protocole de recherche pour débiter le traitement).
- 8- Délais liés au planning de sortie ou liés à la programmation de mise en place de soins à l'extérieur de l'hôpital (la décision de sortie est prise tard dans la journée ou le patient reste à l'hôpital en raison d'une difficulté de mise en place d'un service à domicile).
- 9- Délais liés à la recherche d'un placement plus approprié (changement de service au sein de l'hôpital ou recherche d'un placement de niveau de soins inférieur dans une autre structure, par exemple maison de convalescence).

L'outil ne peut être utilisé qu'à partir d'au moins une journée d'hospitalisation.

Toutes les journées du séjour sont évaluées. Si un délai ne retarde pas le début des soins, et que le patient aurait dû rester à l'hôpital de toute façon, alors il n'est pas pris en compte par le Delay Tool. Par exemple un patient doit subir une intervention chirurgicale trois jours après son hospitalisation en raison d'un

calendrier surchargé au bloc opératoire, mais il est soigné de toute façon pendant ces trois jours pour une pneumopathie.

L'outil est facile et rapide d'utilisation (environ 6mn par patient à raison de 40 secondes par journée de séjour). Une étude menée à Boston dans le Massachusetts retrouve 17% de délais inutiles sur la totalité d'une hospitalisation (26), ce pourcentage d'utilisation inappropriée de l'hôpital est assez proche des résultats obtenus avec l'AEP par Gertman et Restuccia.

A noter que cet outil peut éventuellement être utilisé en association avec L'AEP. C'est le cas par exemple d'une étude menée en Suisse entre novembre 1994 et février 1995 où l'incidence des admissions et journées d'hospitalisation inappropriées étaient évaluée grâce à l'AEP puis, dans un deuxième temps, les journées jugées inappropriées étaient revues avec le Delay Tool afin d'en connaître les raisons (27).

3.5.5. Le « Oxford Bed Study Instrument »

C'est un outil d'évaluation élaboré par une équipe de l'hôpital John Radcliffe à Oxford. Il est inspiré du protocole d'évaluation de l'équipe de Boston (l'AEP) et a également pour objectif d'évaluer l'utilisation pertinente de la structure hospitalière. Il est destiné à être utilisé par les médecins et infirmières. Les études ont montrer un haut niveau de validité et reproductibilité (28).

Il existe 9 critères concernant les soins médicaux, infirmiers ou de nursing requis par le patient :

- 1- Menace vitale nécessitant un traitement ou une surveillance, incluant une perturbation hématologique aiguë.
- 2- Traitement invasif ou investigation ce jour.
- 3- Nécessité d'une surveillance par un médecin ou une infirmière au moins 2 fois par jour.
- 4- Patient sous ventilation.
- 5- Patient sous traitement parentéral.
- 6- Soins de plaie chirurgicale ou de drainage.
- 7- Surveillance continue de signes vitaux ; inclut le monitoring cardiaque.

8- Traitement invasif ou investigation nécessitant une évaluation préopératoire.

9- Autre.

Cet instrument a été utilisé au Royaume Uni pour identifier aussi bien les admissions que les journées d'hospitalisation non appropriées et tenter de comprendre les causes de l'engorgement des structures hospitalières (24) (29).

3.6. Etude de la validité et de la reproductibilité de l'AEP.

3.6.1. Définitions.

3.6.1.1. Reproductibilité.

La reproductibilité de l'outil correspond à la concordance des résultats obtenus par deux examinateurs différents utilisant le même outil d'évaluation.

3.6.1.2. Validité.

La validité de l'AEP correspond à la concordance des résultats obtenus entre un utilisateur de l'outil et un jury d'experts (groupe de médecins) donnant leur avis subjectif.

3.6.2. Résultats.

La plupart des études menées utilisent le coefficient kappa de Cohen qui tient compte du facteur chance susceptible de fausser les résultats.

Selon les repères de Landis et Koch (30), un coefficient kappa compris :

- entre 0,41 et 0,60 correspond à une reproductibilité ou une validité modérée ;
- entre 0,61 et 0,80 bonne à très bonne ;
- entre 0,81 et 1 presque parfaite.

Aux USA les évaluations ont montré une reproductibilité et validité de l'AEP bonne à très bonne (18) (2).

Les résultats sont à peu près équivalents à ceux retrouvés avec d'autres outils d'évaluation comme l'ISD (16), le MCAP (14), le Delay Tool (26). Il est par contre très supérieur au SMI (16) qui n'est d'ailleurs pas utilisé.

On retrouve des résultats identiques ou même supérieurs avec des études évaluant des versions adaptées de l'AEP américaine en Turquie (30) ou en Israël (31).

En Europe, on note également de bons niveaux de reproductibilité et validité dans les pays pris individuellement (17) (20) (23) (27) (32) (33) mais également une bonne reproductibilité entre les pays. En effet, une étude réunissant 6 des 7 pays ayant participé au programme BIOMED (le Portugal était exclu) a montré une concordance substantielle entre les jugements des 6 examinateurs. Chaque pays était représenté par un examinateur et devait évaluer les mêmes dossiers médicaux. On retrouvait un coefficient kappa à 0,64 pour les admissions et 0,59 pour les journées d'hospitalisation. Si l'on excluait l'examinateur autrichien qui était le moins familiarisé à l'outil, les résultats étaient même portés à kappa = 0,70 pour les admissions et 0,69 pour les journées d'hospitalisation (34).

3.7. Récapitulatif des qualités de l'AEP comme outil d'évaluation de la pertinence des hospitalisations.

Tout d'abord, l'AEP est un outil d'évaluation standardisé, utilisant des critères objectifs et explicites, indépendants du diagnostic (donc non compromis par des erreurs ou des différences d'opinion dans la codification des diagnostics (15)).

Il est considéré comme étant l'un de ceux ayant les meilleurs niveaux de reproductibilité entre différents utilisateurs (cf. chapitre précédent).

Il a également été validé dans de nombreuses études et en l'occurrence dans sa version française (20).

Il a été largement utilisé aux USA mais aussi à travers le monde en Australie (35), en Europe, en Turquie (36) (30), en Israël (31)...

Il peut s'appliquer aussi bien de façon prospective que rétrospective (2).

Enfin, il est connu pour être rapide et facile d'utilisation pour des utilisateurs un minimum entraînés. Un rapport hollandais a montré qu'après un entraînement, les évaluateurs avaient besoin de 23 secondes en moyenne pour évaluer une journée d'hospitalisation en utilisant la version hollandaise de l'AEP (17) ; une étude australienne évalue à une à deux minutes le temps nécessaire pour évaluer de façon rétrospective la pertinence d'une admission à l'hôpital (35).

ETUDE

4. Etude.

4.1. Objectifs.

Devant l'accroissement de la population se présentant aux urgences et les problèmes de saturation des lits d'aval, nous avons voulu faire un état des lieux et comprendre la démarche du médecin urgentiste dans sa prise de décision d'hospitaliser ou non un malade en tenant compte des contraintes auxquelles il est confronté.

La base de notre réflexion était de chercher à évaluer la part de responsabilité des médecins des urgences dans les hospitalisations inappropriées afin de savoir si les problèmes de dysfonctionnement de la structure hospitalière pouvaient être ou non en partie corrigés par l'amélioration de la qualité de leur travail et de l'utilisation qu'ils font des lits d'aval.

En s'inspirant des études sur l'évaluation de l'hôpital menées en Amérique du Nord puis par différents pays en Europe et en France, nous avons cherché à :

- Connaître le nombre d'hospitalisations à partir du SAU, jugées inappropriées au vu de critères techniques, afin d'en comparer les chiffres à ceux enregistrés dans la littérature.
- Identifier les groupes à risque d'admissions inappropriées.
- Définir les causes d'admissions techniquement inappropriées mais néanmoins justifiées en évaluant 3 niveaux de besoins (médical, paramédical et social).
- Connaître les circonstances des hospitalisations inappropriées en définissant 3 niveaux de dysfonctionnements :
 - Propres au service (pertinence du diagnostic...).
 - Internes à l'hôpital (attente d'un examen complémentaire, d'un avis de spécialiste, refus de la part d'un service d'hospitaliser un malade alors qu'il existe des lits disponibles, pas de place disponible dans le service souhaité...).
 - Relevant de la structure globale de soins (difficultés de placement ou d'organisation d'aides à domicile, manque de structures disponibles...).

4.2. Matériel et méthode.

4.2.1. Matériel.

Il s'agit d'une étude prospective portant sur 586 dossiers analysés parmi les 1285 entrées du secteur médecine adulte du SAU du CHU de Nantes entre le 21 janvier et le 4 février 2002.

La pédiatrie, la traumatologie et la psychiatrie sont exclues ainsi que les patients transférés d'un autre hôpital.

Notre travail a été basé sur l'élaboration puis le recueil de données du questionnaire suivant (*page 37 à 38*) :

ETUDE DE LA PERTINENCE DES HOSPITALISATIONS A PARTIR DU SAU

Thèse de Valérie PONTOIZEAU/Dr D. YATIM (26662)

étiquette sigma

I. Renseignements concernant le patient

Motif d'admission (en clair et précisément)

Adressé par : Médecin traitant Médecin de garde SAMU
Pompiers Famille/seul Autre hôpital

Conditions de vie : vit en famille vit seul
institution non médicalisée institution médicalisée
SDF Foyer d'accueil Milieu carcéral

Condition sociale : Couverture sociale Pas de couverture sociale

Profession : En activité professionnelle Chômage ou recherche d'emploi
En cours d'étude Sans activité professionnelle Retraité(e)

II. Critères d'hospitalisation (si un des critères est coché, ne pas remplir les propositions du paragraphe B)

A. hospitalisations répondant aux critères A.E.P. (Appropriateness Evaluation Protocol)

<u>Critères de sévérité clinique :</u>	<u>Critères relevant des soins délivrés.</u>
<input type="checkbox"/> Coma, inconscience ou désorientation d'installation récente.	<input type="checkbox"/> Traitement intraveineux continu ou remplissage (n'inclut pas le traitement entéral).
<input type="checkbox"/> Pouls <50/min ou > 140/min.	<input type="checkbox"/> Chirurgie ou autres actes médicaux prévus dans les 24 heures nécessitant soit une anesthésie générale ou régionale ; soit l'utilisation de matériel , des services uniquement disponibles dans un hôpital.
<input type="checkbox"/> TA systolique < 90 mmHg ou > 200 mmHg , TA diastolique < 60 mmHG ou > 120 mmHG	<input type="checkbox"/> Surveillance des signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, scope, surveillance neurologique) au moins une fois toutes les 4 heures.
<input type="checkbox"/> Cécité ou surdité brutale.	<input type="checkbox"/> Prescription d'un traitement nécessitant une surveillance continue ou faisant craindre une réaction allergique ou hémorragique.
<input type="checkbox"/> Perte brutale de la motricité d'une partie du corps.	<input type="checkbox"/> Traitement dans une unité de soins intensifs.
<input type="checkbox"/> Fièvre persistante > 38°5 sous le bras ou 39° rectale depuis plus de 5 jours.	<input type="checkbox"/> Utilisation de façon intermittente ou continue d'une assistance respiratoire au moins une fois toutes les 8 heures.(Comprend l'oxygénothérapie au masque)
<input type="checkbox"/> Syndrome hémorragique.	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 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"/> Ischémie aiguë à l'ECG.	

B. Hospitalisation ne répondant pas aux critères de l'A.E.P.

Les hospitalisations techniquement justifiées mais hors critères A.E.P. (« override »)

- Malgré l'absence d'un des critères ci dessus mentionnés, le médecin juge l'hospitalisation techniquement pertinente par exemple : situation clinique instable, risque de complications graves, d'évolution péjorative...

Détail :

Les hospitalisations non techniquement justifiées

- *en rapport avec un besoin de soins médicaux :*

- attente d'un avis spécialisé non obtenu aux urgences : lequel ?
- attente d'investigations , d'examens complémentaires non obtenus aux urgences : Détail :
- surveillance thérapeutique (=impossible à domicile)
- autre :

- *en rapport avec un besoin de soins paramédicaux :*

- soutien psychologique
- réadaptation fonctionnelle- soins de suite : Justifiée par la pathologie
 Justifiée par l'isolement social ou intellectuel
- éducation thérapeutique, promotion de la santé (diabète...)
- autre :

- *motif à caractère social*

- hébergement : Hôtellerie.
 - Maintien à domicile impossible avec absence de solution recherchée.
 - Maintien à domicile impossible avec inscriptions dans des institutions faites mais sans place actuellement.
- risque de non observance des traitements.
- autre.

III Devenir du patient

A. Quel est le diagnostic à la sortie des urgences ?

B. L'hospitalisation aurait-elle pu être programmée ?

C. Dans quelle structure souhaiteriez-vous orienter votre patient ?

- à l'hôpital (précisez le service)
- dans une structure d'hébergement : médicalisée
 non médicalisée
- Retour à domicile : sans aide
 - aide avec soin léger(habillage, ménage, portage repas...
 - aide avec soins lourds (Hospitalisation à domicile)

D. Orientation à la sortie des urgences : Service : Autre :

S'il n'est pas orienté vers le lieu le mieux adapté selon vous, pourquoi ?

- A l'hôpital : Absence de place disponible dans le service le mieux adapté au patient.
 Refus de prise en charge alors que place disponible. Motif :
- Moyen séjour, convalescence, domicile : parce que la structure adéquate n'existe pas
 ou n'est pas disponible
- Parce qu'il existe une pression de la part du médecin généraliste ou de la famille du patient.
- Autres :

E. Commentaires généraux

La première partie du questionnaire s'intéresse aux données administratives des patients (âge, sexe, statut social...), permettant d'identifier les groupes à risque.

La deuxième partie du questionnaire est en réalité la version française de l'US-AEP. Cette partie permet d'évaluer le nombre d'admissions techniquement justifiées. Seule la partie de l'AEP concernant la pertinence des « admissions » figure dans notre questionnaire ; l'évaluation de la pertinence des « journées d'hospitalisation » ne faisant pas l'objet de notre étude.

La troisième partie du questionnaire concerne les patients hospitalisés sans avoir rempli l'un des critères AEP (hospitalisations non techniquement pertinentes).

Elle permet d'abord d'en connaître l'incidence.

Elle permet également et surtout de savoir si malgré l'absence de critère technique, l'hospitalisation est néanmoins justifiée compte-tenu des circonstances pour un individu donné, en tenant compte de son environnement et de sa situation particulière.

Elle indique le type de soins dont relève le malade en dégageant 3 niveaux de besoins (soins médicaux, paramédicaux ou à caractère social).

Enfin, la dernière partie du questionnaire permet d'identifier les circonstances dans lesquelles le médecin urgentiste décide d'hospitaliser le malade en dégageant des informations sur :

- sa pertinence diagnostique
- les contraintes extérieures en terme de disponibilité ou non des structures d'aval et des alternatives à l'hospitalisation
- les pressions extérieures (médecin ou famille...).

Cette partie renseigne également sur le degré de satisfaction du médecin des urgences (a-t-il « géré » son patient comme il le souhaitait ou au contraire a-t-il subi de telles contraintes qu'il n'a pu orienter le malade vers la structure la mieux adaptée ?)

4.2.2. Méthode.

Chaque dossier de patients se présentant à l'accueil du service des urgences de l'Hôtel Dieu de Nantes et orientés vers le secteur de médecine adulte comportait un questionnaire.

La première partie du questionnaire, interrogeant sur des informations d'ordre administratif, pouvait être remplie aussi bien par l'infirmière d'accueil que par le médecin responsable du dossier.

Le reste du questionnaire, en revanche, ne devait être rempli que par le médecin senior s'étant occupé du malade et ayant pris la décision finale d'hospitaliser ou non le patient.

Les médecins concernés étaient représentés par tous les médecins des urgences et ceux prenant des gardes dans ce service. Ils avaient reçu des informations sur les objectifs de cette étude lors d'un staff du service en ce qui concerne les médecins en poste aux urgences et par mails pour les autres. Ils avaient également reçu une courte formation sur l'utilisation de L'AEP et en particulier les possibilités d' « override ».

Les questionnaires des patients pour qui l'on avait décidé un retour à domicile devaient également être remplis.

Pour les patients hospitalisés, les transferts vers un service de psychiatrie étaient exclus.

Lorsque l'état de santé du patient satisfaisait à au moins un des critères de la liste de l'AEP, ou bien justifiait l'utilisation de l'« override », le médecin ne devait pas remplir les critères du paragraphe « B » du questionnaire mais passer d'emblée à la fin du questionnaire sur le « devenir du patient ».

Inversement, si aucun critère AEP n'était rempli, ni l'« override » utilisé, signifiant que l'hospitalisation n'était pas techniquement pertinente, alors le médecin devait préciser au niveau du paragraphe « B » le type de soin requis par le patient pouvant justifier son admission à l'hôpital. Dans ce cas, bien entendu, le reste du questionnaire à propos du « devenir du patient » devait également être renseigné.

Pour connaître la pertinence du diagnostic réalisé au SAU, nous avons comparé le diagnostic porté à la sortie des urgences à celui porté à la sortie du service où le patient était hospitalisé grâce aux données informatiques (section RUM (Résumé d'Unité Médicale) dans CLINICOM).

Le recueil de données et l'analyse des résultats ont ensuite été traités sous Access, Epi Info et présentés sous Word.

PRESENTATION DES RESULTATS

5. Présentation des résultats.

5.1. Présentation générale.

Cette première partie consiste à présenter une vision globale de notre étude dont les critères étudiés seront repris plus en détail suivant le plan du questionnaire (page 37 à 38).

Sur les **1285 entrées** dans l'unité de médecine adulte du SAU entre le 21 janvier et le 4 février 2002, **585 hospitalisations** (45,5% des entrées) et **700 retours à domicile** (54,5% des entrées) ont été enregistrés.

586 questionnaires, soit un peu moins de la moitié, ont été remplis. Ils se répartissent en :

- Hospitalisations : **179** patients (30,5% des questionnaires remplis).
- Retours à domicile : **407** patients (69,5% des questionnaires remplis).

Sur les 179 dossiers de patients hospitalisés, **171** dossiers ont pu être exploités après exclusion de 8 dossiers de patients hospitalisés en psychiatrie.

5.1.1. Population.

5.1.1.1. Les patients hospitalisés.

On a pu recenser 51,46% d'hommes (n = 88) et 48,54% de femmes (n = 83).

La moyenne d'âge se situe à 67,78 ans (+/- 19,44),

65,51 ans (+/- 19,44) pour les hommes

et 70,31 ans (+/- 21,03) pour les femmes.

5.1.1.2. Les patients non hospitalisés.

On a pu recenser 50,12% d'hommes (n= 201) et 49,88% de femmes (n= 200).

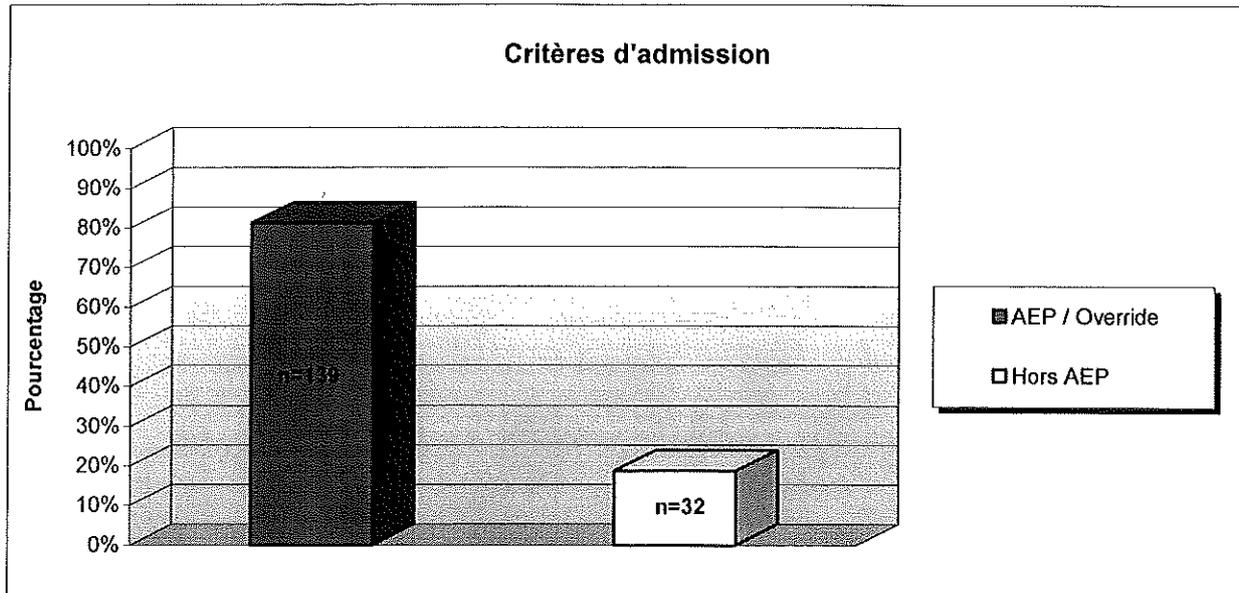
Il y a 6 données manquantes.

La moyenne d'âge est de 45,8 ans.

La différence d'âge, plus élevé chez les patients hospitalisés, est statistiquement significative ($p < 0,05$).

5.1.2. Répartition de la population en fonction des critères d'admission.

81,29% (n = 139) des patients hospitalisés à partir du service des urgences satisfont à au moins un critère de la liste de l'AEP (ou entrent dans l' « override »). La moyenne d'âge se situant à 67,26 ans (+/- 21,15).



18.71% (n = 32) des patients sont en revanche admis pour d'autres raisons (admissions considérées comme inappropriées au vu des critères de l'AEP). La moyenne d'âge se situe à 70,16 ans (+/- 15,8).

5.2. Renseignements concernant le patient.

5.2.1. Les motifs d'admission aux urgences.

Cette partie du questionnaire comporte 62% (n=106) de données manquantes.

La dyspnée est le motif de recours le plus fréquent (**11.70%** (n=20)), devant la douleur thoracique (5.26% (n=9)), l'accident vasculaire cérébral (4.09% (n=7)), le maintien à domicile difficile (2.92%(n=5)), la fièvre (2,92% (n=5)), les IMV (2,34% (n=4)) et les convulsions (2,34% (n=4)).

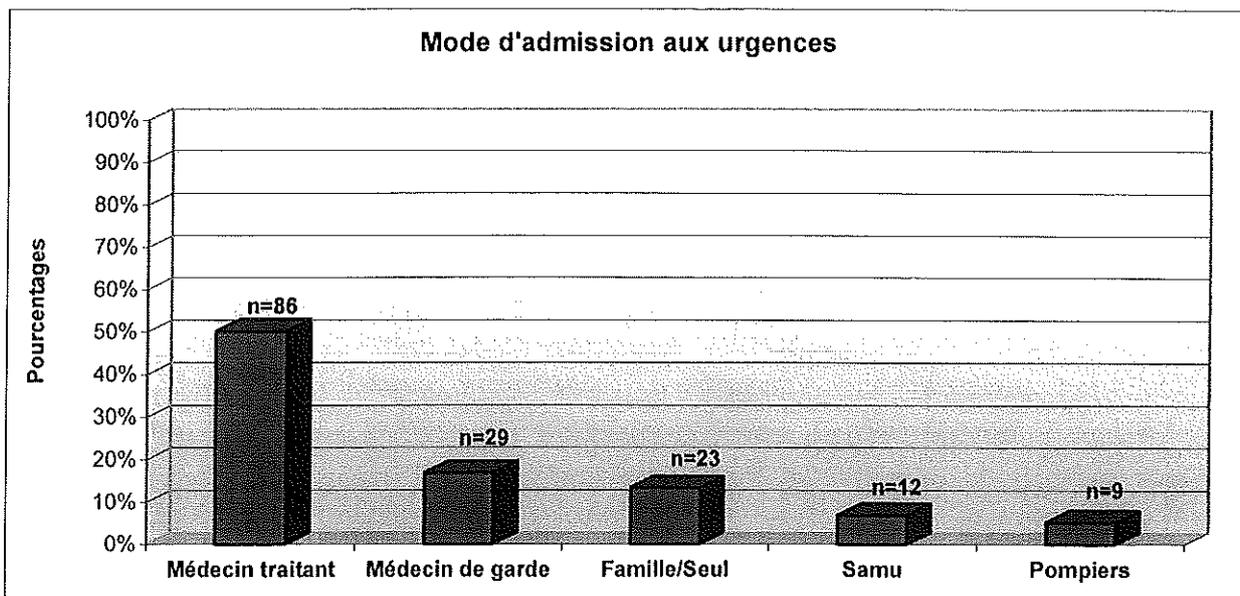
5.2.2. Mode d'admission aux urgences.

Parmi les patients qui vont être hospitalisés, la plupart (**50,29 %** (n = 86)) sont adressés par un médecin traitant.

Pour les autres :

- 16,96 % (n = 29) sont adressés par un médecin de garde,
- 13,45 % (n = 23) par leur famille ou de leur propre initiative,
- 7,01% (n = 12) par le SAMU,
- 5,26% (n = 9) par les pompiers.

Il y a 5,84% (n = 10) de données manquantes.



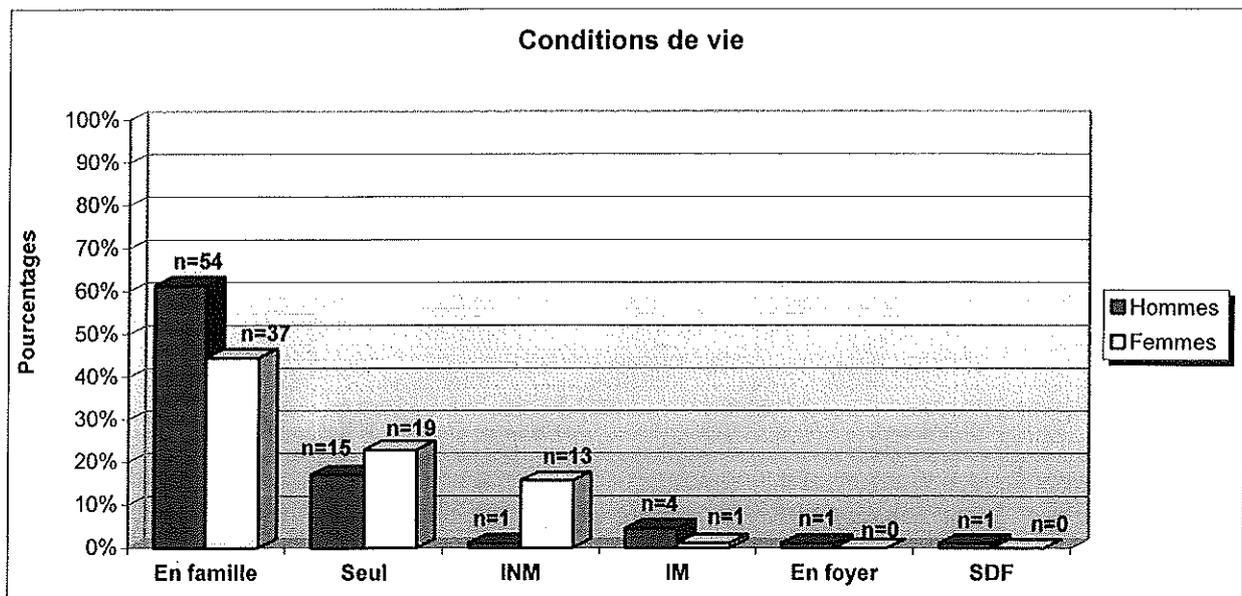
5.2.3. Conditions de vie.

Parmi les patients hospitalisés, la plupart (**53,21%** (n = 91)) vivent en famille.

Pour les autres :

- 19,88% (n = 34) vivent seuls,
- 8,18% (n = 14) en institution non médicalisée (INM),
- 2,92% (n = 5) en institution médicalisée (IM),
- 0,58% (n = 1) en foyer d'accueil,
- 0,58% (n = 1) SDF,
- aucun en milieu carcéral.

Il y a 14,62% (n = 25) de données manquantes.



On remarque que les hommes de notre étude vivent plus souvent en famille (54 hommes pour 37 femmes) contrairement aux femmes qui vivent plus souvent seules (19 femmes pour 15 hommes).

On note également la présence plus importante d'hommes en IM (Institut Médicalisé) (4 hommes pour une femme) et, inversement plus de femmes en INM (Institut Non Médicalisé) (13 femmes pour un homme).

5.2.4. Couverture sociale.

Aucun questionnaire n'a mentionné de patient sans couverture sociale.

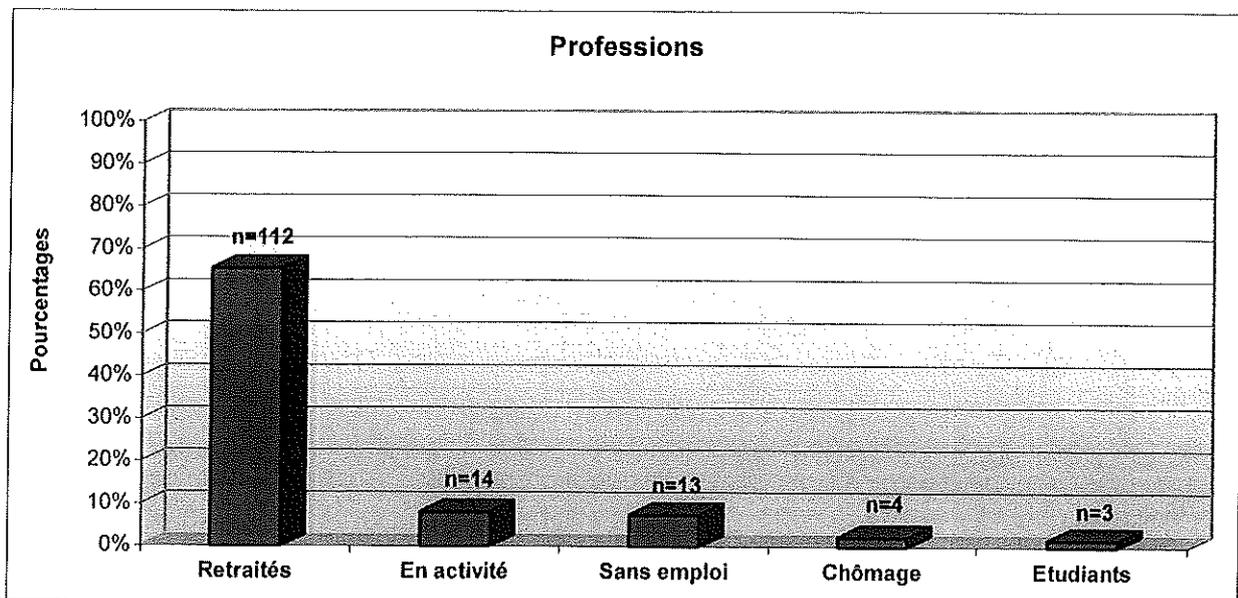
5.2.5. Profession.

La plupart des patients hospitalisés (**65,49%** (n = 112)) sont retraités.

Pour les autres :

- 8,18% (n = 14) sont en activité,
- 7,6% (n = 13) sont sans emploi,
- 2,34%(n = 4) sont au chômage ou en recherche d'emploi,
- 1,75% (n = 3) sont étudiants.

Il y a 14,62% (n = 25) de données manquantes.



5.3. Critères d'hospitalisation.

5.3.1. Patients hospitalisés avec critères AEP.

81,29% (n=139) des patients entrent dans les critères AEP ou « override » .

Parmi eux :

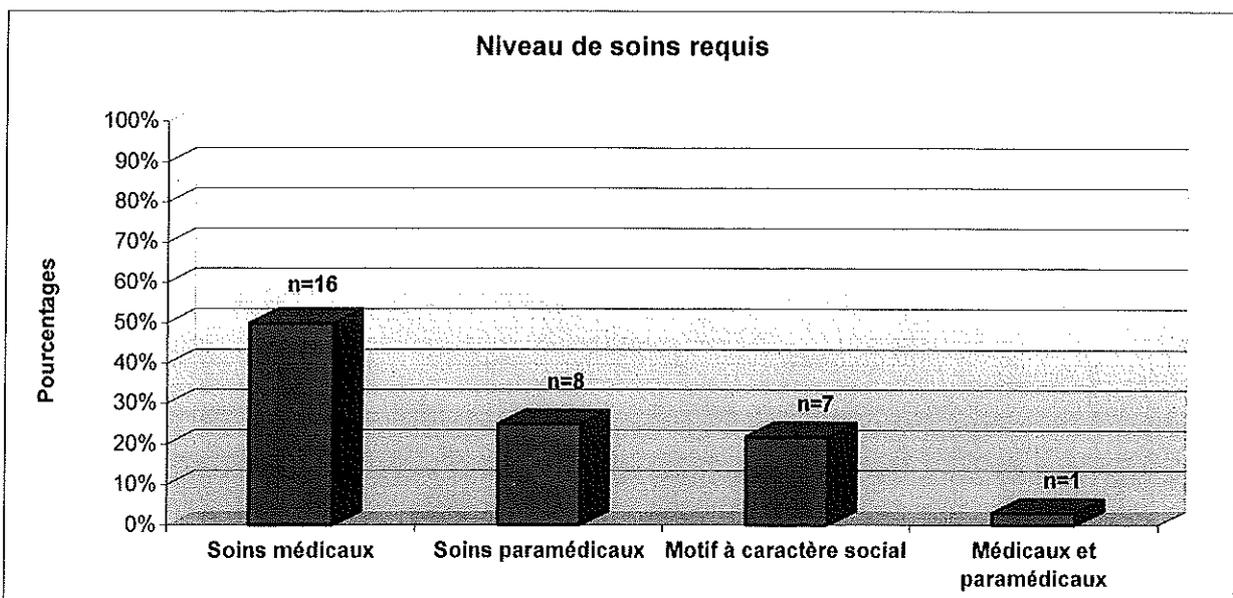
- 33,81% (n=47) ont à la fois des critères de sévérité clinique et des critères relevant des soins délivrés,
- 22,30% (n=31) n'ont que des critères de sévérité clinique,
- 33,81% (n=47) n'ont que des critères relevant du soin délivré,
- 10% (n=14) ont été jugés pertinents par « override ».

5.3.2. Hospitalisations justifiées mais non techniquement pertinentes au vu des critères AEP.

La plupart (50% (n=16)) nécessitent des soins médicaux.

Pour les autres :

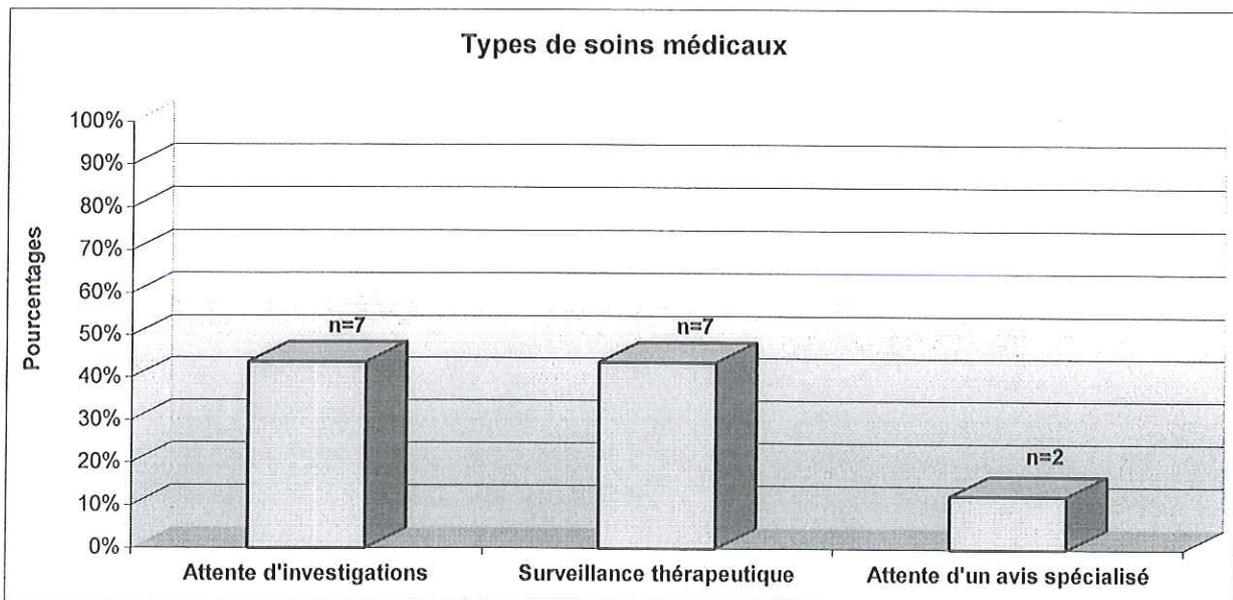
- 25% (n=8) présentent un besoin en soins paramédicaux,
- 21,88% (n=7) un motif à caractère social,
- 3,12% (n=1) à la fois un besoin de soins médicaux et de soins paramédicaux.



5.3.2.1. Hospitalisations en rapport avec un besoin de soins médicaux.

Parmi les hospitalisations non techniquement pertinentes mais en rapport avec un besoin de soins médicaux :

- 43,75% (n=7) des patients sont en attente d'un examen complémentaire et ont donc recours au plateau technique (2 scintigraphies pulmonaires ; 2 échographies doppler des membres inférieurs ; 1 fibroscopie gastrique ; 1 scanner cérébral ; 1 biopsie de ganglions ; 1 myélogramme).
- 43,75% (n=7) nécessitent une surveillance thérapeutique impossible à domicile.
- 12,5% (n=2) sont admis dans l'attente d'un avis de spécialiste.



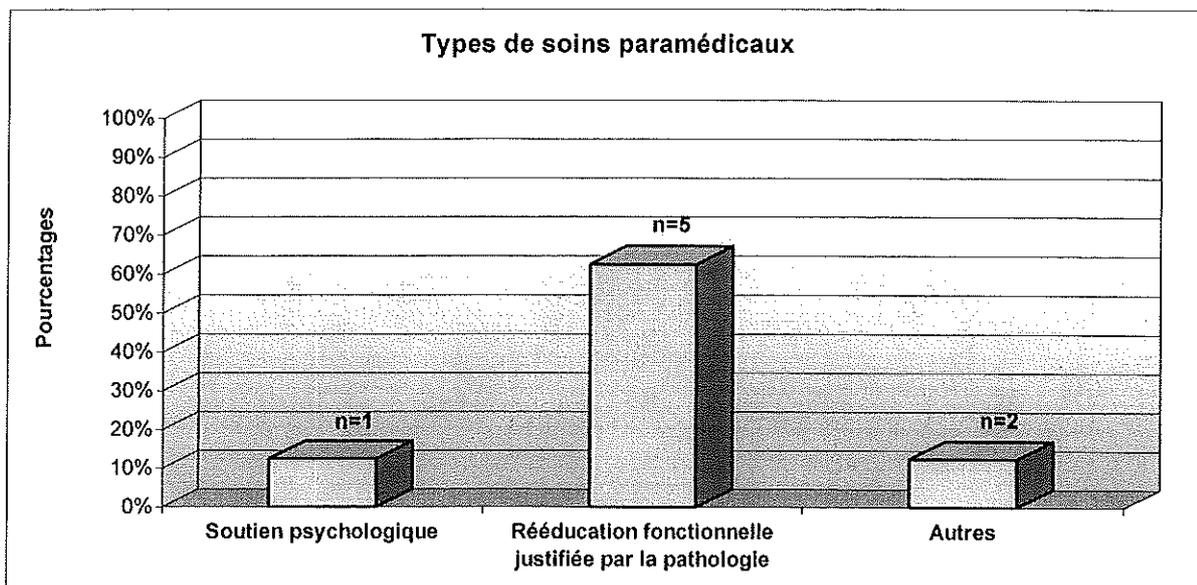
5.3.2.2. Hospitalisations en rapport avec un besoin de soins paramédicaux.

Parmi les patients dont l'hospitalisation est en rapport avec un besoin de soins paramédicaux, la plupart, **62,5%** (n=5), ont besoin d'une rééducation fonctionnelle justifiée par la pathologie.

Un patient est admis pour soutien psychologique.

Aucun patient n'a été admis pour éducation thérapeutique ni pour rééducation fonctionnelle justifiée par l'isolement social ou intellectuel.

25% (n=2) ont été cochés « autre » mais sans précision.



5.3.2.3. Les hospitalisations pour motif à caractère social.

Parmi les 7 patients admis pour motif à caractère social, **tous** ont besoin d'être hospitalisés pour hébergement :

- 3 d'entre eux pour maintien à domicile impossible avec absence de solution recherchée. Leur moyenne d'âge est de 74 ans et ils vivent seuls ;

- 3 autres pour maintien à domicile impossible avec inscriptions en structures d'hébergement faites mais sans résultat. Leur moyenne d'âge est de 80 ans et ils vivent en famille ;

- 1 seul pour hôtellerie (un homme de 57 ans vivant dans un logement insalubre).

Aucun n'a été admis pour risque de non-observance des traitements.

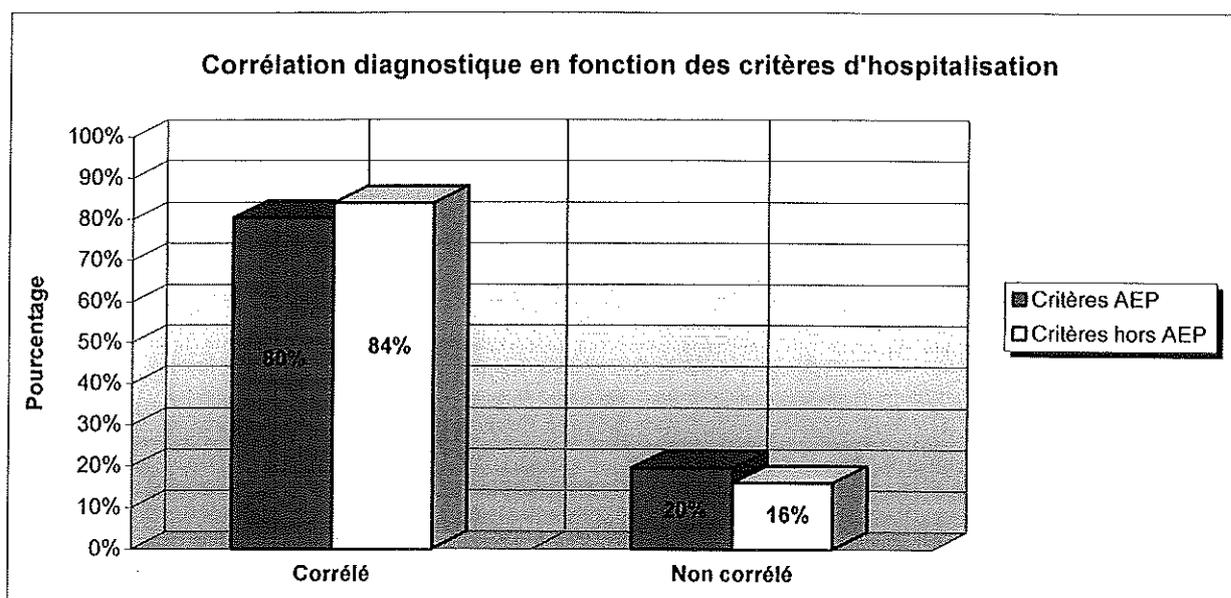
5.4. Pertinence diagnostique

81,3% (n=122) des diagnostics portés lors de la sortie du service des urgences sont corrélés à ceux retenus lors de la sortie de l'hôpital.

Les résultats ont été obtenus grâce aux RUM (Résumé d'Unités Médicales) du programme Clinicom.

Il y a 12,28% (n=21) de données manquantes.

Si on détaille la pertinence diagnostique en fonction des critères d'hospitalisation, on constate un taux de corrélation diagnostique de 80,4% pour les patients présentant des critères AEP et de 84% pour les patients ne présentant pas de critère AEP.



La différence entre les taux de corrélation diagnostique pour les patients avec ou sans critères AEP n'est pas statistiquement significative.

5.5. Devenir du patient.

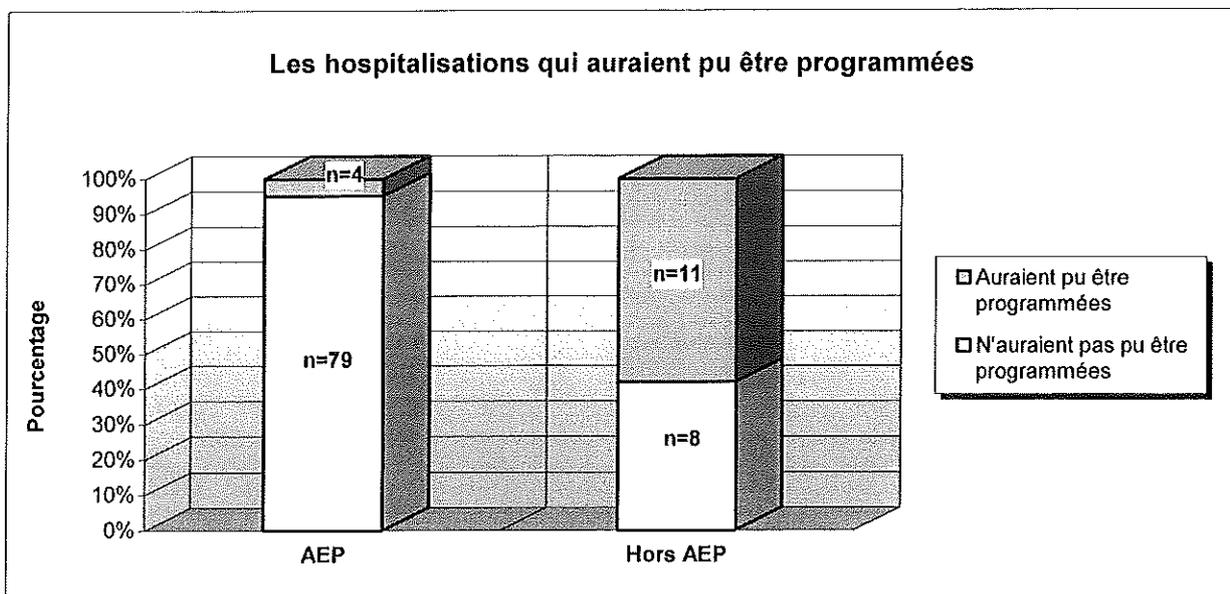
5.5.1. Les hospitalisations qui auraient pu être programmées.

14,70% (n=15) des dossiers ont répondu que l'hospitalisation aurait pu être programmée. Il y a 40,35% (n=69) de données manquantes.

Cependant, ces hospitalisations qui auraient pu être programmées ne sont pas réparties de façon homogène et sont très largement représentées par les patients hospitalisés sans critère AEP.

En effet, 57,89% (n=11) de ces patients sans critère AEP auraient pu bénéficier d'une hospitalisation programmée. Parmi ces 11 patients, 3 font partie des 7 dossiers dont l'hospitalisation est justifiée par un motif à caractère social.

En revanche, parmi les 83 hospitalisations répondant à au moins un critère de l'AEP, seulement 4 (4,82%) ont été considérées comme ayant pu être programmées.



5.5.2. Les structures vers lesquelles le médecin urgentiste souhaite orienter ses patients.

Dans **93,29%** (n=139) des cas, il est souhaitable pour le patient qu'il soit admis dans un des services de la structure hospitalière.

Pour 3,36% (n=5), on préférerait une place en structure d'hébergement médicalisée et pour 3,36% (n=5) une place en structure d'hébergement non médicalisée.

Aucun retour à domicile n'est envisagé parmi les patients hospitalisés.

Il y a 12,87% (n=22) de données manquantes.

5.5.2.1. Structure souhaitée en fonction des critères d'admission.

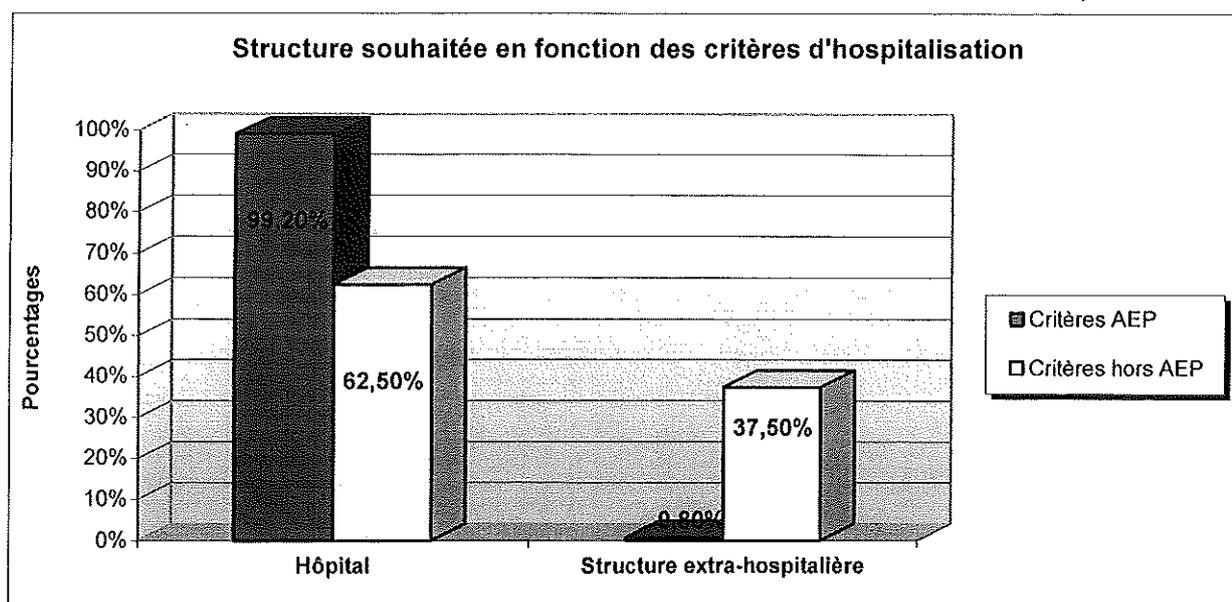
Pour la plupart des patients (**99,2%** (n=124)) dont l'hospitalisation est justifiée par un critère AEP ou « override », la structure souhaitée est l'hôpital.

Une structure médicalisée est souhaitée pour un seul dossier (0,8%).

Il y a 10,07% (n=14) de données manquantes.

De la même façon, la plupart des patients (**62,5%** (n=15)), dont l'hospitalisation ne relève pas de critères AEP, requièrent une prise en charge dans la structure hospitalière.

Cependant, 37,5% (n=9) d'entre eux relèvent d'une structure extra-hospitalière dont 16,66% (n=4) en structure médicalisée et 20,83% (n=5) en structure non médicalisée.



5.5.2.2. Corrélation avec la structure finale.

Pour les patients hospitalisés sur critères AEP ou override, la corrélation est importante avec un taux de 99,2% (n=124). Il y a 10% (n=14) de données manquantes.

Pour les patients dont les hospitalisations ne sont pas techniquement justifiées par un des critères AEP, dans 62,5% des cas (n=15) la structure finale est corrélée à la structure souhaitée. Dans 37,5% des cas (n=9), elle ne l'est pas.

En fait, aucun patient n'a été admis en structure extra-hospitalière. Il ne peut donc y avoir corrélation que lorsque la structure souhaitée est l'hôpital.

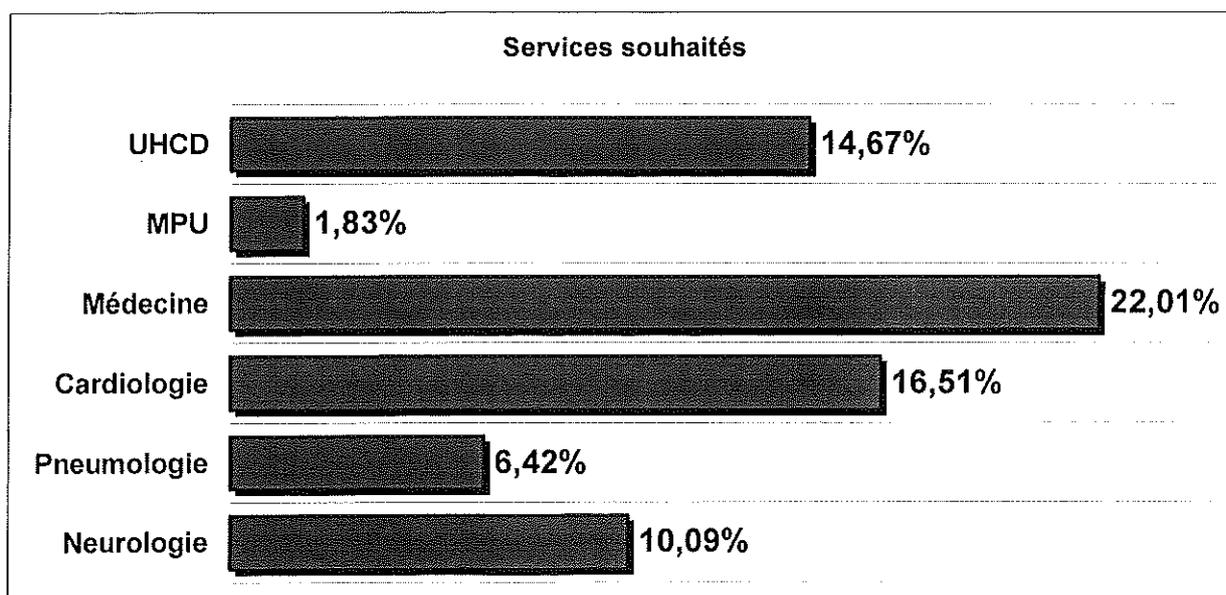
5.5.3. Les services vers lesquels le médecin urgentiste souhaite orienter ses patients.

5.5.3.1. Service souhaité.

Les services les plus demandés sont les services de médecine 22,01% (n=24), devant la cardiologie 16,51% (n=18), l'UHCD 14,67% (n=16), la neurologie 10,09% (n=11) et la pneumologie 6,42% (n=7).

Notons qu'il n'y a que 1,83% (n=2) de demande en MPU. Cela est probablement dû à une confusion entre la médecine et la MPU.

Il y a 21,58% (n=30) de données manquantes.

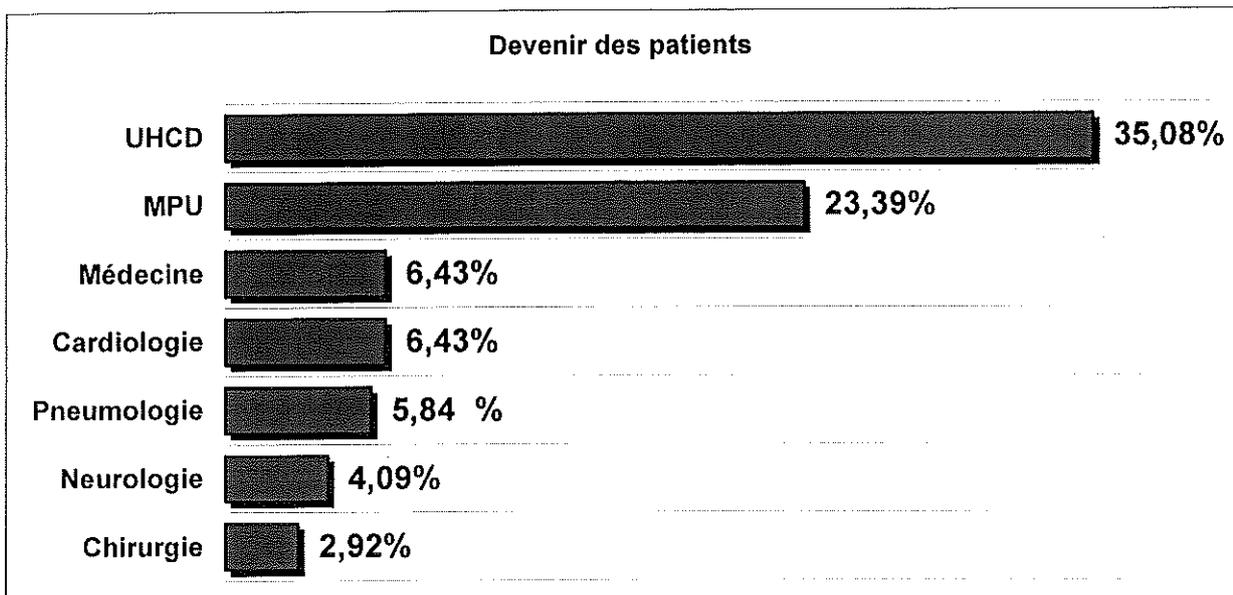


5.5.3.2. Service final.

La plupart, **35,08%** (n=60) des patients, sont orientés vers l'UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée). Vient ensuite le service de MPU (Médecine Polyvalente d'Urgences) avec un taux de **23,39%** (n = 40). Il y a donc, au total, plus de la moitié (**58,47%**) des patients hospitalisés dans le pôle urgence.

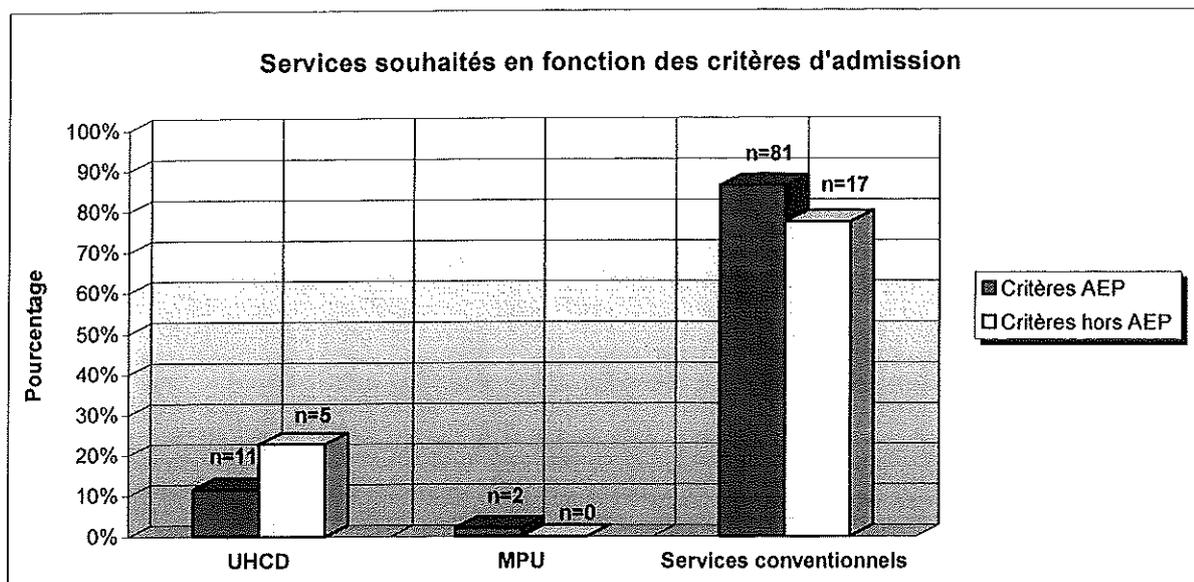
Le reste (41,53%) des hospitalisations se répartissant de manière assez uniforme vers les services conventionnels avec cependant une prédominance vers les services de :

- Médecine interne 6,43% (n = 11)
- Cardiologie 6,43% (n = 11)
- Pneumologie 5,84% (n = 10)
- et Neurologie 4,09% (n = 7).



5.5.3.3. Service souhaité en fonction des critères d'hospitalisation.

La répartition se fait de la façon suivante :

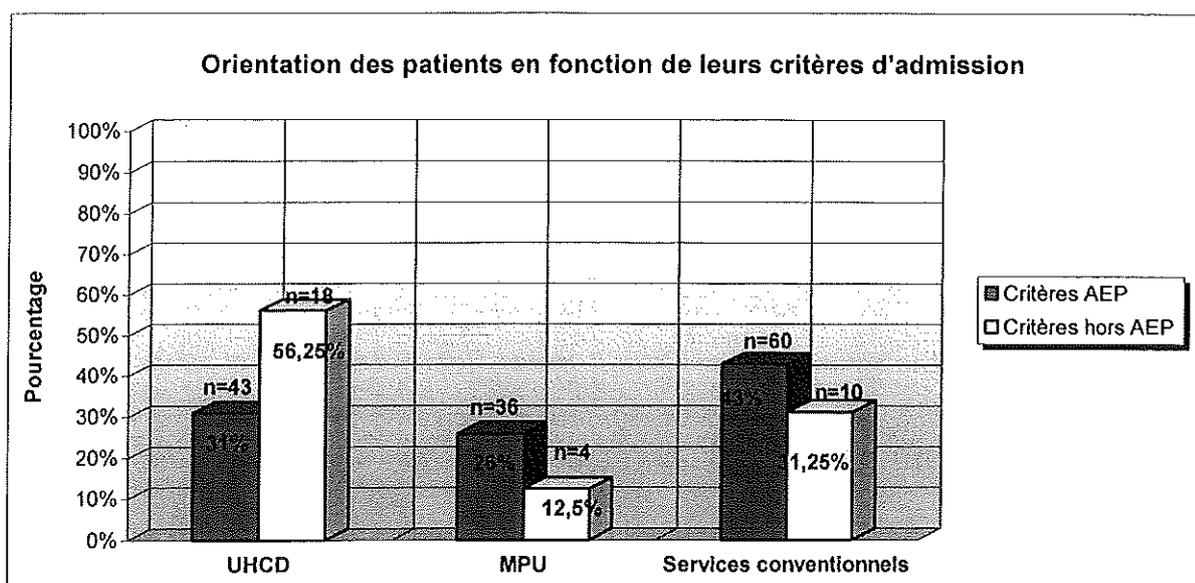


La plupart du temps l'urgentiste souhaite hospitaliser ses malades vers un des services d'hospitalisation conventionnelle.

Cependant, on remarque que 22,73% (n=5) des patients sans critère AEP, requièrent des soins pouvant être prodigués en UHCD.

5.5.3.4. Service final en fonction des critères d'hospitalisation.

Si l'on regarde où sont hospitalisés les patients en fonction de leurs critères d'admission (AEP ou hors AEP), la répartition se fait de la façon suivante :



Le pôle urgence (UHCD + MPU), prend en charge 68,75% (n=22) des patients hospitalisés sans critères AEP, alors que les services d'hospitalisation conventionnelle ne prennent en charge (tous services confondus) que 31,25% (n=10) de ce type de patients. Cette différence est statistiquement significative (p=0,009).

Au sein du pôle urgence la majorité des patients sans critère AEP sont pris en charge par l'UHCD. Inversement le service de MPU reçoit plus de patients avec critères AEP que de patients sans critère AEP. Cette différence est statistiquement significative.

5.5.3.5. Corrélation service final.

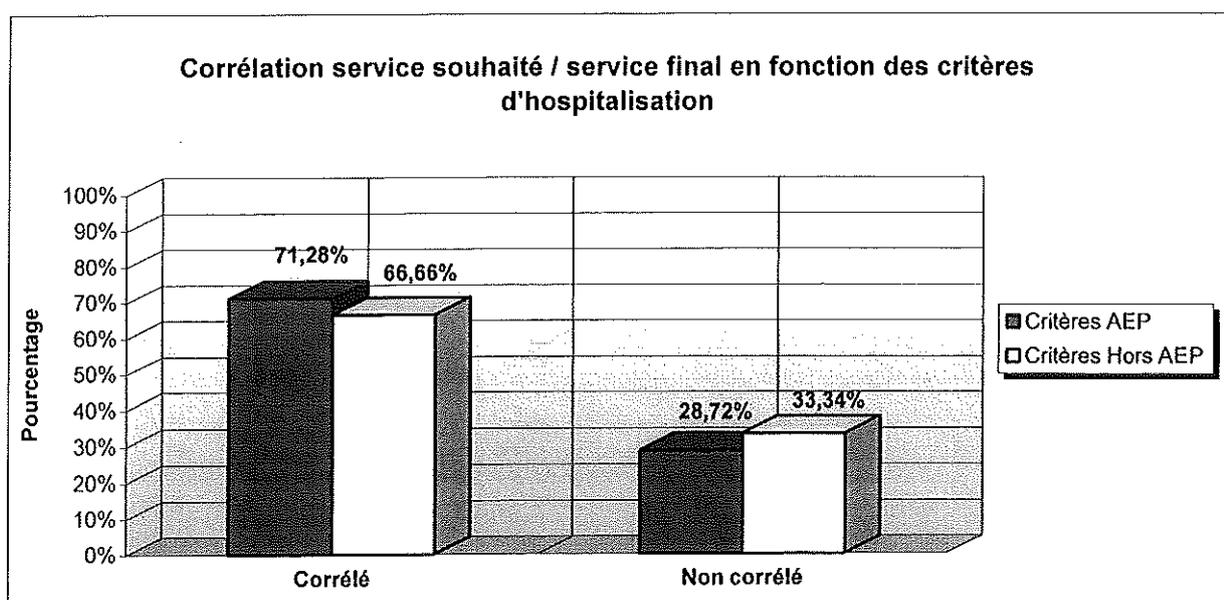
Le taux de corrélation global avec le service où le malade est finalement hospitalisé est de 70,6% (n=77).

Il y a 36,25% (n=62) de données manquantes.

Si l'on regarde le taux de corrélation en fonction des critères d'hospitalisation, la répartition se fait de la manière suivante :

- Pour les patients admis sur critères AEP, le taux de corrélation avec le service souhaité est de 71,28% (n=67). Il y a 32,3% (n=45) données manquantes.
- Pour les patients admis sans critère AEP, le taux de corrélation est de 66,66% (n=10). Il y a 53,12% (n=17) données manquantes.

La différence observée n'est pas statistiquement significative.



5.5.4. D'après le médecin des urgences quelles sont les raisons pour lesquelles le malade n'est pas orienté vers le lieu le mieux adapté ?

Il y a 45,45% (n=35) de données manquantes.

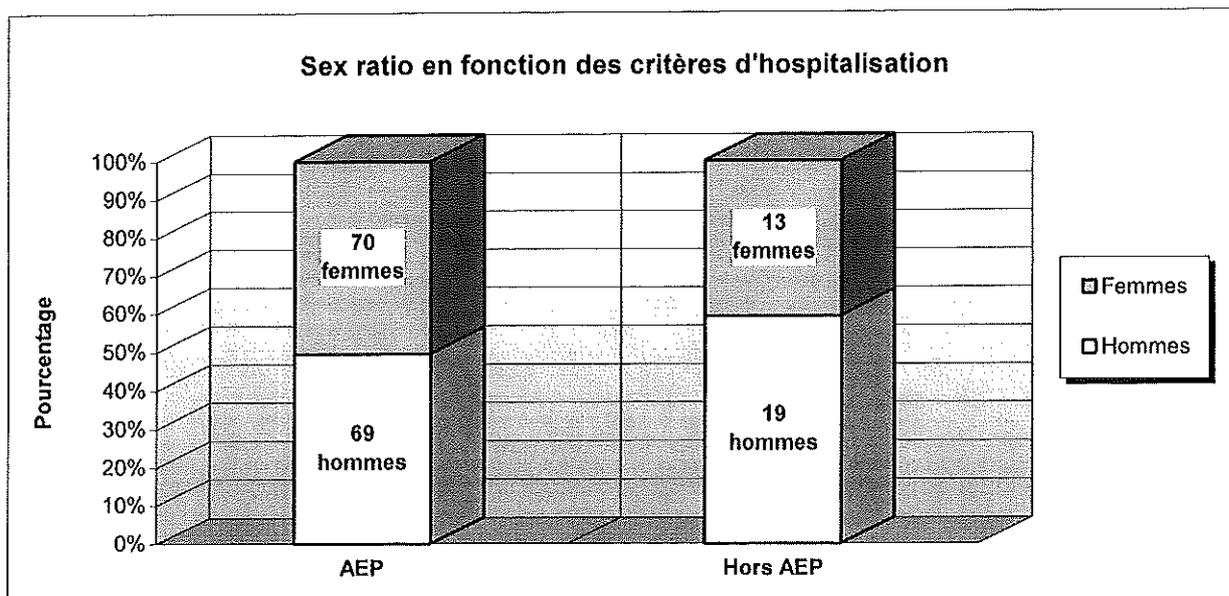
Pour les 42 dossiers contenant cette information, **tous** sont en rapport avec un manque de places dans le service ou la structure souhaité. Par contre, ce service ou cette structure souhaité existe.

On ne dénombre aucun refus ni aucune pression de la part de l'entourage.

5.6. Les facteurs de risque d'hospitalisations non pertinentes au vu des critères AEP.

5.6.1. Sex-ratio.

Le sex-ratio est légèrement en faveur des hommes mais la différence n'est pas statistiquement significative.



5.6.2. L'âge.

Les patients admis sur un ou plusieurs critères de la liste de l'AEP ont une moyenne d'âge de 67,26 ans.

Pour les patients admis sans critère AEP, elle est de 70,16 ans.

La différence n'est pas statistiquement significative.

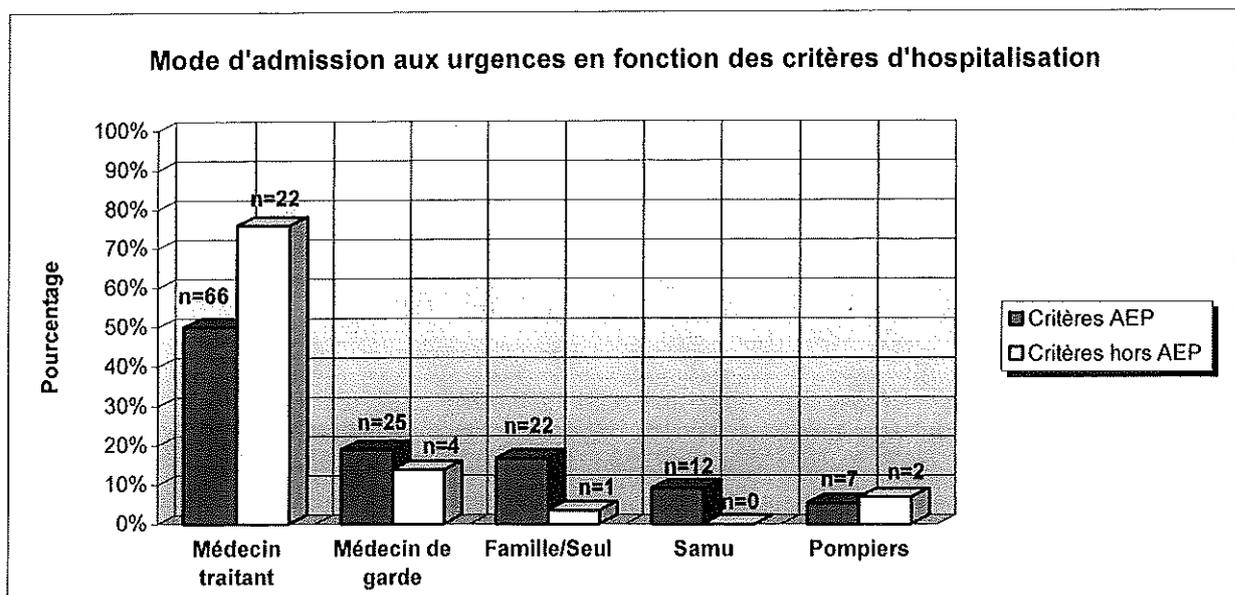
5.6.3. La couverture sociale.

Nous n'avons recueilli aucun dossier de patient sans couverture sociale.

5.6.4. Le mode d'admission aux urgences.

Si l'on regarde le mode d'admission aux urgences en fonction des critères d'hospitalisation (AEP ou Hors AEP), la répartition se fait de la façon suivante :

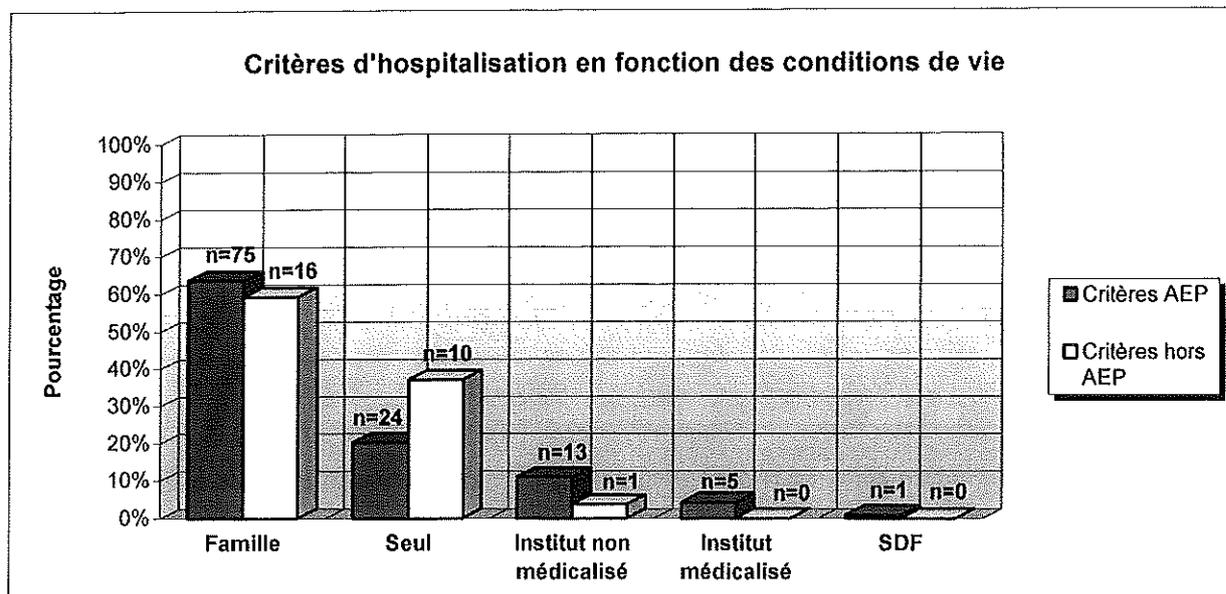
La plupart (75,86% (n=22)) des patients sans critère AEP sont adressés par un médecin traitant. Les hospitalisations par l'intermédiaire du médecin de garde, des pompiers ou du SAMU concernent plutôt les patients présentant des critères de la liste de l'AEP.



Les patients sans critère AEP sont plus souvent adressés par leur médecin généraliste que les patients avec critères AEP et la différence est statistiquement significative ($p=0,01$).

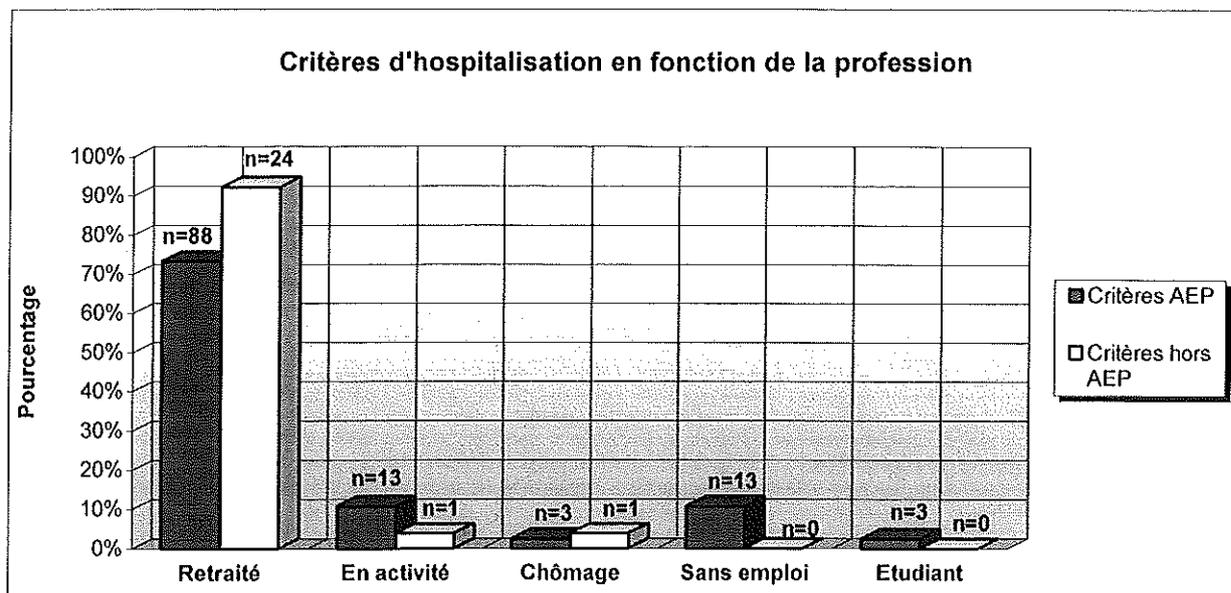
5.6.5. Les conditions de vie des patients.

La plupart des patients de notre étude vivent en famille. On remarque toutefois que parmi les patients hospitalisés sans critères AEP, 1/3 vivent seuls à domicile.



5.6.6. Le statut professionnel des patients.

La répartition se fait de la manière suivante :



On remarque une proportion importante de patients retraités. Cette proportion est surtout très nette (92,30%) chez les patients hospitalisés malgré l'absence de critère AEP.

5.7. Les retours à domicile.

Sur les 586 questionnaires récupérés, 69,5% (n=407) des patients ont été orientés vers un retour à domicile, c'est à dire qu'ils n'ont pas été hospitalisés et ont séjourné moins de 24 heures dans le service des urgences.

5.7.1. Les retours à domicile malgré la présence de critères de la liste AEP.

Sur ces 407 patients, dont le passage aux urgences s'est finalement soldé par un retour à domicile, 27 satisfaisaient pourtant aux critères médico-techniques de l'AEP.

5.7.2. Le taux de réadmission à 3 mois parmi ces patients sortis malgré leurs critères AEP.

D'après les données informatiques de Clinicom, aucun des 27 patients n'a dû être réadmis à l'hôpital au cours des 3 mois qui ont suivi leur cours passage au service des urgences.

DISCUSSION

6. Discussion

6.1. Critique de la méthode.

Plusieurs critiques peuvent être portées sur notre étude.

6.1.1. Les données manquantes et questionnaires non remplis.

Sur les 1 285 passages dans le service d'urgences médecine adulte enregistrés entre le 21 janvier et 4 février 2002, seulement 45% des questionnaires ont pu être récupérés. Si l'on retire les 407 dossiers de patients non hospitalisés et les 8 dossiers de patients adressés en psychiatrie, cela ne porte plus qu'à 171 le nombre de dossiers exploitables et à 32 le nombre de dossiers de patients admis à l'hôpital sur d'autres critères que les critères de pertinence technique de l'AEP. Or, cette sous-population, composée de 32 dossiers, est responsable d'un manque de puissance de l'étude car les résultats statistiques perdent de leur valeur et l'extrapolation des données devient hasardeuse.

Différentes hypothèses peuvent expliquer ce phénomène.

Cela peut s'expliquer par une mauvaise élaboration et un manque de clarté du questionnaire. On remarque en effet que la fin du questionnaire est souvent moins bien remplie que le début. De même, la question au sujet du motif d'admission qui a donné lieu à 62% de données manquantes n'est sans doute pas assez mise assez en évidence...

Par ailleurs, bien que l'outil utilisé soit connu pour être rapide d'utilisation, la charge de travail importante dans le service ne laisse que peu de temps aux médecins, déjà très sollicités, pour répondre à un questionnaire.

Enfin, les médecins n'ont peut-être pas été assez sensibilisés ni informés des objectifs de l'étude.

6.1.2. Les biais d'une étude prospective.

Comme dans toute étude prospective et malgré le niveau élevé de reproductibilité de l'outil utilisé, le jugement et le comportement du médecin peuvent toujours être soupçonnés d'avoir été influencés par l'étude et ne pas refléter avec exactitude les comportements habituels aux urgences.

De plus une étude prospective se déroule en temps réel. Or il semble que les dossiers qui ont posé le plus de problèmes en termes de difficultés de prise en charge ou de placement des patients aient globalement été les moins bien remplis ; probablement par manque de temps ou par mauvaise disposition psychologique de l'examineur à ce moment-là.

6.1.3. L'override.

Nous avons choisi de laisser à l'examineur (le médecin en charge du dossier) la possibilité d'utiliser l'« override » quand il le jugeait nécessaire, ce qui a été le cas pour 10% des patients admis à l'hôpital pour des raisons considérées comme techniquement pertinentes. Or il s'agit d'un jugement subjectif et, dans la littérature, il est recommandé que cela n'excède pas 5 à 10% (37) (2), ce qui correspond à la différence entre le nombre d'hospitalisations appropriées selon l'utilisation stricte de la liste des critères AEP et le nombre d'hospitalisations techniquement justifiées selon un jury d'experts. Plus l'override est utilisé, plus l'étude est susceptible de perdre de son objectivité.

6.1.4. Un seul examinateur.

Toutes les informations nous ont été données par un seul examinateur (le médecin des urgences en charge du dossier). Il aurait vraisemblablement été intéressant d'avoir un deuxième regard par un autre examinateur lorsque les patients ne satisfaisaient pas aux critères de la liste AEP. Cela aurait permis d'obtenir plus d'informations sur les hospitalisations non techniquement pertinentes au vu des critères AEP.

6.2. Les hospitalisations techniquement pertinentes. Confrontation des résultats aux données de la littérature.

Il ressort de notre étude que 81,29% des hospitalisations prononcées à partir du service des urgences sont considérées comme étant techniquement pertinentes selon les critères définis par l'AEP et 18,71% sont justifiées par d'autres raisons.

6.2.1. Les résultats d'études menées à l'étranger.

Globalement les résultats sont assez semblables à ceux de notre étude.

Un rapport de 11 études italiennes menées entre 1989 et 1993 dont deux concernent l'évaluation des admissions par les urgences, retrouve des taux d'admissions inappropriées selon les critères AEP de **15 et 28%** (38). Deux autres, en 1999 et 2000, également menées en Italie mais cette fois dans différents services de courts séjours, avancent des taux de **17,1%** (39) et **14,2%** (40) d'admissions inappropriées à l'hôpital.

Au Royaume Uni, une enquête rétrospective aux urgences, en 1992 selon les critères AEP mais sans utiliser l'« override », retrouve seulement **6,2%** d'hospitalisations considérées inappropriées (33). Une autre, réalisée de façon prospective en 2001 sur 102 hospitalisations à partir des urgences et avec cette fois la possibilité d'utiliser l'« override », retrouve une incidence de **28%** d'admissions inappropriées (41). Une autre encore, réalisée sur deux hôpitaux (un rural et un urbain) entre novembre 1992 et janvier 1994, mais en utilisant cette fois l'ISD-A comme outil d'évaluation fait part de **20%** d'hospitalisations inappropriées à partir des urgences (25).

L'équipe de Chopard, à l'université de Genève en Suisse en 1996, révèle un taux de **15%** d'admissions inappropriées lors d'une étude réalisée dans un service de médecine interne (42).

En Amérique du Nord, où l'AEP a été créé et utilisé pour la première fois, les résultats sont plus hétérogènes. Entre 1974 et 1982, à l'initiative de compagnies d'assurances, un large échantillon de dossiers a été examiné de façon rétrospective à la recherche de critères AEP. L'échantillon était représenté par 1132 dossiers provenant d'une centaine d'hôpitaux répartis sur 6 Etats différents. Les résultats montrent une moyenne de **23%** d'admissions à l'hôpital ne satisfaisant pas aux critères techniques de l'AEP, les taux allant de 10 à 35%

selon les sites (18). A noter qu'il n'était pas tenu compte des actes chirurgicaux qui auraient pu être réalisés en ambulatoire car les 6 Etats ne disposaient pas tous de cette possibilité. Si l'on en avait tenu compte, cela aurait porté à 40% l'incidence des admissions inappropriées.

Une autre étude rétrospective, un peu plus récente, en 1991, réalisée aux USA sur 6 063 hospitalisations retrouve des résultats allant de **25 à 72%** d'admissions inappropriées (43).

Les résultats montrent globalement des taux autour de **15 à 25%** d'admissions à l'hôpital pour des patients ne satisfaisant pas à l'un ou l'autre des critères de l'AEP.

Certaines disparités peuvent être expliquées par des organisations différentes du système de soins entre les différents pays ou par des méthodes d'étude différentes.

Ainsi, de la même façon que cela avait été le cas aux USA pour les « actes chirurgicaux ayant pu être réalisés en ambulatoire », une étude à Barcelone en 1991 dénombre 9,1% d'admissions inappropriées en utilisant les critères de l'AEP de façon rétrospective, mais les admissions pour actes chirurgicaux non réalisés dans les 24 heures n'étaient pas considérées comme inappropriées (32).

De plus, dans certaines études, il n'y a qu'un examinateur par dossier alors que d'autres disposent de deux voire trois examinateurs par dossier. Or une étude australienne en 1987 a montré que, lorsque les dossiers, qui ne présentaient pas à priori de critères AEP sur le jugement d'un premier examinateur, étaient revus par un deuxième voire un troisième examinateur, le taux d'admissions inappropriées de 19% initialement retrouvé pouvait, à terme, être ramené à 6% (35).

6.2.2. Quelques études françaises.

Il n'y a que peu d'études publiées en France sur ce sujet. Elles représentent cependant une base de comparaison plus intéressante pour notre étude du fait qu'elles aient été réalisées en France (donc dans le même système de soins) et à l'initiative d'équipes locales dans des services d'accueil d'urgences (la population et la méthode étant donc plus proche de la nôtre).

Une évaluation de la pertinence des hospitalisations à partir du service des urgences du CHG (Centre Hospitalier Général) de Haguenau près de Strasbourg montre un taux de **17,6%** d'admissions inappropriées selon l'AEP, utilisé de

façon prospective par le clinicien accueillant le malade, sur 149 hospitalisations consécutives (21).

Un rapport des résultats de quatre études dans des services d'accueil d'urgences par des équipes locales de quatre centres hospitaliers analysant leurs propres dossiers montre des résultats équivalents (19). Les centres étaient composés de quatre CHU (l'hôpital Saint-Antoine, l'hôpital Bicêtre, La Pitié Salpêtrière à Paris et le CHU de Caen) et faisaient partie du projet européen BIOMED.

L'outil utilisé était la version française de l'AEP et l'analyse des dossiers se faisait de façon prospective, sans possibilité d'utiliser l'override. Les résultats sont les suivants :

- Bicêtre : **19,8%** d'admissions non techniquement pertinentes sur 257 hospitalisations (44).
- Saint Antoine : **20,6%** sur 238 dossiers d'hospitalisation (44).
- La Pitié Salpêtrière : **25%** sur 371 dossiers (20).
- CHU de Caen : **17,6%** sur 375 dossiers (22).

Ces résultats sont assez similaires entre eux ; ils sont légèrement supérieurs au nôtre (18,1% d'admissions sans critère AEP) mais, dans le but d'évaluer le niveau de reproductibilité de l'outil, l'override n'était pas utilisé dans ces études, ce qui majore un peu les résultats. D'autre part, après double expertise sur les 100 dossiers des hôpitaux Bicêtre et Saint Antoine ne répondant pas aux critères de l'AEP, les taux de 19,8% et 20,6% étaient ramenés à **17%** (44).

Nous pouvons donc en conclure que le résultat de notre étude en terme d'admissions à l'hôpital justifiées par les critères techniques de l'AEP, est tout à fait comparable à ceux mentionnés dans la littérature à la fois française et étrangère.

6.3. Degré de satisfaction du médecin des urgences quant à sa prise en charge des malades.

6.3.1. La structure souhaitée.

Notre étude révèle de façon très nette que la corrélation « structure souhaitée/structure finale » est bien meilleure lorsqu'il s'agit de patients dont les critères d'hospitalisation entrent dans la liste des critères de l'AEP.

En effet, les malades sont orientés vers la structure souhaitée par le médecin en charge de leur dossier dans **99,2%** des cas lorsqu'il s'agit de patients dont l'état de santé répond aux critères de l'AEP contre seulement **62,5%** lorsque leur état de santé ne répond à aucun critère de la liste.

En fait, dans notre étude, tous les patients admis sur critères AEP, sauf un, relèvent d'une prise en charge hospitalière. Cela n'est pas étonnant puisque, comme l'ont démontré Booth, Ludke et Fischer aux Etats-Unis en 1998, les patients ayant des critères AEP représentent un groupe homogène de patients selon quatre indicateurs de la sévérité clinique (APACHE II, PMCs [Patient Management Categories], Admission to Intensive Care Units, In-Hospital Mortality) (45). Leur étude montre que tous ces malades présentent un état clinique sévère et, par conséquent, ils relèvent d'un niveau de soins hospitalier avec un plateau technique sophistiqué et des professionnels formés pour la prise en charge de ce type de patients.

Inversement, seulement 62,5% des patients admis sans critère AEP requièrent un niveau de soins hospitalier ; les 37,5% restants auraient nécessité une structure extra hospitalière médicalisée ou non médicalisée, mais aucun n'a pu l'obtenir, faute de place. Notons qu'aucun retour à domicile avec aide ou sans aide n'était souhaité parmi les patients qui ont été hospitalisés.

Il ressort de ce constat que plus d'un tiers des patients sans critère AEP sont gardés à l'hôpital par défaut c'est-à-dire faute d'avoir pu obtenir une place dans une structure extrahospitalière qui aurait pourtant été le lieu le mieux adapté, d'après le médecin des urgences, pour la prise en charge de ces malades. Notons cependant que, dans près de deux tiers des cas (62,5%), d'après le médecin urgentiste, un niveau de soins hospitalier est nécessaire pour ces patients, et ce, malgré l'absence de critère AEP. Mais c'est là, comme nous l'avons déjà évoqué dans le chapitre sur la critique de la méthode, qu'un deuxième regard aurait été intéressant. Nous aurions en effet peut-être dû confronter ce premier avis avec l'avis d'un autre expert qui aurait pu être, par exemple, le médecin accueillant ce type de patient au niveau des services d'aval.

6.3.2. Le service souhaité.

Même si c'est dans une moindre mesure, on constate, de la même façon que pour la « structure souhaitée », que la corrélation entre le service souhaité et le service où le patient est finalement hospitalisé est meilleure pour les patients avec critères AEP que pour ceux sans critère AEP.

En effet, la corrélation est de **71,28%** pour les patients avec critères AEP contre **66,66%** pour les patients sans critère AEP.

Cette différence, qui n'est cependant pas statistiquement significative, réclame un commentaire. Elle peut en effet s'expliquer par le fait que les services d'hospitalisation conventionnelle sont des unités de « médecine d'organe » et les patients sans critère AEP ont souvent des problèmes de santé ne répondant pas une différenciation aussi nette des pathologies.

La prise en charge par le médecin des urgences en terme d'orientation des patients paraît donc plus aisée lorsque ceux-ci présentent des signes cliniques de gravité.

6.3.3. Les hospitalisations qui auraient pu être programmées.

Malgré un faible niveau de concordance entre examinateurs, l'équipe de T.Lang, au service des urgences de la Pitié Salpêtrière à Paris en 1991, mentionne « les hospitalisations qui auraient pu être programmées », comme étant l'une des principales causes d'admissions non appropriées à l'hôpital, révélant les difficultés pour planifier les hospitalisations (20).

D'après notre recueil de données, bien qu'aucun retour à domicile ne soit souhaité plutôt qu'une hospitalisation, dans 14,70% des cas (n=15), les médecins ont considéré que l'hospitalisation aurait pu être programmée. Encore une fois, cette répartition n'est pas homogène puisque 11 des 15 dossiers portant cette mention concernent des patients hospitalisés sans critère AEP.

Cela amène à se poser la question de la responsabilité du médecin urgentiste dans le fait d'avoir gardé ces personnes à l'hôpital plutôt que d'avoir planifié une hospitalisation à distance, sachant que leur état de santé ne nécessitait pas une prise en charge immédiate.

On remarque que parmi les 11 dossiers concernés, 10 patients étaient adressés par leur médecin traitant (et un par le médecin de garde).

Lorsqu'un médecin du SAU voit arriver un patient avec une demande de prise en charge en urgence par un confrère généraliste, est-ce son rôle que d'organiser une hospitalisation programmée ? Cela n'évoque-t-il pas un manque de concertation entre les médecins hospitaliers et les médecins traitants ?

Ces médecins traitants ont préféré hospitaliser leurs patients par l'intermédiaire des urgences. Était-ce par facilité ? Ou bien existe-t-il des difficultés particulières quant à la planification des hospitalisations révélant alors un dysfonctionnement interne à l'hôpital ?

6.4. Les contraintes qui pèsent sur la décision d'hospitaliser ou non les patients sans critère AEP.

Quelles sont les contraintes dont il faut tenir compte et qui peuvent expliquer que la prise en charge de ces malades ne soit pas idéale ?

6.4.1. Les pressions extérieures.

A en croire notre recueil de données, et contrairement aux résultats de l'équipe du CHU de Caen où la demande familiale était l'un des principaux motifs d'hospitalisation inappropriée (22), il n'existe, a priori, pas de pression de la part des familles des patients. Mais rappelons encore une fois le manque de puissance de notre étude due à notre sous-population de 32 patients.

De même, alors que certains généralistes adressent leurs patients aux urgences bien que leur état de santé ne soit pas aigu et permettrait une hospitalisation programmée, cela ne semble pas être ressenti comme une pression par le médecin des urgences. En effet, à la question « si le malade n'est pas orienté vers le lieu le mieux adapté, selon vous pourquoi ? », aucun questionnaire n'a reçu la mention « parce qu'il existe une pression de la part du médecin traitant ou de la famille du patient ».

Cela rejoint les conclusions d'une étude réalisée en 2001 au service des urgences du Royal Sherwsbury Hospital au Royaume-Uni. Sur 102 hospitalisations prononcées aux urgences, 28% étaient considérées comme inappropriées au vu des critères AEP. En interrogeant les patients et leurs médecins traitants au sujet de la pertinence de leur hospitalisation, 60% des médecins et 70% des patients considéraient que l'on aurait pu trouver une solution alternative. Patients et médecins étaient donc d'accord pour éviter au maximum les hospitalisations (41).

6.4.2. Le manque de structures disponibles.

Dans notre étude, parmi les patients hospitalisés, aucun retour à domicile (plutôt qu'une hospitalisation) n'était souhaité par le médecin en charge du dossier. Cela laisse à penser que les différentes formes d'aides à domicile (toilette, ménage...), la réalisation d'investigations ou de traitements en ambulatoire comme la mise en place d'une HAD (Hospitalisation A Domicile) ne représentent pas de difficulté particulière quant à leur organisation, ni un déficit dans la filière des soins.

Ce type de dysfonctionnement, lié à des soins ambulatoires déficients (qui englobent les traitements ou investigations à domicile, en ville ou en hôpital de jour) est pourtant mentionné à plusieurs reprises dans la littérature en ce qui concerne différents pays : en Australie (35), aux USA (2) (43), en Espagne (32), en Angleterre (33), en Italie (40) ou en Suisse (42). On retrouve cette notion également en France où l'étude menée à la Pitié Salpêtrière considère que « la mauvaise organisation des soins ou investigations en ambulatoire » est, avec « les difficultés pour programmer les hospitalisations », une cause majeure d'hospitalisation inappropriée (20).

En ce qui nous concerne, émettons cependant certaines réserves au résultat qui ressort de notre étude. En effet, d'une part il est possible que ces types de services extrahospitaliers soient, au contraire, tellement difficiles à obtenir ou à mettre en place que les médecins des urgences aient renoncé à y avoir recours et que cela ne fasse pas partie de leurs habitudes de prise en charge. D'autre part, reconnaissons que la question n'était pas clairement posée dans notre questionnaire.

En revanche, dans un certain nombre de cas, notre recueil de données révèle qu'un placement en structure médicalisée ou non médicalisée aurait été préféré à l'hospitalisation.

Rappelons en effet que pour 37,5% (n=9) des patients hospitalisés sans critère AEP, une structure extrahospitalière aurait été plus adaptée à la nature de leurs besoins. Pour 4 de ces 9 patients, une structure médicalisée était requise et pour les 5 autres, une structure non médicalisée aurait suffi.

Ce problème de l'indisponibilité de structures de niveau de soins inférieur à celui d'un hôpital est relaté dans d'autres études évaluant la pertinence des admissions à l'hôpital aussi bien en France qu'à l'étranger (38), (43), (35), (33). Cela dit, ces études ne précisent pas si il s'agit d'un manque de structures (médicalisées ou non médicalisées) ou de difficultés d'organisation pour y avoir accès. L'étude réalisée au CHU de Caen précise que le déficit concerne des structures polyvalentes requises essentiellement par des personnes âgées (22) (19).

Cela révèle un **dysfonctionnement de la structure globale** de soins. Soit ces structures sont insuffisantes en nombre et l'on sous-estime l'importance de la population dont l'état de santé requiert ce type de service ; soit l'hôpital fonctionne en trop grande autarcie et ne possède pas assez de liens avec elles, entraînant des difficultés pour en organiser l'accès à partir de l'hôpital.

6.4.3. Les difficultés liées à l'organisation interne de l'hôpital.

Notre étude montre que 59% (n=11) des hospitalisations concernant des patients sans critère AEP, auraient pu être programmées. Si cela n'a pas été le cas, on peut tenir pour responsable le médecin traitant qui a adressé son patient aux urgences (tous sauf un étaient adressés par leur médecin traitant) ou le médecin urgentiste qui a pris l'initiative de garder le malade à l'hôpital.

Cependant, les difficultés rencontrées en terme d'organisation et de programmation des hospitalisations ont très bien pu influencer fortement les choix qu'ils ont faits, révélant de cette façon un **dysfonctionnement interne** à l'hôpital. C'est en tout cas ce qui ressort de l'étude parisienne à La Pitié Salpêtrière, où « la mauvaise organisation des soins ambulatoires » et « les difficultés de planification des hospitalisations » sont considérés comme étant les deux principales causes d'hospitalisations non techniquement pertinentes (19),(20).

Notre recueil de données montre que parmi les 32 patients sans critère AEP, 16 ont une hospitalisation en rapport avec un besoin de soins médicaux. Sur ces 16 patients, 7 sont en attente d'investigations et 2 attendent l'avis d'un spécialiste. Cela dénote également un **dysfonctionnement interne** à l'hôpital car si les investigations ou l'avis du spécialiste avaient pu être obtenus aux urgences, l'hospitalisation n'aurait peut-être pas été nécessaire. Ce type de dysfonctionnement, dû à l'attente d'investigations ou de l'avis de spécialistes, est relaté dans d'autres études comme en Italie(38) (39) ou aux USA (18). C'est également ce qui ressort des études menées en France aux SAU des hôpitaux Bicêtre et Saint Antoine où « l'obtention d'un examen complémentaire ou l'avis d'un spécialiste impossibles en urgence » est considéré comme une des principales causes d'hospitalisation inappropriée (44).

6.4.4. Les dysfonctionnements propres au service des urgences.

Dans la littérature, l'absence d'unité d'hospitalisation dans les services d'urgences tels que les UHCD a été désignée comme pouvant être une cause d'engorgement des autres services par des patients sans critère AEP (46). Le CHU de Nantes possède déjà ce type d'unité. De la même façon, l'absence de médecin senior le week-end ou la nuit ne peut être mise en cause puisqu'au SAU de Nantes, ils sont présents 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Reste alors la responsabilité du médecin qui prend en charge les patients aux urgences.

La responsabilité directe du médecin des urgences est très difficile à évaluer et est rarement mise en cause dans les études évaluant la pertinence des hospitalisations(19).

En effet, comme nous l'avons montré, celui-ci est soumis à différents niveaux de contraintes, et ses choix et prises de décision ne relèvent pas que de son propre libre arbitre. De plus, il est très difficile, lors d'une étude prospective dont le questionnaire est rempli par le médecin en charge du dossier, d'évaluer ce type de responsabilité car cela reviendrait à lui demander de faire lui-même son autocritique quant à sa bonne pratique médicale.

La seule façon objective d'évaluer sa performance nous a paru être de connaître sa pertinence diagnostique. Notre étude révèle une corrélation globale de 81% entre le diagnostic porté aux urgences et le diagnostic final au terme de l'hospitalisation. Une étude menée dans le même SAU en 1988, portant sur l'évaluation de l'exactitude diagnostique de 256 dossiers, retrouve un taux identique de 81% de concordance entre le diagnostic posé aux urgences et celui posé au terme de l'hospitalisation dans les services (47).

Le manque de pertinence diagnostique ne semble donc pas représenter une cause essentielle d'hospitalisation inappropriée.

6.5. Les patients hospitalisés malgré l'absence de critère AEP.

6.5.1. Qui sont-ils ? Peut-on individualiser des groupes à risque ?

Ils représentent **18,71%** (n=32) de la totalité des 171 dossiers de notre étude.

La plupart d'entre eux sont adressés par un médecin traitant. En effet **75,86%** de ces patients arrivent aux urgences par l'intermédiaire de leur généraliste contre 49,23% pour les patients qui entrent dans les critères de l'AEP. Cela n'est pas étonnant puisque, par définition, ceux qui n'entrent pas dans les critères AEP ne présentent pas de signe de gravité clinique et ont donc forcément moins recours aux systèmes de prise en charge urgente (médecin de garde, SAMU, pompiers). Cela rejoint l'idée qu'une proportion importante d'entre eux aurait pu bénéficier d'une hospitalisation programmée. Les équipes du SAU du CHU de Caen et d'un hôpital de l'ouest de l'Angleterre faisaient la même constatation avec respectivement 82% et 59% de ce type de patients adressés par leur médecin traitant (22) (33).

Dans notre étude, le sex-ratio est légèrement en faveur des hommes mais la différence n'est pas statistiquement significative. Une autre étude en Italie à Naples en 1999 retrouvait une plus grande proportion de femmes (39), mais la plupart du temps, dans les autres études, la différence hommes-femmes n'est pas très importante.

De la même façon, la différence d'âge, un peu plus élevée pour les patients sans critère AEP (70,16 ans) que pour les patients avec critères AEP (67,26 ans), n'est pas statistiquement significative. Malgré tout, on remarque que la très grande majorité des patients sans critère AEP est retraîtée (**92,30%** contre 73,34% pour les patients avec critères AEP), ce qui laisse deviner une population globalement plus âgée, en tout cas de plus de 65 ans. L'âge est également considéré comme un facteur de risque d'hospitalisation non techniquement pertinente dans certaines études comme à Caen (22) ou dans celles réalisées dans un hôpital italien en 1989 et 1993 (38) ainsi qu'en Suisse à Genève en 1996 (42).

Enfin, la solitude semble représenter également un facteur de risque d'hospitalisation non techniquement pertinente. En effet, plus du tiers de ces personnes (37,03%) vivent seules chez elles contre 20,33% pour celles présentant des critères AEP.

Le manque de couverture sociale ne représente pas un groupe à risque d'après notre questionnaire. D'ailleurs, aucun dossier (AEP ou non AEP) n'a reçu cette mention. Cela s'explique d'une part par le fait que très peu de patients sans couverture sociale se présentent aux SAU de Nantes et, d'autre part, ils ont la possibilité d'être pris en charge par la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) où des médicaments sont distribués gratuitement.

Remarquons que notre population ressemble fort à celle retrouvée dans l'étude du CHU de Caen où les facteurs de risque étaient représentés par l'âge avancé des patients et la solitude (contrairement aux études parisiennes où le seul groupe à risque identifié était représenté par les SDF). Cela tient certainement au fait que l'étude a été réalisée dans le même type d'environnement : un CHU de province.

Notre recueil de données ne permet pas d'identifier les motifs d'admission aux urgences conduisant à des hospitalisations sans critère AEP car cette question présente trop de données manquantes. En revanche, dans la littérature, on retrouve « les problèmes mal définis » (vertige, malaise, AEG...) et « les pathologies moins souvent rencontrées aux urgences » (hématologie, oncologie...) (20) (19), comme étant les motifs les plus souvent rencontrés.

6.5.2. Quels sont leurs besoins ?

Parmi les 32 patients hospitalisés sans critère AEP, 16 (soit la moitié) nécessitent des soins médicaux. 7 d'entre eux sont en attente d'investigations (scintigraphies pulmonaires, échographie doppler des membres inférieurs, fibroscopie gastrique, scanner cérébral, biopsie de ganglions, myélogramme). Ils ont donc recours au plateau technique de l'hôpital. Pour 2 autres, un avis de spécialiste est attendu.

Cela signifie qu'au total, pour 9 patients le diagnostic est incertain ce qui semble légitimer leur hospitalisation. En effet, ne pas hospitaliser ce type de patients pourrait entraîner un retard dans la prise en charge thérapeutique, leur faisant courir des risques de complications à court terme. Quant aux possibilités d'orientations vers d'autres structures, cela semble difficile puisque le niveau de soins requis ne peut être évalué, le diagnostic n'étant pas connu.

Les 7 autres patients requièrent une surveillance thérapeutique impossible ou en tout cas difficile à mettre en place en dehors de l'hôpital. Il s'agit :

- D'une neuronite de Ménière (1 dossier),
- De la surveillance de l'efficacité de lavements aux laxatifs (4 dossiers),

- De patients sous calciparine dans l'attente d'une scintigraphie pulmonaire (2 dossiers).

8 patients nécessitent des soins paramédicaux. Parmi eux, 5 requièrent une rééducation fonctionnelle justifiée par la pathologie (et aucun, une rééducation fonctionnelle justifiée par l'isolement social ou intellectuel). On ne constate donc pas ici de défaut d'aides sociales en amont de la pathologie intercurrente et qui auraient pu éviter une hospitalisation. Il s'agit de patients vivant en INM (Institut Non Médicalisé) ou en famille. Leurs motifs d'admission sont variés (phlébite, lombalgie, escarre, arthrose...)

Seulement 7 patients sur 32 ont un motif à caractère strictement social et tous sont hospitalisés pour hébergement. Un seul patient est gardé exclusivement pour hôtellerie, ce qui peut donc être considéré comme anecdotique (il s'agit d'un homme de 57 ans vivant dans un logement insalubre).

Les 6 autres sont gardés à l'hôpital pour maintien à domicile impossible. Toutes ces personnes n'ont absolument rien à faire dans une structure d'un niveau de soin hospitalier et s'y retrouvent par défaut, faute de solution alternative. Il s'agit de personnes âgées. 3 d'entre elles, les plus âgées, vivent en famille mais leurs capacités d'autonomie devaient être réduites depuis un certain temps puisque les inscriptions en maisons de retraite avaient déjà été effectuées. Cela traduit un déficit de structures extra hospitalières. Ces patients ont pu attendre un certain temps jusqu'à ce que leur autonomie soit vraiment trop réduite et que leur placement devienne urgent. Les 3 autres sont un peu plus jeunes, vivent seuls, avaient un degré d'autonomie préalable probablement satisfaisant (ils n'avaient donc pas effectué d'inscription auprès des structures) jusqu'à ce qu'un événement intercurrent vienne leur interdire la possibilité de rester seul à domicile. Dans les 2 cas, leur passage à l'hôpital n'intervient que parce qu'une prise en charge en urgence directement dans les structures adaptées n'a pas été réalisable. Cela traduit donc bien un dysfonctionnement de la structure extrahospitalière.

6.5.3. Quels services embolissent-ils ?

De nombreuses études évaluent non seulement la pertinence des «admissions» à l'hôpital mais également la pertinence des «journées de séjour» dans les services (pour lesquelles il existe une autre liste de critères AEP). Or, toutes les données de la littérature s'accordent à dire que les

« admissions » inappropriées donnent, de façon très significative, plus souvent lieu à des « journées de séjour à l'hôpital » inappropriées (au vu des critères de l'AEP) que les admissions appropriées (42) (40) (43) (39) (27). Il est, par conséquent, légitime d'imaginer que ces patients, adressés dans les services par l'intermédiaire des urgences alors qu'ils ne présentent pas de critère AEP, sont peut-être responsables de la saturation des lits d'aval et il est donc important de connaître les services concernés.

Malgré le manque de puissance de notre étude, permettons-nous une extrapolation de nos résultats. Notre recueil de données révèle que 68,75% des patients sans critère AEP sont gardés dans le pôle Urgence et 31,25% sont pris en charge dans les services d'hospitalisation conventionnelle. Si l'on ramène ces chiffres à la totalité des patients hospitalisés durant les quinze jours de notre étude (soit 585 patients), on peut dire que :

- 109 patients ont été gardés au CHU de façon inappropriée selon les critères de l'AEP (soit 2 834 patients par an et 8 patients par jour).
- 75 des 109 patients (soit 5 patients par jour) ont été hospitalisés dans le pôle urgence (14 en MPU et 61 en UHCD).
- 34 des 109 patients (soit un peu plus de 2 patients par jour) ont été pris en charge dans un des services d'hospitalisation conventionnelle.

Deux commentaires s'imposent.

Premièrement, on constate que la majorité de ces patients est prise en charge entièrement par le « pôle urgence » représenté par l'UHCD et la MPU (au total près de 70% des patients sans critère AEP). Remarquons au passage que si l'on considère la totalité des patients hospitalisés à partir des urgences, tout critère confondu, près de 60% d'entre eux sont orientés vers l'UHCD ou la MPU.

Deuxièmement, ce nombre impressionnant de patients hospitalisés en UHCD traduit en réalité un biais de la cotation. En effet, pour des raisons de valorisation d'activité (cf : chapitre sur la définition des rôles d'une UHCD), tous les patients ayant séjourné plus de 24 heures dans les salles de soins des urgences sont considérés comme ayant été hospitalisés en UHCD même si ils n'y ont pas physiquement séjourné. Cela traduit en particulier les difficultés en matière de prise en charge de ces patients qui risquent d'emboliser le service des urgences par des hospitalisations « sauvages », préjudiciables au confort des patients et du personnel soignant.

6.6.2. Est-il possible ou souhaitable de supprimer les hospitalisations non pertinentes au vu de critères objectifs ?

Une étude canadienne réalisée en 1995, dont le but était d'évaluer l'impact des programmes d'évaluation de l'utilisation de l'hôpital (l'outil utilisé était l'ISD-A), ne montre pas de baisse significative en ce qui concerne le nombre des admissions considérées inappropriées. En revanche, elle retrouve une diminution plus nette du nombre de journées d'hospitalisation inappropriées (48).

En fait, depuis que les études évaluant la pertinence des hospitalisations existent, différents points de dysfonctionnement intra-hospitalier ou de la structure globale de soins ont pu être pointés du doigt. En revanche, elles n'ont pas souvent permis de faire baisser de façon significative le nombre de ces hospitalisations considérées comme inappropriées, contrairement aux avancées technologiques et aux innovations en matière de soins qui ont, à plusieurs reprises, montré une plus grande efficacité à faire diminuer la consommation globale de l'hôpital. Prenons l'exemple de l'utilisation des antibiotiques dans le traitement de la tuberculose qui a entraîné la fermeture de milliers de lits d'hospitalisation dans les années 40 ; ou encore l'élaboration d'appareils permettant les dialyses à domicile ; ou bien le développement de la chirurgie ambulatoire...

Parmi les patients admis à l'hôpital sans critère AEP, rares sont ceux dont l'état de santé ne nécessite aucun soin. Cependant, il semble qu'une partie de ces soins pourrait être obtenue en ambulatoire ou dans des structures extrahospitalières.

Or, l'AEP est un instrument valide pour connaître le nombre d'hospitalisations inappropriées. En revanche, il n'existe pas actuellement d'outil suffisamment précis pour identifier au plus juste le type de structure alternative nécessaire. Nous ne pouvons donc pas avoir la certitude que les patients y seraient pris en charge de façon aussi efficace qu'à l'hôpital. La question qui se pose alors est la suivante : « dans quelle mesure l'hôpital doit-il prendre en charge les patients qui pourraient bénéficier d'une prise en charge en dehors ? »(49). Leur présence doit-elle réellement être considérée comme une « sur-utilisation » de l'hôpital qu'il faudrait à tout prix supprimer ?

Dans notre étude, un peu moins d'un quart des patients sans critère AEP est hospitalisé pour hébergement, révélant, nous l'avons vu, un dysfonctionnement de la structure de soins extrahospitalière. Pour ces patients, il semble assez indiscutable que leur présence à l'hôpital n'est pas adaptée à la nature de leurs besoins et que les risques encourus en terme de maladies nosocomiales ou

d'effets iatrogènes soient plus importants que les bénéfices potentiels apportés par l'hospitalisation. Pour les autres, en revanche, la réponse n'est pas aussi nette. En effet, une partie d'entre eux a recours au plateau technique de l'hôpital tandis qu'une autre nécessite des types de surveillance de traitements difficilement réalisables en dehors de l'hôpital. Rappelons enfin que pour près de deux tiers des patients sans critère AEP, le médecin des urgences souhaite une orientation vers un des services de la structure hospitalière et non vers une autre structure.

6.6.3. L'évaluation de la pertinence des hospitalisations ne reflète pas la performance globale du service.

Même si une partie conséquente des patients sans critère AEP semble avoir malgré tout sa place au sein de la structure hospitalière, on peut penser que certaines modifications en termes de modalités de prise en charge des malades au sein du service des urgences seraient susceptibles de réduire le nombre d'hospitalisations demandées par le service. Ainsi, un programme introduit en 1990 aux urgences d'un hôpital italien a permis de baisser de 7% les hospitalisations demandées par les urgences entre 1990 et 1991 (50). Ce programme associait entre autre l'élaboration de protocoles pour la prise en charge des pathologies courantes, la création de quelques lits pour les patients nécessitant une surveillance de moins de 8 heures, une plus grande implication des médecins généralistes et des spécialistes aux urgences ...

En ce qui nous concerne, une meilleure collaboration avec les médecins de ville (généralistes et spécialistes) ainsi qu'avec les cliniques privées pourrait être une des pistes à envisager pour tenter de réduire la sollicitation importante du CHU. C'est dans cette optique que vient d'être mise en place depuis le premier décembre 2002, une astreinte téléphonique par le service de MPU, de 9 heures à 18 heures 30 du lundi au vendredi, de façon à établir un dialogue entre le médecin traitant et un médecin senior du service de MPU. Cela permettrait, pour les patients ne présentant pas de signe clinique de gravité mais ayant recours au plateau technique de l'hôpital, de discuter l'intérêt d'une hospitalisation directe dans les 48 heures par le service de MPU, éventuellement après réalisation d'examens complémentaires en ville.

De la même façon, un élargissement du champ de compétence des médecins urgentistes à certaines techniques d'imagerie médicale (échographie Doppler, échographie abdominale) pourrait également conduire à une réduction du nombre d'hospitalisations pour les patients en attente de ces investigations.

Par ailleurs, le fait que 80% des hospitalisations demandées par les urgences soient considérées appropriées par l'utilisation de l'outil AEP ne reflète pas la performance globale du service (51). En particulier, nous devons nous poser la question de savoir si les retours à domicile prononcés par le médecin urgentiste sont tous réellement pertinents. Si tel n'était pas le cas, cela correspondrait alors à ce que l'on appelle la « sous-utilisation » de l'hôpital (52) et le chiffre de 80% d'hospitalisations appropriées n'aurait pas grande valeur. L'évaluation de la sous-utilisation de l'hôpital est moins connue et a été moins développée que celle de la sur-utilisation. Cela s'explique par le fait que, premièrement, l'intérêt économique semblait moins important, deuxièmement, cela n'entraîne pas les problèmes de pathologies iatrogènes, bien connues à l'hôpital, et, troisièmement, cela est tout simplement moins facile à évaluer (14).

Dans notre étude, parmi les patients orientés vers un retour à domicile malgré la présence de critères AEP (n=27), aucune réadmission à 3 mois n'a été enregistrée. Mais la question des réadmissions est complexe et leurs significations variées (53) (54) (55). De plus elles ne reflètent qu'une partie de la sous-utilisation de l'hôpital. Le taux de décès, par exemple, ou de complications faute de soins immédiats seraient intéressant à connaître. Une autre étude, en miroir de la nôtre, est donc nécessaire afin d'évaluer la « pertinence des non-hospitalisations à partir du SAU du CHU de Nantes ».

CONCLUSION

7. Conclusion.

Malgré le manque de puissance statistique de notre étude, quelques points importants peuvent être dégagés.

En effet, d'après nos résultats, 8 hospitalisations sur 10 demandées par le service des urgences du CHU de Nantes sont considérées « appropriées » selon les critères de pertinence de l'outil AEP. Ce chiffre correspond aux données de la littérature.

Des groupes à risque d'hospitalisations inappropriées ont pu être identifiés et sont représentés par des patients plutôt âgés, vivant seuls, et adressés aux urgences par l'intermédiaire de leur médecin traitant.

Ces patients, qui ne présentent pas de critère AEP, embolisent une partie de l'hôpital et essentiellement les services du pôle urgence (L'UHCD et la MPU).

Cependant, même si certains patients sont hospitalisés sans satisfaire à des critères standardisés et objectifs, il est difficile d'affirmer qu'aucun d'entre eux n'a sa place au sein de la structure hospitalière. La question est par contre de savoir dans quelle mesure l'hôpital doit prendre en charge ce type de patients et pour cela, il faudrait pouvoir définir avec précision quels sont les rôles et les missions d'un CHU. Ce qui est sûr, c'est qu'aujourd'hui il n'existe pas d'outil suffisamment précis pour affirmer que leur prise en charge en dehors de l'hôpital serait aussi efficace. Par conséquent, il semble que nous devions, dans une certaine mesure, faire confiance aux jugements subjectifs des médecins qui prennent les décisions de garder ou non ces patients dans la structure hospitalière, même si cela compromet l'idée, pourtant séduisante d'un point de vue économique, de vouloir rationaliser entièrement les hospitalisations par l'utilisation d'outils objectifs.

D'autre part, l'évaluation de la pertinence des hospitalisations à partir des urgences ne reflète pas la pertinence globale des hospitalisations au CHU. En effet, il serait important de connaître également la pertinence de la totalité des admissions au niveau des services d'aval (admissions par l'intermédiaire des urgences ou par admissions directes dans les services) ainsi que la pertinence des durées de séjour dans les services.

Enfin, vouloir contrôler au maximum la « sur-utilisation » de l'hôpital ne doit pas nous faire oublier les risques de « sous-utilisation » de l'hôpital. En ce qui nous concerne, il serait intéressant de savoir si les patients ayant séjourné moins de 24 heures aux urgences et n'ayant pas été gardés au CHU ont tous été bien orientés ou si certains, au contraire, ont été victimes de cette sous-utilisation de

l'hôpital. Cette question mérite réflexion et une étude est en cours actuellement afin d'évaluer la pertinence des non-hospitalisations à partir du SAU du CHU de Nantes.

ANNEXES

8. Annexes

8.1. Annexe I : Les critères AEP de la version américaine initiale.

Les 18 critères de pertinence des admissions :

A) Critères d'intensité des soins médicaux et infirmiers : 7 critères :

- 1) Chirurgie ou actes médicaux invasifs dans les 24 heures, nécessitant soit une anesthésie générale ou régionale, soit l'utilisation de matériels ou de services disponibles dans le seul site hospitalier étudié.
- 2) Traitement IV continu ou apports hydro-électrolytiques ou remplissage vasculaire.
- 3) Médicament administré IV (Intra-Veineux) ou IM (Intra-Musculaire) ou SC, (Sous-Cutané) au moins toutes les 8 heures ou au moins 3 soins respiratoires par jour.
- 4) Prescription d'un traitement imposant une surveillance continue ou à risque allergique, toxique ou hémorragique.
- 5) Monitoring cardiaque ou des entrées et des sorties, ou surveillance des constantes vitales toutes les 30 minutes pendant 4 heures et plus ou toutes les 2 heures ou toutes les 4 heures, ou nécessité d'au moins 3 examens par jour par un médecin senior.
- 6) Transfert en USI (Unité de Soins Intensif).
- 7) Usage continu ou intermittent d'une ventilation mécanique au moins toutes les 8 heures.

B) Critères de sévérité clinique : 11 critères.

- 1) Coma brutal ou confusion aiguë.
- 2) Déficit moteur brutal d'une partie du corps.
- 3) Cécité ou surdité brutale.
- 4) Hémorragie active.
- 5) Ischémie coronarienne à l'ECG.
- 6) FC > 140 ou < 50
- 7) PAS > 200 ou < 90, ou PAD > 120 ou < 60
- 8) T° > 38° (ou 39°) pendant plus de 5 jours

- 9) Atteinte brutale d'une des fonctions essentielles : respirer, bouger, manger, uriner, aller à la selle.
- 10) Natrémie > 156 ou < 123 ; kaliémie > 6 ou < 2,5 ; bicarbonates sériques > 36 ou < 20 ; ph artériel > 7,45 ou < 7,30
- 11) Déhiscence d'une plaie ou éviscération.

Les 27 critères de pertinence des journées d'hospitalisation

A) Soins médicaux

- 1) Intervention en salle d'opération ce jour
- 2) Consultation ou bilan préopératoire avec intervention chirurgicale prévue le lendemain.
- 3) Cathétérisation cardiaque ce jour
- 4) Angiographie ce jour
- 5) Biopsie d'organe ce jour
- 6) Drain thoracique ou paracentèse ce jour
- 7) Exploration invasive du système nerveux central (ponction lombaire, cysternal tap, ventricular tap, pneumoencephalogramme) ce jour
- 8) Tout examen nécessitant une surveillance de diète stricte, pour la durée de la diète
- 9) Traitements nouveaux ou expérimentaux nécessitant de fréquents ajustements des doses sous contrôle médical
- 10) Surveillance médicale rapprochée par un médecin au moins trois fois par jour (les observations devant être enregistrées dans les dossiers)
- 11) Lendemain des interventions effectuées dans les critères 1 ou 3 à 7.

B) Soins infirmiers

- 1) Assistances respiratoires – oxygénothérapie intermittente ou continue, ou aérosols au moins trois fois par jour
- 2) Traitement parentéral –traitement intraveineux continu ou intermittent (électrolytes, protéines ou médicaments)
- 3) Monitoring des signes vitaux – au moins toutes les 30 minutes pendant au moins 4 heures
- 4) Injections IM ou SC au moins deux fois par jour
- 5) Surveillance des entrées et des sorties
- 6) Plaies chirurgicales et soins de drainage

- 7) Monitoring médical rapproché par une infirmière au moins trois fois par jour supervisé par un médecin.

C) Etat de santé du patient.

Dans les 24 heures précédant le passage en revue

- 1) Arrêt ou ralentissement du transit (depuis plus de 24 heures) non attribuable à un problème neurologique

Dans les 48 heures avant le passage en revue

- 2) Transfusion sanguine suite à une hémorragie
- 3) Fibrillation ventriculaire ou signes évidents d'ischémie à l'ECG
- 4) Fièvre au moins à 101 rectal (ou 100 oral) si le patient a été admis pour une autre raison que la fièvre
- 5) Coma – absence de réponse pendant au moins une heure
- 6) Confusion aiguë non due à un sevrage alcoolique
- 7) Problèmes d'ordre hématologique, neutropénie, anémie, thrombocytopenie, leucocytose, polyglobulie, thrombocytose.
- 8) Problèmes neurologiques évolutifs.

Dans les 14 jours avant le passage en revue

- 9) Survenue d'un infarctus du myocarde ou d'un accident vasculaire cérébral nouveau et documenté.

8.2. Annexe II : Critères d'admissions appropriées. Version modifiée de la version américaine.

Les 16 critères de pertinence des admissions :

A) Critères d'intensité de soins médicaux et infirmiers : 6 critères.

- 1) Traitement intraveineux continu ou remplissage (n'inclut pas le traitement entéral)
- 2) Chirurgie ou autres actes médicaux prévus dans les 24 heures nécessitant soit une anesthésie générale ou régionale, soit l'utilisation de matériels, de services uniquement disponibles dans un hôpital.
- 3) Surveillance des signes vitaux (pouls, tension, fréquence respiratoire, scope, surveillance neurologique) au moins une fois toutes les deux heures.
- 4) Prescription d'un traitement nécessitant une surveillance continue ou faisant craindre une réaction allergique ou hémorragique.
- 5) Antibiothérapie intramusculaire au moins une fois toutes les 8 heures.
- 6) Utilisation de façon intermittente ou continue d'une assistance respiratoire au moins une fois toutes les 8 heures.

B) Critères de sévérité clinique : 10 critères.

- 1) Coma, inconscience ou désorientation d'installation récente.
- 2) Pouls < 50 par minute ou > 140 par minute.
- 3) Pression artérielle systolique < 90 mmHg ou > 200 mmHg ,
Pression artérielle diastolique < 60 mmHg ou > 120 mmHg.
- 4) Cécité ou surdité brutale.
- 5) Perte brutale de la motricité d'une partie du corps.
- 6) Fièvre persistante ≥ 38 (per os) ou > 38.5 (rectal) depuis plus de 5 jours
- 7) Syndrome hémorragique
- 8) Troubles électrolytiques ou des gaz du sang sévères.
Na < 123 mEq/l ou > 156 mEq/l
K < 2.5 mEq/l ou > 6 mEq/l
HCO₃ < 20 mEq/l ou > 36 mEq/l (sans qu'existe de cause de chronicité)
pH artériel < 7.30 ou > 7.45
- 9) Signes évidents d'ischémie aiguë à l'ECG.
- 10) Déhiscence d'une plaie ou éviscération.

8.3. Annexe III : La version européenne de l'AEP (EU-AEP).

Les 15 critères de pertinence des admissions :

A) Critères d'intensité de soins médicaux et infirmiers : 5 critères.

- 1) Chirurgie ou actes médicaux invasifs prévus dans les 24 heures nécessitant soit une anesthésie générale ou régionale, soit l'utilisation de matériels ou de services disponibles dans le seul site hospitalier étudié.
- 2) Surveillance des signes vitaux au moins une fois toutes les 2 heures.
- 3) Traitement intraveineux continu ou remplissage (n'inclut pas le traitement entéral).
- 4) Prescription d'un traitement nécessitant une surveillance continue ou faisant craindre une réaction allergique ou hémorragique.
- 5) Utilisation de façon intermittente ou continue d'une assistance respiratoire au moins une fois toutes les 8 heures.

B) Critères de sévérité clinique : 10 critères.

- 1) Troubles électrolytiques ou des gaz du sang sévères.
Na < 123 mEq/l ou > 156 mEq/l
K < 2.5 mEq/l ou > 6 mEq/l
HCO₃ < 20 mEq/l ou > 36 mEq/l
pH artériel < 7.30 ou > 7.45
- 2) Cécité ou surdité brutale (dans les 48 heures précédant l'admission).
- 3) Perte brutale de la motricité d'une partie du corps (dans les 48 heures précédant l'admission).
- 4) Fièvre persistante > 38° depuis plus de 5 jours.
- 5) Syndrome hémorragique.
- 6) Déhiscence d'une plaie ou éviscération.
- 7) Pouls < 50/min ou > 140/min.
- 8) Pression artérielle systolique < 90 mmHg ou > 200 mmHg,
Pression artérielle diastolique < 60 mmHg ou > 120 mmHg.
- 9) Coma, inconscience ou désorientation d'installation récente.
- 10) Signes évidents d'ischémie à l'ECG.

Les 24 critères de pertinence des journées d'hospitalisation.

A) Soins médicaux : 10 critères.

- 1) Intervention en salle d'opération ce jour.

- 2) Consultation ou bilan préopératoire avec intervention chirurgicale prévue le lendemain.
- 3) Cathétérisation ce jour.
- 4) Angiographie ce jour.
- 5) Biopsie d'organe ce jour.
- 6) Exploration invasive du système nerveux central dans un but diagnostique ce jour.
- 7) Tout examen nécessitant un contrôle de diète strict.
- 8) Traitement nécessitant de fréquents ajustements de doses sous contrôle médical.
- 9) Monitoring médical rapproché au moins 3 fois par jour.
- 10) Lendemain d'intervention (après intervention chirurgicale ou un des critères 3 à 6).

B) Soins infirmiers : 6 critères.

- 1) Assistance respiratoire continue ou intermittente au moins 3 fois par jour.
- 2) Traitement parentéral continu ou intermittent.
- 3) Monitoring des signes vitaux au moins toutes les 30 minutes pendant au moins 4 heures.
- 4) Surveillance des entrées et des sorties.
- 5) Plaies chirurgicales et soins de drainage.
- 6) Monitoring par une infirmière au moins 3 fois par jour supervisé par un médecin.

C) Etat de santé du patient : 8 critères

- 1) Arrêt ou ralentissement du transit depuis plus de 24 heures.
- 2) Transfusion sanguine suite à une hémorragie dans les 48 heures.
- 3) Fibrillation ventriculaire ou signes évidents d'ischémie aiguë à l'ECG dans les dernières 48 heures.
- 4) Fièvre $> 38^{\circ}$ dans les dernières 48 heures si le patient a été admis pour une autre raison que la fièvre.
- 5) Coma : absence de réponse pendant au moins une heure dans les dernières 48 heures.
- 6) Confusion aiguë dans les dernières 48 heures non due à un sevrage alcoolique.
- 7) Problèmes d'ordre hématologique dans les dernières 48 heures.
- 8) Problèmes neurologiques évolutifs dans les dernières 48 heures.

8.4. Annexe IV : La version française des critères d'admission de l'US-AEP : 16 critères.

A) Critères d'intensité de soins médicaux et infirmiers : 6 critères.

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

B) Critères de sévérité clinique : 10 critères.

- 1) Coma, inconscience ou désorientation d'installation récente.
- 2) Pouls < 50/mn ou > 140/mn.
- 3) Pression artérielle systolique < 90 mmHg ou > 200 mmHg.
Pression artérielle diastolique < 60 mmHg ou > 120 mmHg.
- 4) Cécité ou surdité brutale.
- 5) Perte brutale de la motricité d'une partie du corps.
- 6) Fièvre persistante > 38.5° sous le bras ou 39° en rectal depuis plus de 5 jours.
- 7) Syndrome hémorragique.
- 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.
- 9) Atteinte de fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, de respirer et d'uriner...) à l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau.
- 10) Ischémie aiguë à l'ECG.

8.5. Annexe V : Liste des raisons des admissions et des journées inappropriées dans la version européenne de l'AEP (EU- AEP)

A) Niveau de soins requis par le patient.

- 1) Aucun soin.
- 2) Soins d'ordre social (à domicile ou en institution).
- 3) Soins ambulatoires (à domicile, en ville ou en hôpital de jour).
- 4) Soins hospitaliers non aigus (avec ou sans présence médicale).
- 5) Soins infirmiers à domicile.
- 6) Autres types de soins (à spécifier).

B) Raisons des admissions inappropriées.

- 1) Admission prématurée (ex : admission le lundi pour une intervention chirurgicale le vendredi).
- 2) L'avis d'un spécialiste et/ou un examen complémentaire nécessaires pour la décision d'admettre le patient ou non à l'hôpital ne peuvent être obtenus en temps voulu).
- 3) Admission pour éviter la durée d'attente nécessaire à l'obtention d'examens complémentaires.
- 4) Pratiques conservatrices (lorsqu'un traitement médical n'entre pas dans les recommandations médicales standard).
- 5) Un niveau de soins inférieur n'existe pas.
- 6) Un niveau de soins inférieur ne peut être obtenu.
- 7) Admission demandée par le médecin généraliste ou spécialiste.
- 8) Admission demandée par le patient ou sa famille.
- 9) Admission pour faciliter des examens complémentaires qui seraient onéreux pour le patient (un patient résidant loin de l'hôpital est hospitalisé pour éviter d'avoir à payer un hébergement).
- 10) Problème social.
- 11) Autres (à préciser).

C) Raisons des journées d'hospitalisation inappropriées.

C1) Applicables seulement aux patients nécessitant encore des soins aigus.

Quel type de soins le patient attend-il ?

- 1) Intervention chirurgicale.
- 2) Examen complémentaire.
- 3) Thérapie.
- 4) Consultation de spécialiste.
- 5) Transfert dans une autre structure de soins aigus.
- 6) Autres (à préciser).

Raisons pour lesquelles le soin nécessaire n'est pas obtenu.

- 1) Problème de planning dans cet hôpital, à l'exception des problèmes de transport.
- 2) Problème de planning dans un autre hôpital.
- 3) Un autre cas urgent prend la priorité sur le cas du patient.
- 4) Admission prématurée.
- 5) Indécision du patient ou de la famille pour accepter ou non un examen complémentaire, un traitement ou une intervention.
- 6) Problème de transport.
- 7) Autres (à préciser).

C2) Applicables seulement aux patients ne nécessitant plus de soins aigus.

Raisons de la journée inappropriée.

- 1) Pratique conservatrice.
- 2) Mauvaise organisation du planning de sortie.
- 3) Manque d'un niveau de soins alternatif approprié.
- 4) Le patient reste à l'hôpital pour éviter des frais d'hébergement à l'extérieur.
- 5) Problème social.
- 6) Autres (à préciser).

Niveau de soins requis par le patient.

- 1) Aucun soin.
- 2) Soins d'ordre social (à domicile ou en institution).
- 3) Soins ambulatoires (à domicile, en ville, en hôpital de jour).
- 4) Soins hospitaliers non aigus (avec ou sans médecin sur place).
- 5) Soins infirmiers à domicile.
- 6) Autres types de soins (à préciser).

BIBLIOGRAPHIE

9. Références bibliographiques

1. **Wakefield DS, Pfaller MA, Hammons GT, Massanari RM.**
Use of the appropriateness evaluation protocol for estimating the incremental costs associated with nosocomial infections.
Med Care. Juin 1987; 25 (6) : 481-8.
2. **Gertman PM, Restuccia JD.**
The appropriateness evaluation protocol : a technique for assessing unnecessary days of hospital care.
Med Care, August 1981 ; 19 (8) : 855-71.
3. **Lang T, Liberati A, Tampieri A, Fellin G, Gonsalves Mda L, Lorenzo S, Pearson M, Beech R, Santos-Heggimann B.**
A European version of the Appropriateness Evaluation Protocol. Goals and presentation. The BIOMED I Group on Appropriateness of Hospital Use.
Int J Technol Assess Health Care, Winter 1999 ; 15 (1) : 185-97.
4. **Lombard I, Lahmek P, Diène E, Monet E, Logerot H, Levy Soussan M, Huet B, Six P, Yeu C, Lang T.**
Version française de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf).
Deuxième partie : étude de la concordance inter-observateurs des raisons de non-pertinence des journées d'hospitalisation.
5. **Activité Hospitalière au 30 juin 2000. Note d'information.**
Cahiers statistiques juin 2000. Document interne. CHU de Nantes.
6. **Carpentier F, Guignier M.**
Etude de 21 122 admissions en service d'urgences. Enquête multicentrique effectuée sur un mois dans les centres hospitaliers d'Argenteuil, Brest, Briançon, Clermont-Ferrand, Dijon, Embrun, Genève, Grenoble, Lyon Saint-Joseph, Lyon Edouard-Erriot, Mâcon, Nancy, Nantes, Nice, Paris Saint-Joseph, Rennes, Rouen, Thonon.
Réan. Soins intens. Méd. Urg., 1990 ; 6(1) : 27-30.
7. **Préparation au projet d'établissement. Pôle urgence, segment accueil médecine adulte / UHCD.**
CHU de Nantes. Document interne, 2002.

8. **Fourcade A, Durieux P. et le groupe de travail Qualité aux urgences de l'AP-HP**
Mise en place d'une démarche d'audit qualité des services d'accueil des urgences à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris.
Réanim. Urgences. 2000 ; 9 : 162-8.
9. **Askenasi R, Guillet J.B, Lheureux P.**
Profils des admissions dans un service d'urgences.
Réan. Soins intens. Méd. Urg., 1987 ; 3 (4) : 201-205.
10. **Le Goaziou M.F.**
Qui consulte aux urgences ? Enquête auprès de patients consultant dans un service d'accueil des urgences.
Rev. Prat. Méd. Gen. Mars 2001 ; 15 : 469-73
11. Accueil à l'urgence pour l'année 2002, Analyse du nombre de passages.
Rapport d'activité du pôle urgences, document interne, 2002.
12. **Yatim D., Hauet P., Baron D.**
Procédure de prise en charge des patients au Service d'Accueil et d'Urgences.
Rapport d'accréditation du pôle, document interne. Octobre 2001. CHU Nantes.
13. **Gerbeaux P, Bourrier P, Chéron G, Fourestié V, Goralski M, Jacquet-Francillon T.**
Recommandation de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence.
JEUR, 2001 ; 14 : 144-152
14. **Restuccia JD.**
The evolution of utilization review methods in the United States.
Int J Qual Health Care, septembre 1995; 7 (3) : 253-60.
15. **Ash A, Schwartz M, Payne SMC, Restuccia JD.**
The Self-Adapting Focused Review System. Probability sampling of medical records to monitor utilization and quality of care.
Med Care, November 1990 ; 28 (11) : 1025-39.

16. **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, February 1990 ; 28 (2) : 95-111.

17. **Panis L.J, Verheggen F.W, Pop P.**
To stay or not to stay. The assessment of appropriate hospital stay : a Dutch report.
Int J Qual Health Care, February 2002 ; 14 (1) : 55-67

18. **Siu AL, Sonnenberg FA, Manning WG, Goldberg GA, Bloomfield ES, Newhouse JP, Brook RH.**
Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans.
N Engl J Med, Novembre 1986 13 ; 315 (20) : 1259-66.

19. **Lang T, Davido A, Logerot H, Meyer L**
Appropriateness of admissions : the french experience.
Int J Qual Health Care, Septembre 1995 ; 7 (3) : 233-8

20. **Davido A, Nicoulet I, Levy A, Lang T.**
Appropriateness of admission in an emergency department : reliability of assessment and causes of failure.
Quality Assurance in Health Care, 1991 ; 3 (4) : 227-34

21. **Dietz F, Kuss J.J, De Guio G, Argentin P.**
Evaluation de la pertinence des hospitalisations à partir du service d'accueil des urgences.
Réa Urgences, 1994 ; 2 : 112

22. **Duteil M, Le Chevalier B, Le Coutour X, Potier J.C, Bazin C.**
Evaluation de la pertinence des hospitalisations demandées aux urgences médicales.
Réa Urgences, 1994 ; 2 : 111

23. **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. Epidémiol. et Santé Publique, avril 1999 ; 47 (2) : 139-49

24. **Lorenzo S, Beech R, Lang T, Santos-Eggimann B.**
An experience of utilization review in Europe : sequel to a BIOMED project.
Int J Qual Health Care, February 1999 ; 11 (1) : 13-9
25. **Coast J, Peters T.J, Inglis A.**
Factors associated with inappropriate emergency hospital admission in the U.K.
Int J Qual Health Care, February 1996 ; 8 (1) ; 31-9.
26. **Selker H.P, Beshansky J.R, Pauker S.G, Kassirer J.P.**
The epidemiology of delays in a teaching hospital. The development and use of a tool that detects unnecessary hospital days.
Med Care, February 1989 ; 27 (2) : 112-29
27. **Chopard P, Perneger T.V, Gaspoz J.M, Lovis C, Gousset D, Rouillard C, Sarasin F.P, Unger P.F, Waldvogel F.A, Junod A.F.**
Predictors of inappropriate hospital days in a department of internal medicine.
Int J Epidemiol, June 1998 ; 27 (3) : 513-9
28. **Anderson P, Meara J, Brodhurst S, et al.**
Use of hospital beds : a cohort study of admission to a provincial teaching hospital.
Br Med J, 1988; 297: 910-12.
29. **Victor C.R, Khakoo A.A.**
Is hospital the right place ? A survey of "inappropriate" admissions to an inner London NHS trust.
J Public Health Med, September 1994 ; 16 (3) : 286-90.
30. **Kaya S, Vural G, Eroglu K, Sain G, Mersin H, Karabeyoglu M, Sezer K, Turkkani B, Restuccia J.D.**
Liability and validity of the Appropriateness Evaluation Protocol in Turkey.
Int J Qual Health Care, August 2000 ; 12 (4) : 325-9.
31. **Merom D, Shohat T, Harari G, Oren M, Green M.S.**
Factors associated with inappropriate hospitalization days in internal medicine wards in Israel : a cross-national survey.
Int J Qual Health Care, April 1998 ; 10 (2) : 155-62.

32. **Bare M.L, Prat A, Lledo I, Asenjo M.A, Salleras L.**
 Appropriateness of admissions and hospitalization days in an acute-care teaching hospital.
Rev Epidemiol Santé Publique, 1995 ; 43 (4) : 328-36.
33. **Smith H, Pryce A, Carlisle L, Jones J.M, Scarpello J, Pantin C.**
 Appropriateness of acute medical admissions and length of stay.
Journal of the Royal College of Physicians of London, Septembre/Octobre 1997, 31 (5) : 527-32
34. **Lorenzo S, Lang T, Pastor R, Tampieri A, Santos-Eggimann B, Smith H, Liberati A, Restuccia J.**
 Reliability study of the European appropriateness evaluation protocol.
Int J Qual Health Care, October 1999 ; 11 (5) : 419-24.
35. **O'Donnel J, Pilla J, Van Gemert I.**
 Which hospital admissions are appropriate?
Aust Health Rev, 1990 ; 12 (4) : 19-33.
36. **Kaya S, Eroglu K, Vural G, Shwartz M, Restuccia J.D.**
 Factors affecting appropriateness of hospital utilization in two hospitals in Turkey.
J Med Syst, December 2001 ; 25 (6) : 373-83.
37. **Restucci J.D, Kreger B.E, Payne S.M, Gertman P.M, Dayno S.J, Lenhart G.M.**
 Factors affecting appropriateness of hospital use in Massachusetts.
Health Care Financing Review, 1986 ; 8 (1) : 47-54.
38. **Fellin G, Apolone G, Tampieri A, Bevilacqua L, Meregalli G, Minella C, Liberati A.**
 Appropriateness of hospital use : an overview of Italian studies.
Int J Qual Health Care, September 1995 ; 7 (3) : 219-25.
39. **Attenu F, Agozzino E, Troisi M.R, Granito C, Del Prete U.**
 Appropriateness of admission and hospitalization days in a specialist hospital.
Ann Ig, March/April 2001 ; 13 (2) : 121-7.
40. **Angelillo I.F, Ricciardi G, Nante N, Boccia A, Bianco A, La Torre G, Vinci V, De Giusti M.**
 Appropriateness of hospital utilisation in Italy.
Public Health, January 2000 ; 114 (1) : 9-14.

41. **Campbell J.**
Inappropriate admissions : thoughts of patients and referring doctors.
J R Soc Med, December 2001 ; 94 (12) : 628-31.
42. **Perneger T.V, Chopard P, Sarasin F.P, Gaspoz J.M, Lovis C, Unger P.F, Junod A.F, Waldvogel F.A.**
Risk factors for a medically inappropriate admission to a Department of Internal Medicine.
Arch Intern Med, July 1997 14 ; 157 (13) : 1495-500.
43. **Booth B.M, Ludke R.L, Wakefield D.S, Kern D.C, du Mond C.E.**
Relationship between inappropriate admissions and days of care : implications for utilization management.
Hosp Health Serv Adm, 1991 Fall ; 36 (3) : 421-37.
44. **Ellrodt A, Snoey E, Logerot-Lebrun H, Moretti F, Meyer L.**
Evaluation de la pertinence des admissions aux urgences de deux hôpitaux universitaires.
Réa Urgences ; 1994 ; 2 : 112
45. **Booth B.M, Ludke R.L, Fisher E.M.**
Inappropriate hospital care and severity of illness : results from a nationwide study.
Am J Med Qual; Spring 1998 ; 13 (1) : 36-43
46. **Ponassi A.G, Merlini M, Dondero R, Bianchi G, Demattei L, Regolini G, Molina F.**
Analysis of 1930 bedridden patients in the internal medical sector of the emergency department of a large city hospital : appropriate and non-appropriate admission.
Eur J Emerg Med, March 1999 ; 6 (1) : 55-60.
47. **Rusterholtz T, Pradier C, Potel G, Boyer O, Touze M.D, Baron D.**
Evaluation de l'exactitude diagnostique et du délai thérapeutique dans un service d'urgences médicales.
Réan Soins Intens Med Urg, 1991 ; 7 (4) : 199-203.
48. **Cardiff K, Anderson G., Sheps S.**
Evaluation of a hospital-based utilization management program.
Health Manage Forum, Spring 1995 ; 8 (1) : 38-45.

49. **Hensher M, Fulop N, Coast J, Jeffers E.**
The hospital of the future. Better out than in? Alternatives to acute hospital care.
BMJ, October 1999 23 ; 319 (7217) : 1127-30.
50. **Rossi P, Tosato F, Franceschinis P, Barberi M, Zuddas M, Barboni E, Perraro F.**
Improving quality in emergency services to reduce hospital admission.
Qual Assur Health Care, June 1993 ; 5 (2) : 127-9.
51. **Baron D, Le Conte P, Garrec F, Berthier F.**
Les indicateurs des performances d'un service d'urgence.
Actes de la journée d'étude : La démarche qualité dans les services d'urgences. Hôpital Cochin, Paris, 10 mars 1998, pp 11-24.
52. **Restuccia J.D, Payne S.M, Tracey L.V.**
A framework for the definition and measurement of underutilization.
Medical Care Review, 1989 ; 46 (3) : 255-270.
53. **Mutjaba H.**
Readmission of patients to hospital : still ill defined and poorly understood.
International Journal for Quality in Health Care, 2001 ; 13 (3) ; 177-179.
54. **Gray L.**
Readmission of elderly patients to hospital : still ill-defined and poorly understood – a response.
International Journal for Quality in Health Care, 2001 ; 13 (3) ; 181-182.
55. **Weissman J.S.**
Readmissions – are we asking too much ?
International Journal for Quality in Health Care, 2001 ; 13 (3) ; 183-185.

10. Abréviations

A

AEG – Altération de l'Etat Général

AEP - Appropriateness Evaluation Protocol

ANDEM - Agence Nationale De l'Evaluation Médicale

C

CHG – Centre Hospitalier Général

CHU – Centre Hospitalier Universitaire

D

DMS – Durée Moyenne de Séjour

DREES - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des
Statistiques

E

ECG – Electrocardiogramme

ETC – Echelle de Tri Canadienne

F

FC – Fréquence Cardiaque

H

HAD - Hospitalisation A Domicile

I

IM – Institut Médicalisé

IM – Intra-Musculaire

INM – Institut Non Médicalisé

ISD-A - Intensity Severity Discharge review system with Adult criteria

IV – Intra-Veineuse

M

MCAP - Managed Care Appropriateness Protocol

MPU – Médecine Polyvalente d'Urgence

N

NFS – Numération Formule Sanguine

P

PAD – Pression Artérielle Diastolique
PAS – Pression Artérielle Systolique
PASS – Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMCs - Patient Management Categories
PMSI – Programmation de Médicalisation du Système d'Information
PRO – Peer Review Organisation
PRUO - Protocollo di Revisione d'Uso dell'Ospedale
PSROs - Professional Standards Review Organisations

R

RUM – Résumé d'Unités Médicales

S

SAMU - Service d'Aide Médicale Urgente
SAU - Service d'Accueil des Urgences
SC – Sous-Cutané
SDF – Sans Domicile Fixe
SMI - Standardised Medreview Instrument
SMUR – Service Mobile d'Urgence et Réanimation

T

TA – Tension Artérielle

U

UCSA – Unité de Consultation de Soins Ambulatoires de la Prison
UHCD – Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
USI – Unité de Soins Intensifs

NOM : BLANCHARD-PONTOIZEAU

PRENOM : Valérie

Titre de thèse :

Evaluation de la pertinence des hospitalisations à partir du service des urgences en fonction des critères de l'AEP (Appropriateness Evaluation Protocol).
Etude prospective sur 586 dossiers au SAU du CHU de Nantes.

RESUME

Peut-on envisager de rationaliser les hospitalisations à partir du SAU (Service d'Accueil des Urgences) et quels outils doit-on utiliser ?
Ce travail propose une présentation des différents outils d'évaluation de la pertinence des hospitalisations utilisés à travers le monde et une étude prospective, réalisée au SAU du CHU de Nantes, portant sur 586 dossiers utilisant l'un de ces outils : l'AEP (Appropriateness Evaluation Protocol).

MOTS-CLES

Outils d'évaluation – pertinence des hospitalisations – service des urgences
AEP – Rationalisation des soins.