UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2008 N° : 103

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Santé Publique et médecine sociale

Par

Romain GUILÉ

Né le 7 avril 1979 à Bourges

Présentée et soutenue publiquement le

14 février 2008

REVUE DE PERTINENCE DES JOURNEES D'HOSPITALISATION EN SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

Président : Monsieur le Professeur Pierre LOMBRAIL

Directeur de thèse : Madame le Docteur Leïla MORET

Sommaire

Sommaire .....- 2 -

Table des illustrations .....- 6 -

Abréviations .....- 9 -

Introduction .....- 10 -

Etat des lieux des connaissances .....- 15 -

1. L'historique des revues de pertinence des journées d'hospitalisation ..... - 15 -
2. Le développement de l'AEP en Europe et en France ..... - 16 -
3. Hospitalisation pertinente et hospitalisation justifiée ..... - 18 -
4. Un taux de non pertinence élevé dans les services de MCO français ..... - 19 -
5. Des journées non pertinentes majoritairement dues à un manque de lits d'aval .....- 20 -
6. Les revues de pertinence des journées d'hospitalisation en Europe et aux Etats-Unis ..... - 21 -

Objectifs de l'étude.....- 23 -

Matériel et méthodes.....- 24 -

1. Méthodologie de construction de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR ..... - 24 -
   1.1. La mise en place du projet..... - 24 -
   1.2. Les méthodes de consensus formalisé d'experts ..... - 28 -
   1.3. Les différentes phases d'élaboration de la grille de pertinence ..... - 31 -
2. Méthodologie de validation de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR ..... - 37 -
   2.1. Champ d'application ..... - 37 -
   2.2. Type d'étude..... - 37 -

2.3. Population ..... - 37 -
2.4. Echantillonnage ..... - 37 -
2.5. Recueil des données ..... - 38 -
2.5.1. Présentation de l'outil ..... - 38 -
2.5.2. Test de la grille de pertinence ..... - 41 -
2.5.3. Description du déroulement de l'étude ..... - 42 -
2.5.3.1. Tirage au sort des journées d'hospitalisation ..... - 42 -
2.5.3.2. Etude de la reproductibilité de la grille (reproductibility, reliability) ... - 42 -
2.5.3.3. Etude de la validité externe de la grille (validity) ..... - 43 -
2.5.3.4. Formation des professionnels de santé ..... - 44 -
2.5.3.5. Information ..... - 44 -
2.6. Saisie et analyse des données ..... - 45 -
2.7. Confidentialité ..... - 46 -
2.8. Calendrier de l'étude ..... - 46 -

Résultats ..... - 48 -
1. Description de la population ..... - 48 -
1.1. Description de l'échantillon ..... - 48 -
1.2. Caractéristiques socio-démographiques des patients : analyse univariée… ..... - 50 -
1.3. Données concernant le séjour hospitalier étudié ..... - 52 -
1.4. Caractéristiques socio-démographiques des patients : analyse bivariée……..... - 55 -
2. Validation de la grille de pertinence ..... - 57 -
2.1. Etude de la reproductibilité de la grille de pertinence ..... - 57 -
2.1.1. Concordance des réponses des experts A et B en ne tenant compte que des résultats du remplissage de la grille ..... - 57 -
2.1.2. Concordance des réponses des experts A et B en tenant compte à la fois des résultats du remplissage de la grille et de l'avis d'expert …… ..... - 64 -
2.2. Etude de la validité externe de la grille de pertinence ..... - 65 -
2.2.1. Etude de l'accord entre les évaluateurs externes ..... - 65 -
2.2.2. Etude de l'accord entre les évaluateurs externes et les experts A et B en tenant compte uniquement des résultats du remplissage de la grille ..... - 66 -
2.2.3. Etude de l'accord entre les évaluateurs externes et les experts A et B en tenant compte des résultats du remplissage de la grille et de l'avis d'expert ..... - 68 -

2.2.4. Etude de la sensibilité et de la spécificité de la grille de pertinence ..... - 69 -
3. Etude de la pertinence des journées d'hospitalisation ..... - 70 -
3.1. Pertinence des journées d'hospitalisation selon les critères de la grille……..... - 70 -
3.2. Pertinence des journées d'hospitalisation selon les critères de la grille et l'avis d'expert..... - 76 -
3.3. Analyse des avis d'experts ..... - 78 -
3.4. Recherche des facteurs explicatifs du caractère pertinent des journées étudiées..... - 79 -
3.4.1. Analyse comparative bivariée..... - 80 -
3.4.2. Analyse comparative multivariée ..... - 84 -
3.5. Analyse des causes de non pertinence des journées d'hospitalisation en SSR… ..... - 87 -
3.5.1. Les causes de non pertinence selon les experts A ..... - 87 -
3.5.2. Les causes de non pertinence selon les experts B ..... - 89 -

Discussion.....- 91 -
1. Le développement de la grille de pertinence ..... - 92 -
1.1. Constitution du groupe d'experts ..... - 92 -
1.2. Implication des participants dans le groupe de travail ..... - 93 -
2. Analyse de la validité interne et externe des données..... - 94 -
3. Validation de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR…….. ..... - 96 -
3.1. Reproductibilité de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation……..... - 96 -
3.2. Validité externe de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation ……...- 101 -
4. Etude de la pertinence des journées d'hospitalisation en SSR..... - 105 -
5. Perspectives et étapes à venir..... - 110 -

Conclusion .....- 113 -

Annexes.....- 121 -
Annexe 1 : Compte-rendu de la réunion du 16 novembre 2006……..- 122 -
Annexe 2 : Compte-rendu de la réunion du 1er décembre 2006 ..... - 126 -

Annexe 3 : Compte-rendu de la réunion du 13 décembre 2006 ..... - 130 -
Annexe 4 : Compte-rendu de la réunion du 18 janvier 2007 ..... - 136 -
Annexe 5 : Compte-rendu de la réunion du 1er février 2007 ..... - 141 -
Annexe 6 : Compte-rendu de la réunion du 7 février 2007 ..... - 147 -
Annexe 7 : Grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR ..... - 152 -
Annexe 8 : Guide d'utilisation de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR ..... - 155 -
Annexe 9 : Questionnaire de recueil des données ..... - 170 -
Annexe 10 : Protocole du test de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR 174
Annexe 11 : Compte-rendu de la réunion du 8 mars 2007 185
Annexe 12 : Feuille de recueil des avis d'experts 190
Annexe 13 : Note d'information aux patients et professionnels de santé de l'établissement 192
Annexe 14 : Compte-rendu de la réunion du 19 septembre 2007 ..... - 195 -
Annexe 15 : Grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR (Version finale) ..... - 199 -
Annexe 16 : Guide d'utilisation de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR (Version finale) ..... - 202 -
Annexe 17 : Questionnaire de satisfaction des professionnels de santé ..... - 218 -

Table des illustrations

Figures

Figure 1 : Typologie des journées d'hospitalisation selon l'AEPf et selon l'avis d'expert (d'après Robain, 1999) ..... - 19 -
Figure 2 : Méthodologie générale du projet : les différentes phases ..... - 27 -
Figure 3 : Schéma récapitulatif des phases de construction de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR ..... - 35 -
Figure 4 : Représentation graphique de la valeur du coefficient kappa entre A et B pour chaque critère par ordre décroissant ..... - 60 -
Figure 5 : Représentation graphique de la concordance observée et du coefficient kappa, entre A et B pour chaque établissement, par ordre décroissant du cœfficient Kappa ..... - 62 -
Figure 6 : Représentation graphique de la concordance observée et du coefficient kappa, entre A et B pour chaque établissement, par ordre décroissant du coefficient Kappa ..... - 63 -
Figure 7 : Représentation graphique de la fréquence des critères cochés par les experts A et B ..... - 72 -
Figure 8 : Représentation graphique de la fréquence des critères cochés par les experts A et B par ordre décroissant ..... - 73 -
Figure 9 : Représentation graphique de la fréquence des critères cochés par les experts A et B, ordre décroissant ..... - 73 -
Figure 10 : Représentation graphique du pourcentage de journées pertinentes d'après la grille selon les experts A et B dans chaque établissement par ordre décroissant ..... - 75 -
Figure 11 : Représentation graphique du pourcentage de journées pertinentes (grille et avis d'expert) selon les experts A et B dans chaque établissement ..... - 78 -

Tableaux

Tableau 1. Définitions des désaccords et accords pour différentes tailles de groupe d'experts ..... - 32 -
Tableau 2 : Classification de Landis et Koch pour la corrélation entre l'accord et la valeur du coefficient Kappa de Cohen ..... - 46 -
Tableau 3 : Nombre de journées étudiées par établissement (N = 406) ..... - 48 -
Tableau 4 : Type de prise en charge (N = 406) ..... - 49 -
Tableau 5 : Représentativité de l'échantillon d'étude ..... - 49 -
Tableau 6 : Lieu de résidence (N = 395) ..... - 51 -
Tableau 7 : Lieu de vie antérieur (N = 389) ..... - 51 -
Tableau 8 : Seul à domicile (N = 352) ..... - 52 -
Tableau 9 : Entourage proche disponible (N = 404) ..... - 52 -
Tableau 10 : Score de Mac Cabe (N = 404) ..... - 53 -
Tableau 11 : Autonomie (N = 402) ..... - 53 -
Tableau 12 : Comportement (N = 373) ..... - 54 -
Tableau 13 : Comparaison des caractéristiques des patients entre les deux types de prise en charge ..... - 55 -
Tableau 14 : Profession de l'expert B (N = 406) ..... - 57 -
Tableau 15 : Pertinence des journées d'hospitalisation selon les experts A et B (N = 406) ..... - 58 -
Tableau 16 : Concordance entre A et B ..... - 58 -
Tableau 17 : Concordance entre A et B, coefficient kappa de Cohen pour chaque critère (N = 406) ..... - 59 -
Tableau 18 : Concordance entre A et B, kappa pour chaque établissement (N = 406). ..... - 61 -
Tableau 19 : Concordance entre A et B pour les services de SS ..... - 62 -
Tableau 20 : Concordance entre A et B pour les services de MPR ..... - 63 -
Tableau 21 : Pertinence de la journée selon les experts A et B (N = 406) ..... - 64 -
Tableau 22 : Concordances entre A et B, kappa ..... - 64 -
Tableau 23 : Concordance entre les évaluateurs 1 et 2 : coefficient kappa de Cohen .. .. - 66 -
Tableau 24 : Concordance entre les experts A, B et les évaluateurs 1, 2 et 3 ..... - 67 -
Tableau 25 : Concordance entre les experts A, B et les évaluateurs 1, 2 et 3 ..... - 68 -

Tableau 26 : Etude de la sensibilité et de la spécificité de la grille en ne tenant compte que des résultats de la grille ..... - 69 -
Tableau 27 : Etude de la sensibilité et de la spécificité de la grille en tenant compte des résultats de la grille et de l'avis d'expert ..... - 70 -
Tableau 28 : Pertinence des journées d'hospitalisation selon les experts A et B après remplissage de la grille (N = 406) ..... - 70 -
Tableau 29 : Effectif et fréquence du choix de chaque critère (N = 406) ..... - 71 -
Tableau 30 : Pourcentage de journées pertinentes selon le centre et l'expert (d'après la grille pour A et B) ..... - 74 -
Tableau 31 : Taux de pertinence des journées d'hospitalisation selon les experts A et B après remplissage de la grille (N = 406) en fonction du type de prise en charge ..... - 75 -
Tableau 32 : Pertinence des journées d'hospitalisation en tenant compte de la grille et de l'avis d'expert ..... - 76 -
Tableau 33 : Pourcentage de journées pertinentes selon le centre et l'expert (d'après la grille et l'avis d'expert pour A et B) ..... - 77 -
Tableau 34 : Taux de pertinence des journées d'hospitalisation selon les experts A et B après remplissage de la grille et de l'avis d'expert (N = 406) en fonction du type de prise en charge ..... - 78 -
Tableau 35 : Pertinence de l'hospitalisation malgré l'absence de critère correspondant dans la grille ..... - 79 -
Tableau 36 : Analyse bivariée sur la variable « journée pertinente pour l'expert A » (grille et avis d'expert) ..... - 81 -
Tableau 37 : Analyse bivariée sur la variable « journée pertinente pour l'expert B » (grille et avis d'expert) ..... - 83 -
Tableau 38 : Analyse multivariée sur la variable « journée pertinente pour l'expert A » (grille et avis d'expert) ..... - 85 -
Tableau 39 : Analyse multivariée sur la variable « journée pertinente pour l'expert B » (grille et avis d'expert) ..... - 86 -
Tableau 40 : Caractéristiques des patients hospitalisés en SSR ..... - 95 -
Tableau 41 : Résultats des principales études internationales de validation de l'outil AEP ..... - 96 -
Tableau 42 : Pertinence des journées d'hospitalisation selon les experts A et B pour l'établissement 8 ..... - 99 -

Abréviations

AEP : Appropriateness Evaluation Protocol

AEPf : Appropriateness Evaluation Protocol (version française)

AI : Asymmetry Index

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

CANTOU : Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles

CFA : Correction Factor for Asymmetry

CHAEP : Community Hospital Appropriateness Evaluation Protocol

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CSBM : Consommation de Soins et Biens Médicaux

DIM : Département d'Information Médicale

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EC : Ecart Type

HAS : Haute Autorité de Santé

HMO : Health Maintenance Organization

IC : Intervalle de Confiance

IPRAS : InterPercentile Range Adjusted for Symmetry

IPR : InterPercentile Range

ISD : Intensity of service, Severity of illness and Discharge screens-appropriateness

MC : Médecine Chirurgie

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MMS : Mini Mental State

MPR : Médecine Physique et Réadaptation

NS : Non Significatif

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OR : Odds Ratio

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PSPH : Participant au Service Public Hospitalier

SMI : Standardized Medreview Instrument

SS : Soins de Suite

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UQRE : Unité Qualité Risques Evaluation

Introduction

La France a consacré 11,1% de son Produit Intérieur Brut (PIB) pour le fonctionnement de son système de santé en 2006. Ce ratio la place en troisième position des pays membres de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) derrière les Etats-Unis (15,3%) et la Suisse (11,6%). Parmi les dépenses de santé, le secteur hospitalier représentait près de la moitié de la Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM) (47,6%) et les dépenses de ce secteur d'activité sont en constante augmentation (plus 3,4% en 2006)(1).
Il est donc souhaitable que, dans une période marquée par les tentatives de maîtrise des dépenses de santé, l'utilisation de l'hôpital et son bon fonctionnement fassent l'objet d'une réflexion approfondie. Dans ce contexte, l'utilisation inappropriée ou excessive de certaines procédures, dont l'hospitalisation fait partie, tient une place importante. Pour certains, la mesure de la pertinence des soins, notamment des procédures médicales, pourrait révolutionner les soins(2). C'est dans ce cadre que se sont développées les recommandations de bonnes pratiques médicales et les conférences de consensus. Mais, la notion de pertinence des soins, dans le cadre d'une hospitalisation, est plus difficile à définir. Les patients utilisent-ils à bon escient l'hôpital et notamment son plateau technique ? Ne pourraient-ils pas recevoir les soins dans une structure moins coûteuse ou à domicile ? A l'heure du développement des alternatives à l'hospitalisation, ces questions se posent. Ceci dans un double objectif, tout d'abord économique bien sûr, mais également dans un souci de qualité des soins délivrés aux patients.

Plusieurs définitions ont été proposées pour éclairer la notion de pertinence des soins. Pour la Rand Corporation, une procédure (geste technique, admission, journée d'hospitalisation) est pertinente (« appropriate ») d'un point de vue médical si, pour un patient, le bénéfice attendu (gain d'espérance de vie) lié à cette procédure dépasse les conséquences négatives attendues (mortalité, morbidité) avec une marge telle que la procédure vaille d'être mise en œuvre(3, 4).
Gertman et Restuccia ont introduit dans cette définition la notion d'hospitalisation, de soins ambulatoires et d'alternatives à l'hospitalisation : « une procédure non pertinente caractérise des patients qui ne retirent aucun bénéfice de l'hospitalisation

ou bénéficient de services qui pourraient être rendus dans des structures de soins moins coûteuses ou en ambulatoire »(5).

La notion de pertinence s'inscrit donc dans une optique précise : il s'agit d'une évaluation de procédés, définie du seul point de vue des professionnels de santé. Elle est purement technique et ne prend aucunement en compte le point de vue de l'usager ou ses besoins subjectifs de santé. La pertinence telle qu'elle est définie ne fait aucune référence aux coûts des procédures. Le jugement de valeur sur lequel elle s'appuie est celui de la pertinence technique et de la qualité du soin délivré au malade(6).

Ces définitions sous-entendent le fait qu'utiliser le système de santé, dans sa globalité (hôpital, geste technique,…), de façon inappropriée a un impact direct sur les dépenses de santé et sur la qualité des soins rendus aux patients. Ceci est particulièrement vrai chez les personnes âgées chez lesquelles une désorientation ou une confusion peut s'installer du seul fait d'une hospitalisation. Elle expose également les patients à des risques iatrogènes comme les chutes ou les infections nosocomiales(7, 8).

Ce contexte explique qu'une réflexion se soit installée sur la bonne utilisation des procédures de santé, dont l'hospitalisation fait partie, afin de rechercher les causes de mauvaise utilisation et de mettre en place des mesures d'amélioration. En effet, un certain nombre de séjours hospitaliers sont prolongés de façon parfois inutile pour des raisons qui peuvent être liées par exemple à l'organisation interne de l'hôpital (attente d'un rendez-vous, difficultés à organiser la sortie du patient,…) ou au système extrahospitalier (attente d'une structure de relais,…).

Des outils ont ainsi été développés afin d'évaluer la pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation dans les structures de court séjour(5, 9). L'utilisation de ces outils s'est maintenant généralisée(9).

Cependant, ces questions ne se posent pas uniquement pour les structures de court séjour mais également pour celles de moyen séjour appelées maintenant SSR et qui recouvre deux entités, la Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) et les Soins de Suite (SS).

La MPR est caractérisée par :

- La présence de médecins spécialistes en MPR, dont l'un assure obligatoirement la direction médicale de la structure, et l'existence d'un plateau technique de rééducation,
- Une activité de réadaptation supérieure à une heure par jour ou faisant appel à au moins deux intervenants en MPR et la nécessité d'une coordination des soins.

Les SS correspondent aux SSR non MPR :

- Ils poursuivent des soins après la phase aiguë d'une pathologie médicale ou chirurgicale, récente ou chronique avec accident évolutif récent,
- Ils peuvent comporter des prestations de kinésithérapeutes (d'une durée inférieure ou égale à une heure), ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues, …

On distingue les SS polyvalents à forte composante gériatrique et les SS spécialisés (addictologie, états végétatifs chroniques, …).

Aujourd'hui, les établissements de SSR sont encombrés et les délais d'attente pour obtenir une place dans ce type de structure de plus en plus sollicitée, est souvent très long. Ces dysfonctionnements sont le fruit de plusieurs phénomènes :

- Le raccourcissement des durées de séjour dans les services de court séjour conduit à accueillir en SSR des malades à un stade plus précoce et qui nécessitent une prise en charge médicale plus importante,
- Des personnes rencontrant des difficultés d'ordre socio-environnemental sont en outre dirigées vers les services de SSR sans réel bénéfice sur leur état de santé,
- Les malades ayant perdu leur autonomie rencontrent des difficultés de placement dans les services de soins de longue durée en raison d'un manque de lits d'aval,
- Enfin, l'insuffisance de structures d'accompagnement à domicile, qui permettraient dans certains cas une sortie plus précoce, rend difficile un retour à domicile, surtout lorsque la perte d'autonomie est brutale(10).

Ces difficultés de fonctionnement vont d'ailleurs s'accroître avec l'évolution démographique et le vieillissement de la population. D'ici à 2050, l'effectif des personnes âgées de plus de 75 ans sera multiplié par trois et celui des 85 ans et plus par quatre. Par ailleurs, une baisse importante de la démographie médicale est attendue dans ces disciplines avec plus de la moitié des rééducateurs fonctionnels exerçant actuellement qui sera en retraite en 2010. Cela va obligatoirement concourir, notamment à court terme, à une augmentation de la demande de placement en SSR et à une diminution des capacités d'accueil de ces structures.
Ceci est d'autant plus alarmant que la région Pays de la Loire est sous-équipée en lits de SSR. En effet, au 1er janvier 2006, le taux d'équipement national pour la MPR était de 0,54 lit pour 1000 habitants alors qu'il n'était que de 0,44 dans la région Pays de la Loire. De même, le taux d'équipement national en SS était de 1,58 lit pour 1000 habitants alors qu'il n'était que de 1,06 dans la région Pays de la Loire(11).
Il apparaît donc important que ces structures soient occupées à bon escient, c'est-à-dire par des patients qui ont véritablement besoin de l'offre de soins que l'on y propose, notamment en terme de plateau technique.
L'assurance maladie a mené, en septembre 2003, une étude dans la région Pays de la Loire dont l'objectif principal était d'analyser l'offre de SSR de la région et le taux d'inadéquation des journées d'hospitalisation. Cette étude a montré que 20% des journées d'hospitalisation de SS et 16% des journées de MPR étaient inadéquates. Les inadéquations concernaient préférentiellement certaines pathologies comme les troubles mentaux chez les patients de plus de 60 ans ou les traumatisés crâniens. Les patients dont la journée était inadéquate étaient significativement plus âgés. Cependant, la mise en évidence de ces inadéquations reposait uniquement sur l'expérience des praticiens conseils hospitaliers et sur la réglementation, et l'absence de critères explicites a pu minorer, selon les auteurs, le taux d'inadéquation(10).

Enfin, un des objectifs du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire des Pays de la Loire 2006-2010, dans son volet « Soins de Suite et de Réadaptation » était de « rechercher des réponses aux hospitalisations inappropriées en SSR »(12). Cet objectif passe auparavant par une évaluation quantitative de ces journées, par la description de la population concernée par ces journées inappropriées et donc par le développement d'un outil de suivi de cet objectif.

Pour toutes ces raisons, il nous a paru important de nous intéresser au problème de la pertinence des journées d'hospitalisation en SSR et notamment de l'évaluer de façon objective, fiable et reproductible. Or, l'analyse de la littérature ne retrouve aucun outil de revue de pertinence des journées d'hospitalisation dans ce type de structure publié en langue anglaise ni en langue française.

Cette démarche s'inscrivait dans un but d'amélioration de la qualité des soins délivrés aux patients, comme y incite notamment la référence 44a (« les professionnels évaluent la pertinence des journées d'hospitalisation ») du manuel de certification de la HAS(13), et non dans un but de contrôle externe par les organismes payeurs. Le point de vue adopté était celui des professionnels de santé.

L'OBJECTIF de ce travail était donc, dans un premier temps, de développer, avec l'aide de professionnels de santé, des critères objectifs afin d'évaluer la pertinence des journées d'hospitalisation en SSR. Dans un deuxième temps, il s'agissait de valider cette grille, à la fois en terme de reproductibilité et de validité externe, à l'aide d'une méthodologie adaptée.

Etat des lieux des connaissances

1. L'historique des revues de pertinence des journées d'hospitalisation

Aux Etats-Unis, les préoccupations sur l'utilisation des ressources du système de santé remontent au début du siècle dernier. Mais ce n'est qu'au début des années soixante que la sur-utilisation est devenue un enjeu important, lié aux préoccupations croissantes sur les coûts de la santé.

Des programmes de revue d'utilisation hospitalière (*Hospital Utilization Review*) ont ainsi vu le jour à la fin des années soixante. Ceux-ci avaient plusieurs objectifs dont le principal était la maîtrise de l'accroissement des dépenses de santé. Ces outils étaient également des outils d'évaluation interne pour les hôpitaux, d'évaluation externe par les organisations professionnelles spécialisées et de régulation médicalisée des dépenses par les organismes payeurs (Professional Standard Review Organization). Cependant, les premiers outils développés (« Sample Criteria for Short Stay Hospital Review ») étaient lourds et difficiles à utiliser car ils comportaient de nombreux critères, chacun étant spécifique d'un diagnostic. D'autre part, ils laissaient place à une interprétation personnelle de l'évaluateur et étaient peu reproductibles(14).

Simultanément, d'autres outils ont été développés. Parmi ceux-ci, ceux qui avaient la plus grande reproductibilité utilisaient des critères de pertinence explicites et indépendants du diagnostic. Ce sont l'AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) développé en 1981, le SMI (Standardized Medreview Instrument) développé en 1983 et l'ISD (Intensity of service, Severity of illness and Discharge screens-appropriateness) développé en 1987(15-17). Ces outils présentaient plusieurs avantages : ils faisaient appel à un nombre restreint de critères, ils étaient standardisés et transférables, ils étaient utilisables par des professionnels autres que des professionnels de santé et étaient faciles à mettre à jour car les critères ne dépendaient pas des diagnostics. Par contre, ils étaient plus coûteux à développer et à tester et introduisaient une certaine subjectivité car ils pouvaient faire appel à un avis d'expert.

Parmi ces outils, l'AEP est, à l'heure actuelle, le plus utilisé et le plus traduit dans le monde notamment du fait de ses propriétés métrologiques (forte reproductibilité et bonne validité) et de sa facilité d'utilisation(17-23). Cependant, le contexte et surtout les objectifs de son utilisation ont notablement évolué. Si ces outils ont été essentiellement stimulés par des organisations externes aux hôpitaux et les compagnies d'assurance dans un but d'évaluation externe aux Etats-Unis(15), sa traduction en Europe a été réalisée dans un but d'auto-évaluation par les professionnels de santé s'inscrivant dans une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins(9, 14).

2. Le développement de l'AEP en Europe et en France

En 1993, le projet BIOMED 1, incluant sept pays européens, a été mis en place afin de coordonner la recherche sur les revues d'utilisation de l'hôpital en Europe. L'objectif de ce travail était de standardiser les méthodes de mesure entre ces différents pays pour évaluer l'utilisation de l'hôpital dans les différents systèmes de soins. Ainsi, le projet a validé et testé un instrument commun au niveau européen incluant un outil d'évaluation de la pertinence des hospitalisations ainsi qu'une typologie commune des causes de non pertinence (AEP version européenne)(24-26).

En France, l'AEP dans sa version française (AEPf) a été traduite et validée en trois étapes. Davido(27) a validé la grille de pertinence des admissions en 1991. L'étude a montré une bonne reproductibilité de cette grille (kappa = 0,81) ainsi qu'une bonne validité (kappa = 0,83). La grille de pertinence des journées d'hospitalisation a été validée par Robain en 1999(28). L'étude montrait une bonne reproductibilité de la grille (kappa=0,81) ainsi qu'une bonne validité (kappa = 0,61). Enfin, les causes de non pertinence ont été validées en 2001 par Lombard(29). Son étude montrait une bonne reproductibilité des avis (kappa = 0,66).

Concrètement, la revue de pertinence des journées d'hospitalisation est une méthode d'amélioration de la qualité qui permet de repérer les journées d'hospitalisation non pertinentes dans les services de Médecine, Chirurgie et

Obstétrique (MCO), de rechercher les causes qui expliquent ces journées non pertinentes et de mettre en place des plans d'action pour améliorer la prise en charge du patient. En pratique, cette technique n'a jamais été utilisée en Obstétrique. L'identification des journées non pertinentes s'effectue à l'aide de critères simples, regroupés dans une grille. Ces critères sont objectifs, prédéterminés, standardisés et validés.

L'outil AEPf comporte deux parties(9) :

- Une grille de 24 critères explicites indépendants du diagnostic, divisés en trois parties :
    - 10 items se référant aux soins médicaux validés,
    - 6 items décrivant les soins infirmiers,
    - 8 items liés à l'état clinique du patient.

Pour déclarer la journée pertinente, un seul critère doit être coché. Cependant, si aucun critère n'a été coché, l'expert a tout de même la possibilité de déclarer la journée pertinente grâce à l'avis d'expert (« override »)(5).

- Une série d'items, permettant d'analyser les causes de non pertinence de la journée d'hospitalisation qui peuvent être :
    - Organisationnelles,
    - Structurelles,
    - Humaines liées au personnel médical,
    - Humaines liées au patient.

Les objectifs et la perspective du projet en France s'inscrivaient dans une démarche d'auto-évaluation maîtrisée par les équipes hospitalières. En effet, il ne s'agissait pas de mesurer la bonne performance d'un service ou d'un ensemble de services mais de repérer des dysfonctionnements susceptibles d'être corrigés.

L'AEPf repose donc sur une définition qui renvoie exclusivement au rôle de plateau technique de l'hôpital. Ainsi, un certain nombre de journées ne répondant à aucun critère de la grille sont en réalité justifiées. Il peut s'agir de critères non pris en compte par cette définition restrictive (sociaux, psychologiques, éducation, …) lors de la construction de la grille. Plusieurs catégories de journées « inadéquates » peuvent donc être distinguées(6).

3. Hospitalisation pertinente et hospitalisation justifiée

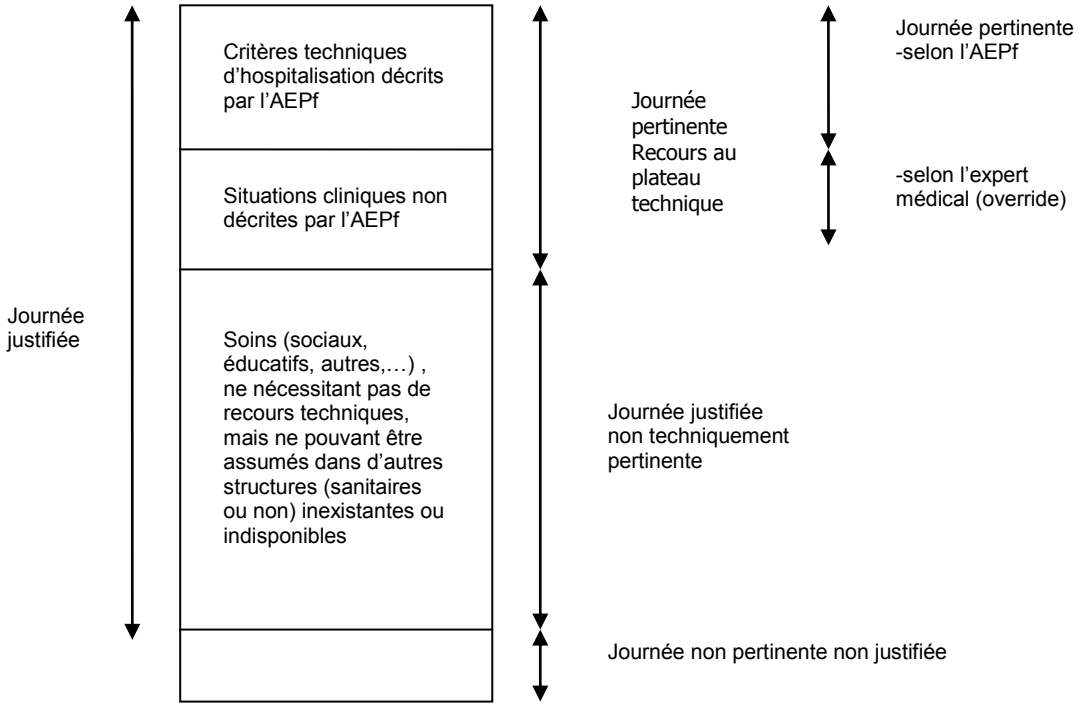
Il est nécessaire de faire une distinction entre une hospitalisation pertinente et une hospitalisation justifiée(14).

Une hospitalisation est considérée comme pertinente lorsque la journée d'hospitalisation répond aux critères explicites de la grille AEPf.

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

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

Figure 1 : Typologie des journées d'hospitalisation selon l'AEPf et selon l'avis d'expert (d'après Robain, 1999)



Ces différents travaux de développement et de validation de l'AEP aux Etats-Unis et en Europe avaient comme premier but de concerner les patients hospitalisés dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique. Des grilles de pertinence concernant les patients hospitalisés en pédiatrie, psychiatrie et SSR devaient être développées dans un second temps. Si, à ce jour, une version pédiatrique de l'AEP existe, aucune grille concernant les patients hospitalisés en SSR n'a été développée à notre connaissance.

4. Un taux de non pertinence élevé dans les services de MCO français

Plusieurs études, menées en France, utilisant l'outil AEPf ont été publiées. Une étude a été réalisée dans le service de neurologie du CHU de Limoges au cours de l'année 2000. L'objectif de ce travail était de quantifier la proportion des journées d'hospitalisation inappropriées et de rechercher les facteurs pouvant influencer ces inadéquations et la durée de séjour. L'étude a inclus 465 patients hospitalisés dans

le service de neurologie pendant une période de trois mois. Vngt-cinq pour cent des patients avaient au moins une journée inappropriée. Les facteurs de risque de survenue de journées inappropriées étaient un état psychique délirant ou dépressif et un âge élevé(30).

En 2001, une étude utilisant l'outil AEPf a été menée dans l'ensemble des services du CHU de Caen. L'objectif était d'évaluer le nombre de journées inappropriées et d'en rechercher les causes. Au total 2 180 journées ont été analysées. Le taux moyen de journées inappropriées était de 10,9% en médecine et de 7% en chirurgie(31).

Dans le service de gastro-entérologie de l'hôpital Avicenne, une étude menée en 1999 sur 2 151 journées d'hospitalisation a montré que 41% des journées étaient inappropriées selon l'outil AEPf. Cette étude a également montré que les patients qui avaient une durée de non pertinence supérieure à cinq jours au cours de leur séjour étaient significativement plus âgés et vivaient seuls à domicile(32).

En 2002, une étude utilisant l'AEPf a été réalisée dans deux services de gériatrie aiguë de l'AP-HP. L'objectif était d'évaluer le taux de non pertinence des journées d'hospitalisation et d'en analyser les causes. Au total, 3 428 ont été analysées. Parmi ces journées 54% étaient non pertinentes au dire de l'AEPf(33).

Enfin, une étude menée dans neuf unités de médecine et deux de chirurgie du CHU de Nantes, utilisant l'outil AEPf pour évaluer la pertinence des journées d'hospitalisation et en rechercher les causes, a montré que 32,4% des journées étaient non pertinentes(34).

5. Des journées non pertinentes majoritairement dues à un manque de lits d'aval

Dans l'étude réalisée au CHU de Caen, la cause la plus fréquente de journées inappropriées était l'attente d'une place dans un service de SS (68%). Les causes organisationnelles représentaient cependant des causes non négligeables. On retrouvait une sortie mal planifiée dans 10,4% des cas, un problème d'indécision liée au patient ou à sa famille dans 10% des cas et un problème lié à une absence de décision médicale dans 6,5% des cas.

Les journées non pertinentes des patients de l'étude réalisée dans le service de gastro-entérologie de l'hôpital d'Avicenne étaient principalement expliquées par l'attente d'un hébergement dans une structure de SS.
Dans l'étude réalisée dans les services de gériatrie de l'AP-HP, le taux de non pertinence s'expliquait majoritairement par l'attente d'un établissement d'aval (46,8%), une mauvaise organisation du retour à domicile (27,5%) et l'attente d'un avis ou d'une procédure diagnostique (12,5%).
Enfin, dans l'étude réalisée au CHU de Nantes plus de 55% des patients dont la journée d'hospitalisation avait été jugée non pertinente étaient en attente d'un hébergement médicalisé(34).

Au total, l'AEPf est un outil validé et utilisé en France. Les études françaises publiées montrent un taux de non pertinence des journées d'hospitalisation en MCO oscillant de 7 à 54% en fonction des services. La principale cause de non pertinence est l'attente d'une place dans un service de moyen séjour. Ceci montre l'encombrement existant à l'heure actuelle dans ce type de structure.

6. Les revues de pertinence des journées d'hospitalisation en Europe et aux Etats-Unis

Aux Pays-Bas, deux études, menées en 2000 et 2002 par Panis et utilisant l'AEP, ont montré que le pourcentage de journées inappropriées était de 20% sur les 4 500 journées étudiées dans les services de médecine(35, 36). La moitié des journées non pertinentes était due à un retard dans les procédures hospitalières : retard dans les transmissions de résultats, dans les diagnostics, dans les traitements et la sortie. Les facteurs prédictifs de journées inappropriées étaient un âge élevé et une hospitalisation dans un service de médecine.
En Italie, deux études, menées en 2000 et 2001 par Angelillo et Attena et utilisant également l'AEP, ont montré un taux de journées inappropriées respectivement de 37,3% et 35,5% (37, 38). Dans l'étude d'Angelillo(38), une analyse de régression logistique multiple a montré que les journées inappropriées étaient plus fréquentes

dans les services de médecine et lorsque les admissions étaient elles-mêmes inappropriées.

En Espagne, l'étude de Bare(39), réalisée en 1995, a mis en évidence un taux de journées inappropriées de 29,2% dans les services de médecine et de chirurgie étudiés. La moitié des journées inappropriées était due à des admissions inappropriées, puis à un planning de soins non optimisé et enfin à une attitude conservatrice des médecins qui retardaient la sortie du patient, en particulier après une intervention chirurgicale.

Des taux identiques ont également été retrouvés dans une étude suisse de Chopard, menée en 1998, soit un taux de non pertinence de 28% dans des services de médecine interne (5 665 journées)(40),. Dans cette étude, une analyse multivariée confirmait que les journées d'hospitalisation inappropriées étaient plus fréquentes si les admissions étaient inappropriées et les patients âgés (80 - 95 ans).

Siu(41), dans une étude menée aux Etats-Unis en 1986, retrouvait un taux de non pertinence des journées d'hospitalisation de 34% dans les services étudiés.

Enfin, Halfon(42) a utilisé le *delay tool* pour analyser les causes de non pertinence. Cet outil a été développé et validé par Selker(43) et comprend neuf catégories de causes (programmation d'examens complémentaires, obtention des résultats d'examens, intervention chirurgicale, obtention d'une consultation, retards dus au patient, au médecin, à la recherche, à la programmation de la sortie et à la filière d'aval). Sur les 960 patients de l'étude, 30% avaient une sortie retardée, ce qui représentait 17% des journées inappropriées. La cause la plus fréquente d'une sortie retardée était le retard à la programmation des examens (31%). En revanche, l'attente d'une filière d'aval était la première cause, si on comptabilisait le nombre de journées inappropriées du fait d'une durée moyenne de séjour longue.

Objectifs de l'étude

Les **objectifs principaux** de l'étude étaient les suivants :

1. Développement d'une grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR,
2. Validation de cette présente grille :
   - Etude de la reproductibilité de la grille,
   - Etude de la validité externe de la grille.

Les **objectifs secondaires** de l'étude étaient les suivants :

1. Evaluation de la pertinence des journées d'hospitalisation en SSR,
2. Recherche de facteurs prédictifs de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR,
3. Recherche des causes de non pertinence des journées d'hospitalisation en SSR.

Matériel et méthodes

1. Méthodologie de construction de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR

Ce projet était à l'initiative du réseau Qualité en Santé 44 et de l'Unité Qualité Risques Evaluation (UQRE) du CHU de Nantes.

1.1. La mise en place du projet

Un comité d'organisation a été créé en octobre 2006 par le réseau Qualité en Santé 44 afin de mettre en place et d'apporter un soutien méthodologique à ce projet, dont la composition était la suivante :

- Dr L. MORET, médecin de santé publique, réseau Qualité en Santé 44, UQRE, CHU de Nantes,
- M. R. GUILE, interne de santé publique, CHU de Nantes,
- Melle P. ROLLAND, chargée de mission, réseau Qualité en Santé 44,
- Mme I. MAHE-GALISSON, responsable qualité, réseau Qualité en Santé 44,

Une première réunion a eu lieu le 16 novembre 2006, à l'initiative du réseau, afin de présenter le projet (contexte de l'étude, objectifs précis et prémices de la méthodologie qui allait être employée) aux professionnels de santé ayant une activité professionnelle au sein d'une structure de SSR adhérant au réseau (le compte-rendu est présenté en annexe 1).

Lors de cette réunion, un groupe de travail composé d'experts des disciplines de SS, polyvalents ou spécialisés, et de MPR a ainsi été mis en place. La composition de ce groupe était la suivante :

- Mme C. ALGLAVE, cadre de santé, Le Loroux Bottereau
- Mme C. ARURAULT, cadre de santé, Saint Herblain
- Dr P. BERNA, médecin, Saint-Nazaire
- Dr T. BOCHER, médecin, Vigneux de Bretagne
- Mme F. BOULET, cadre de santé, Saint-Nazaire
- Mme C. CAHAREL, assistante sociale, Nantes
- Mme J. COBIGO-DAVID, cadre de santé, Nantes
- Mme M-N. COING, cadre de santé, Savenay
- Mme S. COUTAULT, responsable qualité, Clisson
- Dr C. COUTURIER, médecin, Nantes
- Dr G. DALLONGEVILLE, médecin, Saint-Nazaire
- Mme I. DELORY, cadre de santé, Carquefou
- Mme F. DOS REIS, kinésithérapeute, Saint-Nazaire
- Dr D. EVENO, médecin, Saint Herblain
- Dr S. FERREOL, médecin, Nantes
- M N. FOUCHER, assistant social, Nantes
- Mme M. GAVELLE, cadre de santé, Saint-Herblain
- Dr I. GUITTON, médecin, Saint-Nazaire
- M D. HAMON, kinésithérapeute, Saint-Nazaire
- M G. JEHENNE, responsable qualité, La Turballe
- Melle A. KELLER, responsable qualité, Guérande
- M R. KLEIN, responsable qualité, Nantes
- Mme E. LASSERON, cadre de santé, Guérande
- Mme C. LEGAL, cadre de santé, Nantes
- Dr Y. LEQUEUX, médecin, Pornic
- Melle V. MARX, responsable qualité, Nantes
- Mme M. MORIOT, cadre de santé, Clisson
- Dr F. MOUTET, médecin, La Turballe
- Mme S. PERGELINE, responsable qualité, Pornic
- Mme T. POUJHON, cadre de santé, Pornichet
- M G. RINCE, kinésithérapeute, Nantes
- Dr E. TERZIDIS, médecin, Nantes
- Dr S. VALLIER, médecin, Le Loroux Bottereau

Ce groupe était constitué de 33 experts répartis de la façon suivante :

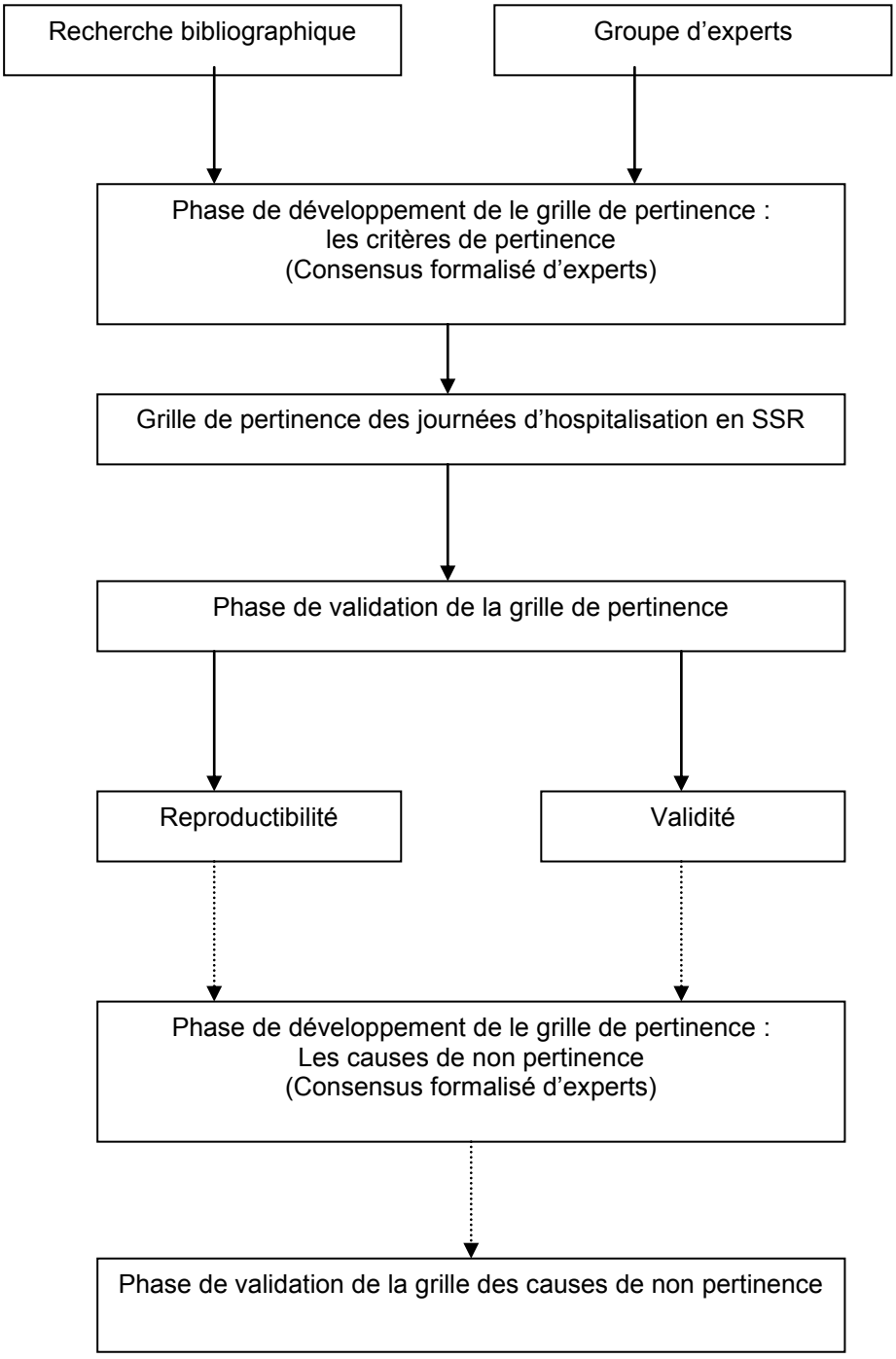
- 11 médecins, 11 cadres de santé, 5 responsables qualité, 2 assistants sociaux, 3 kinésithérapeutes et un ergothérapeute,
- Un médecin était également médecin du Département d'Information Médicale (DIM) de son établissement.

Il s'agissait donc d'un groupe multidisciplinaire, constitué de professionnels de santé volontaires ayant une activité dans une structure de SS ou de MPR adhérant au réseau :

- SS : 21 professionnels de santé,
- MPR : 12 professionnels de santé.

La méthodologie générale du projet est rappelée dans le schéma ci-dessous. Les flèches pleines représentent les phases du projet déjà réalisées tandis que les flèches pointillées représentent les étapes futures du projet.

Figure 2 : Méthodologie générale du projet : les différentes phases



1.2. Les méthodes de consensus formalisé d'experts

Une revue de la littérature a été effectuée afin de repérer les différentes méthodologies possibles de construction de grilles. Il s'agit des méthodes de consensus formalisé d'experts.

Les principales techniques utilisées sont les suivantes :

- La **méthode Delphi** est une méthode dont l'objectif est d'obtenir un avis final, unique et convergent. Elle consiste à interroger individuellement chaque membre d'un groupe, de manière itérative à l'aide d'un questionnaire ou d'une liste de propositions. Chaque proposition est soumise à cotation de façon totalement anonyme. Il n'y a aucune rencontre ou discussion entre les experts ce qui permet d'éviter les phénomènes de dominance d'un participant ou d'ambiance de groupe. Le nombre d'interrogations est illimité. Entre les tours de cotation, chaque expert reçoit les résultats agrégés du groupe ainsi que leur propre réponse afin de pouvoir se positionner par rapport au reste du groupe et éventuellement réviser leur cotation (technique de retour d'information). Les cotations sont stoppées lorsqu'un avis convergent est obtenu. Cette méthode présente l'avantage d'être rapide, efficace et peu coûteuse. En revanche, en ne permettant pas la discussion entre experts, elle peut être difficilement conclusive en cas de désaccord persistant entre les experts. La valeur des conclusions est dépendante de la taille et de la représentativité au sein du groupe d'experts. Enfin, la décision d'arrêt des cotations présente l'inconvénient de dépendre des organisateurs(44-48).

- La **Nominal Group Technique** se différencie de la précédente méthode par le recours à une réunion physique des membres, sans travail préparatoire ni synthèse des données bibliographiques. Au cours de la réunion, les intervenants ne peuvent communiquer entre eux, chacune des interventions devant passer par le coordonnateur de la réunion. Celui-ci doit veiller à ce que tous les intervenants puissent s'exprimer. Chaque membre du groupe rédige seul et en temps limité ses propositions sur le thème en question. Chacun énonce ensuite, tour à tour, ses propositions sans commentaires du groupe.

Le coordonnateur clarifie ensuite les propositions, afin de s'assurer que tout le monde les comprend, et élimine les redondances. Chaque membre cote ensuite de façon individuelle et anonyme les propositions. Les résultats sont discutés au sein du groupe et une seconde cotation a lieu afin d'opérer à une sélection des propositions. Cette méthode a surtout un intérêt lorsqu'il s'agit de classer ou prioriser des indicateurs ou propositions. Le temps de préparation et de réalisation est réduit. Elle laisse cependant peu de place à la réflexion et est peu adaptée à la résolution de problèmes complexes qui nécessiteraient une phase préparatoire et une analyse de la littérature. De même que pour la méthode Delphi, l'intérêt de cette méthode est limité par la variabilité potentielle des conclusions en fonction de la composition du groupe d'experts(44, 45, 47, 48).

- La **« Rand Appropriateness Method » de la Rand/Ucla** combine les approches des deux précédentes méthodes. Elle recourt successivement à :
    - L'établissement par l'organisateur d'un premier jeu d'indicateurs ou propositions issues d'une analyse de la littérature,
    - Une cotation individuelle anonyme à distance,
    - Une réunion physique des membres du groupe au cours de laquelle sont discutés les résultats de la cotation. Celle-ci permet de préciser ou modifier certains indicateurs,
    - Une seconde cotation individuelle anonyme permettant une sélection définitive des indicateurs(49).

Cette méthode présente l'avantage de passer systématiquement par l'analyse de la littérature(44, 45, 47, 48, 50).

La Haute Autorité de la Santé (HAS) a finalisé sa propre méthode de consensus formalisé d'experts pour l'élaboration de recommandations professionnelles. La méthodologie est la suivante (51):

- La phase préparatoire consiste à délimiter le thème, produire une analyse critique de la littérature et une première série de propositions de recommandations. Cette phase est réalisée par le groupe de pilotage composé de 4 à 6 professionnels ayant une bonne connaissance du thème à étudier,

- La phase de cotation, qui se décompose elle-même en trois temps :
    - 1re cotation individuelle des propositions par chaque membre du groupe de cotation,
    - Réunion du groupe de cotation permettant de discuter des résultats,
    - 2nde cotation individuelle par chaque membre du groupe de cotation,
- La phase de lecture par un groupe externe qui réunit des personnes intéressées par le sujet, expertes ou non,
- La phase de finalisation du texte de recommandations lors d'une réunion du groupe de cotation.

La méthodologie de construction de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR est dérivée de la **méthode Delphi**, de la **Nominal Group Technique** et de la **Rand Appropriateness Method**.

Les différentes phases de la méthodologie choisie étaient les suivantes :

- Phase initiale de proposition de critères de pertinence par le groupe d'experts,
- Phase de revue de la littérature sur le thème choisi,
- La phase de cotation, qui se décompose elle-même en 3 temps :
    - 1re cotation individuelle des propositions par chaque membre du groupe de cotation,
    - Réunion du groupe de cotation permettant de discuter des résultats,
    - 2nde cotation individuelle par chaque membre du groupe de cotation.
- Phase d'élaboration du guide de remplissage de la grille de pertinence (cahier des charges de chaque critère et modalités de mise en œuvre d'une revue de pertinence en SSR).

Elle se différencie donc des précédentes méthodes par l'existence à la fois d'une phase de proposition de critères par les experts et d'une phase d'analyse de littérature.

1.3. Les différentes phases d'élaboration de la grille de pertinence

Le développement de la grille de pertinence s'est déroulé de la manière suivante : La première réunion, qui s'est tenue le 1er décembre 2006 (compte-rendu en annexe 2), a été consacrée à la première phase de l'élaboration de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR :

- Chaque expert devait rédiger individuellement sur papier libre les critères qui lui semblaient être des critères de pertinence d'une journée d'hospitalisation en SSR, sans limitation sur le nombre de critères, pendant une durée d'environ 15 minutes,
- Chaque expert devait ensuite énumérer un à un ces critères à voix haute, sans commentaire ni discussion du groupe jusqu'à ce que les experts n'en aient plus à proposer,
- Tous les critères ont ensuite été disposés sur un « brown-paper » à la vue de tous les experts (une centaine de critères ont été énoncés lors de cette première phase),
- Les coordonnateurs enlevaient ensuite les redondances et réalisaient, avec l'aide des experts, le tri des critères par catégorie s'assurant que tous les experts avaient compris dans le même sens tous les critères énoncés. Au total, 45 critères de pertinence sont ressortis de cette première réunion, inclus dans 5 catégories :
    - Pluridisciplinarité,
    - Critères médicaux et paramédicaux,
    - Critères médico-techniques,
    - Etat général du patient,
    - Critères médico-sociaux et environnementaux.

Une première cotation des critères, individuelle et anonyme, par courrier ou par mail, a ensuite été réalisée par les experts à l'aide d'une échelle numérique discontinue. Pour cela une échelle graduée de 1 à 9 était placée en regard de chaque proposition(52) :

- La graduation 1 signifiait que le critère ne rendait pas du tout pertinente la journée d'hospitalisation,

- La graduation 9 signifiait que le critère rendait la journée très pertinente,
- Les graduations 2 à 8 traduisaient toutes les situations intermédiaires.

L'analyse et la synthèse des résultats ont été réalisées par le comité d'organisation (réseau Qualité en Santé 44). Pour chaque proposition, trois résultats étaient possibles(49, 53) :

- La médiane des réponses était ≥ 7 et il n'existait pas de désaccord entre les experts. Dans ce cas, le critère était accepté,
- La médiane des réponses était ≤ 3 et il n'existait pas de désaccord entre les experts. Dans ce cas, le critère était refusé,
- La médiane des réponses était comprise entre 3 et 7 ou il existait un désaccord entre les experts. Dans ce cas, le critère était discuté lors d'une réunion réunissant le groupe de travail et le comité d'organisation (critères incertains).

Il existait un désaccord entre les experts lorsque, malgré l'existence d'une médiane des réponses ≥ 7 ou ≤ 3, un nombre important d'experts avait voté à la fois entre 1 et 3 et à la fois entre 7 et 9 pour le même indicateur. Ce nombre d'experts dépend de la taille totale du groupe d'experts. Le désaccord est donc défini de la manière suivante :

Tableau 1. Définitions des désaccords et accords pour différentes tailles de groupe d'experts

Taille du groupe d'experts	*Désaccord* Nombre d'experts ayant voté dans chaque extrême	*Accord* Nombre d'experts ayant voté dans chaque extrême
8-9-10	≥ 3	≤ 2
11-12-13	≥ 4	≤ 3
14-15-16	≥ 5	≤ 4

Cette définition n'est pourtant pas très satisfaisante car elle n'est adaptée qu'à des tailles de groupe d'experts multiples de 3 et de faibles effectifs. D'autre part, la définition du désaccord peut être biaisée, produisant moins de désaccord pour les

plus petits groupes d'experts et plus pour les groupes d'experts ayant une taille importante(49).

En raison de ces problèmes, le projet « Biomed Concerted Action on Appropriateness », par l'intermédiaire d'une équipe de recherche espagnole (Unidad de Investigación en Servicios De Salud de l'institut de santé Carlos III) a mis au point une méthode permettant de mesurer ce désaccord quelle que soit la taille du groupe d'experts. Il est défini comme le rapport de l'IPR (InterPercentile Range) sur l'IPRAS (InterPercentile Range Adjusted for Symmetry)(49).

L'IPRAS est défini de la sorte :

IPRAS = IPRr + (AI x CFA) où

IPRr : Interpercentile Range requis pour obtenir un désaccord quand il existe une symétrie parfaite entre les cotations,

AI : Asymmetry Index,

CFA : Correction Factor for Asymmetry.

Nous avons donc utilisé cette méthode pour évaluer le désaccord entre les experts.

Les résultats de la 1re cotation étaient les suivants :

- 20 experts ont participé à la cotation dont 50% de médecins, 35% de cadres de santé, 10% de kinésithérapeutes et 5% d'assistants sociaux,
- 25 critères étaient pertinents selon les experts, 2 non pertinents et 18 critères pour lesquels une discussion devait avoir lieu (médiane comprise entre 3 et 7 ou existence d'un désaccord entre les experts).

Les résultats de la première cotation ont été présentés au cours d'une deuxième réunion qui a eu lieu le 13 décembre 2006 (compte-rendu en annexe 3). Chaque expert avait ainsi connaissance des résultats de l'ensemble du groupe (médiane) ainsi que de ses propres cotations. Les 18 critères ont ainsi été discutés lors de cette réunion : 15 ont été conservés et 3 ont été supprimés.

Ainsi, à la fin de cette deuxième réunion d'élaboration des critères, les 15 critères incertains restants ainsi que 21 critères supplémentaires issus de la littérature ont été soumis à une deuxième cotation à distance selon les mêmes modalités que la première. L'analyse de la littérature a été réalisée par le comité d'organisation du projet.

L'analyse et la synthèse de cette seconde cotation ont été réalisées de la même manière que la première. Les résultats étaient les suivants :

- 16 experts ont participé à la cotation dont 44% de médecins, 50% de cadres de santé et 6% d'assistants sociaux,
- 17 critères étaient pertinents selon les experts, 3 non pertinents et 16 étaient incertains et devaient donc être discutés.

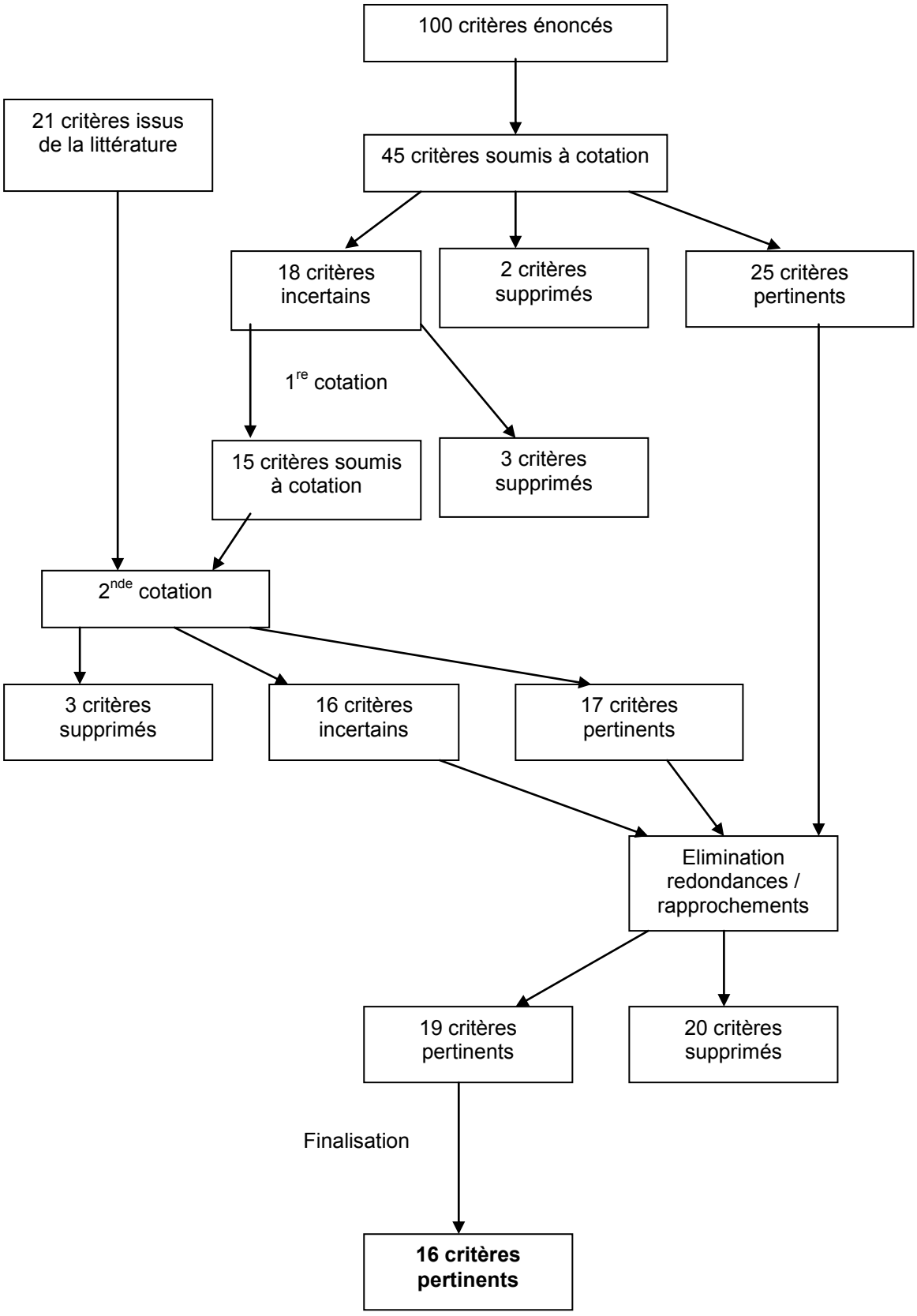
Une troisième réunion s'est tenue le 18 janvier 2007 (compte-rendu en annexe 4). Son objectif était d'élaborer le cahier des charges du recueil des critères qui avaient été validés par les experts. Chaque critère avait fait l'objet d'un travail préparatoire des coordonnateurs visant à définir précisément les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que les modalités de recueil. Le cahier des charges de 14 critères a été discuté et validé lors de cette réunion.

La réunion suivante s'est tenue le 1er février 2007 (compte-rendu en annexe 5). Son objectif était de finaliser la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR. Au cours de cette réunion, les 16 critères encore incertains ont été discutés ainsi que les éventuelles redondances entre les différents critères déjà validés (42 critères). De même, des rapprochements entre critères proches ont été réalisés. Les critères pour lesquels il persistait un désaccord ont été abandonnés. Vingt critères ont été supprimés lors de cette réunion et des rapprochements ont été réalisés pour les 38 critères restants. Au total, la liste des critères de pertinence a été réduite à 19 lors de cette réunion et les catégories ont été supprimées.
La réunion suivante qui s'est déroulée le 7 février 2007 (compte-rendu en annexe 6) a permis de finaliser le cahier des charges de chaque critère. Au cours de cette réunion, 3 autres critères ont été supprimés.

Au total, seize critères ont fait consensus à l'issue de ce travail qui a nécessité une réunion pour le lancement du projet et 5 pour l'élaboration de la grille.

La méthodologie de construction de la grille est rappelée dans le schéma ci-dessous :

Figure 3 : Schéma récapitulatif des phases de construction de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR



La grille élaborée par les experts ne concerne que les critères de pertinence des **journées d'hospitalisation**. La recherche des causes de non pertinence se déroulera dans un second temps.
De même, la grille concernant les **admissions** en SSR n'a pas été élaborée.

La grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR est présentée en annexe 7 et son guide d'utilisation en annexe 8.

2. Méthodologie de validation de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR

2.1. Champ d'application

Les patients hospitalisés dans les services de MPR et les services de SS du département de Loire Atlantique, dans lesquels les professionnels de santé participant au projet avaient une activité professionnelle, ont été concernés par cette étude.

2.2. Type d'étude

L'étude a été réalisée sous forme d'une coupe transversale un jour donné pour chacun des services enquêtés au cours des mois d'avril et mai 2007. Il s'agissait donc d'une étude multicentrique. La journée analysée était la veille du jour de l'étude.

2.3. Population

Les patients présents dans les services concernés la veille du jour de l'étude (de 0h à 23h59), qui n'étaient pas entrants ou sortants, ont été inclus dans l'étude. Nous nous sommes limités à l'analyse de 30 journées par service. Lorsque le service accueillait plus de 30 patients, leur sélection a été réalisée par tirage au sort.

Les patients présents en hospitalisation de jour étaient exclus de notre étude.

2.4. Echantillonnage

La validation de la grille de pertinence a concerné 19 établissements de SSR volontaires qui ont participé au projet dont la liste est précisée ci-dessous :

- SS
    - Centre Hospitalier de Maubreuil – Service de SS cardiologiques,
    - Hôpital local de Clisson,
    - Hôpital Intercommunal de Guérande,
    - Hôpital Intercommunal Sèvre et Loire, site du Loroux Bottereau,
    - CHU de Nantes – Site de Saint-Jacques,
    - CHU de Nantes - Site de Bellier,
    - Etablissement de SS de Roz Arvor,
    - Hôpital du Pays de Retz, site de Pornic,
    - Hôpital du Pays de Retz, site de Paimboeuf,
    - Pôle Hospitalier Mutualiste – Site de Saint-Nazaire,
    - Pôle Hospitalier Mutualiste – Site de La Baule,
    - Hôpital local Loire et Sillon de Savenay,
    - Hôpital Intercommunal Sèvre et Loire, site de Vertou,
    - Etablissement de SS du Bois Rignoux.

- MPR
    - Centre Hospitalier de Maubreuil – Service de MPR,
    - Centre Hospitalier de Saint-Nazaire,
    - Centre de rééducation fonctionnelle de La Tourmaline,
    - ESEAN,
    - Centre de rééducation fonctionnelle de Pen Bron.

L'étude a donc porté sur 14 établissements de SS et 5 établissements de MPR.

2.5. Recueil des données

2.5.1. Présentation de l'outil

Il s'agissait d'un questionnaire composé de 3 parties (annexe 9) :

- Des données socio-démographiques (1re partie) ont été recueillies afin de mettre en évidence des éventuelles associations entre la non pertinence des

journées d'hospitalisation et celles-ci. Les sources de données ont été les suivantes : dossier administratif, PMSI, dossier médical, dossier de soins infirmiers mais également par interrogation du personnel soignant. Il s'agissait de :

- Le nom du service ou de l'établissement,
- Le type de prise en charge (MPR ou SS),
- L'âge du patient,
- Le sexe du patient,
- Le code postal de résidence du patient,
- La durée de séjour en SSR à la date de l'étude,
- L'autonomie du patient,
- Les fonctions supérieures lorsqu'elles avaient été évaluées,
- L'état de santé antérieur à l'hospitalisation,
- La date de la première demande sociale lorsqu'elle était mentionnée dans le dossier,
- La date de la sortie médicalement possible (jugée par un expert).

Le nom de l'établissement a ensuite été recodé afin de garantir l'anonymat des résultats.

La durée de séjour a été calculée en effectuant la différence entre la date du jour de l'étude et la date d'entrée dans le service de SSR.

Concernant l'autonomie du patient, le score utilisé était celui du PMSI SSR qui a été calculé avec les items suivants de la grille de recueil : habillage, déplacements, alimentation et continence. Chaque critère était côté de 1 à 4 :

- 1 : indépendance complète ou modifiée (sans aide humaine),
- 2 : supervision ou arrangement (présence d'un tiers qui surveille ou encourage),
- 3 : assistance partielle (contact d'un tiers),
- 4 : assistance totale (contact d'un tiers).

Le score final était compris entre 4 et 16. Le patient était déclaré autonome si son score était inférieur ou égal à 12 et dépendant s'il était strictement supérieur à 12.

Les fonctions supérieures ont été évaluées à l'aide du MMS. Ce score est compris entre 0 et 30 et permet une évaluation globale des fonctions cognitives du patient. Le seuil reconnu est de 24/30(54) : un score inférieur signale une altération des fonctions supérieures. Cependant, l'âge et le niveau socio-culturel du patient doivent être pris en compte dans l'interprétation du résultat. En effet, un haut niveau d'éducation, permet de maintenir un score supérieur au seuil malgré une atteinte pathologique évidente(55). Pour compléter cette évaluation des fonctions supérieures, les experts devaient évaluer le comportement, la cohérence et la communication en les qualifiant d'adaptés, partiellement adaptés ou inadaptés.

Enfin, pour évaluer l'état de santé antérieur, le score de Mac Cabe a été utilisé. Il permet d'identifier les maladies engageant le pronostic vital du patient en les classant selon 3 modalités :

- 0 : pas de maladie ou maladie non fatale,
- 1 : maladie fatale dans les 5 ans,
- 2 : maladie rapidement fatale, dans l'année.

- La grille de pertinence (2ème partie) réalisée par les experts de décembre 2006 à février 2007. Elle se décompose en 16 critères explicites indépendants du diagnostic qui peuvent se rapporter soit à des critères médicaux, médico-techniques ou à l'état général du patient. Un seul critère coché était suffisant pour juger la journée d'hospitalisation pertinente. Si les experts ne trouvaient pas la journée pertinente au regard de la grille, ils pouvaient déclarer la journée quand même pertinente grâce à l'avis d'expert (partie réservée à cet effet à la fin de la grille). Cette possibilité pouvait permettre de mettre en évidence des situations que nous avions oubliées afin de les incorporer dans la grille après discussion avec les experts.

Pour les besoins de l'étude, tous les critères présents pour chacun des patients devaient être cochés afin d'évaluer leur fréquence respective.

- Enfin, si la journée était jugée non pertinente (3ème partie), il fallait :
    - Analyser les besoins des patients (soins ou services rendus lors de l'hospitalisation),
    - Identifier le lieu d'hébergement le mieux adapté,
    - Rechercher la cause principale de la présence du patient le jour de l'étude.

Cette dernière partie du questionnaire ne servait pas à la validation de la grille mais était un préalable nécessaire à la construction de la deuxième partie de la grille de recherche des causes de non pertinence qui devra avoir lieu dans un second temps.

2.5.2. Test de la grille de pertinence

La grille de pertinence (2ème partie du questionnaire) a été testée durant la première semaine du mois de mars 2007 (protocole en annexe 10). L'objectif de ce test était d'évaluer la compréhension et l'acceptabilité de la grille de pertinence ainsi que du guide de recueil par les équipes. Le test a porté sur une soixantaine de journées d'hospitalisation de patients hospitalisés dans les services de SSR cités plus haut.

Une réunion de retour d'expérience avait été organisée le 8 mars 2007 afin que les experts puissent rapporter les éventuels problèmes rencontrés. La réalisation du test de la grille n'a pas rencontré de souci majeur au dire des experts présents. Des remarques ont été faites sur le guide d'utilisation de la grille et celui-ci a été modifié en conséquence (compte-rendu en annexe 11).

2.5.3. Description du déroulement de l'étude

2.5.3.1. Tirage au sort des journées d'hospitalisation

Le tirage au sort a concerné les services pour lesquels la capacité d'inclusion dans l'étude était supérieure à 30 patients. Il a été réalisé par le coordonnateur de l'étude sur place le jour de l'étude à l'aide de la liste des patients présents dans les services la veille de l'étude. Cette liste était remise par le cadre de santé du service concerné.
Le tirage proprement dit a été réalisé à l'aide d'une table des nombres au hasard.

Vu le nombre important d'établissements concernés et la difficulté de mettre en place un calendrier d'étude acceptable par tous, le jour de l'étude n'a pas été tiré au sort.

2.5.3.2. Etude de la reproductibilité de la grille (reproductibility, reliability)

L'étude de la reproductibilité de la grille de pertinence élaborée par les experts a été réalisée grâce à la confrontation des conclusions obtenues par 2 experts, de manière simultanée et indépendante (fiabilité inter-juges)(28, 56).
Si l'expert cochait un ou plusieurs critères parmi les 16, la journée était alors jugée techniquement pertinente, autrement dit, elle était expliquée soit par la fourniture de prestations médicales et paramédicales de haut niveau technique, soit par l'état clinique du patient.
Deux enquêteurs externes se sont rendus dans chaque service ou établissement en fonction d'un planning préétabli avec les établissements ou services concernés. Ils avaient en leur possession les exemplaires des questionnaires en nombre suffisant en fonction du nombre de journées à analyser et un exemplaire du guide de remplissage pour chaque expert.
Deux experts, professionnels de santé du service (un médecin et un cadre de santé de préférence), placés dans une pièce différente avec impossibilité de se parler, devaient remplir le questionnaire de pertinence de manière concurrente et indépendante. Les évaluateurs remplissaient ce questionnaire avec l'aide du guide de remplissage fourni. Chaque expert devait évaluer la journée de tous les patients

inclus. Les informations permettant de cocher un critère devaient être objectives et figurer sur l'une des pièces du dossier du patient (médical ou infirmier). Il était cependant possible d'obtenir directement des informations auprès du personnel du service ou du patient (dans ce cas, celles-ci devaient être vérifiées). Des informations pouvaient également être obtenues dans le dossier électronique du patient (échelle de dépendance du PMSI par exemple).
Les enquêteurs externes étaient les garants de la bonne conduite de la méthodologie employée et répondaient aux éventuelles questions posées par les experts.

2.5.3.3. Etude de la validité externe de la grille (validity)

En l'absence de grille de référence, le critère concurrent utilisé pour cet objectif était défini par le jugement de deux évaluateurs du service(28).
L'évaluation de la validité externe s'est déroulée dans les services ou établissements qui pouvaient mettre à la disposition de l'étude un médecin et un cadre (ou une infirmière) en plus des 2 experts requis pour l'évaluation de la reproductibilité. Ils devaient :

- connaître les patients dont ils jugeaient la journée d'hospitalisation,
- sans connaître la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR.

Cette phase de l'étude s'est déroulée dans les 9 services ou établissements suivants (7 services de SS et 2 services de MPR) :

- Etablissement de soins de suite du Bois Rignoux,
- Centre Hospitalier de Maubreuil, service de soins de suite cardiologiques,
- Hôpital Intercommunal Sèvre et Loire, site de Vertou,
- Hôpital Intercommunal Sèvre et Loire, site du Loroux Bottereau,
- Hôpital du Pays de Retz, site de Pornic,
- Hôpital du Pays de Retz, site de Paimboeuf,
- Etablissement de Roz Aror,
- Centre de Rééducation Fonctionnelle de la Tourmaline,
- Centre Hospitalier de Maubreuil, service de MPR.

Ces évaluateurs jugeaient, séparément, de manière subjective et à l'aide de leurs propres critères implicites, la pertinence de la journée (avec leurs propres critères implicites). Ils devaient répondre à la question suivante posée par un des enquêteurs externes : « Selon vous, la présence de ce patient, ce jour, est-elle absolument nécessaire ? ». Le formulaire de réponse est présenté en annexe 12.

Plusieurs situations avaient été envisagées :

- Dans le meilleur des cas, trois évaluateurs étaient disponibles pour cette phase de l'étude. S'il existait un désaccord entre les deux premiers, le troisième jugeait également la pertinence de la journée ce qui permettait de décréter la journée pertinente ou non,
- Dans un autre cas, deux évaluateurs étaient disponibles. S'il existait un désaccord, une discussion avait lieu entre les experts pour statuer sur la pertinence de la journée d'hospitalisation,
- Enfin, le cas dans lequel un seul évaluateur était disponible.

2.5.3.4. Formation des professionnels de santé

Une réunion avait été organisée le 26 mars 2007 afin d'expliquer précisément aux professionnels de santé le déroulement de l'étude de validation de la grille ainsi que pour s'assurer qu'il n'y avait aucune difficulté au remplissage de la grille.

2.5.3.5. Information

Une note avait été distribuée à tous les services participant à l'étude afin d'informer les professionnels de santé ainsi que les patients de la mise en place d'une telle étude, de ses objectifs et de ses modalités de réalisation (Annexe 13).
De même, les directeurs des établissements concernés avaient été préalablement informés par mail de la réalisation de l'étude.

2.6. Saisie et analyse des données

La saisie des données a été réalisée à l'aide d'un masque de saisie réalisé sous SPSS Data Entry© version 3.
Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS© version 11.5 et R© version 2.5.0.

L'unité statistique retenue était la journée d'hospitalisation des patients hospitalisés.

La première étape de l'analyse statistique a consisté en une analyse descriptive des séjours hospitaliers et des caractéristiques socio-démographiques des patients inclus dans l'étude. Les résultats sont exprimés sous forme de moyenne (+/- écart-type), médiane, minimum et maximum pour les variables quantitatives, et sous forme de pourcentages pour les variables qualitatives. Les caractéristiques des patients hospitalisés en SS et de ceux hospitalisés en MPR ont été comparées à l'aide d'une analyse bivariée. Les caractéristiques des patients associées à une journée d'hospitalisation pertinente ou non selon les experts ont ensuite été recherchées à l'aide d'une analyse bivariée et d'une analyse multivariée.

Le test utilisé pour les analyses bivariées et les analyses multivariées était une régression logistique, respectivement sans et avec ajustement sur les variables de confusion. Les résultats sont présentés sous forme d'odds ratio (OR) avec leur intervalle de confiance à 95% et le degré de signification correspondant. Un risque de 1re espèce de 5 % a été utilisé dans l'analyse.
La fiabilité et la validité de la grille ont été évaluées par l'étude de la concordance entre les experts. Pour quantifier la concordance entre deux experts nous avons utilisé le coefficient kappa de Cohen(57, 58), et le coefficient kappa de Light dans le cas de plus de deux experts (étude de la validité). L'intervalle de confiance à 95% de kappa était déterminé par *bootstrap*. Le coefficient Kappa de Cohen permet de déterminer la concordance des réponses entre 2 experts en tenant compte du hasard. Sa formule est la suivante :

$$K= (C_o – C_h) / (1 - C_h)$$

Où C_o = Concordance observée

Et C_h = Concordance liée au hasard

La classification de Landis et Koch(59) a été utilisée pour évaluer l'accord entre les juges à partir du résultat du coefficient kappa de Cohen. Cette classification est la suivante :

Tableau 2 : Classification de Landis et Koch pour la corrélation entre l'accord et la valeur du coefficient Kappa de Cohen

Accord	Kappa
Excellent	0,81
Bon	0,80 – 0,61
Modéré	0,60 – 0,20
Mauvais	0,20 – 0,0
Très mauvais	< 0,0

2.7. Confidentialité

Afin d'assurer l'anonymat des patients inclus dans l'étude, les trois premières lettres du nom et prénom ainsi que la date de naissance et le sexe ont été mentionnées sur le questionnaire de recueil. Un numéro d'identification à 5 chiffres a été attribué à chaque patient. Lors de la saisie des résultats sur support informatique, seul ce numéro d'identification était mentionné.

2.8. Calendrier de l'étude

- Mise en place du projet : novembre 2006
- Phase de développement de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR et du guide d'utilisation : décembre 2006 à mars 2007

- Phase de test de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR et du guide d'utilisation : mars 2007
- Phase de recueil des données pour la validation de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR : avril à mai 2007
- Phase de saisie et d'analyse des données : mai à août 2007
- Phase de restitution des résultats aux experts : août à septembre 2007

Résultats

1. Description de la population

1.1. Description de l'échantillon

Deux services ou établissements de SSR n'ont finalement pas participé à l'étude soit du fait d'un nombre de patients hospitalisés insuffisant (ESEAN) soit par manque de professionnels de santé disponibles (Hôpital local de Clisson).
Au total, 17 établissements de SSR ont pris part à cette étude (13 établissements de SS et 4 établissements de MPR) et **406 journées d'hospitalisation** ont été évaluées dont la répartition est la suivante :

Tableau 3 : Nombre de journées étudiées par établissement (N = 406)

	Effectif N	Fréquence %
Etablissement 1	30	7.39
Etablissement 2	14	3.45
Etablissement 3	29	7.14
Etablissement 4	30	7.39
Etablissement 5	28	6.90
Etablissement 6	20	4.93
Etablissement 7	30	7.39
Etablissement 8	30	7.39
Etablissement 9	15	3.69
Etablissement 10	30	7.39
Etablissement 11	18	4.43
Etablissement 12	30	7.39
Etablissement 13	20	4.93
Etablissement 14	30	7.39
Etablissement 15	14	3.45
Etablissement 16	29	7.14
Etablissement 17	9	2.22

Les journées d'hospitalisation étudiées relevaient d'une prise en charge de type SS dans plus de trois quarts des cas :

Tableau 4 : Type de prise en charge (N = 406)

	Effectif N	Fréquence %
Soins de Suite	313	77.1
Médecine Physique et Réadaptation	93	22.9

L'échantillon de l'étude bénéficiait d'une participation oscillant de 33% à 100% selon le type de prise en charge offerte par les établissements et leur statut. La participation globale de notre échantillon était de 56,7% :

Tableau 5 : Représentativité de l'échantillon d'étude

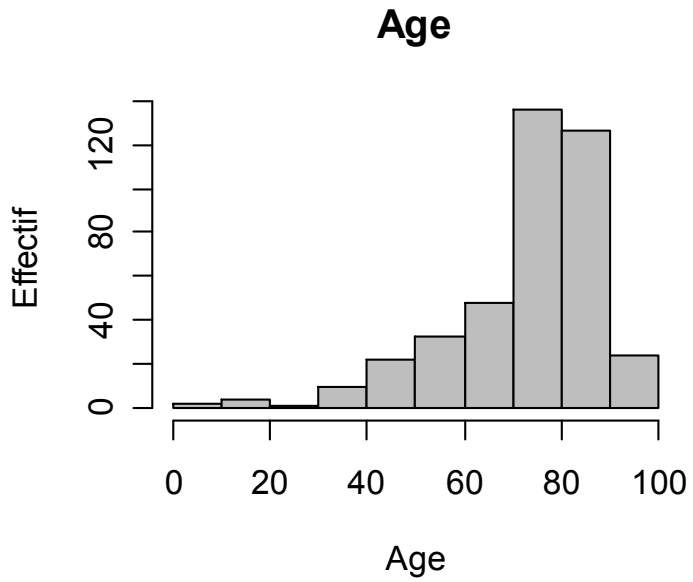
	Publics		PSPH		Privés	
	SS	MPR	SS	MPR	SS	MPR
Etablissements de Loire Atlantique	14	4	6	3	3	0
Etablissements ayant participé	9	2	3	2	1	0
Représentativité (%)	64,3	50	50	66,7	33,3	

Il est à noter que les établissements exerçant une activité de SS ainsi qu'une activité de MPR sont mentionnés deux fois dans le tableau précédent.

1.2. Caractéristiques socio-démographiques des patients : analyse univariée

- **Age**

L'âge moyen des patients de l'échantillon était de 73,1 ans (+/- 15,5), avec un minimum de 7 ans et un maximum de 99 ans. L'âge médian était de 77 ans.



- **Sexe**

Environ 59% des patients étaient de sexe féminin.

- **Lieu de résidence**

Plus de 89% des patients étudiés résidaient en Loire-Atlantique.

Tableau 6 : Lieu de résidence (N = 395)

	Effectif N	Fréquence %
Loire Atlantique	362	89,2
Autres départements de la région Pays de la Loire	18	4,4
Hors région Pays de la Loire	26	6,4
Données manquantes	11	

- **Lieu de vie antérieur**

Plus de 90% des patients vivaient à leur domicile avant leur hospitalisation. Parmi eux, plus de la moitié vivaient sans aide (59%).

Tableau 7 : Lieu de vie antérieur (N = 389)

	Effectif N	Fréquence %
Domicile sans aides	208	53,5
Domicile avec aides	144	37,0
Institution	14	3,6
Sans domicile fixe	2	0,5
Autre	21	5,4
Données manquantes	17	

- **Patient vivant seul à domicile**

Parmi les patients vivant à domicile, plus de la moitié vivaient seuls.

Tableau 8 : Seul à domicile (N = 352)

	Effectif N	Fréquence (%)
Oui	184	52,3
Non	158	44,9
Ne sait pas	10	2.8

- **Entourage proche disponible**

Plus de ¾ des patients étudiés avaient un entourage proche disponible.

Tableau 9 : Entourage proche disponible (N = 404)

	Effectif N	Fréquence (%)
Oui	309	76,4
Non	60	14,9
Ne sait pas	35	8,7
Données manquantes	2	

1.3. Données concernant le séjour hospitalier étudié

- **Score de gravité de Mac Cabe (au jour de l'enquête)**

Le jour de l'étude, près d'un tiers des patients enquêtés présentaient une maladie fatale, dans l'année ou dans les 5 ans.

Tableau 10 : Score de Mac Cabe (N = 404)

	Effectif N	Fréquence (%)
0 (pas de maladie ou maladie non fatale)	243	69,2
1 (maladie fatale dans les 5 ans)	78	22,2
2 (maladie rapidement fatale, dans l'année)	30	8,6
9 (donnée non disponible)	53	
Données manquantes	2	

- **Autonomie du patient (au jour de l'enquête)**

Le score de dépendance issu des données du PMSI SSR était en moyenne de 8,63 (+/- 4,16) avec un minimum de 4 et un maximum de 16. La médiane était à 8.

Tableau 11 : Autonomie (N = 402)

	Effectif N	Fréquence (%)
Autonomie (score ≤ 12)	305	75,9
Dépendance (score > 12)	97	24,1
Données manquantes	4	

Le jour de l'étude, les trois-quarts des patients étaient autonomes selon le score de dépendance du PMSI SSR.

- **Fonctions supérieures**

  - **MMS**

Le MMS a été retrouvé 51 fois dans le Dossier Patient (12,6% des patients). La moyenne était de 19,4 (+/- 6,59) avec un minimum de 3 et un maximum de 30. La médiane était à 20. Parmi les patients ayant été évalués, 31,4% présentaient un score supérieur à 24/30.

  - **Comportement / cohérence / communication**

Plus des deux tiers des patients présentaient un comportement adapté le jour de l'étude.

Tableau 12 : Comportement (N = 373)

	Effectif N	Fréquence (%)
Adapté	264	70,8
Partiellement adapté	74	19,8
Inadapté	35	9,4
Données manquantes	33	

- **Durée de séjour en SSR (à la date de l'évaluation)**

La durée moyenne de séjour était de 52,4 jours (+/- 133,7), avec un minimum de 1 jour et un maximum de 1 576 jours. La médiane était de 24 jours, le 1er quartile de 13 jours et le 3ème de 51,5 jours. Ces calculs ont été réalisés sur 405 données valides.

- **Délai de demande sociale**

Les calculs ont été réalisés sur 95 données valides. Le délai de demande sociale moyen était de 20,7 jours (+/- 38,7) avec un minimum de 0 jour et un maximum de 81 jours. La médiane était de 13 jours, le 1er quartile de 4 jours et le 3ème de 22 jours.

1.4. Caractéristiques socio-démographiques des patients : analyse bivariée

Une analyse bivariée sur le critère « type de prise en charge » a été réalisée. Les résultats étaient les suivants :

Tableau 13 : Comparaison des caractéristiques des patients entre les deux types de prise en charge

	SS	**MPR**	***P***
Age (m ± EC) (N=313-93)	77.0 (±12,1)	60.0 (± 18,4)	***
Sexe (N=312-93)			***
Hommes	112 (36,9%)	55 (59,1%)	
Femmes	200 (64,1%)	38 (40,9%)	
Lieu de vie antérieur (N=302-87)			***
Domicile sans aide	150 (49,7%)	58 (66,6%)	
Domicile avec aide	137 (45,4%)	7	***
Institution	12	2	*NS*
Sans domicile fixe	2	0	*NS*
Autre	1	20	***
Seul à domicile (N=296-61)			**
Oui	169 (57,1%)	23 (37,7%)	
Non	127 (42,9%)	38 (62,3%)	

	SS	MPR	*P*
Entourage proche (N=296-61)			*
Disponible	169 (57,1%)	23 (37,7%)	
Non disponible	127 (42,9%)	38 (62,3%)	
Score de Mac Cabe (N=263-88)			
Score = 0	178 (67,7%)	65 (73,9%)	**
Score = 1	56 (21,3%)	22 (25%)	*NS*
Score = 2	29 (11%)	1	*
MMS (m ± EC) (N=43-3)	19.6 (± 6,60)	15.7 (± 6,43)	*NS*
Score de dépendance PMSI (N=310-92)			
Score moyen	8.53	8.96	*NS*
Dépendance (score≥12)	71 (22,9%)	26 (28,6%)	*NS*
Autonomie (score<12)	239 (77,1%)	66 (71,4%)	
Comportement (N=293-80)			
Adapté	204 (69,6%)	60 (75%)	*
Partiellement adapté	56 (19,1%)	18 (22,5%)	*NS*
Inadapté	33 (11,3%)	2 (2,5%)	*
Durée de séjour (jours, m ± EC) (N=312-93)	40.62 (± 97,12)	91.70 (± 211,24)	*
Délai de 1ère demande sociale (jours, m ± EC) (N=83-12)	21.17 (± 40,54)	17.08 (± 22,52)	*NS*

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05 NS = Non Significatif

La population hospitalisée en SS dans notre étude était significativement plus âgée, était composée en majorité par des femmes, vivait en majorité seule à domicile, bénéficiait de plus d'aides à domicile et d'un entourage proche, avait plus souvent

une pathologie fatale dans l'année et son comportement était plus souvent inadapté que celui de la population hospitalisée en MPR.
La durée moyenne de séjour au jour de l'étude était significativement plus importante en MPR qu'en SS.

2. Validation de la grille de pertinence

2.1. Etude de la reproductibilité de la grille de pertinence

Nous avons étudié la concordance des réponses issues du remplissage de la grille seule puis associées à l'avis d'expert.

L'expert A a toujours été un médecin (100% des cas).
L'expert B a été majoritairement un(e) cadre de santé (78% des cas):

Tableau 14 : Profession de l'expert B (N = 406)

	Effectif N	Fréquence (%)
Cadre de santé	317	78,1
Infirmier(ère)	59	14,5
Ergothérapeute (RAQ)	30	7,4

2.1.1. Concordance des réponses des experts A et B en ne tenant compte que des résultats du remplissage de la grille

Concernant les 406 journées d'hospitalisation étudiées, les experts étaient d'accord sur le caractère pertinent ou non de la journée pour 355 d'entre elles.

Tableau 15 : Pertinence des journées d'hospitalisation selon les experts A et B (N = 406)

		Expert B	
		Oui	Non
Expert A	Oui	206	32
	Non	19	149

Le tableau 16 présente les résultats obtenus au calcul de la concordance observée, de la concordance liée au hasard et du coefficient kappa de Cohen entre les experts A et B.

Tableau 16 : Concordance entre A et B

Concordance observée	87.4 %
Concordance liée au hasard	50.9 %
Coefficient kappa de Cohen	0.74
IC 95% de kappa	[0.67 ; 0.80]*

*déterminé par bootstrap avec 1000 simulations

L'accord inter-juges pour la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR retrouvait un coefficient kappa de Cohen à 0,74 avec un intervalle de confiance à 95% de [0,67 ; 0,80].

La concordance entre les experts A et B est détaillée pour chaque critère de la grille dans le tableau 16. Les critères 8 et 16 n'apparaissent pas puisqu'ils n'ont jamais été cochés.

Tableau 17 : Concordance entre A et B, coefficient kappa de Cohen pour chaque critère (N = 406)

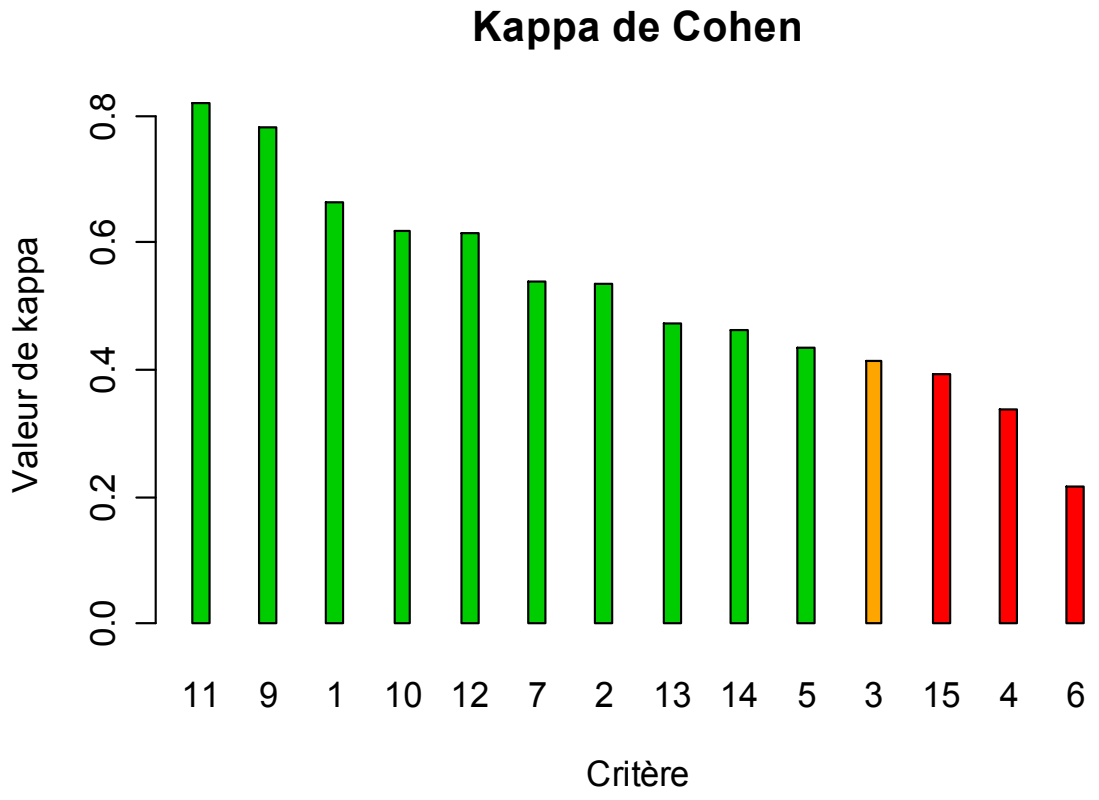
	Concordance liée au hasard	Concordance observée	Coefficient kappa de Cohen
1 - Surveillance sous scope	0.99	0.995	0.66
2 - Soins de pansements complexes	0.92	0.96	0.54
3 - Surveillance paramédicale rapprochée sur prescription médicale	0.90	0.94	0.41
4 - Surveillance d'un traitement médicamenteux sous supervision médicale directe	0.84	0.89	0.34
5 - Bilan diagnostique en cours	0.87	0.93	0.43
6 - Soins techniques infirmiers	0.89	0.92	0.22
7 - Nutrition entérale provisoire ou en cours d'adaptation	0.97	0.99	0.54
8 - Acte invasif médical ce jour	NA*	NA*	NA*
9 - Bilan et/ou prise en charge coordonnée ce jour par au moins 2 professionnels de la réadaptation	0.67	0.93	0.78
10 - Programme de prise en charge spécifique	0.96	0.99	0.62
11 - Soins palliatifs	0.88	0.98	0.82
12 - Patient douloureux	0.87	0.95	0.62
13 - Bilan en cours d'une perte d'autonomie récente ou non stabilisée	0.85	0.92	0.47
14 - Bilan et prise en charge d'une dénutrition sévère	0.95	0.97	0.46
15 - Pathologie intercurrente récente	0.83	0.90	0.39
16 - Séjour de répit programmé dont la durée est définie et limitée dans le temps	NA*	NA*	NA*

*Non Applicable

Le coefficient kappa de Cohen était supérieur à 0,6 pour cinq critères de la grille (critères 1, 9, 10, 11 et 12). Il était inférieur à 0,4 pour trois critères de la grille (critères 4, 6 et 15).

Le graphique ci-dessous présente la valeur du coefficient Kappa pour chaque critère de la grille.

Figure 4 : Représentation graphique de la valeur du coefficient kappa entre A et B pour chaque critère par ordre décroissant



Le tableau ci-dessous représente les valeurs des concordances observées et des coefficients kappa de Cohen pour chaque établissement :

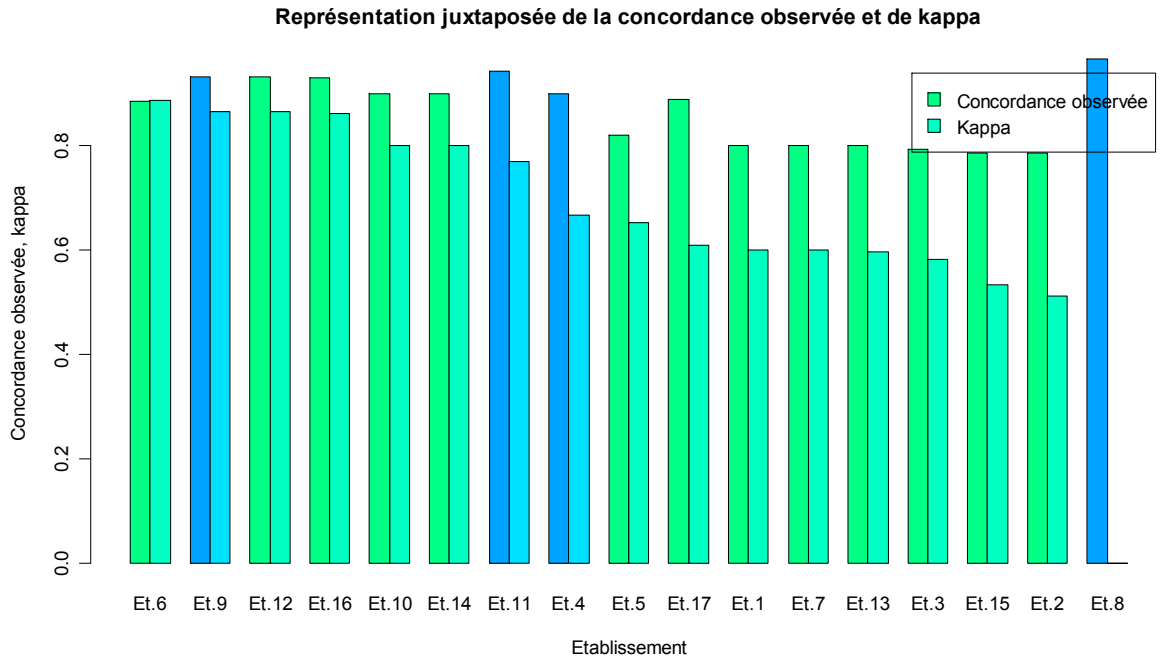
Tableau 18 : Concordance entre A et B, kappa pour chaque établissement (N = 406)

	Concordance observée	Kappa de Cohen
Etablissement 1	80 %	0.60
Etablissement 2	78.6 %	0.51
Etablissement 3	79.3 %	0.58
Etablissement 4	90 %	0.67
Etablissement 5	82.1 %	0.65
Etablissement 6	88.6 %	0.89
Etablissement 7	80 %	0.60
Etablissement 8	96.7 %	-
Etablissement 9	93.3 %	0.86
Etablissement 10	90 %	0.80
Etablissement 11	94.4 %	0.77
Etablissement 12	93.3 %	0.86
Etablissement 13	80 %	0.60
Etablissement 14	90 %	0.80
Etablissement 15	78.6 %	0.53
Etablissement 16	93.1 %	0.86
Etablissement 17	88.9 %	0.61

Six établissements avaient un coefficient Kappa de Cohen supérieur à 0,60. La valeur du coefficient kappa de l'établissement 8 était nulle car la concordance observée était égale à la concordance liée au hasard. Ceci était lié au fait que le taux de pertinence dans cet établissement était proche de 100%. Si on ne prenait pas en compte l'établissement 8 (30 journées analysées), la valeur globale du coefficient kappa ne variait pas (k= 0,73).

La représentation graphique de la valeur du cœfficient kappa et de la concordance observée entre les experts pour chaque établissement est la suivante :

Figure 5 : Représentation graphique de la concordance observée et du coefficient kappa, entre A et B pour chaque établissement, par ordre décroissant du cœfficient Kappa



Les établissements de MPR sont représentés en bleu sur ce graphique, les établissements de SS en vert. La colonne de gauche représente la concordance observée et celle de droite la valeur du coefficient Kappa.

D'autre part, l'accord inter-juges pour la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR retrouvait un coefficient kappa de Cohen à 0,71 pour les prises en charge de type SS et de 0,76 pour celles de MPR :

Tableau 19 : Concordance entre A et B pour les services de SS

Concordance observée	85.6 %
Concordance liée au hasard	49.4 %
Coefficient kappa de Cohen	0.71
IC 95% de kappa	[0.64 ; 0.79]*

*déterminé par bootstrap avec 1000 simulations

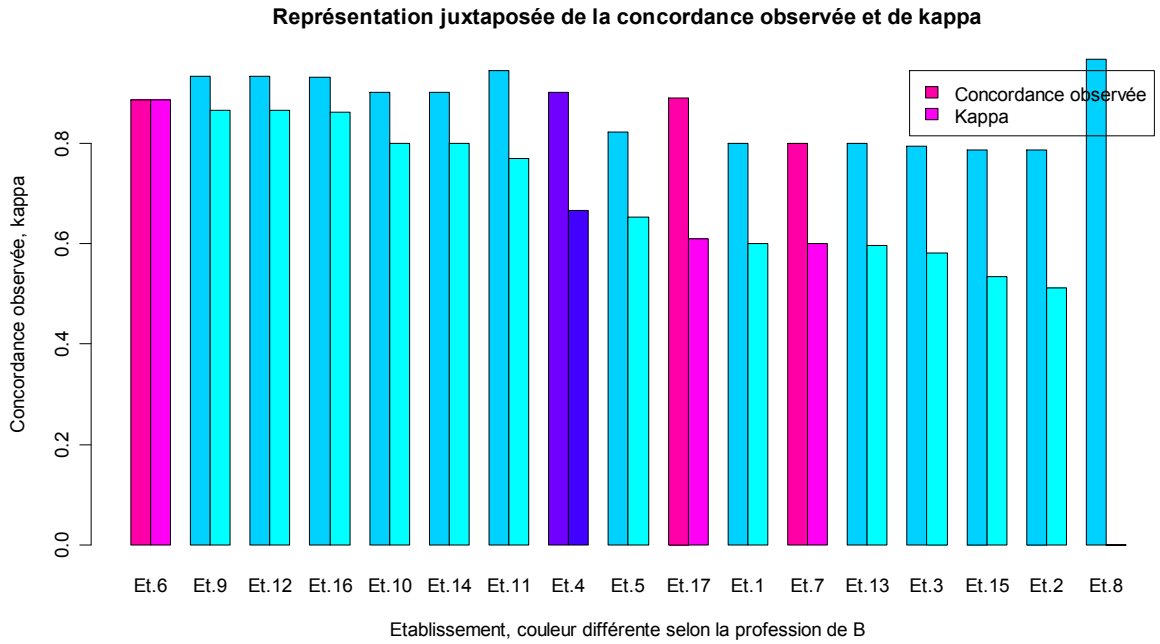
Tableau 20 : Concordance entre A et B pour les services de MPR

Concordance observée	93.5 %
Concordance liée au hasard	72.9 %
Coefficient kappa de Cohen	0.76
IC 95% de kappa	[0.51 ; 0.91]*

Les résultats étaient identiques si l'on excluait l'établissement 8 de l'analyse.

Enfin, nous avons analysé l'accord entre les juges en fonction de la profession de l'expert B. La valeur du coefficient kappa était de 0,74 si l'expert B était un cadre de santé, 0,73 s'il était un(e) infirmier(e) et 0,67 s'il était un ergothérapeute.
Le graphique ci-dessous représente la valeur du coefficient kappa par établissement en mentionnant la profession des experts B. Les cadres de santé sont représentés en bleu, les infirmières en rose et l'ergothérapeute en violet. De même, la colonne de gauche représente la concordance observée et celle de droite la valeur du coefficient Kappa

Figure 6 : Représentation graphique de la concordance observée et du coefficient kappa, entre A et B pour chaque établissement, par ordre décroissant du coefficient Kappa



2.1.2. Concordance des réponses des experts A et B en tenant compte à la fois des résultats du remplissage de la grille et de l'avis d'expert

En tenant compte de ces deux paramètres, les experts étaient d'accord sur le caractère pertinent ou non de la journée pour 360 journées, parmi les 406 journées d'hospitalisation étudiées.

Tableau 21 : Pertinence de la journée selon les experts A et B (N = 406)

		Expert B	
		Oui	Non
Expert A	Oui	273	26
	Non	20	87

Le tableau 22 présente les résultats obtenus au calcul de la concordance observée, de la concordance liée au hasard et du coefficient kappa de Cohen entre les experts A et B.

Tableau 22 : Concordances entre A et B, kappa

Concordance observée	88.7 %
Concordance liée au hasard	60.5 %
Coefficient kappa de Cohen	0.71
IC 95% de kappa	[0.63 ; 0.78]*

*déterminé par bootstrap avec 1000 simulations

L'accord inter-juges pour la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR et l'avis d'experts retrouvait un coefficient kappa de Cohen à 0,71 avec un intervalle de confiance à 95% de [0,63 ; 0,78].

De même que pour l'étude de la concordance entre les juges après remplissage de la grille de pertinence, nous avons détaillé ici les résultats en fonction du type de prise en charge et de la profession de l'expert B :

- Le coefficient kappa de Cohen était de 0,69 pour les journées de SS et 0,56 pour celles de MPR,
- Le cœfficient kappa de Cohen était de 0,68 si l'expert B était un cadre de santé, 0,83 s'il était un(e) infirmier(e) et 0,46 s'il était un ergothérapeute.

2.2. Etude de la validité externe de la grille de pertinence

Pour étudier la validité externe de cette grille, nous avons confronté les conclusions obtenues à l'aide de la grille à celles d'évaluateurs externes. Ceux-ci devaient juger la pertinence des journées d'hospitalisation avec leurs propres critères implicites et subjectifs. Ils ne connaissaient pas la grille de pertinence développée mais connaissaient les patients.

Au total, 208 journées d'hospitalisation (51%) ont pu être analysées afin d'étudier la validité externe de cette grille. Celle-ci a été étudiée à l'aide de 3 évaluateurs pour 30 journées, à l'aide de 2 évaluateurs pour 59 journées et à l'aide d'un seul évaluateur pour 119 journées.

L' évaluateur 1 était une infirmière (58%), un médecin (28%) ou un cadre de santé (14%).
L' évaluateur 2 était une infirmière (65,9%) ou un kinésithérapeute (34,1%).
L' évaluateur 3 était un kinésithérapeute (100%)

2.2.1. Etude de l'accord entre les évaluateurs externes

Avant d'étudier la concordance des réponses des évaluateurs externes avec les experts A et B, nous avons exploré la concordance des réponses des évaluateurs externes entre eux :

Tableau 23 : Concordance entre les évaluateurs 1 et 2 : coefficient kappa de Cohen

Concordance observée	0.76
Concordance liée au hasard	0.67
Coefficient kappa de Cohen	0.28
IC 95% de kappa	[0.03, 0.52]*

*déterminé par bootstrap avec 1000 simulations

La concordance observée était proche de la concordance liée au hasard, la valeur du coefficient kappa était faible avec surtout un intervalle de confiance très large allant de 0 à 0,5.

2.2.2. Etude de l'accord entre les évaluateurs externes et les experts A et B en tenant compte uniquement des résultats du remplissage de la grille

Les résultats des concordances observées, liées au hasard et les valeurs des coefficients kappa de Cohen sont représentés dans le tableau suivant :

Tableau 24 : Concordance entre les experts A, B et les évaluateurs 1, 2 et 3

	Concordance liée au hasard	Concordance observée	Kappa	IC 95%*
Expert A et évaluateur 1	0.61	0.68	0.31 **	[0.19; 0.45]
Expert A et évaluateur 2	0.64	0.64	0.01 **	[-0.16 ; 0.25]
Expert B et évaluateur 1	0.53	0.67	0.29 **	[0.17 ; 0.42]
Expert B et évaluateur 2	0.61	0.65	0.10**	[-0.10 ; 0.30]
Experts A, B et évaluateur 1	-	-	0.45***	[0.37 ; 0.53]
Experts A, B et évaluateur 2	-	-	0.28***	[0.16 ; 0.43]
Experts A, B et évaluateurs 1,2	-	-	0.29***	[0.20 ; 0.39]
Experts A, B et évaluateurs 1, 2 et 3	-	-	0.36***	[0.31 ; 0.42]

* déterminé par bootstrap avec 1000 simulations
** Kappa de Cohen *** Kappa de Light

La concordance des réponses entre les conclusions de la grille de pertinence en SSR et les jugements d'experts retrouvait un cœfficient Kappa de 0,36 avec un intervalle de confiance à 95% de [0,31 ; 0,42].

L'accord entre les experts A et 1 (kappa=0,31) était meilleur que l'accord entre les experts A et 2 (kappa=0,01). De même, l'accord était meilleur entre les experts B et 1 (kappa=0,29) que l'accord entre les experts B et 2 (kappa=0,1).

L'accord était meilleur entre les experts A, B et 1 (kappa=0,45) qu'entre les experts A, B et 2 (kappa=0,28).

L'étude de l'accord global entre les experts et les évaluateurs retrouvait un coefficient Kappa de Cohen à 0,36 avec un IC à 95% de [0,31 ; 0,42] si l'on ne prenait en compte que les conclusions de la grille.

2.2.3. Etude de l'accord entre les évaluateurs externes et les experts A et B en tenant compte des résultats du remplissage de la grille et de l'avis d'expert

Les résultats des concordances observées, liées au hasard et les valeurs des coefficients kappa de Cohen sont représentés dans le tableau suivant :

Tableau 25 : Concordance entre les experts A, B et les évaluateurs 1, 2 et 3

	Concordance liée au hasard	Concordance observée	Kappa	IC 95%*
Expert A et évaluateur 1	0.60	0.74	0.35 **	[0.19 ; 0.45]
Expert A et évaluateur 2	0.71	0.74	0.10 **	[-0.11 ; 0.37]
Expert B et évaluateur 1	0.60	0.75	0.37 **	[0.23 ; 0.51]
Expert B et évaluateur 2	0.73	0.79	0.22 **	[-0.01 ; 0.49]
Experts A, B et évaluateur 1	-	-	0.48 ***	[0.38 ; 0.56]
Experts A, B et évaluateur 2	-	-	0.35 ***	[0.23 ; 0.50]
Experts A, B et évaluateurs 1,2	-	-	0.34 ***	[0.24 ; 0.45]
Experts A, B et évaluateurs 1, 2 et 3	-	-	0.42***	[0.35 ; 0.50]

Dans ce cas, la concordance entre les conclusions de la grille de pertinence et les jugements d'experts était améliorée, retrouvant un coefficient Kappa à 0,42 avec un intervalle de confiance à 95% de [0,35 ; 0,50].
La validité externe de la grille était donc améliorée dans tous les cas si l'on prenait en compte l'avis d'expert.

L'étude de l'accord global entre les experts et les évaluateurs retrouvait un coefficient Kappa de Cohen à 0,42 avec un IC à 95% de [0,35 ; 0,50] si l'on ne prenait en compte les conclusions de la grille net les avis d'experts.

2.2.4. Etude de la sensibilité et de la spécificité de la grille de pertinence

Si l'on considérait l'avis de l'expert 1 comme un avis de référence pour la pertinence de la journée d'hospitalisation, nous pouvions calculer les paramètres diagnostiques de la pertinence selon l'expert A.

- **En ne tenant compte que des résultats du remplissage de la grille :**

La grille présentait une sensibilité de 69% et une spécificité de 68% environ. La sensibilité était excellente dans les établissements de MPR (94%) alors que la spécificité était meilleure dans les établissements de SS (70%).

Tableau 26 : Etude de la sensibilité et de la spécificité de la grille en ne tenant compte que des résultats de la grille

	Sensibilité	Spécificité
Etablissements MPR	94,4%	55,6%
Etablissements SS	61,2%	70,2%
Ensemble des établissements	69,1%	67,9%

- **En tenant compte des résultats du remplissage de la grille et de l'avis d'expert :**

La sensibilité était meilleure si l'on prenait en compte également l'avis d'expert alors que la spécificité était moins bonne. Les résultats montraient une bonne sensibilité et spécificité de la grille pour les établissements de SS tandis que la spécificité était médiocre pour les établissements de MPR.

Tableau 27 : Etude de la sensibilité et de la spécificité de la grille en tenant compte des résultats de la grille et de l'avis d'expert

	Sensibilité	Spécificité
Etablissements MPR	97,3%	11,1%
Etablissements SS	74,1%	63,8%
Ensemble des établissements	80,3%	55,4%

3. Etude de la pertinence des journées d'hospitalisation

3.1. Pertinence des journées d'hospitalisation selon les critères de la grille

Les taux de pertinence retrouvés étaient de 58,6% pour l'expert A et de 55,4% pour l'expert B, en tenant compte uniquement du remplissage de la grille :

Tableau 28 : Pertinence des journées d'hospitalisation selon les experts A et B après remplissage de la grille (N = 406)

	Oui	Non
	N (%)	N (%)
Pertinence de la journée selon l'expert A	238 (58.6)	168 (41.4)
Pertinence de la journée selon l'expert B	225 (55.4)	181 (44.6)

Le tableau 29 présente, pour chaque critère de la grille, le nombre de cas pour lesquels ce critère a été coché, et le pourcentage correspondant sur les 406 journées étudiées. Les résultats sont présentés pour les deux experts A et B. Les critères 8 et 16 n'ont jamais été cochés.

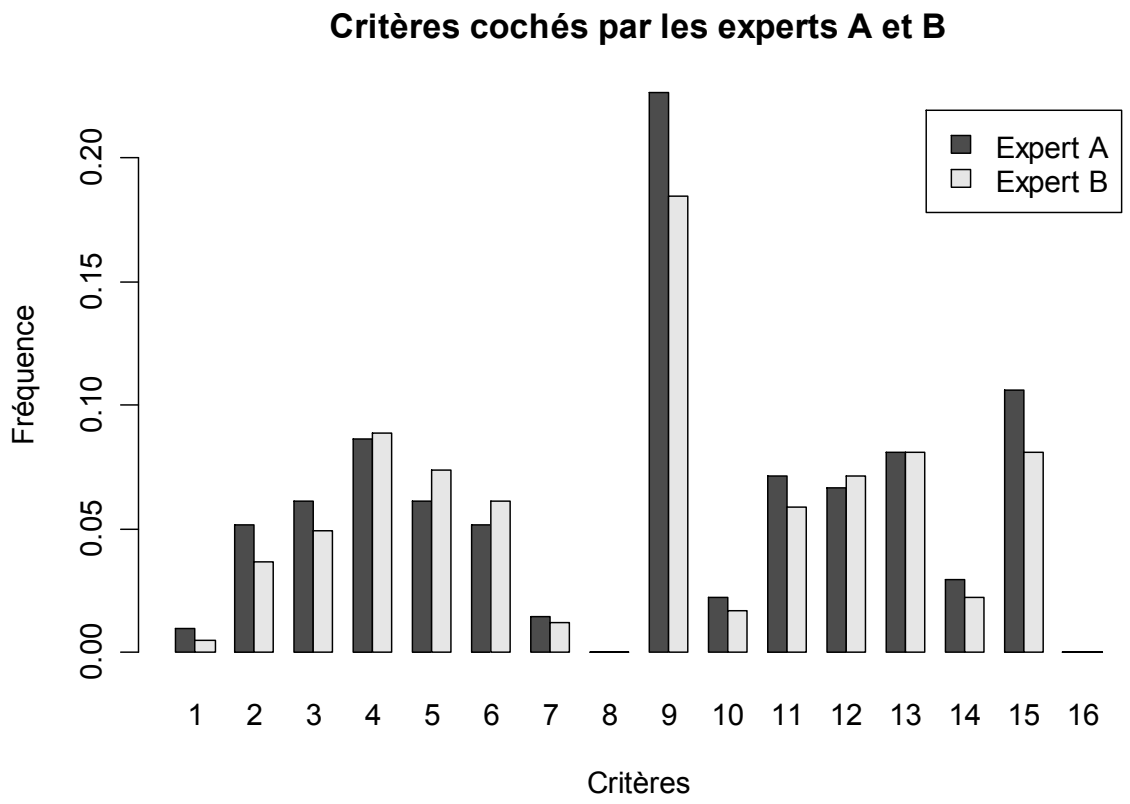
Tableau 29 : Effectif et fréquence du choix de chaque critère (N = 406)

	Expert A Coché N (%)	Expert B Coché N (%)
1 - Surveillance sous scope	4 (0.99)	2 (0.49)
2 - Soins de pansements complexes	21 (5.17)	15 (3.69)
3 - Surveillance paramédicale rapprochée sur prescription médicale	25 (6.16)	20 (4.93)
4 - Surveillance d'un traitement médicamenteux sous supervision médicale directe	35 (8.62)	36 (8.87)
5 - Bilan diagnostique en cours	25 (6.16)	30 (7.39)
6 - Soins techniques infirmiers	21 (5.17)	25 (6.16)
7 - Nutrition entérale provisoire ou en cours d'adaptation	6 (1.48)	5 (1.23)
8 - Acte invasif médical ce jour	0	0
9 - Bilan et/ou prise en charge coordonnée ce jour par au moins 2 professionnels de la réadaptation	92 (22.7)	75 (18.5)
10 - Programme de prise en charge spécifique	9 (2.22)	7 (1.72)
11 - Soins palliatifs	29 (7.14)	24 (5.91)
12 - Patient douloureux	27 (6.65)	29 (7.14)
13 - Bilan en cours d'une perte d'autonomie récente ou non stabilisée	33 (8.13)	33 (8.13)
14 - Bilan et prise en charge d'une dénutrition sévère	12 (2.96)	9 (2.22)
15 - Pathologie intercurrente récente	43 (10.6)	33 (8.13)
16 - Séjour de répit programmé dont la durée est définie et limitée dans le temps	0	0

Le critère le plus souvent coché était le critère 9. Le plus gros différentiel de réponse entre les experts A et B apparaissait pour les critères 9 (différentiel de 17) et 15 (différentiel de 10).

La figure 7 représente la répartition des critères cochés pour les experts A et B pour l'ensemble des établissements :

Figure 7 : Représentation graphique de la fréquence des critères cochés par les experts A et B



Les figures suivantes représentent les différents critères cochés selon le type de prise en charge. Si les experts des SS ont coché uniformément les différents critères, les experts de MPR ont coché en grande majorité le critère 9 («Bilan et/ou prise en charge coordonnée ce jour par au moins 2 professionnels de la réadaptation ») :

Figure 8 : Représentation graphique de la fréquence des critères cochés par les experts A et B par ordre décroissant

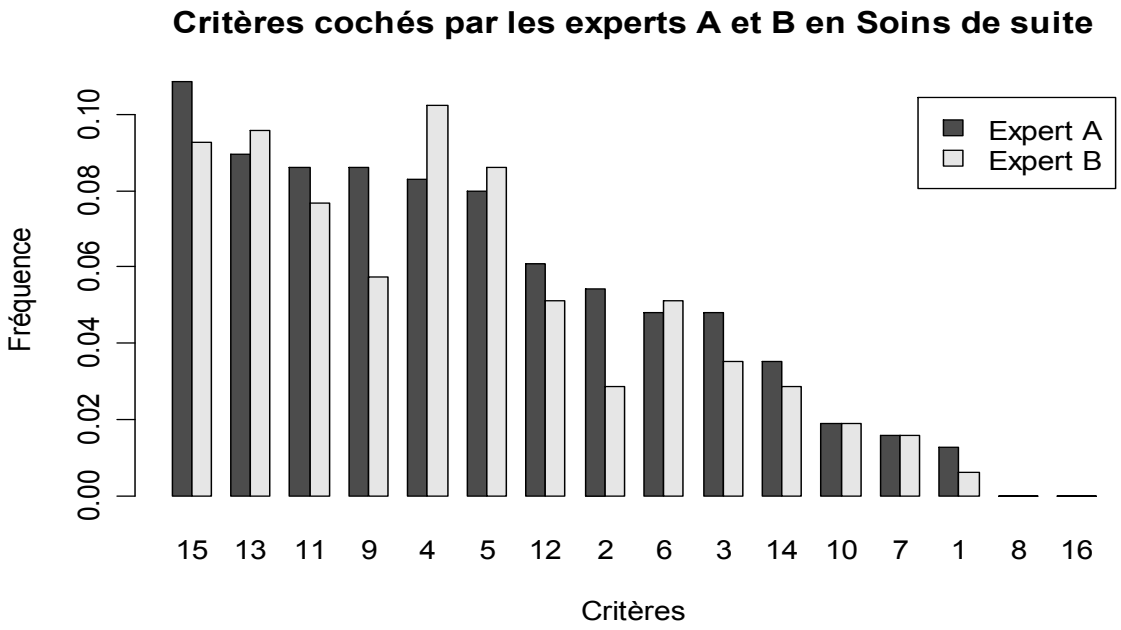
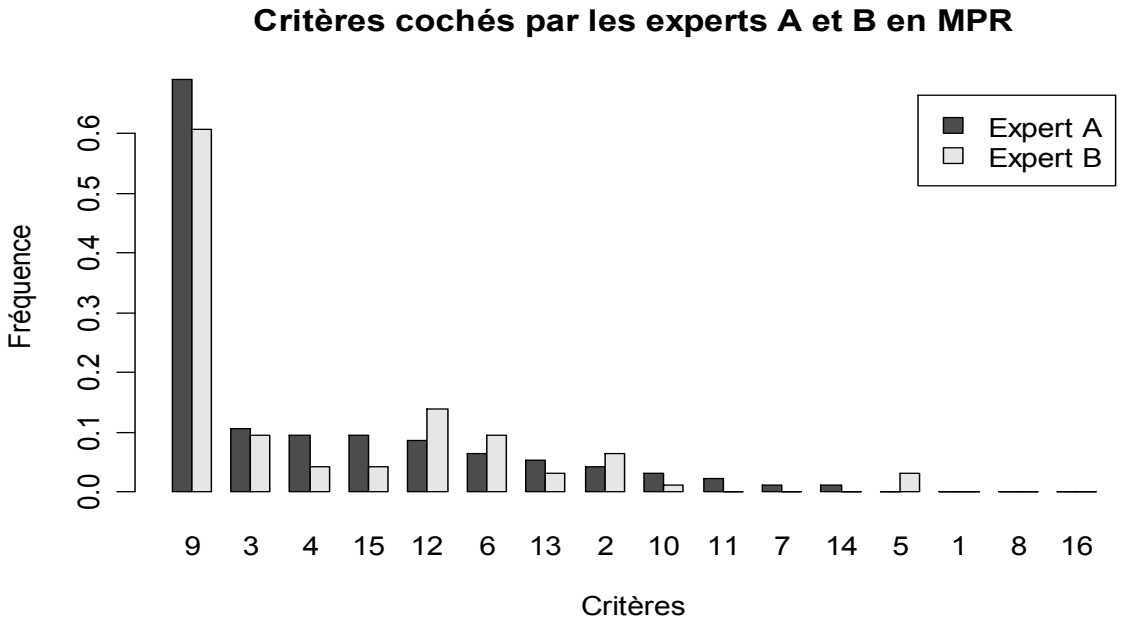


Figure 9 : Représentation graphique de la fréquence des critères cochés par les experts A et B, ordre décroissant



Dans le tableau suivant les pourcentages de journées pertinentes (selon la grille pour les experts A et B) sont présentés pour chaque expert dans chaque centre :

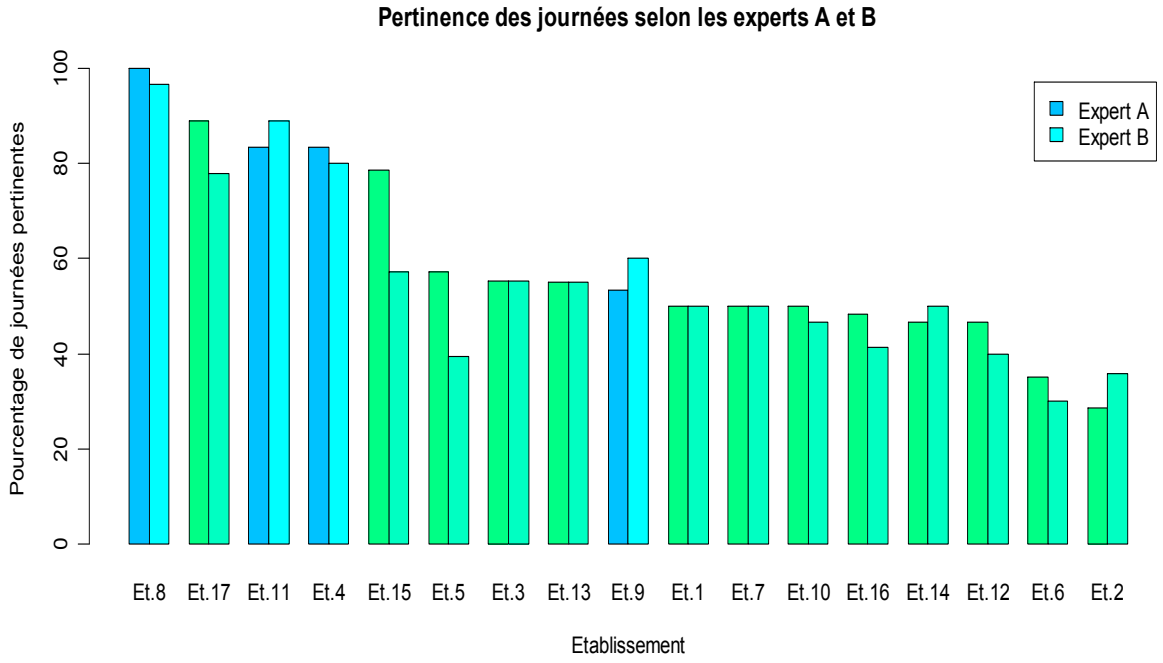
Tableau 30 : Pourcentage de journées pertinentes selon le centre et l'expert (d'après la grille pour A et B)

	Journées étudiées N	Pertinence expert A N (%)	Pertinence expert B N (%)
Etablissement 1	30	15 (50)	15 (50)
Etablissement 2	14	4 (28.6)	5 (35.7)
Etablissement 3	29	16 (55.2)	16 (55.2)
Etablissement 4	30	25 (83.3)	24 (80)
Etablissement 5	28	16 (57.1)	11 (39.3)
Etablissement 6	20	7 (35)	6 (30)
Etablissement 7	30	15 (50)	15 (50)
Etablissement 8	30	30 (100)	29 (96.7)
Etablissement 9	15	8 (53.3)	9 (60)
Etablissement 10	30	15 (50)	14 (46.7)
Etablissement 11	18	15 (83.3)	16 (88.9)
Etablissement 12	30	14 (46.7)	12 (40)
Etablissement 13	20	11 (55)	11 (55)
Etablissement 14	30	14 (46.7)	15 (50)
Etablissement 15	14	11 (78.6)	8 (57.1)
Etablissement 16	29	14 (48.3)	12 (41.4)
Etablissement 17	9	8 (88.9)	7 (77.8)

Les taux de pertinence des établissements 4, 8, 11 et 17 étaient supérieurs à 80%. Ceux des établissements 2 et 7 étaient inférieurs à 40%.

Les taux de pertinence des journées d'hospitalisation selon les experts et l'établissement sont représentés sur la figure suivante par ordre décroissant de pertinence. Les établissements de SS sont représentés en vert tandis que ceux de MPR sont en bleu.

Figure 10 : Représentation graphique du pourcentage de journées pertinentes d'après la grille selon les experts A et B dans chaque établissement par ordre décroissant



Enfin, les taux de pertinence selon le type de prise en charge sont mentionnés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 31 : Taux de pertinence des journées d'hospitalisation selon les experts A et B après remplissage de la grille (N = 406) en fonction du type de prise en charge

	SSR	MPR
Selon l'expert A	51,1%	83,9%
Selon l'expert B	46,9%	83,9%

3.2. Pertinence des journées d'hospitalisation selon les critères de la grille et l'avis d'expert

Les taux de pertinence des journées d'hospitalisation retrouvés étaient de 73,6% pour l'expert A et de 72,2% pour l'expert B :

Tableau 32 : Pertinence des journées d'hospitalisation en tenant compte de la grille et de l'avis d'expert

	Oui	Non
	N (%)	N (%)
Expert A (N = 406)	299 (73.6)	107 (26.4)
Expert B (N = 406)	293 (72.2)	113 (27.8)

Dans le tableau suivant, les pourcentages de journées pertinentes sont présentés pour chaque expert dans chaque centre :

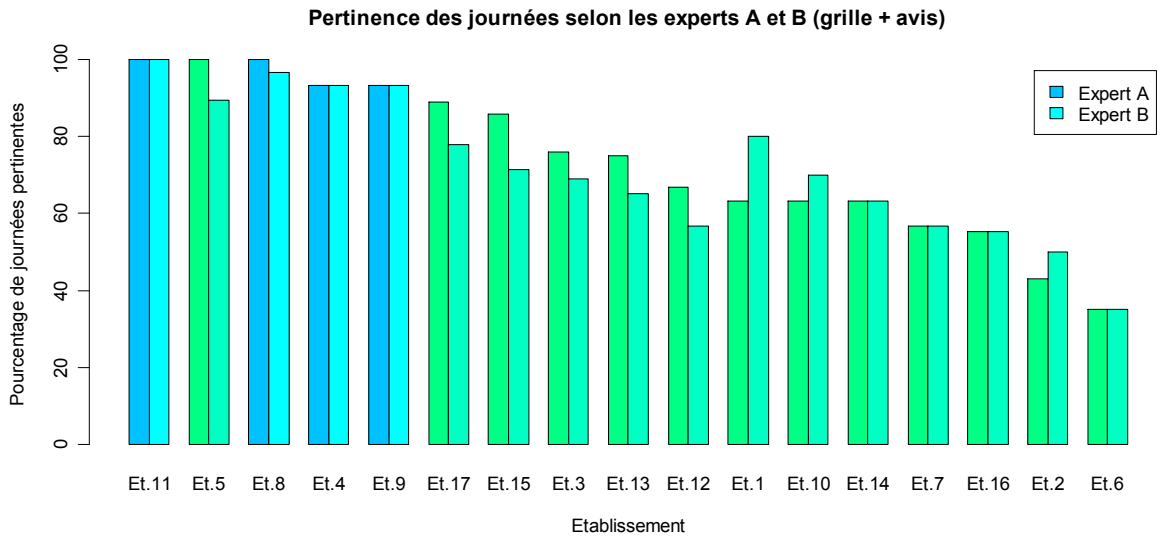
Tableau 33 : Pourcentage de journées pertinentes selon le centre et l'expert (d'après la grille et l'avis d'expert pour A et B)

	Journées étudiées N	Pertinence expert A N (%)	Pertinence expert B N (%)
Etablissement 1	30	19 (63.3)	24 (80)
Etablissement 2	14	6 (42.9)	7 (50)
Etablissement 3	29	22 (75.9)	20 (69)
Etablissement 4	30	28 (93.3)	28 (93.3)
Etablissement 5	28	28 (100)	25 (89.3)
Etablissement 6	20	8 (35)	8 (35)
Etablissement 7	30	17 (56.7)	17 (56.7)
Etablissement 8	30	30 (100)	29 (96.7)
Etablissement 9	15	14 (93.3)	14 (93.3)
Etablissement 10	30	19 (63.3)	21 (70)
Etablissement 11	18	18 (100)	18 (100)
Etablissement 12	30	20 (66.7)	17 (56.7)
Etablissement 13	20	15 (75)	13 (65)
Etablissement 14	30	19 (63.3)	19 (63.3)
Etablissement 15	14	12 (85.7)	10 (71.4)
Etablissement 16	29	16 (55.2)	16 (55.2)
Etablissement 17	9	8 (88.9)	7 (77.8)

Les taux de pertinence des établissements 4, 5, 8, 9, 11, 15 et 17 étaient supérieurs à 80%. Celui de l'établissement 6 était inférieur à 35%.

Les taux de pertinence des journées d'hospitalisation selon les experts et l'établissement sont représentés sur la figure suivante, par ordre décroissant de pertinence. Les établissements de SS sont représentés en vert tandis que ceux de MPR sont en bleu.

Figure 11 : Représentation graphique du pourcentage de journées pertinentes (grille et avis d'expert) selon les experts A et B dans chaque établissement



Enfin, les taux de pertinence selon le type de prise en charge sont mentionnés dans le tableau ci-dessous :

Tableau 34 : Taux de pertinence des journées d'hospitalisation selon les experts A et B après remplissage de la grille et de l'avis d'expert (N = 406) en fonction du type de prise en charge

	SSR	MPR
Selon l'expert A	66,8%	96,8%
Selon l'expert B	65,2%	95,7%

3.3. Analyse des avis d'experts

L'avis d'expert a été utilisé pour 61 journées d'hospitalisation jugées non pertinentes après remplissage de la grille de pertinence par l'expert A et pour 68 journées pour l'expert B.

Tableau 35 : Pertinence de l'hospitalisation malgré l'absence de critère correspondant dans la grille

	Oui	Non
	N (%)	N (%)
Expert A (N = 168)	61 (44.2)	107 (65.8)
Expert B (N = 181)	68 (37.6)	113 (62.4)

Pour 44 % des journées d'hospitalisation analysées par l'expert A, et 38 % par l'expert B, les journées étaient pertinentes malgré l'absence de critères cochés dans la grille.

Les explications fournies par les experts concernaient majoritairement des problèmes liés à une prise en charge rééducative non prise en compte dans le critère 9 « Bilan et/ou prise en charge coordonnée ce jour par au moins 2 professionnels de la réadaptation » (38 cas pour l'expert A, 42 cas pour l'expert B):

- Soit la prise en charge n'était pas assurée par 2 professionnels de la réadaptation le jour de l'étude,
- Soit la prise en charge devait être réalisée à l'hôpital du fait de problèmes associés (dépendance, grand âge,…). Parmi ceux-ci, la notion d'absence d'appui revenait souvent pour rendre la journée pertinente (12 fois pour l'expert A, 14 fois pour l'expert B).

Au total, l'avis d'expert a été utilisé pour rendre pertinentes 15% des journées d'hospitalisation pour l'expert A et 16,7% pour l'expert B.

3.4. Recherche des facteurs explicatifs du caractère pertinent des journées étudiées

Les experts A ont jugé 238 journées d'hospitalisation pertinentes à l'aide de la grille de pertinence et 299 à l'aide de la grille et de l'avis d'experts. Pour les experts B, il s'agissait respectivement de 225 et 293 journées d'hospitalisation pertinentes.
Nous avons exploré les facteurs explicatifs du caractère pertinent de ces journées en réalisant une analyse bivariée ainsi qu'une analyse multivariée.

3.4.1. Analyse comparative bivariée

Les résultats présentés ici permettent d'identifier les caractéristiques des patients dont la journée d'hospitalisation est jugée pertinente.

Les résultats concernent les journées pertinentes après remplissage de la grille et de l'avis d'expert. Ainsi, les situations omises dans la construction de la grille ont été prises en compte :

Tableau 36 : Analyse bivariée sur la variable « journée pertinente pour l'expert A » (grille et avis d'expert)

	Journée pertinente	Journée non pertinente	OR	[IC 95 %]	*p*
Age moyen	71.5	77.7	0.97	[0.95 ; 0.99]	***
Sexe (effectifs)					
Hommes	134	33	0.56	[0.35 ; 0.89]	*
Femmes	165	73			
Lieu de vie antérieur					**
Domicile sans aide	166	42			
Domicile avec aide	88	56	0. 04	[0.25 ; 0.64]	***
Institution	10	4	0.63	[0.19 ; 2.12]	*NS*
Sans domicile fixe	2	0	-	-	*NS*
Autre	19	2	2.40	[0.54 ; 10.73]	*NS*
Seul à domicile					
Oui	127	65	0.53	[0.33 ; 0.85]	**
Non	130	35			
Entourage proche					
Disponible	238	71			
Non disponible	35	25	2.39	[1.34 ; 4.27]	**
Score de Mac Cabe					**
Score = 0	163	80			
Score = 1	64	14	2.24	[1.19 ; 4.24]	*
Score = 2	27	3	4.42	[1.30 ; 15.00]	*
MMS	20.4	18.5	1.12	[1.02 ; 1.24]	*
Score d'autonomie					
Score moyen	9.02	7.52	1.10	[1.04 ; 1.16]	**
Dépendance	80	17	1.94	[1.09 ; 3.46]	*
Autonomie	216	89			
Comportement					*NS*
Adapté	191	73			
Partiellement adapté	57	17	1.28	[0.70 ; 2.35]	*NS*
Inadapté	24	11	0.84	[0.39 ; 1.79]	*NS*
Type de prise en charge					
SS	209	104	14.93	[4.61 ; 48.30]	***
MPR	90	3			
Durée de séjour	53	50.5	1.00	[0.99 ; 1.00]	*NS*
Délai de 1re demande sociale	15.6	28.2	0.99	[0.98 ; 1.00]	*NS*

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05

Suite à cette analyse, les facteurs prédictifs de pertinence des journées d'hospitalisation étaient :

- **Un age jeune,**
- **Le sexe masculin,**
- **L'absence d'aides à son domicile,**
- **Ne pas habiter seul,**
- **Un entourage proche disponible,**
- **La présence d'une pathologie fatale dans l'année ou dans les 5 ans,**
- **La présence de troubles des fonctions supérieures,**
- **La présence d'une dépendance physique,**
- **Une hospitalisation en MPR.**

La durée de séjour au jour de l'étude n'était pas significativement différente entre les 2 groupes.

Tableau 37 : Analyse bivariée sur la variable « journée pertinente pour l'expert B » (grille et avis d'expert)

	Journée pertinente	Journée non pertinente	OR	[IC 95 %]	*p*
Age moyen	71.5	77.50	0.97	[0.95 ; 0.99]	***
Sexe					
Hommes	127	40	0.73	[0.46 ; 1.14]	*NS*
Femmes	166	72			
Lieu de vie antérieur					***
Domicile sans aide	168	40			
Domicile avec aide	83	61	0.32	[0.20 ; 0.52]	***
Institution	9	5	0.43	[0.14 ; 1.35]	*NS*
Sans domicile fixe	1	1	0.24	[0.01 ; 3.89]	*NS*
Autre	19	2	2.26	[0.51 ; 10.11]	*NS*
Seul à domicile					
Oui	130	62	0.69	[0.44 ; 1.10]	*NS*
Non	124	41			
Entourage proche					
Disponible	232	77	2.39	[1.49 ; 4.66]	***
Non disponible	32	28			
Score de Mac Cabe					*
Score = 0	168	75			
Score = 1	59	19	1.39	[0.77 ; 2.49]	*NS*
Score = 2	27	3	4.02	[1.18 ; 13.66]	*
MMS	21.60	16.85	1.13	[1.02 ; 1.25]	*
Score d'autonomie					
Score moyen	8.89	7.95	1.06	[1.00 ; 1.12]	*
Dépendance	73	24	1.253279	[0.74 ; 2.11]	*NS*
Autonomie	216	89			
Comportement					NS
Adapté	191	73			
Partiellement adapté	57	17	1.28	[0.70 ; 2.35]	NS
Inadapté	24	11	0.84	[0.39 ; 1.79]	NS
Type de prise en charge					
SS	204	109	11.89	[4.25 ; 33.24]	***
MPR	89	4			
Durée de séjour	53.2	50.3	1.00	[0.99 ; 1.00]	NS
Délai de 1re demande sociale	15.7	27.1	0.99	[0.98 ; 1.01]	NS

*** p<0,001 ** p<0,01 * p<0,05

Les résultats obtenus après analyse des journées évaluées par les experts B étaient pratiquement identiques : le sexe masculin et habiter avec quelqu'un au domicile n'étaient plus des facteurs prédictifs de pertinence des journées d'hospitalisation.

3.4.2. Analyse comparative multivariée

Les résultats de l'analyse multivariée montraient que pour l'expert A, la journée était plus souvent pertinente si les patients vivaient à domicile sans aide avant l'hospitalisation, qu'ils avaient une pathologie fatale dans l'année ou dans les 5 ans, qu'ils étaient dépendants et qu'ils bénéficiaient d'une prise en charge de type MPR :

Tableau 38 : Analyse multivariée sur la variable « journée pertinente pour l'expert A » (grille et avis d'expert)

	OR[a] [IC 95 %]	OR ajusté[b] [IC 95 %]
Age	0.97 [0.95 ; 0.99]	1.00 [0.97 ; 1.04]
Sexe :		
Femmes vs Hommes (référence)	0.56*** [0.35 ; 0.89]	1.32 [0.57 ; 3.09]
Lieu de vie antérieur		
Domicile avec aide vs Domicile sans aide (référence)	0.40*** [0.25 ; 0.64]	0.39*** [0.18 ; 0.91]
Seul à domicile		
Oui vs Non (référence)	0.53*** [0.33 ; 0.85]	0.63 [0.29 ; 1.32]
Entourage proche		
Disponible vs Non disponible (référence)	2.39*** [1.34 ; 4.27]	1.66 [0.64 ; 4.57]
Score de Mac Cabe		
Score = 1 vs 0 (référence)	2.24*** [1.19 ; 4.24]	2.73*** [1.08 ; 7.06]
Score = 2 vs 0 (référence)	4.42*** [1.30 ; 14.99]	9.64*** [1.18 ; 19.08]
Score d'autonomie		
Score moyen	1.10*** [1.035 ; 1.161]	1.16*** [1.03 ; 1.30]
Comportement		
Partiellement adapté vs adapté (référence)	1.28 [0.70 ; 2.35]	0.87 [0.36 ; 2.45]
Inadapté vs adapté (référence)	0.84 [0.39 ; 1.80]	0.39 [0.09 ; 1.63]
Prise en charge	14.93***	16.07***
MPR vs SS (référence)	[4.61 ; 48.30]	[1.52 ; 18.25]

[a] = analyse bivariée, [b] = analyse multivariée, *** OR significatifs au seuil de 5%

Les résultats étaient pratiquement identiques pour l'expert B (seule la pathologie fatale dans les 5 ans n'était plus un facteur prédictif de pertinence de la journée d'hospitalisation) :

Tableau 39 : Analyse multivariée sur la variable « journée pertinente pour l'expert B » (grille et avis d'expert)

	OR[a] [IC 95 %]	OR ajusté[b] [IC 95 %]
Age	0.97*** [0.95 ; 0.99]	1.01 [0.97 1.05]
Sexe :		
Femmes vs Hommes (référence)	0.73 [0.463 ; 1.14]	1.51 [0.66 ; 3.27]
Lieu de vie antérieur		
Domicile avec aide vs Domicile sans aide (référence)	0.33*** [0.20 ; 0.52]	0.29*** [0.14 ; 0.68]
Seul à domicile		
Oui vs Non (référence)	0.69*** [0.44 ; 1.10]	0.77 [0.36 ; 1.81]
Entourage proche		
Disponible vs Non disponible (référence)	2.01*** [1.49 ; 4.66]	1.33 [0.49 ; 3.23]
Score de Mac Cabe		
Score = 1 vs 0 (référence)	1.39 [0.77 ; 2.49]	1.91 [0.72 ; 4.37]
Score = 2 vs 0 (référence)	4.02*** [1.18 ; 13.66]	9.53*** [4.31 ; 21.10]
Score d'autonomie		
Score moyen	1.06*** [1.00 ; 1.12]	1.14*** [1.02 ; 1.27]
Comportement		
Partiellement adapté vs adapté (référence)	0.90 [0.51 ; 1.59]	0.64 [0.26 ; 1.64]
Inadapté vs adapté (référence)	0.73 [0.35 ; 1.55]	0.49 [0.12 ; 1.79]
Prise en charge		
MPR vs SS (référence)	11.89*** [4.25 ; 33.24]	14.96*** [4.15 ; 43.53]

a = analyse bivariée, b = analyse multivariée, *** OR significatifs au seuil de 5%

3.5. Analyse des causes de non pertinence des journées d'hospitalisation en SSR

L'analyse des causes de non pertinence a été réalisée à l'aide de questions ouvertes auxquelles les experts A et B devaient répondre. Cette partie du questionnaire était donc censée servir de base de travail à la suite du projet : le développement d'une grille d'analyse des causes de non pertinence des journées d'hospitalisation en SSR. Nous pouvions ainsi déterminer :

- Le taux de journées non techniquement pertinentes mais justifiées (des soins étaient délivrés au patient lors de l'hospitalisation),
- Le lieu d'hébergement le plus adapté au patient,
- La raison de la présence du patient à l'hôpital.

Nous avons séparé les réponses des experts A et B :

3.5.1. Les causes de non pertinence selon les experts A

Les experts A ont jugé que 107 journées étaient non pertinentes. Parmi celles-ci, 86 étaient non justifiées (80,4%) et 21 étaient justifiées (19,6%) par :

- Soins de kinésithérapie (39,1%),
- Traitement médical (21,7%) : cette catégorie comprenait tous types de traitements (aérosols, injections, oxygénothérapie, …),
- Surveillance du patient (21,7%),
- Soins de pansements (8,7%),
- Aide à la vie quotidienne (4,4%),
- Prise en charge sociale (4,4%).

Lorsque la journée était non pertinente, le lieu d'hébergement le plus adapté pour le patient était :

- Domicile (57,3%),
- Maison de retraite (13,7%),
- Unité de Soins de Longue Durée (12,8%),

- Institution (5,3%),
- Hébergement temporaire (4,3%),
- SSR non MPR (1,1%),
- Foyer logement (1,1%),
- Logement médicalisé (1,1%),
- Foyer d'accueil médicalisé (1,1%),
- EHPAD (1,1%),
- Cantou (1,1%).

Quinze données étaient manquantes soit 13,8% des observations.

Les causes de non pertinence retrouvées étaient :

- Attente de placement dans une structure d'aval (30,1%),
- Organisation du retour à domicile en cours (18,1%) : cette catégorie comprenait la mise en place des aides à domicile, l'attente du passage de l'ergothérapeute au domicile du patient, …,
- Aucune (13,3%),
- Raison familiale (8,4%) : cette catégorie comprenait les mésententes conjugales, …,
- Attente d'un avis spécialisé (4,8%),
- Raison liée au patient (4,8%) : cette catégorie comprenait une angoisse du patient, le refus du patient, …,
- Attente de la sortie (4,8%) : la sortie est prévue et datée,
- Attente d'un avis médical (3,6%) : attente de la visite du médecin du service,
- Absence de structure adaptée (3,6%),
- Attente d'une prise en charge sociale (2,4%),
- Attente d'un examen complémentaire (1,2%),
- Absence de place disponible en accueil temporaire (1,2%),
- Remise en état du logement en cours (1,2%),
- Absence d'organisation du projet de vie du patient anticipé avant son hospitalisation (1,2%),
- Contexte psychique (1,2%).

Vingt-cinq données étaient manquantes soit 23,1% des observations.

3.5.2. Les causes de non pertinence selon les experts B

Les experts B ont jugé que 113 journées étaient non pertinentes. Parmi celles-ci, 97 étaient non justifiées (85,8%) et 16 étaient justifiées (14,2%) par :

- Soins de kinésithérapie (68,75%),
- Traitement médical (18,75%),
- Soins de pansements (6,25%),
- Suivi psychiatrique (6,25%).

Lorsque la journée était non pertinente, le lieu d'hébergement le plus adapté pour le patient était :

- Domicile (60,1%),
- Unité de Soins de Longue Durée (18,1%),
- Maison de retraite (11,4%),
- Institution (3,8%),
- Hébergement temporaire (2,9%),
- Foyer d'accueil médicalisé (1%),
- Cantou (1%),
- Structure Alzheimer (1%).

Neuf données étaient manquantes soit 8% des observations.

Les causes de non pertinence retrouvées étaient :

- Attente de placement dans une structure d'aval (36,2%),
- Organisation du retour à domicile en cours (22,3%) ,
- Aucune (7,4%),
- Attente de la sortie (6,4%),
- Attente d'un avis médical (5,3%),
- Raison liée au patient (5,3%),
- Raison familiale (3,2%),

- Attente d’un avis spécialisé (2,1%),
- Attente d’un examen complémentaire (2,1%),
- Raison sociale (1,1%),
- Remise en état du logement en cours (1,1%),
- Attente d’une chirurgie (1,1%),
- Refus d’une maison de retraite (1,1%).

Vingt-deux données étaient manquantes soit 19,5% des observations.

Discussion

Cette étude a permis de développer une grille d'évaluation de la pertinence des journées d'hospitalisation en SSR ainsi qu'un guide d'utilisation. Les résultats présentés montrent que cet outil bénéficie d'une bonne reproductibilité et d'une validité modérée.

A l'instar du travail de validation de l'AEP de Gertman et Restuccia(5), le but de notre étude était de développer un outil applicable à tous les patients en SSR, simple d'utilisation et peu contraignant à utiliser (notamment en terme de temps de passation). Ces différents objectifs ont été globalement remplis même si plusieurs éléments ont fait l'objet de travaux complémentaires comme nous le verrons tout au long de la discussion (notamment en terme d'applicabilité à l'ensemble des patients, qu'ils soient hospitalisés en MPR ou SS). Ces différentes modifications apportées lors d'une réunion du groupe, le 19 septembre 2007 (compte-rendu en annexe 14) ont permis d'aboutir à la version définitive de la grille de pertinence (Annexe 15) et du guide d'utilisation de la grille (Annexe 16). Ensuite, nous avions souhaité créer un outil simple d'utilisation, sans pour autant limiter le nombre d'items. Le fait que la grille compte 16 critères, contre 24 pour l' AEPf, présente l'avantage que celle-ci sera d'autant plus facilement mémorisable par les professionnels de santé et donc plus facile à utiliser. Il est possible que cela ait participé aux bons résultats de reproductibilité de la grille et que cela puisse avoir un impact sur la fréquence d'utilisation de celle-ci.

1. Le développement de la grille de pertinence

La méthodologie utilisée pour la construction de la grille de pertinence est conforme aux recommandations. L'adaptation en langue française d'un outil déjà existant n'a donc pas été possible en raison d'une littérature internationale pauvre.

1.1. Constitution du groupe d'experts

La constitution du groupe d'experts n'a pu se faire par tirage au sort et un biais de sélection a donc pu être introduit. Cependant, dans cette étude qualitative, l'important était d'essayer d'obtenir le plus d'avis différents possible et donc une bonne représentation des professions de santé(60). Tout d'abord, le projet étant réalisé en étroite collaboration avec le réseau Qualité en Santé 44, nous nous devions de recruter les professionnels y adhérant. De plus, le volontariat était nécessaire afin de recruter des professionnels motivés. Enfin, il était indispensable de recruter des professionnels de la discipline, la littérature montrant que les indicateurs ainsi développés étaient de meilleure qualité(61, 62).

La taille de notre groupe de travail était relativement importante par rapport aux recommandations concernant ce type de travail. En effet, la littérature rapporte un groupe d'une dizaine d'experts en général(51). Cependant, nous ne pouvions nous permettre de refuser des experts tant l'engouement pour le projet a été important. De plus, les experts ne pouvant se libérer pour toutes les réunions, cela nous a permis d'avoir un minimum de 15 experts lors de chaque réunion. D'autre part, un faible nombre d'experts pouvait restreindre la représentativité du groupe étant donné que le mode du volontariat avait été adopté. Enfin, cela a permis de maintenir une forte dynamique dans le groupe. Les réunions étant assez rapprochées, une tous les 15 jours en moyenne et le fait que les experts participant à chaque réunion différaient, a permis d'obtenir les avis de tous les experts mais cela a également pu introduire un biais dans la construction de la grille et du cahier des charges.

La représentativité du groupe de travail était donc bonne même si l'on pouvait constater une forte présence des cadres de santé aux dépens d'infirmières exerçant en milieu hospitalier ou libéral.

1.2. Implication des participants dans le groupe de travail

Nous tenions à faire participer au maximum les experts afin qu'ils s'approprient pleinement le projet. Ce dernier point était, selon nous, le gage à la fois d'une forte implication des professionnels de santé dans ce projet mais aussi d'une utilisation importante de cette grille dans le futur. Cela a très bien fonctionné puisque nous n'avons remarqué aucun essoufflement ou baisse de motivation de la part des experts tout au long du projet, que ce soit dans la phase de construction de la grille ou dans sa phase de validation.

Cette forte implication est également due au fait que le thème de la pertinence des soins et de la bonne utilisation des ressources est une préoccupation majeure pour ces professionnels qui se trouvent au centre de la filière de soins, en aval des soins de courte durée et en amont des soins de longue durée ou du domicile. Enfin, le réseau Qualité en Santé 44 mène une action quotidienne auprès des professionnels de santé en faveur de la qualité et de la sécurité des soins. Ces différents points sont corroborés par les résultats d'un questionnaire de satisfaction qui a été remis, à la fin du projet, aux professionnels de santé (Annexe 17). Seize questionnaires ont été retournés par les experts. Parmi ceux-ci, deux tiers ont trouvé le thème très intéressant, 100% ont trouvé l'organisation réussie ou très réussie, 70% ont trouvé la méthodologie employée très intéressante. La totalité des experts étaient prêts à participer à ce projet si cela était à refaire. Enfin, à la fin du projet, environ 70% des experts comptaient effectuer des revues de pertinence dans leur établissement. Mieux encore, il semble que les professionnels étaient prêts à participer à d'autres projets similaires comme en témoigne leur engagement dans la poursuite du projet (analyse des causes, grille de revue de pertinence des admissions en SSR).

Cette forte participation a sans aucun doute participé aux bons résultats de validation de la grille de pertinence.

Nous pouvons toutefois regretter l'absence de groupe de relecture extérieur qui aurait permis la mise en évidence d'incohérences dans la grille de pertinence ou dans le cahier des charges notamment en terme de formulation des critères. Ces défauts sont apparus lors de la validation de la grille et des modifications de formulation ont pu être apportées a posteriori.

Nous avons réalisé le test préalable de la grille selon la même méthodologie que Gertman et Restuccia(5) lors du test de l'AEP. Cependant, ils bénéficiaient de professionnels de santé ne connaissant pas la grille ce qui leur a permis de mettre en évidence à la fois les problèmes de formulation mais également les situations qu'ils auraient pu oublier au moment de la construction de leurs critères de pertinence, chose que nous avons étudiée a posteriori.

2. Analyse de la validité interne et externe des données

Les données ont été recueillies à partir des différents éléments du dossier patient, à savoir le dossier administratif, le dossier médical ainsi que le dossier de soins infirmiers, qu'il fusse sous format papier ou électronique mais également à partir du PMSI et par interrogation du personnel soignant. Les données socio-administratives renseignées dans la première partie du questionnaire ont bénéficié d'un bon retour mis à part pour la date de première demande sociale. Les éléments nécessaires au remplissage de la grille de pertinence devaient être mentionnés par écrit dans le dossier patient. Nous pouvons donc conclure à une bonne validité interne pour ces données. Concernant la troisième partie du questionnaire, les données étaient issues du dossier patient mais également en grande partie des entretiens avec le personnel soignant et les objectifs de cette partie n'ont pas toujours été bien compris par les professionnels de santé.

La participation à l'étude était bonne puisque plus de 50% des établissements de SSR du département ont collaboré. Toutefois, notre échantillon était surreprésenté en journées de SS par rapport aux journées de MPR. En effet, au niveau national, la part de lits MPR sur l'ensemble des lits de SSR était de 45% environ (hospitalisation complète dans le secteur public et privé)(11) tandis que ce taux n'était que de 23% dans notre échantillon. Ceci était peut être dû à l'absence de lits de MPR dans le secteur privé en Loire Atlantique. Par contre, ce taux était identique à celui retrouvé par l'étude réalisée sur les SSR par l'Assurance Maladie en Pays de la Loire en septembre 2003 (22,7%)(10).

D'autre part, les caractéristiques socio-démographiques des patients dans cette étude et dans la nôtre étaient assez comparables comme en témoigne le tableau suivant :

Tableau 40 : Caractéristiques des patients hospitalisés en SSR

	Etude « SSR 2003 »		Etude « Revue de pertinence »	
	SS	MPR	SS	MPR
Age (années)	75	59	77	60
Sexe (% de femmes)	62	45	64	41
Durée Moyenne de Séjour (jours)	36,5	133	40,6	91,7

Notre échantillon d'étude semblait donc être représentatif de la population ligérienne hospitalisée en SSR. Ceci indiquait une bonne validité externe des données malgré l'absence de tirage au sort des établissements participant.

D'autre part, l'étude ayant été réalisée à partir de données de structures SSR publics, privés et PSPH, la généralisation des résultats à tous types d'établissements SSR semble possible, sous réserve de l'existence d'éventuelles variations interrégionales dans la représentation de ces trois types d'établissements.

Cependant, nous ne pouvons conclure formellement sur la représentativité de nos résultats.

3. Validation de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR

3.1. Reproductibilité de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation

Le cœfficient kappa de Cohen retrouvé pour l'accord inter juges au remplissage de la grille était de 0,74 [0,67-0,80]. En accord avec la classification de Landis et Koch, un coefficient kappa est considéré comme bon s'il est compris entre 0,61 et 0,80, et excellent s'il est compris entre 0,81 et 1,00(59).

La grille de pertinence présentait donc **une bonne reproductibilité.**

Si l'on considère les différentes études internationales de validation de l'outil le plus répandu, à savoir l'AEP, nos résultats étaient au niveau des résultats de ces études alors qu'il ne s'agissait que d'une première version de notre grille. Les résultats des principales études internationales sont mentionnés dans le tableau ci-dessous(5, 19, 22, 23, 28, 36, 39, 40, 63, 64):

Tableau 41 : Résultats des principales études internationales de validation de l'outil AEP

Etude (année)	Nombre de journées étudiées	Concordance observée (%)	Coefficient Kappa de Cohen
USA			
Gertman et Restuccia (1981)	100 + 100	92-94	0,77-0,86
Strumwasser (1983)	119	85	0,59 (0,37-0,81)
Europe			
Santos Eggiman (1990-1991) - Suisse	1847	78-98	0,31-0,94
Chopard (1994-1995) – Suisse	500	-	0,78
Santos Eggimann (1997) - Suisse	1035	-	0,50-0,58
Bare (1995) – Espagne	44	84	0,67
Panis (2002) – Pays Bas	4497	-	0,84 (0,75-0,93)
Robain (1998) - France	502	91,4	0,81 (0,76-0,87)
Turquie			
Kaya (2000)	818	92,5	0,80 (0,73-0,88)

Les différentes méthodologies employées peuvent expliquer les écarts constatés entre certains résultats de ces études et les nôtres.

En effet, dans la plupart de ces travaux, les experts qui participaient à l'étude de la reproductibilité de la grille de pertinence étaient des médecins et des infirmières, jamais des cadres de santé. Dans notre étude, plusieurs cadres de santé participant ont exprimé le fait qu'ils ne connaissaient pas aussi bien les patients que les infirmières. Ceci était amplifié par le fait que l'étude a été réalisée lors d'un retour d'une période de congés annuels. Le choix des experts s'étant fait sur la base du volontariat, une grande majorité des experts B étaient des cadres de santé pour ne pas interférer avec les activités de soins du service de prise en charge (78,1%). Cependant, le coefficient Kappa de Cohen étant identique pour les deux types de professions (0,74 pour les cadres de santé et 0,73 pour les infirmières), il semble donc que cela n'ait pas eu d'impact sur les résultats Ceci étant, un nombre de journées analysées identique dans ces deux groupes aurait peut être permis d'obtenir un coefficient plus élevé pour les infirmières au remplissage de la grille. Ceci est peut être une cause du résultat légèrement inférieur dans notre étude. Cependant, la grille de pertinence doit être utilisable par chaque professionnel de santé, quel qu'il soit, ce qui semble être le cas ici.

D'autre part, les résultats les plus élevés apparaissaient pour les échantillons les plus importants mais la taille de notre échantillon permettait de répondre aux objectifs fixés.

La validation de notre grille a été réalisée de manière prospective comme celle de Robain(28). Cette méthodologie entraîne de meilleurs résultats qu'une étude rétrospective utilisée par Strumwasser(19). Les critères de l'AEP n'étaient pas remplis de manière concurrente mais à partir des dossiers cliniques des 119 patients sélectionnés, expliquant certainement une moins bonne reproductibilité de l'outil. Cette méthodologie de type prospective nous a permis d'obtenir un maximum d'informations de la part du personnel du service. Cela a sans doute contribué aux bons résultats de l'étude mais, en contrepartie, la présence des 2 enquêteurs externes a pu perturber l'organisation du service. D'autre part, le temps demandé à la réalisation de l'étude a parfois été ressenti comme long par les équipes et le nombre élevé d'évaluateurs nécessaires à la réalisation a sans doute perturbé la vie du service. Cela a certainement incité les professionnels de santé à remplir plus

rapidement la grille ce qui a pu biaiser les résultats. Ce fait est applicable à tous nos résultats et plus particulièrement aux résultats de validité externe.

Concernant les études de validation d'autres types de grilles, une version pédiatrique de l'AEP a été développée aux USA par Kempler en 1988, applicable aux admissions et aux journées d'hospitalisation. L'étude de sa reproductibilité a retrouvé une concordance globale selon les cas de 85 à 98% et un coefficient kappa de 0,74 à 0,89(65). La méthodologie employée était proche de la nôtre. Ces résultats sont en accord avec ceux de notre étude. Cependant, il s'agissait d'une adaptation de la grille AEP pour la pédiatrie et non de la construction d'une nouvelle grille.

Les résultats de la reproductibilité de la grille ne montraient pas de réelle différence entre les établissements bien que le cœfficient kappa des établissements 2 et 15 fussent inférieurs à 0,60.
De même, la reproductibilité de la grille ne dépendait pas de la profession du second expert (k=0,74 si l'expert B était un cadre de santé, 0,73 s'il était une infirmière et 0,67 s'il était un ergothérapeute ; ce dernier résultat plus faible étant sans doute dû au plus faible effectif du groupe) ou du type de prise en charge (k=0,71 pour les établissements de SS et 0,76 pour les établissements de MPR). Cela signifiait que les professionnels de santé, médecins, cadres de santé ou infirmier(e)s, exerçant dans un établissement de SS ou de MPR, remplissaient de la même manière la grille de pertinence. L'intérêt du développement d'une grille de critères objectifs en était donc renforcé.

L'utilisation du coefficient kappa de Cohen présente des limites et notamment le fait que son estimation soit plus faible lorsqu'il existe des effectifs marginaux et qu'il existe un fort déséquilibre en faveur d'une même modalité de réponse. En clair, pour l'établissement 8, le tableau de répartition des réponses était le suivant :

Tableau 42 : Pertinence des journées d'hospitalisation selon les experts A et B pour l'établissement 8

		Expert B	
		Oui	Non
Expert A	Oui	29	1
	Non	0	0

Le calcul du coefficient était le suivant :

$$C_o = (29+0)/30 = 96,7\%$$

$$\text{et } C_h = [(29+1)(29+0)+(1+0)(0+0)]/30^2 = 96,7\%$$

$$\text{Donc } k=0$$

Le coefficient kappa de Cohen de l'établissement 8 était égal à 0. Cela était dû au fait que la concordance liée au hasard était élevée et proche de la concordance observée. C'est une limite du calcul du coefficient kappa mais pas le fait d'un biais dans la réalisation de l'étude dans cet établissement. Le coefficient kappa est plus faible du fait de la prévalence élevée des journées médicalement pertinentes(66, 67). Cela n'a pas eu d'influence sur les résultats puisque la valeur du coefficient Kappa en retirant cet établissement (k = 0,73) était identique à sa valeur initiale.

Si l'accord global entre les juges était bon, les résultats de la concordance entre les experts pour chaque critère apparaissait hétérogène. En effet, si certains critères semblaient bien définis (critères 11, 9, 1, 10, 12, 7, 2, 13, 14, 5), d'autres nécessitaient quelques ajustements. C'était le cas pour les critères 3, 4, 6 et 15. Les principales raisons peuvent être les suivantes :

- Un manque de clarté ou de précision du libellé du critère laissant trop de place à l'interprétation de la part du professionnel de santé. Ceci avait normalement été évité avec l'élaboration d'un guide d'utilisation de la grille, critère par critère, et la réalisation d'un test préalable de la grille. Ce guide a pu néanmoins manquer de clarté pour certains critères. C'était le cas notamment pour les critères 4 et 15. Dans ce cas, un travail d'amélioration de la grille et

du guide d'utilisation a été réalisé afin de remédier à ces imperfections lors de la réunion de finalisation,

- Un défaut de lecture du guide d'utilisation par les professionnels de santé impliquant une inadéquation dans le cochage des critères. C'était le cas pour les critères 3 et 6 pour lesquels le guide d'utilisation était très restrictif. Dans ce cas, une information aux futurs utilisateurs de la grille sur la nécessité de lire ce guide d'utilisation afin d'exploiter au mieux la grille de pertinence sera nécessaire,
- La méthodologie pouvait également expliquer ces différences de concordance entre critères. En effet, les experts avaient la possibilité de cocher plusieurs critères pour rendre une journée pertinente. Tous les experts n'ont pas rempli cet objectif de la même manière en raison principalement d'un temps excessif à consacrer à sa réalisation. Cela a pu introduire un biais dans les résultats.

En conclusion, la première version de cette grille de pertinence possède une bonne reproductibilité d'autant qu'il s'agissait de sa première version. Les résultats étaient pratiquement au niveau des études internationales alors que celles-ci étudiaient des versions finales de la grille AEP. La reproductibilité était identique quels que soient la profession de l'expert ou le type de prise en charge assurant une bonne utilisation de la grille. Les modifications nécessaires ont été apportées aux outils afin d'améliorer certaines imperfections de la grille.

En prenant en compte l'avis d'expert, le résultat du coefficient kappa de Cohen était pratiquement similaire (0,71 contre 0,74 avec un intervalle de confiance à 95 % compris entre 0,63 et 0,78). Cette différence était cependant plus marquée pour les établissements de MPR. En effet, le coefficient kappa de Cohen était égal à 0,69 pour les établissements de SS tandis qu'il n'était que de 0,55 pour les établissements de MPR. Ces différences étaient peut être dues au fait que les professionnels de SS avaient plus fréquemment utilisé l'avis d'expert que les professionnels de MPR. L'avis d'expert a été utilisé 12 fois pour l'expert A et 11 fois pour l'expert B en MPR. Il a été utilisé 49 fois pour l'expert A et 57 fois pour l'expert B en SS. Ce résultat était en désaccord avec l'étude de validation de l'AEP de Gertman et Restuccia(5) qui retrouvait un meilleur accord entre les experts avec l'avis d'expert. Cela était sans doute dû au fait que l'avis d'expert a été plus fréquemment utilisé par

les professionnels dans notre étude que dans celle de Gertman et Restuccia (15% contre 5% des journées pertinentes). Ceci montrait qu'il existait une situation non prise en compte dans notre étude comme nous le discuterons dans l'analyse des avis d'experts.

D'autre part, la concordance entre les experts était beaucoup plus élevée si l'expert B était une infirmière (kappa=0,83) que s'il s'agissait d'un cadre de santé (kappa=0,68) ou d'un ergothérapeute (kappa=0,46). Il faut cependant ne pas tenir compte de cette dernière catégorie professionnelle car le nombre de journées analysé est trop faible pour conclure (N=30). Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que les représentations que se font les médecins et les infirmières de la pertinence sont proches. Cela indique également, comme précédemment, que ces deux catégories professionnelles connaissent mieux les patients que les autres. Les résultats du remplissage de la grille et de l'avis d'expert seront d'autant meilleurs que les experts seront des médecins et des infirmières. D'ailleurs, la plupart des experts des études internationales de validation de l'AEP étaient des médecins et des infirmières. Nos résultats se rapprochaient donc des meilleurs résultats internationaux si l'on ne prenait en compte que les infirmières comme experts B.

En conclusion, la reproductibilité de la grille de pertinence associée à l'avis d'expert était également bonne. Selon notre étude, elle sera d'autant meilleure si le deuxième expert est une infirmière mais également si les évaluateurs sont entraînés au remplissage de la grille(64, 68).

3.2. Validité externe de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation

La concordance entre les résultats du remplissage de la grille et les jugements d'experts était **modérée** selon la classification de Landis et Koch(59). En effet, le coefficient kappa de Light entre les experts A, B et le jugement des évaluateurs 1, 2 et 3 était de 0,36 [0,31-0,42] en ne tenant compte que du remplissage de la grille et augmentait à 0,42 [0,35-0,50] si l'on prenait en compte l'avis d'expert.

Ces résultats étaient inférieurs à ceux retrouvés par Robain dans son étude de validation de la grille AEP qui avait obtenu un cœfficient kappa à 0,61 (0,53-0,68). La méthodologie était pratiquement identique mais la taille de l'échantillon (501 journées analysées) était supérieure à la nôtre et les jugements d'experts étaient obtenus à partir de deux médecins du service, un troisième statuant s'il y avait désaccord entre les deux premiers. Ces médecins connaissaient les patients comme dans notre étude(28). Ces différences de méthodologies sont sans doute à l'origine de l'écart constaté. Nous n'avons pu bénéficier de trois évaluateurs que pour 30 journées analysées si bien qu'il était impossible de mettre en évidence une bonne ou excellente validité selon Landis et Koch(59) avec un si faible échantillon. Les journées pour lesquelles nous avions au moins un évaluateur externe (208 journées), le coefficient était à 0,45 [0,37 – 0,53] et 0,48 [0,38 – 0,56] si l'on prenait en compte l'avis d'experts. Ces résultats se rapprochaient de ceux de Robain et l'on peut penser qu'une taille d'échantillon plus importante aurait permis d'obtenir un résultat supérieur.

Strumwasser, dans son étude des propriétés métrologiques de l'AEP en 1990 a utilisé le même critère concurrent que Robain mais les experts médecins ne connaissaient pas les patients et statuaient à partir du dossier du patient. Dans ce cas, l'accord était moins bon et était proche de celui retrouvé dans notre étude (coefficient kappa de 0,30 à 0,50 selon les choix des experts)(19).

Peiro, dans son étude de validation de l'AEP en langue espagnole en 1996, avait retrouvé un coefficient Kappa supérieur à 0,64. La méthodologie était de plus grande ampleur puisque 614 journées avaient été analysées et les jugements d'experts étaient réalisés par sept professionnels de santé(69).

Nos résultats étaient également inférieurs au coefficient Kappa retrouvé dans la version initiale de l'AEP développée par Gertman et Restuccia (Kappa = 0,7)(63). Kaya, dans son étude de validation de l'AEP en Turquie en 2000, retrouvait un coefficient Kappa de 0,69 lors de l'analyse de 818 journées. Les jugements d'experts étaient également obtenus à partir de médecins qui connaissaient les patients(63). Enfin, Sangha, dans son étude de validation de l'AEP en Allemagne en 2002, a retrouvé un coefficient Kappa à 0,58 pour l'analyse de la validité de l'outil sur 262 journées de chirurgie et un coefficient Kappa à 0,42 sur 240 journées de médecine(70).

D'autre part, Donald a étudié la pertinence des journées d'hospitalisation au sein d'hôpitaux communaux en Angleterre en 2001. La population hospitalisée dans ces établissements peut être comparée à la population française hospitalisée en SS. Il a ainsi développé un outil à partir de l'AEP, le CHAEP, afin d'évaluer la pertinence des admissions et des journées d'hospitalisations dans ce type de structures. Un médecin évaluait l'admission et les journées d'hospitalisation de 440 patients à l'aide de l'outil développé. Les résultats obtenus par le CHAEP étaient confrontés, de manière rétrospective, à l'avis d'une infirmière. Il retrouvait une validité médiocre de l'outil puisque le coefficient kappa obtenu était à 0,29 [0,1-0,71] pour un échantillon d'étude de 46 journées d'hospitalisation tirées au sort(71). La faible taille de l'échantillon était sans doute la cause de ce résultat médiocre.

Les raisons d'un plus faible résultat dans notre étude peuvent donc être les suivantes :

- Une taille d'échantillon insuffisante (208 journées) ne permettant pas d'obtenir un coefficient kappa supérieur,
- Une méthodologie non optimale. En effet, dans la majorité des cas nous n'avions qu'un, voire deux jugements d'experts et les accords entre eux ont parfois été difficiles à obtenir. D'autre part, il s'agissait souvent d'évaluateurs de professions différentes, n'ayant sans doute pas la même représentation de la pertinence des soins. Enfin, cette notion de pertinence a été parfois difficile à faire comprendre aux experts malgré une note d'information communiquée aux équipes,
- L'absence de grille de référence ne permettant pas réellement d'évaluer la validité externe de la grille de pertinence. Le choix du critère concurrent a donc été délicat. Nous ne pouvions d'ailleurs pas utiliser l'AEPf car cet outil est spécifique des prises en charge de court séjour.

Au total, la validité externe de la grille de pertinence était **modérée**. La première raison était que la méthodologie employée n'était pas optimale et la principale cause était un manque de moyens humains disponibles dans les services. Cependant, les améliorations apportées à la grille devraient permettre d'améliorer les résultats.

Les résultats obtenus montrent cependant que pour évaluer la pertinence des journées d'hospitalisation en SSR, il est nécessaire de recourir à une grille de critères objectifs validée car cette notion de pertinence est difficile à assimiler. En effet, la concordance entre les jugements des évaluateurs entre eux était assez faible avec un coefficient kappa de Cohen à 0,28 [0-0,5]. Deux professionnels qui évaluaient la pertinence des journées avec leurs propres critères n'étaient donc pas souvent d'accord entre eux. Des confusions ont pu notamment être faites par les évaluateurs entre « pertinence » et « justification » d'une journée d'hospitalisation.

L'étude des paramètres diagnostiques retrouvait une bonne sensibilité de l'outil (69,1% si l'on ne prenait pas en compte l'avis d'expert et 80,3% sinon). La sensibilité représente ici la proportion de grilles rendant la journée non pertinente chez les patients dont la journée était réellement non pertinente au regard de l'expert A. Ce résultat plaidait, comme précédemment, en faveur du fait qu'au moins une situation avait été oubliée lors de la construction de la grille. D'autre part, la sensibilité était légèrement supérieure dans les établissements de MPR par rapport aux établissements de SS.

La spécificité était moins bonne et variait de 55,4% si l'on prenait en compte l'avis d'expert à 67,9% sinon. La spécificité représente ici la proportion de grilles rendant la journée pertinente chez les patients dont la journée était pertinente au regard de l'expert B. Il est à noter qu'elle était moins bonne dans les établissements de MPR (11,1% et 55,6%) par rapport aux établissements de SS (63,8% à 70,2%). Ce résultat pouvait être dû aux différences d'effectifs dans les deux types de prises en charge (313 en SS contre 93 en MPR). Ceci plaidait en faveur du fait que la grille était bien adaptée aux établissements de SS mais qu'elle devait être modifiée pour être plus spécifique des établissements de MPR.

Enfin, la sensibilité était supérieure à la spécificité (80,3% versus 67,9%) si l'on prenait en compte les conclusions de la grille et les avis d'experts. Cela suggère que l'outil est mieux adapté pour une utilisation dans une optique d'amélioration continue de la qualité plutôt qu'en tant qu'outil de contrôle externe. En effet, dans ce dernier cas, c'est surtout la spécificité de l'outil qui importe afin de pouvoir mettre en place des sanctions, car plus un test est spécifique, moins il y a de faux positifs. Dans une optique d'amélioration continue de la qualité, la sensibilité doit être élevée afin de minimiser le nombre de faux négatifs.

Ces résultats étaient légèrement inférieurs à ceux retrouvés par Kaya (sensibilité de 93% et spécificité de 73%) et par Kemper, dans son étude de validation de la version pédiatrique de l'AEP (sensibilité de 97% et spécificité de 78%)(63, 65).
Ceci étant, nos résultats étaient en accord avec le fait que la sensibilité de notre grille était supérieure à sa spécificité comme dans toutes les études de validation de l'AEP(64, 69).

4. Etude de la pertinence des journées d'hospitalisation en SSR

L'étude a permis d'évaluer la proportion de journées inappropriées, un jour donné, dans les services ou établissements étudiés.
Sur 406 journées d'hospitalisation étudiées, plus d'un quart ont été jugées non pertinentes au regard de la grille de pertinence (26,4% pour les experts A et 27,8% pour les experts B). Les résultats étaient très différents selon le type de prise en charge avec un taux de non pertinence moyen de 3,8% en MPR et de 34% en SS.

Donald a étudié la pertinence de 5951 journées d'hospitalisation dans un hôpital communal en Angleterre en 2001 et retrouvait un taux de non pertinence de 32% au regard de l'outil CHAEP(71). Ce résultat est très proche du taux que nous avons observé en SS or la population y étant hospitalisée est sensiblement identique (personnes âgées, prise en charge de proximité, …). Ceci renforce donc la validité externe de notre grille.
L'étude SSR réalisée par l'Assurance Maladie en Pays de la Loire en 2003 retrouvait un taux de pertinence en SS de 19,7% en SS et 16,1% en MPR(10). Ces résultats sont assez éloignés des nôtres. Les différentes raisons peuvent être les suivantes :

- L'absence de critères objectifs pour évaluer la pertinence des journées dans l'étude SSR (évaluation sur critères implicites de la part d'experts médicaux de l'assurance maladie ne connaissant pas les malades). Or, dans notre étude comme dans les études de validation de l'AEP, les résultats ont montré que les outils surestimaient légèrement le taux de non pertinence par rapport aux avis subjectifs d'experts (24% de journées non pertinentes jugées subjectivement contre 27% au regard de la grille et de l'avis d'expert)(28),

- Le terme employé dans cette étude était celui d'« inadéquation » et semblait être délétère pour les médecins conseils et pouvait être responsable d'une sous-estimation du taux de non pertinence,
- Nos résultats retrouvés en MPR étaient très inférieurs à ceux de l'étude SSR. Cela montrait que notre grille de pertinence était moins bien adaptée à la prise en charge en MPR. Le fait que les experts de MPR aient coché quasiment exclusivement le critère 9 vient renforcer cette hypothèse. C'est pourquoi, nous avons modifié ce critère lors de la réunion de finalisation. Ces résultats sont à l'image de ce que l'on retrouve en MCO : des études ont montré que le taux de journées non pertinentes en médecine était significativement plus élevé qu'en chirurgie(9, 31, 38, 72). Ceci semble indiquer que les taux de non pertinence les plus élevés existent dans les unités médicales qui prennent en charge des patients plus âgés souffrant souvent de polypathologies. A l'inverse, la prise en charge est « technique » dans les services de chirurgie et en MPR conduisant à un taux de pertinence plus faible(31).
- Dans notre étude, les experts devaient retrouver impérativement les informations nécessaires pour remplir la grille dans le dossier du patient. Cela a sans doute entraîné une surestimation des journées non pertinentes en raison d'une moins bonne tenue des dossiers médicaux dans certains centres. Les résultats sont donc dépendants de la bonne tenue du dossier patient. Cela a d'ailleurs montré un problème récurrent de traçabilité des informations dans le dossier patient pouvant être un premier axe d'amélioration de la qualité des soins.

Les taux de non pertinence retrouvés dans notre étude, et notamment en SS, étaient proches de ceux retrouvés par l'AEP, en France comme à l'étranger, dans les services de courts séjours médicaux (9, 29, 37-40, 73). En Italie, les études d'Angelillo et d'Attena ont montré un taux de journées inappropriées proche de 35% comme l'étude récente réalisée au CHU de Nantes sur la pertinence de 219 journées d'hospitalisation dans des unités de médecine et de chirurgie qui retrouvait un taux de non pertinence de 32,4%(34). Une étude danoise menée en 2006 par Rasmussen l'évaluait à 32,1% à l'aide de l'outil AEP(73). Des taux légèrement inférieurs à 28% ont été retrouvés dans des études menées en Suisse ou en France. Ceci suggère que les services de court séjour et de SS connaissent les mêmes difficultés.

Les facteurs prédictifs de pertinence de la journée étudiée, retrouvés par analyse multivariée étaient :

- L'absence d'aides à domicile avant l'hospitalisation,
- La présence d'une pathologie fatale dans l'année ou les 5 ans,
- Un score de dépendance élevé.

Dans l'étude de Donald(71), une durée de séjour élevée était un facteur prédictif de non pertinence tout comme un âge élevé et le fait que les patients étaient hémiplégiques dans l'étude SSR. Il y a donc quelques similitudes avec l'étude SSR si l'on considère que les patients hémiplégiques seront plus susceptibles d'être dépendants. De plus, l'âge élevé était également un facteur prédictif de non pertinence dans notre étude mais cela était retrouvé en analyse bivariée uniquement. Tous ces résultats portent à croire que la grille de pertinence en SSR possède une bonne validité externe.
Les résultats retrouvés en MCO sont quelque peu différents de notre étude car les facteurs prédictifs de non pertinence étaient principalement l'âge élevé, une durée de séjour élevée ainsi que l'admission non programmée des patients(30, 40). L'admission programmée est très rarement pratiquée dans les services de SSR. Le fait que nous n'ayons pas retrouvé la durée de séjour comme facteur prédictif de non pertinence est peut être lié à un manque de puissance de notre étude en raison d'une taille d'échantillon trop faible, en comparaison avec l'étude de Donald par exemple (5951 journées étudiées).

Comme nous l'avons dit précédemment, l'analyse de la fréquence des critères cochés montrait qu'elle était relativement homogène en SS mais déséquilibrée en faveur du critère 9 (« Bilan et/ou prise en charge coordonnée ce jour par au moins deux professionnels de la réadaptation ») en MPR. Ceci montre que la prise en charge est plus spécialisée en MPR et le profil des patients est plus spécifique.

L'analyse des résultats montrait également une différence des taux de pertinence selon les établissements. Cependant, l'étude ayant été réalisée selon une coupe transversale, le jour de l'étude n'ayant pas été tiré au sort et surtout la coupe n'ayant

pas été réalisée le même jour dans tous les établissements, aucune conclusion comparative ne peut être tirée.

L'avis d'expert a été utilisé pour rendre pertinentes 15% des journées pour l'expert A et 16,7% pour l'expert B. Cette utilisation dépassait le seuil généralement admis de 5% des journées étudiées pour l'AEP(31). La plupart des justifications émises par les experts concernaient des prises en charges rééducatives. Si l'on extrayait ces causes de pertinence, le taux d'utilisation de l'avis d'expert retombait à 5,6%. Ceci s'explique par le fait que le critère 9 paraissait parfois inadapté ou incomplet (absence de prise en considération de la notion de patients sans appui associée à un âge élevé des patients). Comme nous l'avons précédemment indiqué, ce critère a été retravaillé dans ce sens lors de la réunion de finalisation.

L'analyse des causes de non pertinence était d'interprétation difficile car les données manquantes étaient importantes (19,5% à 23,1% des observations). La principale raison était un défaut de compréhension des experts en lien certainement avec une information insuffisante. L'objectif de ce travail était de poser des questions ouvertes aux experts afin de pouvoir mettre en forme une grille d'analyse des causes de non pertinence qui représente la suite du projet.
Quelques conclusions pouvaient cependant être tirées. Peu de journées étaient justifiées par les experts (14% à 20% environ selon les experts). L'ensemble des causes de non pertinence identifiées pouvaient être regroupées selon la typologie suivante : les causes organisationnelles internes au service représentaient 12% à 15% des causes (attente de la sortie, attente de la visite médicale, attente d'une prise en charge sociale, attente d'un examen complémentaire), les causes liées au patient ou à sa famille de 8% à 14% environ (mésentente conjugale, …) et les causes externes à l'établissement de 64% à 73% (attente de placement en structure d'aval, organisation du retour à domicile en cours, attente d'un avis spécialisé, …). Plus précisément, la première cause de non pertinence était l'attente de placement dans une structure d'aval (environ 50% des cas) et la deuxième, l'organisation de la sortie en cours (environ 40%).
Ces résultats sont retrouvés dans les analyses de causes de non pertinence réalisées en MCO. Panis a montré, dans son étude réalisée aux Pays Bas, que ces causes représentaient 40% des causes de non pertinence des journées

d'hospitalisation(36). Bare(39) a montré que la principale cause était une attitude conservatrice des médecins (retard de la sortie du patient) alors que dans l'étude de D'Alche-Gautier, au CHU de Caen, l'attente de placement dans un service de SSR représentait 68% des causes de non pertinence, la sortie mal planifiée 10,4% et un problème d'indécision liée au patient ou à la famille 10% des cas(31). Pour Halfon, dans une étude réalisée en Suisse, les causes de non pertinence étaient représentées majoritairement par le retard à la programmation des examens et l'attente d'une filière d'aval(42). Enfin, Preux, dans l'étude réalisée au CHU de Limoges montrait que la principale cause de non pertinence était l'absence de décision médicale(30).

En résumé, les causes de non pertinence accessibles à une démarche d'amélioration interne représentent un faible pourcentage. En effet, la principale cause de non pertinence dans les services de MCO semble être l'attente de placement dans une structure d'aval, les SSR en France. Or, la question du manque de lits en SSR ne se pose pas à l'échelon des établissements mais est bien une préoccupation politique de planification de l'offre de soins. Dès lors, le principal axe d'amélioration interne de la qualité des soins parait être une meilleure organisation de la sortie. Cependant, à ce jour, peu d'études ont été publiées sur les actions internes pouvant être mises en place pour améliorer la qualité des soins. Moya-Ruiz a observé, dans son étude réalisée en Espagne en 2002, une baisse du taux de non pertinence de 35,9% à 27,7% après la mise en place d'une action de réduction de la politique médicale conservatrice dans son service(74). Kossovsky, dans une étude réalisée en Suisse, a observé une baisse du taux de non pertinence de 28% à 25% après la mise en place d'une action de simplification du circuit de la préparation de la sortie vers les services de rééducation(75). Les études internationales montrent également que le retour d'informations des résultats aux professionnels de santé est nécessaire pour espérer une amélioration de la prise en charge des patients, donc une diminution du taux de non pertinence des journées d'hospitalisation(23, 76-78)

Dans notre étude, les possibilités d'amélioration du taux de pertinence représentaient 12% à 15% des journées non pertinentes avec toutes les réserves que nous avons émises ci-dessus. Ces résultats étaient supérieurs à ceux retrouvés par Paillé dans une étude réalisée au CHU de Nantes en 2006 portant sur 219 journées en MCO(34).

Cette étude montrait que moins de 10% des causes de non pertinence étaient accessibles à une démarche d'amélioration interne de la prise en charge.
Dans notre étude, les axes d'amélioration possibles pouvaient être une meilleure organisation de la sortie (organisation plus rapide des aides à domicile, prise en charge sociale plus précoce notamment) mais l'éducation du patient semblait jouer également un rôle important. Les problèmes d'organisation de la sortie sont d'ailleurs retrouvés dans plusieurs études internationales(40, 79, 80). La problématique du manque de structure d'aval est également un souci majeur pour ces structures. Enfin, cette étude a fait prendre conscience aux différentes équipes qu'une bonne traçabilité des informations notamment dans le dossier patient était un atout majeur et que cela pouvait être un axe important dans l'amélioration de la qualité des soins.
Tout ceci semble plaider en faveur du fait que la revue de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR pourrait être un outil constructif dans une démarche d'amélioration interne de la qualité des soins au niveau des établissements de santé. Si les résultats sont encourageants, ils restent à confirmer.

Quelques limites de ce travail sont à souligner. Tout d'abord, les établissements participants étaient tous volontaires. D'autre part, nous avons pris comme base d'échantillonnage les journées d'hospitalisation et non les admissions, augmentant ainsi la probabilité d'avoir une durée moyenne de séjour élevée. Il est peu probable que ces deux biais aient eu une influence sur la reproductibilité et la validité de la grille mais le deuxième a probablement eu pour effet d'augmenter le nombre de journées non pertinentes, celles-ci étant plus fréquentes en fin de séjour(28, 81).
Enfin, la journée de l'étude n'a pas été tirée au sort, ce qui a pu introduire un biais de sélection tant pour l'étude de la reproductibilité et de la validité que de l'analyse de la pertinence des journées en elles-mêmes(82).

5. Perspectives et étapes à venir

L'interprétation de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR mérite d'être discutée. En effet, les critères de pertinence de la grille concernent la pertinence d'une journée d'hospitalisation isolée, sans pour autant préjuger de la

pertinence de la totalité du séjour hospitalier. C'est l'une des limites de la réalisation d'une coupe transversale : une journée pertinente le jour de l'étude ne rend pas forcément compte d'un séjour entier pertinent, et l'inverse est également vrai. D'autre part, les conclusions obtenues par la grille et les jugements des évaluateurs externes répondaient à une définition médico-technique de l'hôpital, qu'il s'agisse de critères cliniques ou paracliniques, explicites pour la grille et implicites pour les évaluateurs externes. Cette définition renvoie donc exclusivement au rôle de plateau technique de l'hôpital. Il est alors certain qu'un nombre de journées ne répondant à aucun critère de la grille sont en réalité justifiées. Il peut s'agir de critères non pris en compte par cette définition restrictive (sociaux, environnementaux, psychologiques, …) ou absents lors de la construction de la grille. La mesure de la pertinence d'une journée par cette grille ne peut donc pas être interprétée et utilisée de façon isolée, ni par conséquent servir de critère pour un contrôle administratif externe. C'est pourquoi, la construction de cet outil a été réalisée dans un but d'autoévaluation par les professionnels de santé et non dans un but de contrôle externe. D'ailleurs, les propriétés métrologiques (forte sensibilité et spécificité plus faible) vont dans ce sens. L'important était bien de rechercher les causes de non pertinence afin de mettre en place des mesures d'amélioration de la prise en charge des patients hospitalisés dans ces structures. Cela passe bien entendu par l'identification la plus fiable possible de ces journées et c'était l'objet de notre étude. La prochaine étape de ce travail visera donc à formaliser, à partir des résultats obtenus lors de cette première partie, la deuxième partie de la grille consacrée à la recherche des causes de non pertinence.

En conséquences, plusieurs utilisations de cette grille sont envisageables :

- Réaliser une coupe transversale, un jour donné, de l'ensemble d'un service ou d'un établissement pour évaluer la pertinence des journées d'hospitalisation de l'ensemble de la structure avec toutes les limites méthodologiques connues. Cette méthodologie permet de mettre en évidence les causes de non pertinence et de mettre en place une démarche d'amélioration continue de la qualité des soins : cela peut être par exemple une éventuelle réorganisation structurelle ou une modification de politique du service (organisation de la sortie, programmation d'examens complémentaires, …). Il

sera alors possible de suivre l'évolution de la mesure afin de l'utiliser comme un indicateur de la qualité de la prise en charge des patients,

- Evaluer la pertinence de chaque journée du séjour d'un ou plusieurs patients afin de mettre en évidence d'éventuels dysfonctionnements dans la filière de soins. Des mesures correctives pourront alors être apportées.

Tout dépendra finalement des causes de non pertinence retrouvées :

- Soit il s'agit de causes internes au service et des mesures d'améliorations pourront être prises et leurs effets suivis dans le temps grâce à cette grille,
- Soit les causes sont externes au service (manque de places en aval principalement) et la grille pourra être un très bon outil d'aide à la décision dans une politique de planification hospitalière.

CONCLUSION

Cette étude a permis, grâce à la forte implication des experts et du réseau Qualité en Santé 44, de construire une grille de pertinence des journées d'hospitalisation applicable aux services de SS et de MPR et utilisable par tous types de professionnels de santé. L'étude de validation a montré une bonne reproductibilité de la grille mais une validité externe modérée. Au total, cette grille présente de bonnes qualités métrologiques. Des améliorations, tant au niveau de la grille que du guide d'utilisation ont déjà permis de définir une deuxième version de ces deux outils. Ces modifications devraient permettre d'améliorer la validité externe de la grille. Une étude du même type devra être réalisée afin de le confirmer. Enfin, cette étude démontre la nécessité de disposer de critère objectifs et validés afin d'évaluer au mieux la pertinence des journées en SSR.

La grille est simple d'utilisation, notamment grâce au guide d'utilisation qui l'accompagne et à un temps de passation court autour de cinq minutes. Mais les résultats montrent également qu'une maîtrise et qu'un entraînement sont préférables afin d'exploiter au mieux cet outil.

Les utilisations de cette grille sont principalement l'évaluation interne par les professionnels de santé du fonctionnement de leur structure et le repérage de dysfonctionnements susceptibles d'engendrer des actions correctrices. Le but « ultime » étant l'amélioration de la qualité de soins délivrés aux patients, cela passe par l'élaboration de la seconde partie de l'outil décrivant les raisons et le niveau de soins requis par le patient pour les journées jugées non pertinentes. Cet objectif sera réalisé dans la deuxième partie du projet. Néanmoins, cette étude présente d'ores et déjà une base de travail pour la suite du projet.

BIBLIOGRAPHIE

1. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Les comptes nationaux de la santé. Etudes et résultats 2007;593.
2. Brook RH. Appropriateness: the next frontier. Appropriatess ratings could revolutionise healh care. Br Med J 1994;308:218-9.
3. Report of a working group prepared fot the Director of Research and Development of the NHS Management Executive. What do we mean by appropriate health care ? Qual Health Care;2:117-23.
4. Chassin. MP, Park. RE, Fink. A, al e. Indications for selected medical and surgical procedures - a literature review and ratings of appropriateness: coronary artery byass graft surgery. Santa Monica: RAND Corporation 1986.
5. Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. Med Care 1981;19(8):855-71.
6. Lang T. Appropriateness of medical procedures: measurements and relations with needs and access to health care. Rev Epidemiol Sante Publique 1998;46(5):411-419.
7. Brennan T, Leape L, Laird N, al. e. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients: results of Harvard Medical Practice Study I. N Engl J Med 1991;324:370-6.
8. Leape L, Brennan T, Laird N, al. e. The nature of adverse events in hospitalized patients: results of Harvard Medical Practice Study II. N Engl J Med 1991;324:377-84.
9. Revue de pertinence des soins: application aux admissions et aux journées d'hospitalisation: Haute Autorité de Santé; 2004.
10. Etude sur les Soins de Suite ou de Réadaptation: CRAM Pays de Loire; 2004.
11. Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales des Pays de la Loire. Statistiques et indicateurs de la Santé et du social : STATISS 2006 Pays de la Loire; 2006.
12. Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006-2010: ARH des Pays de la Loire.

13. Manuel de certification des établissements de santé - Version 2: Haute Autorité Santé; 2004.
14. Lang T. L'utilisation de l'hôpital. In: Giraud, editor. La nouvelle évaluation médicale. Paris; 2000. p. 145-78.
15. Payne SM. Identifying and managing inappropriate hospital utilization: a policy synthesis. Health Serv Res 1987;22(5):709-69.
16. McDonagh M, Smith D, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results. Health Policy 2000;53(3):157-84.
17. Kalant N, Berlinguet M, Diodati JG, Dragatakis L, Marcotte F. How valid are utilization review tools in assessing appropriate use of acute care beds ? CMAJ 2000;162:1809-13.
18. Lorenzo S, Lang T, Pastor R, Tampieri A, Santos-Eggimann B, Smith H, et al. Reliability study of the European appropriateness evaluation protocol. Int J Qual Health Care 1999;11(5):419-24.
19. Strumwasser I, Paranjpe NV, Ronis DL, Share D, Sell LJ. Reliability and validity of utilization review criteria. Appropriateness Evaluation Protocol, Standardized Medreview Instrument, and Intensity-Severity-Discharge criteria. Med Care 1990;28(2):95-111.
20. Bentes M, Gonsalves ML, Santos K, Pina E. Design and development of a utilization review program in Portugal. Int J Qual Health Care 1995;7:201-12.
21. Fellin G, Apolone G, Tampieri A, Bevilacqua L, Meregalli L, Minella C, et al. Appropriateness of hospital use: an overview of Italian studies. Int J Qual Health Care 1995;7:219-25.
22. Santos Eggimann B, Silder M, Schopfer D, Blanc T. Comparing results of concurrent and retrospective designs in a hospital utilization review. Int J Qual Health Care 1997;9:115-20.
23. Santos Eggimann B, Paccaud F, Blanc T. Medical appropriateness of hospital utilization: an overview of the Swiss experience. Int J Qual Health Care 1995;7:227-32.
24. Lang T, Liberati A, Tampieri A, Fellin G, Gonsalves Mda L, Lorenzo S, et al. 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 1999;15(1):185-97.

25. 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 1999;11(1):13-19.

26. Liberati A, Apolone G, Lang T, Lorenzo S. An European Project Assessing the Appropriateness of Hospital Utilization: Background, Objectives and Preliminary Results. Int J Qual Health Care 1995;7:187-99.

27. Davido A, Nicoulet I, Levy A, Lang T. Appropriateness of admissions in an emergency department: reliability of assessment and causes of failure. Quality Assur Health Care 1991;3:227-234.

28. Robain M, Lang T, Fontaine A, Logerot H, Monnet E, Six P, et al. Reliability and validity of the French version of the first part of the Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf): pertinent criteria of hospitalization stay. Rev Epidemiol Sante Publique 1999;47(2):139-49.

29. Lombard I, al. Cause of non-pertinent hospital stays: interobserver concordance using the French version of the Appropriateness Evaluation Protocol. Rev Epidemiol Sante Publique 2001;49(4):367-75.

30. Preux P, Anani T, Anglade C, Dreut-Cabanac M, Debrock C, Couratier P, et al. Inadéquations des hospitalisations dans le service de neurologie du CHU de Limoges. J Econ Méd 2000;18(6):363-74.

31. d'Alche-Gautier MJ, Maiza D, Chastang F. Assessing the appropriateness of hospitalisation days in a French university hospital. Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv 2004;17(2-3):87-91.

32. Menu-Branthomme A, Benamouzig R, Bejou B, Coste T, Rautureau J, Huet B. Inappropriateness of hospital days and causes of failure in a Gastroenterology and Internal Medicine ward. Gastroenterol Clin Biol 2002;26(1):29-37.

33. Somme D, Cauterman M, Durand-Gasselin B, Saint Jean O, Huet B. Une première approche de la pertinence technique de l'hospitalisation en gériatrie aiguë - VII Congrès international francophone de Gériatrie, Bruxelles, 20 septembre 2002. Rev Med Brux 2002;23(S1):A129.

34. Paillé-Ricolleau C, Moret L, Hamidou M, Lombrail P. Revue de pertinence des journées d'hospitalisation: une étude comparative au CHU de Nantes.

35. Panis LJGG, Gooskens M, Verheggen FWSM, Pop P, Prins MH. Predictors of inappropriate hospital stay: a clinical case study. Int J Qual Health Care 2003;15:57-65.

36. Panis LJ, Verheggen FW, Pop P. To stay or not to stay. The assessment of appropriate hospital stay: a Dutch report. Int J Qual Health Care 2002;14(1):55-67.
37. Attena F, Agozzino E, Troisi MR, Granito C, Del Prete U. Appropriateness of admission and hospitalization days in a specialist hospital. Ann Ig 2001;13(2):121-7.
38. Angelillo IF, Ricciardi G, Nante N, Boccia A, Bianco A, La Torre G, et al. Appropriateness of hospital utilisation in Italy. Public Health 2000;114(1):9-14.
39. Bare ML, Prat A, Lledo L, Asenjo MA, Salleras L. Appropriateness of admissions and hospitalization days in an acute-care teaching hospital. Rev Epidemiol Sante Publique 1995;43(4):328-36.
40. Chopard P, Perneger TV, Gaspoz JM, Lovis C, Gousset D, Rouillard C, et al. Predictors of inappropriate hospital days in a department of internal medicine. Int J Epidemiol 1998;27(3):513-9.
41. Siu AL, Sonnenberg FA, Manning WG, Goldberg GA, Bloomfield ES, Newhouse JP, et al. Inappropriate use of hospitals in a randomized trial of health insurance plans. N Engl J Med 1986;315(20):1259-66.
42. Halfon P, Eggli Y. Screening inappropriate hospital days on the basis of routinely available data. Int J Qual Health Care 2001;13:289-99.
43. Selker HP, Beshansky JR, Pauker SG, Kassirer JP. The epidemiology of delays in a teaching hospital. The development and use of a tool that detects unnecessary hospital days. Med Care 1989;27:112-29.
44. Jones J, Hunter D. Qualitative Research: Consensus methods for medical and health services research. BMJ 1995;311:376-80.
45. Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook R. Consensus methods: characteristics and guidelines to use. Am J Public Health 1984;74(9):979-83.
46. Graham B, Regehr G, Wright J. Delphi as a method to establish consensus for diagnostic criteria. J Clin Epidemiol 2003;56:1150-6.
47. Hearnshaw H, Karker R, Cheater F, Baker R, Grimshaw G. Expert consensus on the desirable characteristics of review criteria for improvement of health care quality. Qual Health Care 2001;10:173-8.
48. Campbell S, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Improving the quality of health care: Research methods used in developping and applying quality indicators in primary care. BMJ 2003;326:816-9.
49. Fitch K, Bernstein S, Aguilar M, Burnand B, LaCalle J, Lazaro P, et al. The Rand/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica; 2001.

50. Campbell S, Roland M, Shekelle P, Cantrill J, Buetow S, Cragg D. Development of review criteria for assessing the quality of management of stable angina, adult asthma, and non-insulin dependent diabetes mellitus in general practice. Qual Health Care 1999;8:6-15.
51. Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé: Haute Autorité de Santé; 2006.
52. Fraser GM, Pilpel D, Hollis S, Kosecof fJ, Brook RH. Indications for cholecystectomy: the results of a consensus panel approach. Qual Ass Health Care 1993;5:75-80.
53. Brook RH, Chassin M, R., Fink A, Solomon DH, Kosecoff J, RE. P. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. Int J Technol Assess Health Care 1986;2:53-63.
54. Derouesne C, Poitreneau J, Hugonot L, Kalafat M, Dubois B, Laurent B. Le Mini-Mental State Examination (MMSE) : un outil pratique pour l'évaluation cognitive des patients par le clinicien. Presse Med 1999;28(21):1141-8.
55. Crum R, Anthony J, Bassett S, Folstein M. Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. JAMA 1993;269(18):2386-91.
56. Santos Eggimann B, Silder M, Schopfer D, Blanc T. Comparing of concurrent and retrospective designs in a hospital utilisation review. Int J Qual Health Care 1991;9:115-20.
57. Thompson WD, Walter SD. A reappraisal of the Kappa coefficient. J Clin Epidemiol 1988;41:949-58.
58. Fermanian J. Mesure de l'accord entre 2 juges. Rev Epidemiol Sante Publique 1984;32:140-7.
59. Landis JR, GG K. The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 1977;33:159-174.
60. Fitzpatrick R, Boulton M. Qualitative methods for assessing heath care. Qual Health Care 1994;3:107-113.
61. Fraser GM, Pilpel D, Kosecoff J, Brook RH. Effect of panel composition on appropriateness ratings. Int J Qual Health Care 1994;6:251-4.
62. Leape L, RE P, Kahan JP, Brook RH. Groupe judgments of appropriateness: the effect of panel composition. Qual Ass Health Care 1992;4:151-9.

63. Kaya S, Vural G, Eroglu K, Sain G, Mersin H, Karabeyoglu M, et al. Liability and validity of the Appropriateness Evaluation Protocol in Turkey. Int J Qual Health Care 2000;12(4):325-9.

64. Smeets PM, Verheggen FW, Pop P, Panis LJ, JJ C. Assessing the necessity oh hospital stay by means of the Appropriateness Evaluation Protocol: how strong is the evidence to proceed? Int J Qual Health Care 2000;12(6):483-493.

65. Kemper KJ, Fink HD, McCarthy PL. The reliability and validity of the Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol. Qual Rev Bull 1989;15(77-80).

66. Lantz CA, Nebenzalhl E. Behavior and interpretation of the k statistic: resolution of the two paradoxes. J Clin Epidemiol 1996;49(431-434).

67. Maclure M, Willett W. Misintrpretation and misuse of the kappa statistic. Am J Epidemiol 1987;126(2):161-169.

68. Santos Eggimann B. Hospital Utilization Reviews under field conditions: potential and improvements. Technol Assess Health Care 1993;9:514-21.

69. Peiro S, Meneu R, Rosello M, al e. Validity of the protocol for evaluating the inappropriate use of hospitalization. Med Clin Barc 1996;107:124-9.

70. Shanga O, Schneeweis S, Wildner M, Cook EF, Brennan TA, Witte J, et al. Metric properties of the appropriateness evaluation protocol and predictors if inappropriate hospital use in Germany: an approach using longitudinal patient data. Int J Qual Health Care 2002;14:483-92.

71. Donald IP, Jay T, Linsell J, C F. Defining the appropriate use of community hospital beds. Br J Gen Pract 2001;51(463):95-100.

72. Sangha O, Schneeweiss S, Wildner M, Cook EF, Brennan TA, Witte J, et al. Metric properties of the appropriateness evaluation protocol and predictors of inappropriate hospital use in Germany: an approach using longitudinal patient data. Int J Qual Health Care 2002;14(6):483-92.

73. Rasmussen L, Munter D, Bottcher C, Jacobsen O, Larsen K, Marcussen H, et al. Appropriate use of hospital days in medical wards. Ugeskr Laeger 2006;168(1):25-29.

74. Moya-Ruiz C, Peiro S, Meneu R. Effectiveness of feedback to physicians in reducing inappropriateness use of hospitalization: a study in a Spanish hospital. Int J Qual Health Care 2002;14:305-12.

75. Kossovsky M, Chopard P, Bolla F, Sarasin FP, Louis-Simonet M, Allaz AF, et al. Evaluation of quality improvement interventions to reduce innappropriate hospital use. Int J Qual Health Care 2002;14:227-32.
76. Apolone G, Alfieri V, Braga A, al e. A survey of the necessity of the hospitalization day in an Italian teaching hospital. Qual Ass Health Care 1991;3:1-9.
77. Restuccia J, Payne SMC, Lenhart G, al e. Assessing the appropriateness of hospital utilization to improve efficiency and competitive position. health Care Manage Rev 1987;12:17-27.
78. Restuccia J. The effect of concurrent feedbackin reducing inappropriate hospital utilization. Med Care 1982;20:46-62.
79. Houghton A, Bowling A, Jones I, Vlarke H. Appropriateness of admission and the last 24 hours of hospital care in medical wards in an east London teaching group hospital. Int J Qual Health Care 1996;8:543-53.
80. Merom D, Shohat T, Harari G, al e. Factors associated with appropriate hospitalization days in internal medecine ward in Israel: a cross-national survey. Int J Qual Health Care 1998;10:155-62.
81. Restuccia J, Gertman P, Daynos S. A comparative analysis of appropriateness of hospital use. Health Aff 1984;3(130-8).
82. Ash A. The desihn and analysis of hospitali tilization studies. Int J Qual Health Care 1995;7:245-52.

ANNEXES

Annexe 1

Compte-rendu de la réunion du 16 novembre 2006

Réseau Qualité santé 44	**COMPTE-RENDU DE REUNION**	**Rédacteur** : A. ARTOIS, R. GUILÉ **Date rédaction** : 21/11/2006

Groupe de travail « revue de pertinence en soins de suite et de réadaptation »

Objet : Réunion de lancement

Lieu : Clinique Saint-Augustin, Nantes	**Date de la réunion :** 16 novembre 2006

Participants :

Mme M. MORIOT, Cadre de santé, Hôpital local de Clisson
Mme S. COUTAULT, Responsable qualité, Hôpital local de Clisson
Mme COING, Cadre de santé, Hôpital local Loire et Sillon
Mme S. DELROT, Qualiticienne, Hôpital local Loire et Sillon
M. R. KLEIN, Responsable qualité, ESEAN
Mme C. LE GAL, Cadre de santé, ESEAN
Mme I. MAUDDUYT DE LA GREVE, Médecin chef d'établissement, ESEAN
Mme I. GUITTON, Médecin, Pôle Hospitalier Mutualiste de Saint-Nazaire
Mme G. DALLONGEVILLE, Médecin, Pôle Hospitalier Mutualiste de Saint-Nazaire
Mme C. COUTURIER, Médecin, Centre Hospitalier Bellier
Mme C. ARURAULT, Cadre de santé, Centre Hospitalier Maubreuil
Mme I. DELORY, Cadre de santé, Centre Hospitalier Maubreuil
Mme P. HOUSSIN, Responsable qualité, Centre Hospitalier Maubreuil
Mme M. GAVELLE, Cadre de santé, Centre de rééducation fonctionnelle La Tourmaline
M. D. EVENO, Médecin, Centre de rééducation fonctionnelle La Tourmaline
M. T. BOCHER, Médecin, Centre de soins de suite Le Bois Rignoux
M. G. JÉHENNE, Responsable qualité, Centre de rééducation fonctionnelle Pen-Bron
M. F. MOUTET, Médecin, Centre de rééducation fonctionnelle Pen-Bron
Mme S. FERREOL, Médecin, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes
Mme C. LEROY, Cadre de santé, Etablissement de soins de suite Roz Arvor
Mme C. ALGLAVE, Cadre de santé, Hôpital intercommunal Sèvre et Loire, site du Loroux Bottereau
Mme C. LEPROUST, Médecin, Hôpital intercommunal Sèvre et Loire, site du Loroux Bottereau
Mme S. PERGELINE, Ingénieur qualité, Hôpital intercommunal du Pays de Retz
Mme E. LASSERON, Cadre de santé, Hôpital intercommunal Guérande-Le Croisic
M. R. GUILÉ, Interne de Santé Publique, CHU de Nantes
Mme L. MORET, Médecin responsable de l'unité Qualité, Risques, Evaluation du Pôle d'Information Médicale, d'Evaluation et de Santé Publique au CHU de Nantes – Coordinatrice médicale du réseau Qualité Santé 44
Mme I. MAHÉ-GALISSON, Ingénieur qualité responsable du Bureau du Développement des Systèmes Qualité de la Direction de la Qualité, des Risques et du Développement au CHU de Nantes – Coordinatrice qualité du réseau Qualité Santé 44
Mme A. ARTOIS, Assistante projet du réseau Qualité Santé 44

Diffusion : **Participants +**

Excusés : Mme Françoise BOULET, Cadre de santé, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire
Document joints : diaporama présenté en séance
Dates et lieux des prochaines réunions : 1er et 13 décembre, Salle Louis-Philippe, Hôpital Saint-Jacques, Nantes

Présentation du projet

Le Dr Leïla MORET et Romain GUILÉ proposent de commencer la réunion par un tour de table permettant à chacun de se présenter et d'indiquer l'activité réalisée dans son établissement.
Le but de la séance est de préciser l'objectif du groupe de travail : construire une grille d'évaluation de la pertinence des soins en SSR. Le groupe doit également discuter et choisir la méthodologie de travail.

R. GUILÉ rappelle ensuite la notion de pertinence des soins telle qu'elle est décrite dans la littérature et montre l'intérêt de construire une grille d'évaluation spécifique aux soins de suite et de réadaptation :

- amélioration de la qualité de prise en charge des patients par le repérage des admissions et journées d'hospitalisation non pertinentes et la recherche des causes explicatives,
- réponse aux exigences du manuel d'accréditation-certification V2 de l'HAS (référence 44).

Choix du périmètre du projet

♦ La discussion s'engage sur le périmètre du projet : est-il plus intéressant de construire une grille évaluant la pertinence des admissions ou celle des journées d'hospitalisation ?

Plusieurs participants expriment un intérêt pour la grille d'évaluation de la pertinence des admissions :

- cela permettrait de faire directement le lien avec les conditions de l'hospitalisation en amont ;
- grille permettant peut-être de mieux refléter les soins dispensés pendant l'hospitalisation : exemple des soins infirmiers, dont la charge est plus importante les premiers jours de l'hospitalisation.

D'autres arguments démontrent qu'une grille d'évaluation de la pertinence des journées d'hospitalisation est plus adaptée à l'objectif du groupe de travail :

- il est très difficile d'agir sur les causes de non-pertinence à l'admission, c'est-à-dire sur les filières de prise en charge, alors qu'il est possible de réfléchir en interne aux causes organisationnelles de non-pertinence des journées d'hospitalisation ;
- les critères d'évaluation de la pertinence des journées d'hospitalisation recouperont nécessairement certains critères d'évaluation de la pertinence de l'admission : le champ investigué sera forcément plus large.

Le groupe choisit donc de s'attacher à l'évaluation de la pertinence des journées d'hospitalisation.

♦ D'autre part, est-il possible de construire une grille pour l'ensemble des soins de suite et de réadaptation, ou bien faut-il s'attacher aux seuls soins de suite ?

Tous les participants s'accordent pour dire qu'une grille peut être élaborée pour l'ensemble du champ des soins de suite et de réadaptation.

Rappel du calendrier prévisionnel

Le groupe s'accorde sur la méthodologie et le calendrier suivants :

1ère étape :
Réunions d'élaboration des critères, par un groupe pluriprofessionnel (médecins, cadres de santé, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, assistantes sociales) :

- 1er décembre 2006, de 14h00 à 17h00
- 13 décembre 2006, de 14h00 à 17h00 ⇨ validation de la liste des critères

2ème étape :
Elaboration du cahier des charges et du guide de recueil :

- 18 janvier 2007, de 14h00 à 17h00
- 1er février 2007, 14h00 à 17h00

3ème étape :
Test de la grille sur un ou plusieurs sites, par les coordinateurs du projet, L. MORET et R. GUILÉ :

- 6 mars 2007

4ème étape :
Réunion de réajustement pour finaliser la grille et le guide de recueil :

- 8 mars 2007

5ème étape :
Etude multicentrique, un jour donné :

- entre le 20 mars et le 15 avril 2007

Composition du groupe de travail pour l'élaboration des critères :

- Mme C. ALGLAVE, Hôpital intercommunal Sèvre et Loire, site du Loroux Bottereau
- Mme C. ARURAULT, Centre Hospitalier Maubreuil
- Dr T. BOCHER, Centre de soins de suite Le Bois Rignoux
- Mme F. BOULET, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire
- Mme COING, Cadre de santé, Hôpital local Loire et Sillon
- Dr C. COUTURIER, Centre Hospitalier Bellier
- Dr G. DALLONGEVILLE, Pôle Hospitalier Mutualiste de Saint-Nazaire
- Mme I. DELORY, Centre Hospitalier Maubreuil
- Dr D. EVENO, Centre de rééducation fonctionnelle La Tourmaline
- Dr S. FERREOL, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes
- Mme M. GAVELLE, Centre de rééducation fonctionnelle La Tourmaline
- Dr I. GUITTON, Pôle Hospitalier Mutualiste de Saint-Nazaire
- M. G. JÉHENNE, Centre de rééducation fonctionnelle Pen-Bron
- Mme E. LASSERON, Hôpital intercommunal Guérande-Le Croisic
- Mme C. LE GAL, ESEAN
- Dr Y. LEQUEUX, Hôpital intercommunal du Pays de Retz
- Mme C. LEROY, Etablissement de soins de suite Roz Arvor
- Dr I. MAUDDUYT DE LA GREVE, ESEAN
- Dr F. MOUTET, Centre de rééducation fonctionnelle Pen-Bron

ANNEXE 2

Compte-rendu de la réunion du 1er décembre 2006

Réseau qualité santé 44	**COMPTE-RENDU DE REUNION**	**Rédacteurs** : A. ARTOIS, R. GUILÉ **Date rédaction** : 04/12/2006

Groupe de travail « revue de pertinence en Soins de Suite et de Réadaptation »

Objet : 1ère réunion d'élaboration des critères

Lieu : Hôpital Saint-Jacques, Nantes	**Date de la réunion :** 1er décembre 2006

Participants :

Mme C. ALGLAVE, Cadre de santé, Hôpital intercommunal Sèvre et Loire, site du Loroux Bottereau
Mme C. ARURAULT, Cadre de santé, Centre Hospitalier Maubreuil
M. T. BOCHER, Médecin, Centre de soins de suite Le Bois Rignoux
Mme F. BOULET, Cadre de santé, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire
Mme C. CAHAREL, Assistante sociale, Centre Hospitalier Bellier
Mme J. COBIGO-DAVID, Cadre de santé, Centre Hospitalier Bellier
Mme M-N. COING, Cadre de santé, Hôpital local Loire et Sillon
Mme C. COUTURIER, Médecin, Centre Hospitalier Bellier
Mme I. DELORY, Cadre de santé, Centre Hospitalier Maubreuil
Mme F. DOS REIS, Kinésithérapeute, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire
M. D. EVENO, Médecin, Centre de rééducation fonctionnelle La Tourmaline
Mme S. FERREOL, Médecin, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes
M. N. FOUCHER, Assistant social, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes
Mme M. GAVELLE, Cadre de santé, Centre de rééducation fonctionnelle La Tourmaline
Mme I. GUITTON, Médecin, Pôle Hospitalier Mutualiste de Saint-Nazaire
M. D. HAMON, Kinésithérapeute, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire
M. G. JÉHENNE, Responsable qualité, Centre de rééducation fonctionnelle Pen-Bron
Mme E. LASSERON, Cadre de santé, Hôpital intercommunal Guérande-Le Croisic
Mme C. LE GAL, Cadre de santé, ESEAN
Mme I. MAUDUYT DE LA GREVE, Médecin chef d'établissement, ESEAN
M. F. MOUTET, Médecin, Centre de rééducation fonctionnelle Pen-Bron
Mme S. PERGELINE, Ingénieur qualité, Hôpital intercommunal du Pays de Retz
Mme TERZIDIS, Médecin, Etablissement de soins de suite Roz Arvor
Mme A. ARTOIS, Assistante projet du réseau Qualité Santé 44
M. R. GUILÉ, Interne de Santé Publique, CHU de Nantes
Mme L. MORET, Médecin responsable de l'unité Qualité, Risques, Evaluation du Pôle d'Information Médicale, d'Evaluation et de Santé Publique au CHU de Nantes – Coordinatrice médicale du réseau Qualité Santé 44

Diffusion : **Participants +**

Excusés : Mme G. DALLONGEVILLE, Médecin, Pôle Hospitalier Mutualiste de Saint-Nazaire, M. Y. LEQUEUX, Médecin, Hôpital intercommunal du Pays de Retz, Mme I. MAHÉ-GALISSON, Ingénieur qualité, CHU de Nantes et réseau Qualité Santé 44, M. G. RINCE, Kinésithérapeute, Centre Hospitalier Bellier

Dates et lieux des prochaines réunions : 13 décembre, Salle Louis-Philippe, Hôpital Saint-Jacques, Nantes

Introduction

Le Dr Leïla MORET et Romain GUILÉ rappellent le but de la réunion : définir les critères qui justifient qu'un patient soit hospitalisé « aujourd'hui » en SSR.
Le déroulement de la séance est annoncé : proposition de critères dans un premier temps, puis cotation des critères par échelle numérique discontinue dans un second temps.

Une précision est apportée quant à l'échelle de cotation présentée : l'échelle de 1 à 5 est habituellement utilisée par certains experts, mais l'analyse de la littérature recommande plutôt d'utiliser l'échelle de 1 à 9.

Proposition de critères et de catégories

Après 20 minutes de réflexion personnelle, les experts énoncent environ 80 critères de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR. Tous les critères sont affichés, sans commentaire du groupe.

Au vu du nombre de critères proposés, les animateurs proposent de passer le second tour de proposition de critères et de procéder directement à la définition des catégories.

Cinq catégories sont identifiées en premier lieu :

- les critères médicaux et paramédicaux,
- les critères médico-techniques,
- les critères indiquant l'état général du patient,
- les critères sociaux et environnementaux
- les critères administratifs.

La définition des catégories pose quelques difficultés. En effet, certains experts estiment qu'une seule catégorie ne suffit pas à montrer la pertinence d'une journée d'hospitalisation en SSR : la pluridisciplinarité de la prise en charge en soins de suite et de réadaptation fait que les journées sont pertinentes lorsque au moins un critère par catégorie est présent.

Précision des critères et des catégories

La réunion ayant été très dense, les experts souhaitent procéder à la cotation des critères lors de la prochaine séance.
Le Dr MORET et M. GUILÉ proposent tout de même d'affiner les critères, afin que chacun soit bien compréhensible et ainsi que la cotation soit plus facile.

♦ Les catégories sont modifiées : la catégorie des critères administratifs est supprimée, car elle correspond plus à l'analyse des causes de non-pertinence ; les critères entrant dans cette catégorie seront utilisés pour la seconde partie du travail sur la grille de pertinence. Une catégorie est ajoutée, intitulée « Pluridisciplinarité ».

♦ Les critères en doublons sont éliminés, certains sont reformulés et clarifiés : 45 critères sont finalement conservés pour la cotation :

- 14 critères médicaux et paramédicaux
- 8 critères médico-techniques
- 3 critères de pluridisciplinarité
- 13 critères portant sur l'état général du patient
- *7 critères médico-sociaux et environnementaux*

Prochaines étapes

La grille de cotation de ces critères a été transmise par mail à l'ensemble des experts à l'issue de la réunion.
Les experts sont chargés de la remplir et de la retourner à M. GUILÉ, qui renverra ensuite les résultats des cotations. M. GUILÉ proposera également de nouveaux critères, après analyse de la littérature.

Le but de la prochaine séance sera de finaliser la liste de critères, en supprimant les critères non pertinents et en validant ceux qui semblent pertinents.

Prochaine réunion du groupe de travail :

mercredi 13 décembre 2006,
de 14h00 à 17h00
Salle Louis-Philippe (face au bâtiment Providence)
Hôpital Saint-Jacques, Nantes

En vous remerciant pour votre participation !

ANNEXE 3

Compte-rendu de la réunion du 13 décembre 2006

Réseau qualité santé 44	**COMPTE-RENDU DE REUNION**	**Rédacteurs** : A. ARTOIS, R. GUILÉ **Date rédaction** : 18/12/2006

Groupe de travail « revue de pertinence en Soins de Suite et de Réadaptation »

Objet : 2nde réunion d'élaboration des critères

Lieu : Hôpital Saint-Jacques, Nantes	**Date de la réunion :** 13 décembre 2006

Participants :

Mme C. ARURAULT, Cadre de santé, Centre Hospitalier Maubreuil
M. T. BOCHER, Médecin, Centre de soins de suite Le Bois Rignoux
Mme F. BOULET, Cadre de santé, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire
Mme J. COBIGO-DAVID, Cadre de santé, Centre Hospitalier Bellier
Mme I. DELORY, Cadre de santé, Centre Hospitalier Maubreuil
M. D. EVENO, Médecin, Centre de rééducation fonctionnelle La Tourmaline
Mme S. FERREOL, Médecin, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes
M. N. FOUCHER, Assistant social, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes
Mme M. GAVELLE, Cadre de santé, Centre de rééducation fonctionnelle La Tourmaline
M. G. JÉHENNE, Responsable qualité, Centre de rééducation fonctionnelle Pen-Bron
Mme E. LASSERON, Cadre de santé, Hôpital intercommunal Guérande-Le Croisic
Mme C. LE GAL, Cadre de santé, ESEAN
Mme I. MAUDUYT DE LA GREVE, Médecin chef d'établissement, ESEAN
Mme T. POUJHON, Cadre de santé, Centre de rééducation fonctionnelle Les Océanides
Mme TERZIDIS, Médecin, Etablissement de soins de suite Roz Arvor
Mme S. VALLIER, Médecin, Hôpital local intercommunal Sèvre et Loire
Mme A. ARTOIS, Assistante projet du réseau Qualité Santé 44
M. R. GUILÉ, Interne de Santé Publique, CHU de Nantes
Mme L. MORET, Médecin responsable de l'unité Qualité, Risques, Evaluation du Pôle d'Information Médicale, d'Evaluation et de Santé Publique au CHU de Nantes – Coordinatrice médicale du réseau Qualité Santé 44

Diffusion : **Participants +**

Excusés : Mme C. ALGLAVE, Mme C. CAHAREL, Mme M-N. COING, Mme C. COUTURIER, Mme G. DALLONGEVILLE, Mme F. DOS REIS, Mme I. GUITTON, M. D. HAMON, M. Y. LEQUEUX, Mme I. MAHÉ-GALISSON, M. F. MOUTET, M. G. RINCE,

Dates et lieux des prochaines réunions : 18 janvier, Salle Louis-Philippe, Hôpital Saint-Jacques, Nantes

Introduction

Le Dr Leïla MORET et Romain GUILÉ rappellent le but de cette seconde réunion d'élaboration des critères : discuter les critères qui ont été cotés de façon incertaine par les experts.

En effet, d'après la première cotation, 2 critères doivent être supprimés (« surveillance sous scope » et « mesure de protection juridique ») et 18 critères doivent être discutés en séance.

Discussion des critères

Les experts exposent pour commencer les difficultés éprouvées lors de la première cotation :

- difficultés à coter les critères médicaux pour les assistants sociaux
- difficultés à coter certains critères, pertinents pour les soins de suite mais pas pour la rééducation fonctionnelle et la réadaptation, et inversement
- enfin, certains critères n'ont pas le même intérêt selon qu'ils sont cotés seuls ou en association avec d'autres critères.

Concernant la distinction soins de suite/ réadaptation, le parallèle peut être fait avec la grille AEPf : certains critères décrivent uniquement des actes de chirurgie, alors que la grille évalue aussi bien la pertinence des journées d'hospitalisation en médecine ou en chirurgie.

Il est plus intéressant pour le groupe de travail de conserver pour l'instant un grand nombre de critères, qui pourra toujours être réduit plus tard en fonction de l'avancée des travaux.

♦ « Evaluation dépendance avant orientation long terme »

Ce critère n'est plus pertinent si l'hospitalisation du patient est trop longue. Par ailleurs l'évaluation de la dépendance est souvent réalisée en médecine ou chirurgie, avant l'admission en SSR. C'est donc plutôt un critère d'évaluation de la pertinence des admissions que des journées d'hospitalisation. De plus, la notion de dépendance est déjà exprimée par le critère « Perte de l'autonomie ».

➢ Ce critère est supprimé ; la catégorie « Pluridisciplinarité » conserve les deux autres critères.

♦ « Sevrage oxygène »

Même si ce critère est plus pertinent pour les soins de suite que pour la MPR, il est conservé, car il nécessite absolument une hospitalisation.

➢ Ce critère est conservé.

♦ « Soins techniques infirmiers »

Les soins techniques infirmiers peuvent la plupart du temps être réalisés à domicile. Il faut donc préciser ce critère, pour montrer qu'en SSR les soins infirmiers sont effectués dans un cadre coordonné.

➢ Ce critère est renommé et devient « Soins techniques infirmiers pluriquotidiens ».

♦ « Traitement intraveineux »

Un critère similaire est présent dans la grille AEPf : thérapie parentérale. Il est plus générique et convient mieux.

➢ Ce critère est renommé et devient « Thérapie parentérale ».

♦ « Nutrition entérale »

Ce critère doit être précisé.

➢ Il est renommé et devient « Nutrition entérale provisoire ou en cours d'adaptation ».

♦ **« Bilan et prise en charge par un psychologue » et « Bilan et prise en charge orthophonique »**

Il est étonnant que ces deux types de prise en charge aient été cotés de façon incertaine, alors que la prise en charge ergothérapeutique et la prise en charge diététique ont été jugés comme des critères intéressants.

Il est décidé de soumettre à une seconde cotation ces 4 critères, en les uniformisant et en les précisant par une durée ou une fréquence.

➢ Ces critères deviennent :

- « Bilan et prise en charge ergothérapeutique (durée ou fréquence à déterminer) »
- « Bilan et prise en charge diététique (durée ou fréquence à déterminer) »
- « Bilan et prise en charge par un neuropsychologue (durée ou fréquence à déterminer) »
- « Bilan et prise en charge par un orthophoniste (durée ou fréquence à déterminer) »

♦ **« Troubles de la parole »**

Les troubles de la parole, comme la plupart des autres troubles (cognitifs, de l'équilibre, …) ne justifient en réalité une hospitalisation que parce qu'ils interviennent dans le cadre d'un soin de suite. Ils ne justifient pas en eux-mêmes une hospitalisation (excepté pour les établissements qui offrent une prise en charge spécifique des troubles ORL).

➢ Ce critère est supprimé.

♦ **« Addictions »**

Le raisonnement est identique pour les addictions.

➢ Ce critère est renommé et devient « Prise en charge de pathologies spécifiques (dont addictions) » ; il change de catégorie et entre dans les critères médicaux et paramédicaux.

♦ **« Dénutrition »**

Là encore, ce seul critère ne peut pas suffire à rendre pertinente une journée d'hospitalisation ; il faut le préciser.

➢ Ce critère doit être précisé par un indice de masse corporelle.

♦ **« Fatigabilité/fragilité »**

La fragilité seule d'un patient ne peut pas rendre pertinente une journée. Ce critère doit également être précisé.

➢ Il est renommé et devient « Fatigabilité associée ».

♦ **« Stabilité de l'état clinique permettant le maintien en SSR »**

C'est un critère qui justifie l'hospitalisation en SSR par rapport à l'hospitalisation en médecine ou chirurgie et non pas par rapport à l'aval ; il n'entre pas réellement dans le cadre de la grille souhaitée.

➢ Ce critère est supprimé.

L'avis de Madame SANCALE, de l'Assurance Maladie, serait souhaitable pour l'ensemble des critères médico-sociaux et environnementaux.

♦ **« Travail environnemental en cours (mise en réseau, attente de structure) »**

Il s'agit pour ce critère de représenter la préparation de la sortie du patient, seule activité qui rend pertinente une journée d'hospitalisation, puisque l'attente d'une structure d'aval n'est pas une raison suffisante pour rendre pertinente une journée en SSR.

➢ Ce critère est renommé et devient « Travail environnemental en cours (à préciser) ».

♦ **« Précarité sociale » et « Isolement social »**

Ces deux critères justifient une hospitalisation en SSR plutôt qu'ils ne la rendent pertinente. Ils doivent donc être reportés dans la deuxième partie de la grille d'évaluation, où sont regroupés les critères qui expliquent et justifient les journées qui ne sont pas pertinentes, mais qui restent nécessaires.

➢ Ces critères sont supprimés de la liste pour la seconde cotation.

♦ **« Mesure de protection pour suspicion de maltraitance/négligence »**

Ce critère est conservé.

➢ Il est renommé et devient « Prise en charge d'une suspicion de maltraitance/négligence ».

♦ **« Accueil temporaire »**

Ce critère est conservé mais il est remplacé par un terme qui correspond mieux au sens de ces accueils temporaires : les séjours de répit.

➢ Ce critère est renommé et devient « Séjours de répit ».

♦ **« Réinsertion socio-professionnelle en cours »**

Ce critère correspond plus aux activités de réadaptation et rééducation fonctionnelle qu'aux soins de suite.

➢ Il est conservé.

Conclusion

Finalement, 15 critères sont de nouveau proposés aux experts ; les cinq catégories sont conservées.
En plus des 15 critères, les experts sont chargés de coter 21 critères issus de la littérature.

Prochaines étapes

La nouvelle grille de cotation des critères, ainsi que les critères issus de la littérature, ont été transmis par mail à l'ensemble des experts à l'issue de la réunion.
Les experts sont chargés de remplir la grille et de la retourner à M. Romain GUILÉ.

Le but de la prochaine séance sera de finaliser la liste de critères et de commencer à élaborer les cahiers des charges.

Prochaine réunion du groupe de travail :

jeudi 18 janvier 2006,
de 14h00 à 17h00
Salle Louis-Philippe (face au bâtiment Providence)
Hôpital Saint-Jacques, Nantes

En vous remerciant pour votre participation !

ANNEXE 4

Compte-rendu de la réunion du 18 janvier 2007

Réseau qualité santé 44	**COMPTE-RENDU DE REUNION**	**Rédacteur** : R. GUILÉ **Date rédaction** : 19/01/2007

Groupe de travail « revue de pertinence en Soins de Suite et de Réadaptation »

Objet : 1re réunion d'élaboration du cahier des charges

Lieu : Hôpital Saint-Jacques, Nantes | **Date de la réunion :** 18 janvier 2007

Participants :

Mme ALGLAVE, Cadre de santé, Hôpital intercommunal Sèvre et Loire, site du Lorroux Bottereau
Mme C. ARURAULT, Cadre de santé, Centre Hospitalier Maubreuil
Mme P. BERNA, Médecin, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire
M. T. BOCHER, Médecin, Centre de soins de suite Le Bois Rignoux
Mme F. BOULET, Cadre de santé, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire
Mme M.N COING, Cadre de santé, Hôpital local Loire et Sillon
Mme S. COUTAULT, Responsable qualité, Hôpital local de Clisson
Mme I. DELORY, Cadre de santé, Centre Hospitalier Maubreuil
M. D. EVENO, Médecin, Centre de rééducation fonctionnelle La Tourmaline
Mme S. FERREOL, Médecin, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes
M. N. FOUCHER, Assistant social, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes
Mme M. GAVELLE, Cadre de santé, Centre de rééducation fonctionnelle La Tourmaline
Mme I. GUITTON, Médecin, Pôle hospitalier mutualiste de Saint-Nazaire
M. G. JÉHENNE, Responsable qualité, Centre de rééducation fonctionnelle Pen-Bron
Mme C. LE GAL, Cadre de santé, ESEAN
M Y. LEQUEUX, Médecin, URML
Melle V. MARX, Responsable qualité, Polyclinique de l'atlantique de Roz Arvor
Mme M. MORIOT, Cadre de santé, Hôpital local de Clisson
Mme TERZIDIS, Médecin, Etablissement de soins de suite Roz Arvor
Mme L. MORET, Médecin responsable de l'unité Qualité, Risques, Evaluation du Pôle d'Information Médicale, d'Evaluation et de Santé Publique au CHU de Nantes – Coordinatrice médicale du réseau Qualité Santé 44

M. R. GUILÉ, Interne de Santé Publique, CHU de Nantes

Diffusion : **Participants +**

Excusés : Mme C. CAHAREL, Mme COBIGO-DAVID, Mme C. COUTURIER, Mme G. DALLONGEVILLE, Mme F. DOS REIS, M. D. HAMON, Mme E. LASSERON, Mme I. MAUDUYT DE LA GREVE, Mme I. MAHÉ-GALISSON, M. F. MOUTET, Mme S. PERGELINE, Mme T. POUJHON, M. G. RINCE, Mme S. VALLIER.

Dates et lieux des prochaines réunions :

- Jeudi 1 février, 14H-17H, Salle Louis-Philippe, Hôpital Saint-Jacques, Nantes

❖ Mercredi 7 février, 14H-17H, Salle de la Direction, Hôpital Saint-Jacques, Nantes

Introduction

Le Dr Leïla MORET et Romain GUILÉ rappellent le but de cette première réunion d'élaboration du cahier des charges des critères de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR : définir précisément chaque critère validé et les modalités de recueil des critères (critères d'inclusion et d'exclusion).

Rédaction du cahier des charges

♦ **« Coordination des soins » et « Prise en charge pluridisciplinaire »**

Les définitions sont rappelées : les soins pluridisciplinaires concernent une prise en charge par plusieurs professionnels de santé. Cette prise en charge peut être réalisée au domicile du patient mais lorsque celle-ci doit être coordonnée (relation entre les professionnels de santé, planification des soins), il paraît plus licite pour les experts qu'elle soit réalisée lors d'une hospitalisation. Ceci impliquerait qu'il faudrait une trace écrite (dossier patient par exemple) qui prouve les échanges entre les différents professionnels (staff avec compte-rendus,…). Plusieurs experts ont émis le souhait que ces 2 critères n'en forment plus qu'un seul. Finalement, ces 2 critères seront discutés à la fin en raison de leur complexité.

♦ **« Prise en charge de la douleur »**

Ce critère est supprimé car le critère « Patient douloureux » existe déjà.

♦ **« Surveillance sous scope »**

La surveillance sous scope discontinue (et notamment nocturne) est ajoutée à la définition à la demande des établissements pédiatriques notamment.

♦ « Soins pansements complexes »

Les modalités de recueil sont définies : il s'agit des pansements complexes entraînant une perte d'autonomie pour le patient utilisant du matériel ou des techniques particulières (VAC, Kalinox®, matelas de protection, etc…) et/ou une durée de réalisation supérieure à 30 minutes journalières.

Les mesures de prévention des escarres seront inclues dans le critère surveillance paramédicale.

♦ **« Surveillance médicale »**

Ce critère est renommé « Surveillance médicale et/ou paramédicale rapprochée ». Les modalités de recueil sont définies : ce critère concerne la surveillance des constantes instables pouvant nécessiter un ajustement thérapeutique et la surveillance des points d'appuis chez les patients à risque.

♦ **« Permanence des soins »**

Ce critère est supprimé.

♦ **« Protocole thérapeutique en cours »**

Ce critère est renommé « Surveillance d'un traitement médicamenteux ».

♦ **« Bilan en cours »**

Les experts mettent en avant le fait que le bilan doit être inclus dans une démarche diagnostique active débouchant sur la mise en place d'une stratégie thérapeutique. Ils insistent sur le fait qu'il faut exclure tout examen de routine et les examens pratiqués en retard. Ce bilan doit être inclus dans une situation clinique instable, évolutive ou à risque.

♦ **« Soins palliatifs » et «Fin de vie très proche »**

Les experts décident de réunir ces 2 critères du fait que la « fin de vie très proche » peut être inclus dans les « soins palliatifs ». Les experts émettent le souhait d'avoir une définition plus générale des soins palliatifs. Concernant les modalités de recueil, ils préconisent d'utiliser les critères de prise en charge du réseau « RESPAVIE » (réseau de soins palliatifs et d'accompagnement en fin de vie).

Une autre définition est proposée : « Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Ils ont pour objectifs, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complication et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect da la dignité de la personne soignée »

♦ **« Surveillance d'un traitement »**

Ce critère est inclus dans le critère « Surveillance d'un traitement médicamenteux »

♦ **« Education thérapeutique du patient et de sa famille »**

Les critères d'inclusion sont précisés : il s'agit des patients qui ont bénéficié d'une séance individuelle ou collective d'éducation thérapeutique dans le cadre d'un programme éducatif.

Les critères d'exclusion également : il s'agit de toutes les informations écrites remises au patient en l'absence d'autres interventions.

♦ **« Prise en charge quotidienne par un masseur-kinésithérapeute »**

Les experts décident de garder les critères d'exclusion formalisés par la Haute Autorité de Santé car ceux-ci ont été repris dans le COTER SSR.

Certains experts émettent le souhait de séparer ce critère selon que le patient soit hospitalisé en Soins de Suite ou en MPR notamment pour des raisons de durées de prise en charge.. Les experts sont partagés et ils décident de ne pas mettre une contrainte de temps pour l'instant.

♦ **« Réentrainement à l'effort »**

Les experts font part de leur remarque quant au fait que la définition proposée ne prend en considération que la composante cardio-vasculaire alors qu'il existe également un réentrainement à l'effort dans d'autres pathologies (lombalgies, obésité, pulmonaires,…). La définition est alors modifiée en intégrant ces remarques.

Ce critère concernera tous les patients inclus dans un programme de réentrainement à l'effort (RE).

♦ **« Patient douloureux »**

Les critères d'inclusion sont précisés par les experts : il s'agit de tous les types de douleurs faisant l'objet d'une surveillance et d'une évaluation pluriquotidienne par une échelle validée ; retentissant sur l'autonomie du patient et faisant l'objet d'un ajustement thérapeutique (médicamenteux ou non).

Conclusion

Au total, 23 critères étaient à discuter. A la fin de la réunion, il restait 9 critères pour lesquels le cahier des charges n'a pas été rédigé.

Prochaines étapes

Le but de la prochaine séance sera de discuter les critères non validés lors de la deuxième cotation des critères (résultats en cours) et de poursuivre la formalisation des cahiers des charges du recueil des critères
Prochaine réunion du groupe de travail :

jeudi 1 février 2007,
de 14h00 à 17h00
Salle Louis-Philippe (face au bâtiment Providence)
Hôpital Saint-Jacques, Nantes

En vous remerciant pour votre participation !

ANNEXE 5

Compte-rendu de la réunion du 1er février 2007

Réseau Qualité santé 44	**COMPTE-RENDU DE REUNION**	**Rédacteur** : R. GUILÉ **Date rédaction** : 02/02/2007

Groupe de travail « revue de pertinence en Soins de Suite et de Réadaptation »

Objet : 3ème réunion d'élaboration des critères de pertinence

Lieu : Hôpital Saint-Jacques, Nantes	**Date de la réunion :** 01 février 2007

Participants :

Mme C. ARURAULT, Cadre de santé, Centre Hospitalier Maubreuil
Mme M. BONNERRE, Cadre de santé, Rennes
Mme C. COUTURIER, Médecin, Centre Hospitalier Bellier
M. D. EVENO, Médecin, Centre de rééducation fonctionnelle La Tourmaline
Mme S. FERREOL, Médecin, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes
M. N. FOUCHER, Assistant social, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes
Mme M. GAVELLE, Cadre de santé, Centre de rééducation fonctionnelle La Tourmaline
Mme I. GUITTON, Médecin, Pôle hospitalier mutualiste de Saint-Nazaire
M. G. JÉHENNE, Responsable qualité, Centre de rééducation fonctionnelle Pen-Bron
M. R. KLEIN, Responsable qualité, ESEAN
Mme E. LASSERON, Cadre de santé, Hôpital intercommunal Guérande-Le Croisic
Mme C. LE GAL, Cadre de santé, ESEAN
Mme I. MAHE-GALISSON, Ingénieur qualité responsable du Bureau du Développement des Systèmes Qualité de la Direction de la Qualité, des Risques et du Développement au CHU de Nantes – Coordinatrice qualité du réseau Qualité Santé 44
M. F. MOUTET, Médecin, Centre de rééducation fonctionnelle Pen-Bron
Mme S. PERGELINE, Ingénieur qualité, Hôpital intercommunal du Pays de Retz
Mme TERZIDIS, Médecin, Etablissement de soins de suite Roz Arvor
Mme S. VALLIER, , Hôpital local intercommunal Sèvre et Loire
Mme L. MORET, Médecin responsable de l'unité Qualité, Risques, Evaluation du Pôle d'Information Médicale, d'Evaluation et de Santé Publique au CHU de Nantes – Coordinatrice médicale du réseau Qualité Santé 44

M. R. GUILÉ, Interne de Santé Publique, CHU de Nantes

Diffusion : **Participants +**

Excusés : Mme ALGLAVE, M. BOCHER, Mme BOULET, Mme C. CAHAREL, Mme COBIGO-DAVID, Mme COING, Mme G. DALLONGEVILLE, Mme DELORY, Mme F. DOS REIS, M. D. HAMON, M. LEQUEUX, Mme T. POUJHON, M. G. RINCE.

Dates et lieux des prochaines réunions :

- Mercredi 7 février, 14H-17H, Salle OMPR, Hôpital Saint-Jacques, Nantes

Introduction

Le Dr Leïla MORET et Romain GUILÉ rappellent le but de cette dernière réunion d'élaboration des critères de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR : finaliser la liste des critères définitifs de la liste (discussion des critères cotés comme incertains par les experts lors de la dernière cotation, éventuellement discussion de certains critères pertinents mais pouvant être redondants).

Présentation des résultats de la cotation (version 2)

Romain Guilé rappelle que 16 experts ont participé à la cotation (7 médecins, 8 cadres de santé et 1 assistant social).
Au total, 3 critères ont une médiane comprise entre 1 et 3 et sont donc jugés non pertinents :

- Aide à la vie quotidienne
- Incontinence fécale nécessitant des soins au moins 3 fois par jour
- Incontinence urinaire nécessitant des soins au moins 3 fois par jour

Dix-neuf critères ont une médiane comprise entre 7 et 9 dont 2 pour lesquels il existe un désaccord entre experts.
Quatorze critères ont une médiane comprise entre 3 et 7.

Il existe donc, selon les experts 3 critères non pertinents, 17 critères pertinents et 16 critères incertains pour lesquels une discussion doit être réalisée (objectif de la réunion).

Discussion des critères de pertinence

♦ **« Procédure invasive ce jour qui n'a pu être réalisée auparavant »**

Les experts jugent que la réalisation d'une procédure invasive rend pertinente une hospitalisation en SSR. Les exemples des infiltrations et des ponctions pleurales sont donnés. Par contre, la journée d'hospitalisation est jugée non pertinente si l'on attend que la procédure soit réalisée. Le terme « qui n'a pu être réalisée auparavant » est donc supprimé. D'autre part, les experts émettent le souhait que le terme « procédure » soit remplacé par « acte », le premier pouvant faire référence à la notion de protocole.

Le critère devient donc « Acte invasif (diagnostique ou thérapeutique) ce jour »

♦ **« Injections IM ou SC au moins 2 fois par jour »**

Ce critère est inclus dans le critère « Soins techniques infirmiers pluriquotidiens »

♦ **« Plaie nécessitant d'être surveillée pendant 24 heures »**

Ce critère est inclus dans le critère « Surveillance médicale et/ou paramédicale rapprochée » en complétant le cahier des charges de celui-ci (surveillance d'une plaie).

♦ **« Opération chirurgicale lourde récente »**

Ce critère est inclus dans le critère « Surveillance médicale et/ou paramédicale rapprochée » en complétant le cahier des charges de celui-ci (surveillance journées post-opératoires).

♦ **« Equilibre hydroélectrolytique »**

Ce critère est inclus dans le critère « Surveillance d'un traitement médicamenteux en cours ».

♦ **« Test ou examen nécessitant un contrôle nutritionnel strict »**

Ce critère est inclus au critère « bilan en cours ».

♦ **« Utilisation de façon intermittente ou continue d'une assistance respiratoire au moins 1** fois toutes les 8 heures (aérosol, oxygénothérapie) »

Ce critère est inclus dans le critère « Surveillance d'un traitement médicamenteux en cours » en complétant le cahier des charges de celui-ci.

♦ **« Sevrage oxygène »**

Ce critère est inclus dans le critère « Surveillance d'un traitement médicamenteux en cours ».

♦ **« Thérapie parentérale »**

Ce critère est inclus dans le critère « Soins techniques infirmiers pluriquotidiens ».

♦ **« Prise en charge de pathologies spécifiques (dont addictions) »**

Ce critère est supprimé devant la difficulté de le définir.

♦ **« Surveillance générale au moins 4 fois par nuit »**

Ce critère est inclus dans le critère « Surveillance médicale et/ou paramédicale rapprochée ».

♦ **« Transfusion sanguine »**

Ce critère est inclus dans le critère « acte invasif (diagnostique ou thérapeutique) ce jour ».

♦ **« Prise en charge quotidienne par un masseur-kinésithérapeute », « Bilan et prise en charge ergo thérapeutique », « Bilan et prise en charge diététique », « Bilan et prise en charge par un neuropsychologue », « Bilan et prise en charge orthophonique »**

Ces critères sont supprimés et le critère « Bilan et prise en charge ce jour par au moins 2 professionnels de la réadaptation ou par 1 professionnel de la réadaptation pendant plus d'une heure ». La liste des professionnels de la réadaptation sera à définir lors de la prochaine réunion.

♦ **« Education thérapeutique du patient ou de sa famille», « Réentrainement à l'effort ».**

Ces critères sont supprimés et remplacés par un critère plus général « Programme de prise en charge spécifique ». Ce critère comprendra l'éducation thérapeutique, le réentrainement à l'effort ainsi que les soins palliatifs et les addictions. Les experts insistent sur le fait que ces prises en charge spécifiques ne prennent pas en compte les professionnels de la réadaptation (critère précédent).

♦ **« Soutine psychologique »**

Ce critère est supprimé.

♦ **« Fatigabilité associée»**

Ce critère est remplacé par « Altération de l'état général » et sera à définir plus précisément lors de la prochaine réunion.

♦ **« PAS < 90 ou > 200, PAD < 60 ou > 120 », « Difficultés neurologiques aiguës et progressives dans les dernières 48 heures », « Malade gravement déprimé », « Coma : perte de conscience pendant au moins 1 heure dans les dernières 48 heures », « Symptômes liés à des désordres hématologiques aigus dans les dernières 48 heures »**

Ces critères sont supprimés car les experts estiment que ces pathologies doivent être prises en charge en médecine aiguë.

Par contre, une nouveau critère est défini, « pathologie intercurrente récente », dans lequel sont inclus les critères « Arrêt des matières et des gaz ou absence de mouvement intestinal dans les dernières 48 heures », « Etat confusionnel aigu dans les dernières 48 heures », « Anémie aiguë », « troubles de la déglutition », « troubles sensoriels ». Ce critère sera à préciser lors de la prochaine réunion mais correspond à toute pathologie intercurrente récente empêchant la sortie du patient le jour de l'étude.

♦ **« Handicap» et « polypathologie »**

Ces 2 critères sont supprimés car ils sont trop vastes.

♦ **« Séjours de répit »**

Les experts insistent sur le fait que l'accueil temporaire de certains patients est une mission essentielle des SSR. Ce critère est renommé « Accueil temporaire dont la durée est définie ».

♦ **« Prise en charge d'une suspicion de maltraitance / négligence »**

Ce critère est inclus dans le critère « Programme de prise en charge spécifique »

♦ **« Réinsertion socioprofessionnelle »**

Ce critère est inclus dans le critère « Bilan et prise en charge ce jour par au moins 2 professionnels de la réadaptation ou par 1 professionnel de la réadaptation pendant plus d'une heure ».

♦ **« Coordination des soins » et « Prise en charge pluridisciplinaire »**

Ces 2 critères sont supprimés. Ces 2 notions sont la base d'un bonne prise en charge en SSR mais ne sont pas en tant que tels des critères de pertinence.

Il est décidé de supprimer les différentes catégories (critères médicaux et paramédicaux, critères médico-techniques, état général du patient, critères médico-sociaux et environnementaux).

Conclusion

La liste des critères est donc réduite à 19 critères (cf cahier des charges ci-joint).

Prochaines étapes

Le but de la prochaine séance sera de terminer la rédaction du cahier des charges.
Prochaine réunion du groupe de travail :

Mercredi 7 février 2007,
de 14h00 à 17h00
Salle OMPR (à l'intérieur du bâtiment MPR, Rez-de-chaussée à côté de l'accueil)
Hôpital Saint-Jacques, Nantes

En vous remerciant pour votre participation !

ANNEXE 6

Compte-rendu de la réunion du 7 février 2007

Réseau qualité santé 44	**COMPTE-RENDU DE REUNION**	**Rédacteur** : R. GUILÉ **Date rédaction** : 08/02/2007

Groupe de travail « revue de pertinence en Soins de Suite et de Réadaptation »

Objet : Finalisation du cahier des charges de la grille

Lieu : Hôpital Saint-Jacques, Nantes	**Date de la réunion :** 07 février 2007

Participants :

Mme C. ALGLAVE, Cadre de santé, Hôpital intercommunal Sèvre et Loire, site du Loroux Bottereau
Mme C. ARURAULT, Cadre de santé, Centre Hospitalier Maubreuil
Mme P. BERNA, Médecin, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire
M. T. BOCHER, Médecin, Centre de soins de suite Le Bois Rignoux
Mme M.N COING, Cadre de santé, Hôpital local Loire et Sillon
Mme C. COUTURIER, Médecin, Centre Hospitalier Bellier
Mme G. DALLONGEVILLE, Médecin, Pôle Hospitalier Mutualiste de Saint-Nazaire
Mme I. DELORY, Cadre de santé, Centre Hospitalier Maubreuil
M. D. EVENO, Médecin, Centre de rééducation fonctionnelle La Tourmaline
M. N. FOUCHER, Assistant social, Centre Hospitalier Universitaire de Nantes
M. G. JÉHENNE, Responsable qualité, Centre de rééducation fonctionnelle Pen-Bron
M. R. KLEIN, Responsable qualité, ESEAN
Melle A. KELLER, Responsable qualité, Hôpital local de Guérande
Mme E. LASSERON, Cadre de santé, Hôpital intercommunal Guérande-Le Croisic
Mme C. LE GAL, Cadre de santé, ESEAN
M. Y. LEQUEUX, Médecin, URML
Mme TERZIDIS, Médecin, Etablissement de soins de suite Roz Arvor
Mme L. MORET, Médecin responsable de l'unité Qualité, Risques, Evaluation du Pôle d'Information Médicale, d'Evaluation et de Santé Publique au CHU de Nantes – Coordinatrice médicale du réseau Qualité Santé 44

M. R. GUILÉ, Interne de Santé Publique, CHU de Nantes

Diffusion : **Participants +**

Excusés : Mme F. BOULET, Mme C. CAHAREL, Mme COBIGO-DAVID, Mme S. COUTAULT, Mme F. DOS REIS, Mme S. FERREOL, Mme M. GAVELLE, Mme I. GUITTON, M. D. HAMON, Mme I. MAHE-GALISSON, Melle V. MARX, Mme M. MORIOT, M. F. MOUTET, Mme S. PERGELINE, Mme T. POUJHON, M. G. RINCE.

Dates et lieux des prochaines réunions :

- Jeudi 8 mars, 14H-17H, Salle Louis-Philippe, Hôpital Saint-Jacques, Nantes

Introduction

Le Dr Leïla MORET et Romain GUILÉ rappellent le but de cette dernière réunion à savoir la finalisation du cahier des charges pour les 13 critères restants.

Finalisation du cahier des charges pour les 13 critères restants

♦ **« Travail environnemental en cours »**

Ce critère comprend l'évaluation et la planification des aides à domicile, la réhabilitation ou le changement de logement, la préparation et l'accompagnement avant admission en structure. Les experts estiment que seule l'évaluation des aides à domicile dont le patient a besoin est un critère pertinent mais pas si le patient est médicalement sortant. De même pour les patients hospitalisés le jour de l'étude uniquement pour la constitution d'un dossier d'admission en structure. En revanche ceci constitue un facteur explicatif de la non pertinence (ce critère sera à placer dans la grille de justification des journées non pertinentes). Un expert exprime le souhait d'inclure dans ce critère les séances d'appartement thérapeutique. Ce critère sera finalement inclus dans le critère 9 ou 10 (éducation thérapeutique). La discussion avançant, ce critère est finalement supprimé du fait qu'il justifie la journée d'hospitalisation mais ne la rend pas pour autant pertinente.

♦ **« Accueil temporaire dont la durée est définie »**

Les experts insistent sur le fait que l'accueil temporaire, pour être considéré comme pertinent, doit être programmé, défini et limité dans le temps et que des lits soient spécifiquement alloués à cette activité (soit dans le projet d'établissement, soit dans les missions du projet de service, soit directement contractualisés avec la tutelle). Certains experts estiment que pour être pertinent le séjour doit être actif (présence d'un objectif thérapeutique) afin d'exclure certains patients (exemple donné des patients voulant être hospitalisés au bord de la mer). Il est donc décidé d'ajouter un critère d'exclusion : ce critère ne comprend pas les lits d'hébergement temporaire payants.

♦ **« Soins techniques infirmiers pluriquotidiens »**

Le décret relatif aux actes professionnels (environ 100) et à l'exercice de la profession d'infirmier est présenté aux experts. Les experts doivent ainsi rayer les actes infirmiers pouvant être réalisés ailleurs qu'en hospitalisation. En raison du nombre important d'actes, les experts souhaitent réaliser ce travail chez eux et s'engagent à renvoyer la liste de ces actes :

- Qui doivent être réalisés en milieu hospitalier dès le 1er acte
- Qui doivent être réalisés en milieu hospitalier si 2, 3 … actes à réaliser dans la journée

Le terme « pluriquotidiens » est donc supprimé.

♦ **« Nutrition entérale provisoire ou en cours d'adaptation »**

Les modalités de recueil sont définies. Pour valider ce critère, il faut :

Une prescription médicale de nutrition entérale mentionnée dans le dossier patient

Et 1 trace écrite consignée dans le dossier du patient d'un acte infirmier le jour de l'enquête qui peut être soit de surveillance soit thérapeutique en rapport avec la nutrition entérale.

♦ **« Acte invasif (diagnostique ou thérapeutique) ce jour »**

Les actes sont listés par les experts :

Infiltrations quelles qu'elles soient

Ponctions quelles qu'elles soient

Remplissage de pompe intrathécale

Sondage urinaire

Tout acte réalisé par un chirurgien sur site

Cathétérisme sus-pubien

♦ **« Bilan et prise en charge ce jour par au moins 2 professionnels de la réadaptation ou par un professionnel de la réadaptation pendant au moins 1 heure»**

La liste des professionnels de la réadaptation issue du PMSI est présentée et adoptée.

Les experts estiment qu'une prise en charge journalière par un professionnel pendant au moins 1 heure ne rend pas pertinente une hospitalisation (désaccord avec la définition du COTER SSR). La fin du critère est donc supprimée.

Les experts insistent sur le fait que la prise en charge doit être coordonnée pour rendre pertinente la journée. Les modalités de recueil sont ainsi définies : pour cocher ce critère, il faut :

Une prescription médicale d'au moins 2 interventions de réadaptation le jour de l'enquête

ET une trace écrite consignée dans le dossier des actes de réadaptation réalisés

ET une synthèse avec trace écrite consignée dans le dossier portant sur le dossier du patient datant de moins d'une semaine

Ce critère devient donc « Bilan et/ou prise en charge coordonnée ce jour par au moins 2 professionnels de la réadaptation ».

♦ **« Programme de prise en charge spécifique »**

Certains experts s'interrogent sur le fait que l'on puisse inclure dans un même critère l'éducation thérapeutique, le réentrainemet à l'effort,… ainsi que les soins palliatifs. Les soins palliatifs sont donc définis comme un critère de pertinence à lui tout seul. Les programmes de réentrainement à l'effort sont exclus car ils seront pris en compte dans le critère précédent. Les modalités de recueil sont ainsi définies. Pour cocher ce critère, il faut :

Soit, un programme thérapeutique défini mentionnant des objectifs de soins présent dans le dossier patient

Soit, un protocole de prise en charge défini présent dans le dossier patient

♦ **« Soins palliatifs »**

Pour cocher ce critère, il faut :

Une trace écrite dans le dossier indiquant que le patient reçoit des soins palliatifs

♦ **« Troubles cognitifs »**

Ce critère est supprimé car il sera inclus dans le critère 9.

♦ **« Troubles du comportement »**

Ce critère est supprimé car il sera inclus dans le critère « Pathologie intercurrent récente »

♦ **« Perte d'autonomie »**

Certains experts trouvent ce critère non pertinent surtout si la perte d'autonomie est chronique et non évolutive. Ce critère est toutefois maintenu pour le test en le modifiant en « Bilan et prise en charge d'une perte d'autonomie récente ou non stabilisée ». Deux grilles d'évaluation sont ajoutées, la MIF (Mesure de l'Incapacité Fonctionnelle) et le SMAF.

♦ **« Dénutrition »**

Ce critère est maintenu pour le test de la grille en le modifiant en « Dénutrition sévère ».

♦ **« Pathologie intercurrente récente »**

Approuvé sans discussion.

♦ **« Altération de l'état général »**

Ce critère est supprimé car jugé non pertinent par les experts.

Présentation du test de la grille

Romain Guilé remet aux experts une version non définitive du protocole du test de la grille des critères de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR. Ils recevront le protocole définitif, la grille mise à jour et le guide de recueil dans la semaine 8 par courrier postal afin de réaliser dans leur établissement le test de la grille.

Conclusion

La liste des critères est donc réduite à 16 critères.
Les experts présents doivent envoyer la liste des actes infirmiers pertinents soit par mail (*romain.guile@chu-nantes.fr*), soit par fax (02 40 84 69 40) avant le 14 février 2007 si possible.

Prochaines étapes

Le test de la grille aura lieu dans la semaine 9 ou 10 avant le 8 mars 2007.
Prochaine réunion du groupe de travail (Réunion REX : retour d'expérience) :

Jeudi 8 mars 2007,
de 14h00 à 17h00
Salle Louis-Philippe
Hôpital Saint-Jacques, Nantes

Merci de rapporter pour cette réunion les grilles remplies pour le test ainsi que vos remarques éventuelles.

En vous remerciant pour votre participation !

ANNEXE 7

Grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR

GRILLE DE PERTINENCE DES JOURNEES D'HOSPITALISATION EN SSR

Etablissement :_____
Service : _____Grille n° :_____
Date de l'évaluation : l_l_l l_l_l l_l_l_l_l
Nom(s) et fonction(s) de(s) l'évaluateur(s) :
_____
_____

Se référer au guide d'utilisation de la grille pour la remplir
Il suffit d'un seul critère coché pour que la journée soit jugée pertinente

1	Surveillance sous scope	☐
2	Soins de pansements complexes	☐
3	Surveillance paramédicale rapprochée sur prescription médicale	☐
4	Surveillance d'un traitement médicamenteux sous supervision médicale directe	☐
5	Bilan diagnostique en cours	☐
6	Soins techniques infirmiers	☐
7	Nutrition entérale provisoire ou en cours d'adaptation	☐
8	Acte invasif médical ce jour	☐
9	Bilan et/ou prise en charge coordonnée ce jour par au moins 2 professionnels de la réadaptation	☐
10	Programme de prise en charge spécifique	☐
11	Soins palliatifs	☐
12	Patient douloureux	☐
13	Bilan en cours d'une perte d'autonomie récente ou non stabilisée	☐
14	Bilan et prise en charge d'une dénutrition sévère	☐
15	Pathologie intercurrente récente	☐
16	Séjour de répit programmé dont la durée est limitée et définie dans le temps	☐

Si la journée d'hospitalisation ne répond à aucun des critères de la grille (aucun critère coché) :

Le patient nécessite absolument d'être hospitalisé ce jour du fait :
➢ De son état clinique ➢ Des soins qu'il reçoit et ne pourrait recevoir ailleurs ➢ D'une procédure médicale ou chirurgicale qui nécessite son hospitalisation Malgré l'absence de critères explicites de la grille, l'expert juge que le patient doit avoir recours à l'hôpital en termes de plateau technique (procédure, surveillance, possibilité d'intervenir 24 h/24).
OUI ❑
NON ❑

→ Si oui, indiquez en clair pour quelle(s) raison(s) :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ANNEXE 8

Guide d'utilisation de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE PERTINENCE DES JOURNEES D'HOSPITALISATION EN SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

Revue de pertinence en SSR

Avril 2007

1. INTRODUCTION

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

2. METHODOLOGIE D'ELABORATION DE LA GRILLE

La grille de pertinence des journées d'hospitalisation en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) a été conçue dans le souci d'améliorer la qualité de prise en charge des patients y étant hospitalisés.

Un comité d'organisation a été créé en octobre 2006 et une première réunion a eu lieu en novembre 2006 pour présenter le projet aux professionnels de santé ayant une activité professionnelle au sein d'une structure de SSR en collaboration avec le réseau Qualité 44.

COMITE D'ORGANISATION
Dr Leila MORET, médecin de Santé Publique, Nantes
Mr Romain GUILE, interne de Santé Publique, Nantes

Un groupe de travail (groupe d'experts) a ainsi été mis en place lors de cette réunion.

GROUPE DE TRAVAIL
Mme C. ALGLAVE, cadre de santé, Le Loroux Bottereau
Mme C. ARURAULT, cadre de santé, Saint Herblain
Dr P. BERNA, médecin, Saint-Nazaire
Dr T. BOCHER, médecin, Vigneux
Mme F. BOULET, cadre de santé, Saint-Nazaire
Mme C. CAHAREL, assistante sociale, Nantes
Mme J. COBIGO-DAVID, cadre de santé, Nantes
Mme M-N. COING, cadre de santé, Savenay
Mme S. COUTAULT, responsable qualité, Clisson
Dr C. COUTURIER, médecin, Nantes
Dr G. DALLONGEVILLE, médecin, Saint-Nazaire
Mme I. DELORY, cadre de santé, Carquefou
Mme F. DOS REIS, kinésithérapeute, Saint-Nazaire
Dr D. EVENO, médecin, Saint Herblain
Dr S. FERREOL, médecin, Nantes
M N. FOUCHER, assistant social, Nantes
Mme M. GAVELLE, cadre de santé, Saint-Herblain

Dr I. GUITTON, médecin, Saint-Nazaire
M D. HAMON, kinésithérapeute, Saint-Nazaire
M G. JEHENNE, responsable qualité, La Turballe
Melle A. KELLER, responsable qualité, Guérande
M R. KLEIN, responsable qualité, Nantes
Mme E. LASSERON, cadre de santé, Guérande
Mme C. LEGAL, cadre de santé, Nantes
Dr Y. LEQUEUX, médecin, Pornic
Mme I. MAHE-GALISSON, responsable qualité, animatrice réseau Qualité 44, Nantes
Melle V. MARX, responsable qualité,
Mme M. MORIOT, cadre de santé, Clisson
Dr F. MOUTET, médecin, La Turballe
Mme S. PERGELINE, responsable qualité, Pornic
Mme T. POUJHON, cadre de santé, Pornichet
M G.RINCE, kinésithérapeute, Nantes
Dr E. TERZIDIS, médecin, Nantes
Dr S. VALLIER, médecin, Le Loroux Bottereau

La méthodologie de construction de la grille employée est dérivée de la méthode *Delphi*, de la *Nominal Group Technique* et de la *Rand Appropriateness Method.*
Lors d'une première réunion, les experts ont énuméré pêle-mêle les critères qui, selon eux, rendaient pertinentes les journées d'hospitalisation en SSR. Ces critères ont ensuite été triés par catégories. Ainsi, une centaine de critères ont été énoncés lors de cette première réunion.
Une première cotation (par courrier ou par mail) de l'ensemble des propositions a ensuite été réalisée par les experts. Pour cela, en regard de chaque proposition, était placée une échelle graduée de 1 à 9 :

- La graduation 1 signifiait que le critère ne rendait pas du tout pertinente la journée d'hospitalisation,
- La graduation 9 signifiait que le critère rendait la journée très pertinente,
- Les graduations 2 à 8 traduisaient toutes les situations intermédiaires.

L'analyse et la synthèse des résultats a été réalisée par le comité d'organisation (réseau Qualité 44). Pour chaque proposition, 3 résultats étaient possibles :

- La médiane des réponses était ≥ 7 et il n'existait pas de désaccord entre les experts. Dans ce cas, le critère était accepté.
- La médiane des réponses était ≤3 et il n'existait pas de désaccord entre les experts. Dans ce cas, le critère était refusé.
- La médiane des réponses était comprise entre 3 et 7 ou il existait un désaccord entre les experts. Dans ce cas, le critère était discuté lors d'une réunion réunissant le groupe de travail et le comité d'organisation (critères incertains).

Les résultats de la première cotation ont été présentés et discutés au cours d'une deuxième réunion au cours de laquelle chaque experts avait connaissance du résultat de sa cotation par rapport à l'ensemble du groupe (médiane).
Lors de cette réunion un ensemble de nouveaux critères issus d'une analyse de la littérature a été présenté.

Une seconde cotation (par courrier ou par mail) a été réalisée pour tous les critères issus de la littérature ainsi que pour ceux qui posaient encore problème après la discussion.
L'analyse et la synthèse de cette seconde cotation a été réalisée de la même manière que la première.
Une troisième réunion a ensuite permis de discuter les critères incertains. Lors de cette réunion, les critères pour lesquels il persistait un désaccord ont été abandonnés.
Seize critères ont fait consensus à l'issue des réunions de travail.
Ensuite deux réunions supplémentaires ont eu lieu pour la rédaction du cahier des charges de chaque critère (définition, critères d'inclusion, critères d'exclusion, mode de recueil).

Au total, une réunion a eu lieu pour présenter le projet et 5 pour l'élaboration de la grille.

La grille élaborée par les experts ne concerne que les critères de pertinence des **journées d'hospitalisation**. La recherche des causes de non pertinence se déroulera dans un deuxième temps.
De même, la grille concernant les admissions en SSR n'a pas été élaborée.

3. DESCRIPTION DE L'OUTIL

3.1. Notion de pertinence

La notion de pertinence telle qu'elle est utilisée dans cet outil est une évaluation de processus de prise en charge définie du seul point de vue des professionnels de santé. Elle est purement technique et ne prend pas en compte le point de vue de l'usager. Le jugement de valeur sur lequel elle s'appuie est celui de la pertinence technique et de la qualité du soin rendu au malade.

Il est nécessaire de faire une distinction entre une **hospitalisation pertinente** et une **hospitalisation justifiée**.
Une hospitalisation est pertinente lorsque la journée d'hospitalisation répond aux critères explicites de la grille.
Un deuxième cas est celui où le patient hospitalisé peut recevoir des soins d'un niveau moins technique ou des soins ambulatoires mais pour lesquels les structures qui permettraient de répondre à ses besoins n'existent pas à un moment donné. Elles peuvent être simplement indisponibles ou inexistantes dans le système de soins, posant alors des problèmes d'organisation ou de planification. Dans ce cas, l'hospitalisation n'est pas pertinente mais la décision des professionnels est adaptée à l'environnement du système de soins et donc l'hospitalisation est justifiée : exemple d'un patient hospitalisé et recevant des soins éducationnels qu'il ne peut recevoir ailleurs faute de structure existante.
Un autre cas est celui où le patient est hospitalisé pour recevoir des soins qui pourraient être délivrés à qualité égale ou supérieure dans un contexte moins

coûteux ou en ambulatoire. Mais la possibilité de soins extra-hospitaliers n'a pas été utilisée du fait d'une décision inadéquate des professionnels de santé ou d'un défaut de l'organisation hospitalière. Dans ce cas, l'utilisation hospitalière est non pertinente et non justifiée. Elle pose le problème d'améliorer la prise de décision ou l'organisation des soins pour mieux faire coïncider les besoins du patient et les structures existantes de prise en charge.

3.2. Comment évaluer la pertinence d'une journée d'hospitalisation ?

Cet outil permet d'évaluer la pertinence d'une journée d'hospitalisation s'appuyant sur une grille comportant des critères objectifs indépendants du diagnostic.

Il s'applique aux services de Soins de Suite et de Réadaptation, qu'ils soient polyvalents ou spécialisés et concerne aussi bien les adultes que la pédiatrie.
Il n'est pas utilisable dans les services de court séjour ou les Soins de Longue Durée.
Il est applicable aux hospitalisations complètes (traditionnelles) et non aux hospitalisations de jour.

La grille comprend 16 critères : certains critères portent sur les soins médicaux et paramédicaux prodigués et d'autres sur l'état clinique du patient.

Lors de l'évaluation des journées d'hospitalisation, la réponse **oui** à l'un des critères explicites de la grille indique que la journée d'hospitalisation est techniquement pertinente, autrement dit, elle est expliquée soit par la fourniture de prestations médicales soit par l'état clinique du patient.

L'expert peut tout de même déclarer une journée pertinente même s'il n'a coché aucun critère, grâce à « l'avis d'expert ». Il doit alors renseigner précisément les raisons de son choix.

Dans tous les cas, il est fortement conseillé de remplir cette grille de pertinence à l'aide du guide d'utilisation fourni.

4. METHODOLOGIE GENERALE D'UTILISATION DE L'OUTIL

4.1. Champ d'application

Cette grille peut être utilisée aussi bien dans une unité médicale que pour l'ensemble d'un pôle, voire d'un établissement entier.

4.2. Critères d'inclusion

Une fois définis les services ou unités impliqués, il est nécessaire de délimiter avec précision la population à étudier. Il peut s'agir de tous les patients présents le jour de l'étude dans l'unité clinique ou un patient sur deux ou sur trois sélectionnés par tirage au sort.

La journée d'hospitalisation est définie comme l'intervalle de temps compris entre 0 h et 23 h 59.

4.3. Critères d'exclusion

Les journées d'hospitalisation de jour sont exclues.

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

- Les exclure,
- Les inclure mais dans ce cas ils doivent être analysés séparément.

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

4.4. Type d'étude

Il est recommandé de travailler en coupe transversale un jour donné ou sur plusieurs

jours de suite.

Le choix du jour est important car il peut y avoir des différences de résultats suivant

le jour enquêté. Il est donc impératif de tirer au sort le jour de l'étude.

La méthode rétrospective rencontre des difficultés liées à la qualité des dossiers médicaux et à la difficulté d'y trouver des informations fiables.
Une enquête prospective peut également être réalisée si l'objectif est de connaître pour un même patient le nombre de journées non pertinentes sur l'ensemble du séjour. Dans ce cas, il faut revenir tous les jours dans la même unité jusqu'à la sortie définitive des patients inclus dans l'étude.

4.5. Mode de recueil des données

Il est recommandé que deux professionnels (médecine et cadre de santé, par exemple) remplissent la grille, en présence d'un médecin ou du cadre de santé du

service. Il est important que l'enquêteur soit formé et se soit entraîné à l'utilisation de la grille.

Les enquêteurs peuvent appartenir ou non au service enquêté :

- Si c'est le cas, on peut espérer un recueil plus rapide des informations, un avis d'expert plus facilement interprété et une meilleure appropriation des résultats ; d'un autre côté il est moins facile de prendre de la distance avec sa pratique et de garder une certaine objectivité,
- Si ce n'est pas le cas, on peut compter sur une plus grande objectivité, une plus grande homogénéité dans le recueil des données si le nombre d'enquêteurs est limité ; le risque étant une moins bonne appropriation de la démarche par les professionnels du service et qu'elle soit vécue comme une démarche de contrôle. Pour remplir l'avis d'expert, si nécessaire, l'enquêteur fera appel au médecin du service ou au cadre de santé.

4.6. Période de l'évaluation

Il faut éviter les périodes de vacances où le personnel est en effectif réduit.

5. GUIDE D'UTILISATION DES CRITERES DE PERTINENCE DES JOURNEES D'HOSPITALISATION EN SSR

5.1. Surveillance sous scope

Ce critère concerne tous les patients qui sont sous monitoring cardiaque continu ou discontinu.
Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient, une prescription médicale de monitoring cardiaque continu ou discontinu **valable le jour de l'étude.**
Ce critère ne prend pas en compte les patients qui ont leurs signes vitaux surveillés toutes les 4 heures.

5.2. Soins de pansements complexes

Ce critère concerne les soins de pansements dans le cadre du traitement des escarres, des plaies chirurgicales ainsi que des brûlures.
Pour cocher ce critère, les conditions suivantes devront être remplies le jour de l'étude:
Il s'agit de pansement complexes :

- Ayant une durée de réalisation supérieure à 30 minutes par jour

Dans certains cas, lors de la réalisation de pansements utilisant des techniques ou un matériel spécifique (Vacuum Assited Closed, Kalinox®, Matelas de support,…), la journée pourra être considérée comme pertinente.

5.3. Surveillance paramédicale rapprochée sur prescription médicale

Ce critère concerne la surveillance rapprochée, sur prescription médicale, au moins 3 fois par 24 heures, qu'elle soit médicale ou paramédicale (infirmière, kinésithérapeute,…).
La surveillance inclut :

- Les constantes instables pouvant nécessiter un ajustement thérapeutique : TA, pouls, température, saturation en oxygène, glycémie capillaire, état de conscience, fréquence respiratoire, …

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient :

- 3 relevés de la constante surveillée dans les dernières 24 heures
- ET une prescription médicale de surveillance rapprochée (cf. ci-dessus) au moins 3 fois par jour valable le jour de l'étude

Ce critère ne devra pas être coché si la surveillance concerne 3 relevés de constantes différentes.

5.4. Surveillance d'un traitement médicamenteux sous supervision médicale directe

Ce critère concerne tout traitement nécessitant des contrôles quotidiens de doses ou des ajustements pluri-hebdomadaires de doses sous supervision médicale directe .
Ce critère inclut :

- L'initialisation d'un traitement morphinique
- Les chimiothérapies
- L'assistance respiratoire (aérosol et oxygénothérapie)
- La transfusion
- …

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient une prescription médicale de modification de dose de ce traitement ou une trace écrite de surveillance de ce traitement le jour de l'étude.

5.5. Bilan diagnostique en cours

Ce critère concerne tout type de bilan (biologie, imagerie,…) inclus dans une démarche diagnostique en vue de définir une stratégie thérapeutique, **dans le cadre d'une situation clinique instable, évolutive ou à risque**.

Ce critère ne prend pas en compte :

- Les examens biologiques ou d'imagerie de routine ou de surveillance d'un traitement
- Les examens biologiques ou d'imagerie qui auraient du être prescrit auparavant

5.6. Soins techniques infirmiers

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient une trace écrite de la réalisation, le jour de l'étude, d'un des actes infirmiers suivants :

- Pose et changement de sonde d'alimentation gastrique
- Aspirations pluriquotidiennes des secrétions d'un patient qu'il soit ou non trachéotomisé dans le cadre d'une pathologie récente
- Pose et surveillance de perfusions
- Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie
- Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal
- Soins et surveillance d'un patient trachéotomisé
- Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitorage, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils
- Saignées
- Ablation de cathéters centraux et intrathécaux
- Pose de dispositifs d'immobilisation
- Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention
- Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs
- Surveillance après retrait d'une sonde vésicale (recherche de résidu post-mictionnel,…)

5.7. Nutrition entérale provisoire ou en cours d'adaptation

Ce critère concerne la nutrition entérale quelle qu'elle soit : nasogastrique, nasojéjunale, gastrostomie, jéjunostomie.

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient :

- Une prescription médicale de nutrition entérale valable le jour de l'étude

- ET une trace écrite d'un acte infirmier le jour de l'étude qui peut être soit de surveillance soit thérapeutique en rapport avec cette nutrition

5.8. Acte invasif médical ce jour

Ce critère comprend tout acte invasif **réalisé par un médecin** le jour de l'étude :

- Infiltrations quelles qu'elles soient
- Ponctions quelles qu'elles soient
- Remplissage de pompe intrathécale
- Sondage urinaire
- Cathétérisme sus-pubien
- Tout acte réalisé par un chirurgien sur site

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient, une prescription médicale de l'acte pour le jour de l'étude ou une trace écrite de réalisation de l'acte le jour de l'étude.

5.9. Bilan et/ou prise en charge coordonnée ce jour par au moins 2 professionnels de la réadaptation

Ce critère comprend le bilan et la prise en charge par 2 professionnels de la

réadaptation physique parmi cette liste :

- Animateur (rice)
- Assistant (e) de service social
- Conseiller (e) en économie sociale et familiale
- Diététicien (ne)
- Documentaliste
- Educateur (rice) de jeunes enfants
- Educateur (rice) spécialisé (e)
- Educateur (rice) sportif (ve)
- Enseignant (e) [Enseignant (e) général (e), prof., techno. EPS]
- Ergonome
- Ergothérapeute
- Instituteur (rice) spécialisé (e) C.A.E.I.
- Manipulateur d'électro-radiologie
- Masseur-kinésithérapeute
- Médecin (ou médecin en formation) spécialisé en rééducation fonctionnelle
- Moniteur (rice) auto-école

- Moniteur (rice) d'atelier
- Moniteur éducateur, moniteur d'enfants et adolescents
- Neuropsycho-rééducateur (rice)
- Orthophoniste
- Orthoprothésiste
- Orthoptiste
- Pédicure-podologue
- Podo-orthésiste
- Psychologue
- Psychomotricien (ne)
- Psychotechnicien

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient :
- Une prescription médicale d'au moins 2 interventions de réadaptation le jour de l'étude (réalisées par 2 intervenants de professions différentes)
- ET une trace écrite des actes de réadaptation réalisés
- ET une synthèse avec trace écrite en rapport avec le dossier du patient datant de moins d'une semaine

5.10. Programme de prise en charge spécifique

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient :
- Un programme thérapeutique ou un protocole de prise en charge défini mentionnant des objectifs de soins précis le jour de l'étude

Ce critère concerne par exemple les programmes d'éducation thérapeutique, des addictions, la prise en charge d'une suspicion de maltraitance ou négligence, …

5.11. Soins palliatifs

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient une trace écrite indiquant que le patient reçoit des soins palliatifs.

Les soins palliatifs devront répondre à la définition suivante (Haute Autorité de Santé) : « Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée. Les soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables et se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est

considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, ainsi qu'à leur famille et à leurs proches. Des bénévoles, formés à l'accompagnement et appartenant à des associations qui les sélectionnent peuvent compléter, avec l'accord du malade ou de ses proches, l'action des équipes soignantes ».

5.12.Patient douloureux

Ce critère concerne aussi bien les douleurs aiguës que les douleurs chroniques.
Pour cocher ce critère, la douleur devra :

- Faire l'objet d'une surveillance et d'une évaluation pluriquotidienne (EVA, Doloplus2, ECPA, échelle verbale, …), tracée dans le dossier du patient
- ET faire l'objet d'un ajustement thérapeutique (médicamenteux ou non) mentionné dans le dossier du patient le jour de l'étude
- ET retentissant sur l'autonomie du patient

5.13.Bilan en cours d'une perte d'autonomie récente ou non stabilisée

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient une ou plusieurs évaluations de la dépendance du patient par une grille de dépendance validée montrant l'existence d'une perte d'autonomie récente ou non stabilisée.

A défaut, la grille de dépendance du PMSI-SSR pourra être utilisée.
Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra alors retrouver dans le dernier Résumé Hebdomadaire Standardisé du patient :

- Un score de dépendance > 12
- ET associé à une histoire de la maladie récente

5.14.Bilan et prise en charge d'une dénutrition sévère

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient une évaluation récente de l'état nutritionnel montrant l'existence d'au moins un des critères suivants :

Patient de moins de 70 ans :

- Perte de poids > 15% en 6 mois ou > 10% en 1 mois
- ET/OU Index de Masse Corporelle < 16 Kg/m^2
- ET/OU Albuminémie < 20 g/L
- ET/OU Pré-Albumine < 50 g/L

Patient de plus de 70 ans :

- Perte de poids > 15% en 6 mois ou > 10% en 1 mois

- ET/OU Albuminémie < 25 g/L
- ET/OU Pré-albuminémie < 50 g/L

5.15. Pathologie intercurrente récente

Ce critère concerne toute pathologie aiguë ou subaiguë, évolutive ou non stabilisée, ayant débuté lors de l'hospitalisation.

5.16. Séjour de répit programmé dont la durée est limitée et définie dans le temps

Pour cocher ce critère, il faut :

- Que la mission d'accueil temporaire soit mentionnée dans le projet de service ou le projet d'établissement ou qu'il existe une contractualisation avec la tutelle de lits d'accueil temporaire
- ET que le séjour soit programmé
- ET que la durée soit définie dans le temps : date de sortie prévue et mentionnée par écrit dans le dossier du patient

Ce critère ne peut être coché :

- En cas d'hébergement temporaire payant

Si un critère est coché, ne pas répondre aux questions suivantes !

6. GUIDE D'UTILISATION DES QUESTIONS LORSQUE LE PATIENT NE REPOND A AUCUN CRITERE DE LA GRILLE DES JOURNEES D'HOSPITALISATION

6.1. Question A

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

Si la réponse est « **non** » : le questionnaire continue avec les questions B, C, D, E.

6.2. Question B

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

La réponse « **aucun** » est possible, notamment si le patient est en attente de structure.

Exemples : avis diagnostique, séances de rééducation, soutien psychologique, aide sociale,…

6.3. Question C

Il s'agit de repérer le soin ou le service qui explique le plus la présence du patient à l'hôpital : il s'agit de dégager une priorité.

Il s'agit d'une des réponses de la question B.

Si le patient est en attente, il faut répondre « **aucun** ».

Si les services ou soins reçus hier n'expliquent pas par eux-mêmes la journée d'hospitalisation, il faut répondre « **aucun** » également.

6.4. Question D

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

Il peut s'agir du domicile, d'une structure d'hébergement ou bien de l'hôpital. Il faudra préciser le niveau de l'aide et/ou de la médicalisation de la structure.

6.5. Question E

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

Exemples :

- Raisons liées au patient ou à sa famille
- Attente d'un avis collégial
- Attente d'un avis diagnostique ou thérapeutique

ANNEXE 9

Questionnaire de recueil des données

« Revue de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR »
Grille de recueil

Etablissement : _
Service : _ Grille n° : I__I__I I__I__I

Date de l'évaluation : I__I__I / I__I__I / I__I__I__I__I

Nom de l'évaluateur: _
Fonction de l'évaluateur : ☐ Médecin

☐ Cadre de santé

1. Données concernant le patient :

Nom (3 premières lettres) : I__I__I__I Date de naissance : I__I__I / I__I__I / I__I__I__I__I
Prénom (3 premières lettres) : I__I__I__I Sexe : M F

Date d'entrée dans le service : I__I__I / I__I__I / I__I__I__I__I

Code postal de résidence : I__I__I__I__I__I

Score de gravité de Mac Cabe :
☐ 0 (pas de maladie ou maladie non fatale)
☐ 1 (maladie fatale dans les 5 ans)
☐ 2 (maladie rapidement fatale, dans l'année)
☐ 9 (donnée non disponible)

Autonomie du patient (indice de Katz : échelle de dépendance PMSI) : (cocher les cases correspondantes)

	Indépendance complète ou modifiée	Supervision ou arrangement	Assistance partielle	Assistance totale
Habillage				
Déplacements				
Alimentation				
Continence				

Ou score de dépendance PMSI si datant de moins de 8 jours : I__I__I / 16

Fonctions supérieures :

MMS (si disponible) : _ _ / 30
Comportement/cohérence/communication : ☐ adapté ☐ partiellement adapté ☐ inadapté

Lieu de vie précédent :
☐ domicile sans aides ☐ domicile avec aides
☐ institution ☐ sans domicile fixe
☐ autre : .....

Patient vivant seul (si à domicile) : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Entourage proche disponible : ☐ oui ☐ non ☐ ne sait pas

Date de première démarche sociale (si disponible) : I__I__I / I__I__I / I__I__I__I__I

2. Evaluation de la pertinence des journées d'hospitalisation

1	Surveillance sous scope	☐
2	Soins de pansements complexes	☐
3	Surveillance paramédicale rapprochée sur prescription médicale	☐
4	Surveillance d'un traitement médicamenteux sous supervision médicale directe	☐
5	Bilan diagnostique en cours	☐
6	Soins techniques infirmiers	☐
7	Nutrition entérale provisoire ou en cours d'adaptation	☐
8	Acte invasif médical ce jour	☐
9	Bilan et/ou prise en charge coordonnée ce jour par au moins 2 professionnels de la réadaptation	☐
10	Programme de prise en charge spécifique	☐
11	Soins palliatifs	☐
12	Patient douloureux	☐
13	Bilan en cours d'une perte d'autonomie récente ou non stabilisée	☐
14	Bilan et prise en charge d'une dénutrition sévère	☐
15	Pathologie intercurrente récente	☐
16	Séjour de répit programmé dont la durée est limitée et définie dans le temps	☐

Question A. Si la journée d'hospitalisation ne répond à aucun des critères de la grille (aucun critère coché) :

Le patient nécessitait absolument d'être hospitalisé le jour précédent du fait :
➢ De son état clinique ➢ Des soins qu'il reçoit et ne pourrait recevoir ailleurs ➢ D'une procédure médicale ou chirurgicale qui nécessite son hospitalisation Malgré l'absence de critères explicites de la grille, l'expert juge que le patient devait avoir recours à l'hôpital en termes de plateau technique (procédure, surveillance, possibilité d'intervenir 24 h/24).
OUI ❑
NON ❑

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

_____
_____
_____
_____

____
____

3. **<u>Recherche des causes de non pertinence (absence de critère coché et réponse « non » à la question A)</u>**

<u>Question B</u>. Quels sont les principaux soins ou services que le patient recevait à l'hôpital hier ? (Plusieurs réponses possibles)

- _
- _
- _
- _
- _

<u>Question C</u>. Parmi les services ou les soins rendus au patient pendant la journée étudiée, y en a-t-il un responsable de sa présence à l'hôpital ? (Le patient n'est pas sorti car il avait besoin de ce soin ou de ce service spécifique)
(une seule réponse possible)

- _

<u>Question D</u>. Quel lieu d'hébergement était le mieux adapté pour le patient le jour de l'étude, compte-tenu de son état de santé, de sa situation socio-économique et familiale ?
(Une seule réponse possible)

- _

<u>Question E</u>. Quelle est la raison principale expliquant la journée d'hospitalisation ?
(Une seule réponse possible)

- _

Date de sortie médicalement possible (si disponible) : I__I__I / I__I__I / I__I__I__I__I

ANNEXE 10

Protocole du test de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR

INTRODUCTION

Dans la dynamique actuelle d'une politique d'amélioration de la qualité des soins délivrés aux usagers, plusieurs méthodes ont été développées afin d'évaluer celle-ci. Parmi elles, la revue de pertinence a connu un franc succès auprès des équipes hospitalières des services de médecine et de chirurgie.

En effet, cette méthode, développée aux Etats-Unis et validée en France dans les années 1990, permet l'évaluation de la pertinence des admissions ainsi que des journées d'hospitalisation dans les services de MC (Médecine – Chirurgie). Elle permet également d'analyser les causes de non pertinence, qu'elles soient structurelles, organisationnelles, humaines médicales ou humaines liées au patient ou à sa famille, afin de mettre en place des actions d'amélioration de la qualité.
En France, plusieurs études ont été réalisées sur ce sujet et retrouvent des taux de non pertinence des journées d'hospitalisations entre 7 et 54% selon les services (30-33). Parmi les causes de non pertinence retrouvées, la principale était l'attente d'une structure de moyen séjour d'aval.

Cependant, aucun outil n'a été développé en langue française pour la réalisation de revue de pertinence dans les services autres que ceux de court séjour.
C'est pourquoi, dans le cadre du réseau Qualité en Santé 44, un projet de mise en place d'une revue de pertinence des journées d'hospitalisation en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) a vu le jour. Un comité d'organisation ainsi qu'un groupe de travail, composé d'experts des disciplines concernées, ont été mis en place. Selon une méthodologie dérivée du consensus formalisé d'experts développé par la Haute Autorité de Santé, une grille de 16 critères de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR a ainsi été créée.

L'AEPf (Appropriateness Evaluation Protocol dans sa version française) est la grille qui fait référence pour la réalisation des revues de pertinence en MC en France. La partie évaluant la pertinence des journées d'hospitalisation a été validée par Robain en 1999. La validation des critères de pertinence a été réalisée sur un échantillon de 502 journées d'hospitalisation issues de services médicaux et chirurgicaux. La méthodologie de validation de la grille se décomposait en 2 parties : une analysant la reproductibilité de la grille, l'autre sa validité externe. La reproductibilité des conclusions obtenues à partie des critères de l'AEPf a été étudiée par la mesure de la concordance entre deux évaluations recueillies de manière indépendante par deux professionnels du service. Les conclusions de l'AEPf ont ensuite été comparées à un critère concurrent défini à partir de jugements d'experts portés indépendamment par deux médecins statuant sur le caractère « absolument nécessaire » de la journée d'hospitalisation étudiée. Les résultats obtenus témoignent d'une bonne reproductibilité de l'outil avec un coefficient de kappa de 0,81. La concordance entre les conclusions de l'AEPf et les jugements obtenus par des experts médicaux était élevée suggérant une bonne validité externe contre critère concurrent de l'AEPf (coefficient kappa = 0,61). Ces résultats sont en accord avec les différentes études internationales validant leur version de cette grille (18, 63, 72).

L'objectif principal de notre étude est d'évaluer la reproductibilité de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR. Nous évaluerons également sa validité externe en comparant les conclusions obtenues avec la grille à un jugement d'experts indépendants.

OBJECTIFS

Principal

- Evaluer la fiabilité de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR

Secondaires

- Evaluer la validité externe de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR
- Evaluer la pertinence des journées d'hospitalisation en SSR dans les établissements participant au projet
- Analyser les facteurs prédictifs de non pertinence des journées d'hospitalisation en SSR dans les établissements participant au projet
- Identifier les différentes causes possibles de non pertinence des journées d'hospitalisation en SSR dans les établissements participant au projet

MATERIEL ET METHODES

Champ d'application

Il s'agit d'étudier les journées d'hospitalisation des patients hospitalisés en hospitalisation complète (traditionnelle) dans les établissements ou services de SSR des experts participant au projet.

Cadre de l'étude

L'étude se déroulera dans les services de soins de suite ou de rééducation fonctionnelle des établissements de SSR du département de Loire Atlantique dans lesquels les experts ayant participé au projet ont une activité professionnelle.

Il s'agit des 18 services ou établissements suivants :

- Service de soins de suite, Centre Hospitalier-Universitaire, site de Bellier, Nantes
- Service de soins de suite, Centre Hospitalo-Universitaire de Nantes
- Service de soins de suite, Hôpital local de Clisson
- Service de soins de suite, Hôpital local Loire et Sillon, Savenay
- Centre de rééducation fonctionnelle pédiatrique ESEAN, Nantes
- Service de soins de suite, Pôle Hospitalier Mutualiste de Saint-Nazaire
- Service de rééducation fonctionnelle, Centre Hospitalier Saint-Nazaire
- Service de soins de suite, Centre Hospitalier Maubreuil, Carquefou
- Service de rééducation fonctionnelle, Centre Hospitalier Maubreuil, Carquefou
- Centre de rééducation fonctionnelle La Tourmaline, Saint Herblain
- Service de soins de suite, Le Bois Rignoux, Vigneux
- Centre de rééducation fonctionnelle Pen-Bron, La Turballe
- Service de soins de suite, Hôpital intercommunal Sèvre et Loire, site du Loroux Bottereau
- Service de soins de suite, Hôpital intercommunal Sèvre et Loire, site de Vertou
- Service de soins de suite, Hôpital intercommunal du Pays de Retz, site de Pornic
- Service de soins de suite, Hôpital intercommunal du Pays de Retz, site de Paimboeuf
- Service de soins de suite, Hôpital intercommunal Guérande-Le Croisic
- Etablissement de soins de suite de Roz Arvor, Nantes

Au total, il y a 13 établissements de soins de suite, 4 établissements ou services de rééducation fonctionnelle adulte et un établissement de rééducation fonctionnelle pédiatrique.

	Ville	Etablissement	Type de prise en charge	Nombre de lits installés
1	Carquefou	Maubreuil	SS	38
2	Carquefou	Maubreuil	MPR	59
3	Clisson	Hôpital local	SS	40
4	Guérande	Hôpital inter- communal	SS	40
5	La Turballe	Pen-Bron	MPR	114
6	Le Loroux Bottereau	Hôpital intercommunal Sèvre et Loire	SS	52
7	Nantes	CHU	Réadaptation gériatrique	30
8		CHU - site de Bellier	SS gériatrique	64
9		ESEAN	MPR pédiatrie	27
10		Roz Arvor	SS	80
11	Pornic	Hôpital du Pays de Retz	SS	30
12	Paimboeuf	Hôpital du Pays de Retz	SS	16
13	Saint Herblain	La Tourmaline	MPR	30
14	Saint Nazaire	Centre hospitalier	MPR	20
15		Pôle hospitalier mutualiste	SS	80
16	Savenay	Hôpital local Loire et Sillon	SS	21
17	Vertou	Hôpital intercommunal Sèvre et Loire	SS	45
18	Vigneux	Le Bois Rignoux	SS	100

Au total, il y a 886 lits de SSR : 636 lits installés de soins de suite, 223 lits de MPR adultes et 27 de MPR pédiatrique.

Type d'étude

Il s'agit de réaliser une coupe transversale un jour donné.

Population et sélection des patients

Le nombre de sujets nécessaire afin de répondre à l'objectif principal a été estimé à 500 pour obtenir un coefficient Kappa de 0,70 avec une précision de ± 0,05.

La sélection des patients se fera de la manière suivante :

- Lorsque le service ou l'établissement aura une capacité en lits inférieure à 30 lits, tous les patients seront inclus dans l'étude,
- Si la capacité en lits est supérieure à 30 lits, le nombre de patients à inclure sera de 30 par établissement ou service. Le recrutement des patients se fera alors par tirage au sort.

Les patients à inclure sont ceux présents dans le service la veille de l'étude entre 0 h et 23 h 59.

Les patients présents en hospitalisation de jour (ou hospitalisation à temps partiel) sont à exclure de l'étude.
Pour les cas particuliers des patients qui entrent ou sortent la veille du jour de l'étude, dans la mesure où le temps de présence est inférieur à 24 heures, ils seront exclus de l'étude.

Période de l'étude

Il s'agit de réaliser l'étude un jour donné par établissement. La période de l'étude s'étalera donc du 2 au 28 avril 2007. Vu le nombre important d'établissements et la difficulté de mettre en place un calendrier acceptable par tous, le jour de l'étude ne pourra être tiré au sort. Cependant, il est préférable de réaliser l'étude en milieu de semaine (mardi, mercredi, jeudi ou vendredi).

La journée d'hospitalisation est définie comme l'intervalle de temps compris entre 0 h et 23 h 59. La journée à prendre en compte pour l'étude est celle précédant le jour de réalisation du test.

Le calendrier de réalisation de l'étude par établissement est le suivant :

Etablissement ou service	**Date de l'étude**
Service de soins de suite, Centre Hospitalier Bellier, Nantes	4 mai 2007 (AM)
Service de soins de suite, Centre Hospitalo-Universitaire de Nantes	11 avril 2007 (matin)
Service de soins de suite, Hôpital local de Clisson	
Service de soins de suite, Hôpital local Loire et Sillon, Savenay	11 avril 2007 (AM)
Centre de rééducation fonctionnelle pédiatrique ESEAN, Nantes	25 avril 2007 (matin)
Service de soins de suite, Pôle Hospitalier Mutualiste de Saint-Nazaire, site de Saint- Nazaire	3 mai 2007 (matin)
Service de soins de suite, Pôle Hospitalier Mutualiste de Saint-Nazaire	3 mai 2007 (AM)
Service de rééducation fonctionnelle, Centre Hospitalier Saint-Nazaire	27 avril 2007 (matin)
Service de soins de suite, Centre Hospitalier Maubreuil, Carquefou	4 mai 2007 (matin)
Service de rééducation fonctionnelle, Centre Hospitalier Maubreuil, Carquefou	26 avril 2007 (matin)

Centre de rééducation fonctionnelle La Tourmaline, Saint Herblain	25 avril 2007
Service de soins de suite, Le Bois Rignoux, Vigneux	5 avril 2007 (matin)
Centre de rééducation fonctionnelle Pen-Bron, La Turballe	
Service de soins de suite, Hôpital intercommunal Sèvre et Loire, site du Loroux Bottereau	27 avril 2007
Service de soins de suite, Hôpital intercommunal Sèvre et Loire, site de Vertou	26 avril 2007 (AM)
Service de soins de suite, Hôpital intercommunal du Pays de Retz, site de Pornic	24 avril 2007 (matin)
Service de soins de suite, Hôpital intercommunal du Pays de Retz, site de Paimboeuf	17 avril 2007 (AM)
Service de soins de suite, Hôpital intercommunal Guérande	18 avril 2007 (matin)
Etablissement de soins de suite de Roz Arvor, Nantes	24 avril 2007

Modalités de recueil des données

Présentation de l'outil

Il s'agit d'un questionnaire décomposé en 3 parties :

Une grille de pertinence (2ème partie) réalisée par les experts de décembre 2006 à février 2007. Elle se décompose en 16 critères explicites indépendants du diagnostic qui peuvent se rapporter soit à des critères médicaux, médico-techniques ou à l'état général du patient. Pour juger la journée d'hospitalisation pertinente, un seul critère doit être coché. Si toutefois, l'expert ne coche aucun critère mais juge la journée d'hospitalisation pertinente, il peut faire appel à l'avis d'expert en expliquant les raisons de son choix (partie réservée à cet effet à la fin de la grille).

Cependant, pour les besoins de l'étude, tous les critères présents pour chacun des patients devront être cochés afin d'évaluer la fréquence des différents critères présents.

Des données socio-démographiques (1re partie) seront également recueillies afin de mettre en évidence des éventuelles associations entre la non pertinence des journées d'hospitalisation et celles-ci. Il s'agit de :

- L'age
- Le sexe
- Le code postal de résidence
- La durée de séjour en SSR avant la date de l'étude
- Le type de pris en charge (MPR ou SS)
- Le nom du service ou de l'établissement

- L'autonomie du patient
- Les fonctions supérieures
- La date de la première demande sociale
- La date de la sortie médicalement possible (jugée par un expert)

Par ailleurs, nous recueillerons le jour de l'étude :
- Le pourcentage d'occupation du service

Enfin, si la journée est jugée non pertinente (3ème partie), il faudra :
- Analyser les besoins des patients
- Identifier le lieu d'hébergement le mieux adapté
- Et rechercher la cause principale de la présence du patient le jour de l'étude

La grille de pertinence (2ème partie du questionnaire) a été testée durant la première semaine du mois de mars.

Une réunion de formation des professionnels et de présentation du protocole est prévue le 26 mars 2007.

Description du déroulement de l'étude

- Etude de la fiabilité inter-juges (reproductibilité)

Un enquêteur externe se rendra dans chaque service ou établissement en fonction du planning préétabli. Il aura en sa possession les exemplaires des questionnaires en nombre suffisant en fonction du nombre de patients à voir et un exemplaire du guide de remplissage pour chaque professionnel.
Il se fera fournir la liste des patients pouvant être inclus dans l'étude par le cadre de santé du service (tous les patients présents la veille de l'étude de 0h à 23h59). Le tirage au sort, s'il y a lieu, sera réalisé par l'enquêteur externe le jour de l'étude (table des nombres au hasard).
Il est laissé à la charge du service d'informer le personnel, soignant ou non, des objectifs et des modalités de réalisation de l'étude (un document d'information papier sera fourni à cet effet).
Deux enquêteurs, professionnels de santé du service (un médecin et un cadre de santé de préférence), placés dans une pièce différente avec impossibilité de se parler, devront remplir le questionnaire de pertinence de manière indépendante et simultanée. Les enquêteurs rempliront ce questionnaire avec l'aide du guide de remplissage fourni (annexe 2). Chaque enquêteur devra évaluer la journée de tous les patients inclus. Les informations permettant de cocher un critère doivent être objectives et figurer sur l'une des pièces du dossier du patient. Il est cependant possible d'obtenir directement des informations auprès du personnel du service ou du patient (dans ce cas, celles-ci devront être vérifiées). Des informations peuvent également être obtenues dans le dossier électronique du patient (échelle de dépendance du PMSI par exemple).

L'enquêteur externe sera le garant de la bonne conduite de la méthodologie employée.

- Etude de la validité externe

Le critère concurrent utilisé pour cet objectif sera défini par le jugement de 2 experts du service.

L'évaluation de la validité externe se déroulera dans les services ou établissements qui pourront mettre à la disposition de l'étude un médecin et un cadre (ou une infirmière):

- connaissant les patients dont ils jugeront la journée d'hospitalisation,
- et ne connaissant pas la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR.

	Etablissement	Nombre de lits
1	Service de rééducation fonctionnelle, CH Maubreuil	59
2	Service de soins de suite, CH Maubreuil	38
3	CRF, La Tourmaline	30
4	Etablissement de soins de suite, Le Bois Rignoux	100
5	CHU, site de Saint Jacques	30
6	CHU, site de Bellier	64
7	Hôpital du Pays de Retz, site de Pornic	30
8	Roz Arvor	80

Ces experts jugeront, séparément, de manière subjective la pertinence de la journée (avec leurs propres critères implicites). Ils répondront à la question suivante posée par l'enquêteur externe : « Selon vous, la présence de ce patient, ce jour, est-elle absolument nécessaire ? ».

S'il existe un désaccord entre les experts, une discussion aura lieu afin d'obtenir un consensus.

Analyse statistique

Les données quantitatives seront décrites par la moyenne, la médiane, l'écart-type, le minimum, le maximum, le mode, les 1er et 3ème quartiles.
Les données qualitatives seront décrites par la fréquence.
Les variables qualitatives seront comparées par le test du CHI-2 lorsque les conditions d'application du test seront réunies, sinon le test exact de Fisher sera utilisé.
Les variables quantitatives seront comparées par le test t de Student si les conditions de réalisation du test sont réunies, sinon le test non paramétrique de Mann et Whitney sera utilisé.
L'unité statistique utilisée sera la journée d'hospitalisation.
La mesure de l'accord inter-juges sera réalisée à l'aide du test non paramétrique Kappa de Cohen. Les intervalles de confiance correspondant seront construits à

partir de l'estimation de la variance du coefficient Kappa. Nous adopterons la signification du coefficient de Kappa proposée par Landis et Koch :

Accord	**Kappa**
Excellent	0,81
Bon	0,80 – 0,61
Modéré	0,60 – 0,20
Mauvais	0,20 – 0,0
Très mauvais	< 0,0

La mesure de la validité externe sera réalisée à l'aide du test de Mac Nemar.
Une régression logistique sera réalisée pour étudier les relations entre la non pertinence des journées d'hospitalisation et les données concernant le patient.

Le masque de saisie sera réalisé à l'aide du logiciel Excel®. Les données seront analysées à l'aide du logiciel SPSS® (version 12.0).

Confidentialité

Les 3 premières lettres du nom et du prénom du patient seront recueillies ainsi que sa date de naissance et son sexe. Un numéro sera attribué à chaque patient. Pour assurer l'anonymat des patients, les données pouvant identifier le patient ne seront pas saisies sur le logiciel Excel®. Les questionnaires seront détruits après analyse des résultats.

Restitution des résultats

Les résultats seront restitués à tous les professionnels ayant participé au projet lors d'une réunion qui se tiendra dans le courant du mois de juin. Cette réunion aura lieu dans le cadre du réseau qualité en santé 44.

Calendrier de l'étude

- Mars 2007 : rédaction du protocole
- 26 mars 2007 : présentation du protocole et formation des enquêteurs
- Avril 2007 : Recueil des données
- Mai 2007 : saisie des données et analyse des résultats
- Juin : restitution des résultats aux professionnels de santé

CONCLUSION

L'outil développé et validé ici sera spécifique des activités de moyen séjour que ce soit les soins de suite ou la rééducation fonctionnelle. Cet outil est aussi bien applicable aux adultes qu'à la pédiatrie. Cependant, la validation de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation ne représente qu'une étape dans la construction d'une méthode d'amélioration de la qualité des soins. En effet, celle-ci devra déboucher sur la construction d'une grille d'analyse des causes de non pertinence des journées d'hospitalisation afin de pouvoir mettre en œuvre des actions d'amélioration. De même, il serait utile de poursuivre ce travail en s'intéressant à la pertinence des admissions dans les services de SSR.

ANNEXE 11

Compte-rendu de la réunion du 8 mars 2007

Réseau qualité santé 44	**COMPTE-RENDU DE REUNION**	**Rédacteur** : R. GUILÉ **Date rédaction** : 09/03/2007

Groupe de travail « revue de pertinence en Soins de Suite et de Réadaptation »

Objet : Réunion de retour d'expérience

Lieu : Hôpital Saint-Jacques, Nantes | **Date de la réunion :** 08 mars 2007

Participants :

Mme C. ALGLAVE, Cadre de santé, Hôpital intercommunal Sèvre et Loire, site du Loroux Bottereau
Mme C. ARURAULT, Cadre de santé, Centre Hospitalier Maubreuil
M. T. BOCHER, Médecin, Centre de soins de suite Le Bois Rignoux
Mme F. BOULET, Cadre de santé, Centre Hospitalier de Saint-Nazaire
Mme COBIGO-DAVID, Cadre de santé, Centre Hospitalier Bellier
Mme C. COUTURIER, Médecin, Centre Hospitalier Bellier
Melle S. DELROT, Qualiticienne, Hôpital local Loire et Sillon
Mme M. GAVELLE, Cadre de santé, Centre de rééducation fonctionnelle La Tourmaline
Mme I. GUITTON, Médecin, Pôle hospitalier mutualiste de Saint-Nazaire
Mme P. HOUSSIN, Qualiticienne, Centre Hospitalier de Maubreuil
M. G. JÉHENNE, Responsable qualité, Centre de rééducation fonctionnelle Pen-Bron
Mme E. LASSERON, Cadre de santé, Hôpital intercommunal Guérande-Le Croisic
Mme C. LE GAL, Cadre de santé, ESEAN
M. Y. LEQUEUX, Médecin, URML
Mme S. PERGELINE, Ingénieur qualité, Hôpital intercommunal du Pays de Retz
Mme TERZIDIS, Médecin, Etablissement de soins de suite Roz Arvor
Mme L. MORET, Médecin responsable de l'unité Qualité, Risques, Evaluation du Pôle d'Information Médicale, d'Evaluation et de Santé Publique au CHU de Nantes – Coordinatrice médicale du réseau Qualité Santé 44

M. R. GUILÉ, Interne de Santé Publique, CHU de Nantes

Diffusion : **Participants +**

Excusés : Mme P. BERNA, Mme C. CAHAREL, Mme S. COUTAULT, Mme G. DALLONGEVILLE, Mme F. DOS REIS, M. D. EVENO, Mme S. FERREOL, M. N. FOUCHER, M. D. HAMON, Mme I. MAHE-GALISSON, Melle V. MARX, Mme M. MORIOT, M. F. MOUTET, Mme T. POUJHON, M. G. RINCE.

Dates et lieux des prochaines réunions :

- Lundi 26 mars, 14H-17H, Salle C du PIMESP, Hôpital Saint-Jacques, Nantes

Introduction

Le Dr Leïla MORET et Romain GUILÉ rappellent le but de la réunion à savoir l'exposé des différentes remarques et critiques à propos de la première version de la grille et du guide d'utilisation après le premier test de la grille. Cette réunion devra déboucher sur une éventuelle nouvelle version de la grille et du guide pour la réalisation de la validation de la grille au mois d'avril.
Les critères sont discutés les uns après les autres après que les experts aient exposé leurs remarques générales sur le déroulement du test.

Modifications de la grille et du guide d'utilisation

Les experts rapportent le fait que globalement le test s'est bien déroulé dans leur établissement.

Un expert fait remarquer le fait qu'il n'existe aucun critère concernant l'angoisse du retour à domicile comme critère de pertinence. En fait, cette notion sera à intégrer dans la deuxième partie de la grille concernant les causes de non pertinence.

Plusieurs experts soulignent le fait qu'il est parfois difficile de retrouver une traçabilité écrite des actes réalisés dans le dossier du patient. Un expert fait remarquer que cet outil pourra servir dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles avec comme premier axe l'amélioration de la traçabilité des actes réalisés dans le dossier patient.

Certains experts soulignent le fait que parfois lorsque l'on trouve la journée pertinente a priori, il est difficile de trouver un critère à cocher et inversement. Cette fiabilité de la grille sera testée lors du test du mois d'avril.

Un expert estime qu'il faudra apporter une précision sur le terme 24 heures : lorsque l'on réalise une coupe transversale, faut-il considérer que l'on évalue la journée précédente ? (ceci est surtout vrai lorsque la coupe est faite dans l'après-midi et que les activités de soins de la journée ne sont pas toutes réalisées). Cette notion sera précisée dans le guide d'utilisation. A ce sujet, un expert remarque qu'il serait plus pertinent d'évaluer plusieurs journées pour un même patient (mais cela est difficile à réaliser dans la réalité…).

Enfin, un expert demande s'il faut arrêter le remplissage de la grille dès que l'on a trouvé un critère ou bien faut-il continuer et ainsi cocher plusieurs critères pour un même patient? Une fois que la grille sera validée, un seul critère suffira pour rendre la journée pertinente. Par contre, pour la validation de la grille, il serait souhaitable de remplir la grille avec tous les critères présents pour chaque patient. Ceci permettra de restructurer ensuite la grille en plaçant en premier les critères les plus souvent cités (gain de temps pour le remplissage de la grille).

♦ **« Surveillance sous scope »**

Ce critère n'a pas posé de souci.

♦ **« Soins de pansements complexes »**

Les experts décident que le critère principal est la durée de réalisation du pansement. Il est décidé de contacter l'ordre des infirmier(e)s libéraux afin de pouvoir déterminer une durée minimale de réalisation pour laquelle le pansement ne peut être réalisé à domicile (les experts pensent à la durée de 30 minutes). Dans certains cas, la durée de réalisation du pansement peut être inférieure à 30 minutes mais le pansement doit faire intervenir des techniques bien particulières (VAC, Kalinox®).

Le cahier des charges pour se critère sera donc modifié en conséquence.

Dans les critères d'inclusion le terme « et entraînant une perte d'autonomie pour le patient » est retiré.

♦ « Surveillance médicale et/ou paramédicale rapprochée »

Les experts insistent sur le fait qu'il s'agit bien de constantes instables. La surveillance des points d'appui, la surveillance d'une plaie, la surveillance post-opératoire sont supprimées.

Les critères d'inclusion sont modifiés : l'évaluateur devra retrouver dans le dossier 3 relevés de la même constante dans les dernières 24H ET une prescription médicale de surveillance rapprochée valable le jour de l'étude.

Le critère est renommé « Surveillance paramédicale rapprochée ».

♦ « Surveillance d'un traitement en cours »

Les experts pensent que ce critère est trop restrictif et que l'on devrait pouvoir cocher ce critère même si un changement de dose n'a pas lieu dans la journée. Au final, les contrôles doivent être quotidiens mais les changements seront pluri- hebdomadaires.

Les prescriptions hors AMM sont supprimées.

Le critère est renommé « Surveillance d'un traitement médicamenteux en cours sous supervision médicale directe.

♦ « Bilan diagnostic en cours »

Des critères d'inclusion doivent être précisés pour ce critère.

♦ « Soins techniques infirmiers»

Les actes de soins infirmiers sont revus un par un : plusieurs sont supprimés, un est ajouté (Surveillance après retrait d'une sonde vésicale). Au final, il restera 12 actes de soins infirmiers (cf guide d'utilisation).

♦ « Nutrition entérale provisoire ou en cours d'adaptation »

Ce critère n'a pas posé de souci.

♦ « Acte invasif médical ce jour »

Un expert précise qu'une trace écrite de l'acte suffit pour cocher ce critère et pas forcément une prescription médicale.

♦ « Bilan et/ou prise en charge coordonnée ce jour par au moins 2 professionnels de la réadaptation »

Le terme médecin est précisé par « médecin de rééducation » dans la liste des intervenants. Il est décidé que pour cocher ce critère, il faut 2 actes de rééducation réalisés par 2 intervenants de professions différentes le jour de l'étude.

♦ « Programme de prise en charge spécifique »

Les termes éducation thérapeutique et prise en charge par des infirmiers de secteur sont ajoutés à la liste.

♦ « Soins palliatifs »

La définition des soins palliatifs doit être plus restrictive. Il est décidé d'ajouter au guide d'utilisation la définition de la HAS.

♦ « Patient douloureux »

L'évaluation par l'échelle verbale est ajoutée à la liste.

Le terme « validée » est retiré.

♦ **« Bilan et prise en charge d'une perte d'autonomie récente ou non stabilisée »**

Certains experts estiment que ce critère n'est pas assez restrictif et qu'ils ont été obligés de le cocher alors que la journée n'était pas pertinente (attente de structure chez un patient alzheimer). Ce critère est modifié en « Bilan en cours d'une perte d'autonomie récente ou non stabilisée ».

♦ **« Dénutrition sévère »**

Ce critère est modifié en « Bilan et prise en charge d'une dénutrition sévère ».

Les experts estiment que les critères pour les patients de moins de 70 ans sont assez restrictifs mais le critère est laissé en l'état.

♦ **« Pathologie intercurrente récente »**

Il est noté que la pathologie doit intervenir au cours de l'hospitalisation pour cocher ce critère.

♦ **« Séjour de répit programmé dont la durée est limitée et définie dans le temps »**

Ce critère n'a pas posé de souci.

Conclusion

Le test de la grille s'est globalement bien passé. Le guide d'utilisation a été modifié en tenant compte des remarques des experts.

Prochaines étapes

Le test de la grille aura lieu dans le courant du mois d'avril.
Le protocole de réalisation de ce test sera présenté aux experts au cours d'une réunion qui se tiendra le :

Lundi 26 mars 2007,
de 14h00 à 17h00
Salle C du PIMESP
Hôpital Saint-Jacques, Nantes

En vous remerciant pour votre participation !

ANNEXE 12

Feuille de recueil des avis d'experts

« Revue de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR »
Feuille de recueil des avis d'experts

Etablissement : ……
Nom de l'expert : ……
Fonction de l'expert : ☐ médecin ☐ infirmier(e) ☐ cadre de santé ☐ autre :……

NB : vous devez répondre à la question suivante : selon vous, hier, la journée d'hospitalisation de ce patient était-elle pertinente quant à l'utilisation du plateau technique de l'hôpital ?

Attention : deux situations peuvent se présenter en cas de non pertinence de la journée d'hospitalisation:

- *Dans un cas, un malade est hospitalisé pour recevoir des soins qui pourraient être rendus dans une autre structure qui existe. Dans ce cas, la journée est* ***non pertinente***
- *Un deuxième cas est celui où le patient hospitalisé peut lui aussi recevoir les soins prodigués dans une autre structure mais qui n'existe pas à un moment donné. Dans ce cas, la journée est* ***non pertinente*** *mais* ***justifiée***

MAIS DANS LES 2 CAS LA JOURNEE EST NON PERTINENTE

N° de dossier	**La journée d'hospitalisation du patient est-elle pertinente ?**	
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non
|__|__||__|__|	☐ oui	☐ non

ANNEXE 13

Note d'information aux patients et professionnels de santé de l'établissement

INFORMATION
« Revue de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR »

Votre service participe à une étude menée par le réseau Qualité en Santé 44 intitulée **« Revue de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR ».** Plusieurs professionnels de santé de votre établissement ont participé à ce projet.

Pour évaluer cette pertinence, le réseau Qualité en Santé 44 a mis en place un groupe de travail composé d'experts des disciplines pratiquées en SSR. Ce groupe composé d'une trentaine d'experts (médecins, cadres de santé, kinésithérapeute, ingénieurs qualité, …) de 19 établissements de SSR, a ainsi développé une grille de 16 critères de pertinence dont le but est d 'évaluer la pertinence des journées d'hospitalisation. Il suffit qu'un des critères soit présent pour juger la journée comme pertinente.

Une hospitalisation non pertinente se caractérise par le fait que les patients bénéficient de services ou soins qui pourraient être rendus dans d'autres structures (moins coûteuses, plus adaptées) ou tout simplement chez eux. La journée pertinente est jugée en fonction de l'utilisation du plateau technique de l'hôpital. Autrement dit, pour un patient donné, il s'agit de répondre aux questions suivantes : « ce patient a-t-il réellement sa place dans ce service, ce jour ? N'existerait-t-il pas une autre structure de soins plus adaptée ? ».

Cependant, deux situations peuvent se présenter en cas de non pertinence de la journée d'hospitalisation:

- Dans un cas, un malade est hospitalisé pour recevoir des soins qui pourraient être rendus dans une autre structure qui existe. Dans ce cas, la journée est **non pertinente**
- Un deuxième cas est celui où le patient hospitalisé peut lui aussi recevoir les soins prodigués dans une autre structure mais qui n'existe pas à un moment donné. Dans ce cas, la journée est **non pertinente** mais **justifiée**.

L'objectif de l'étude réalisée dans votre établissement est donc de valider cette grille et d'évaluer la pertinence des journées d'hospitalisation dans votre service. Dix-sept autres établissements du département participent à ce projet dans le cadre du réseau.

L'étude se déroulera lors d'une demi-journée au cours du mois d'avril. La journée évaluée sera la veille de la journée de l'étude.

La date de l'étude dans votre service sera le : …. / …. / ……..

L'étude se déroulera de la manière suivante :

- Un enquêteur externe viendra en tant que soutien méthodologique dans votre établissement le jour de l'étude. Vous pourrez lui poser toutes les questions que vous souhaitez.

- 30 journées d'hospitalisation, tirées au sort par l'enquêteur externe, seront évaluées de la manière suivante :

    - 2 experts (1 médecin et un cadre de santé), qui ont participé au projet de préférence et qui connaissent les patients, évalueront de manière indépendante et simultanée la pertinence des journées à l'aide de la grille développée.

    - dans le même temps, 2 autres experts (médecins ou infirmier(e)s) qui connaissent les patients évalueront de manière subjective la pertinence de ces mêmes journées d'hospitalisation (ils devront répondre à la question suivante : ce patient a-t-il réellement sa place dans ce service, ce jour ?)

Cela permettra de quantifier l'accord entre les différents experts qui seront amenés à évaluer ces journées d'hospitalisation.

Les patients inclus seront ceux présents dans votre service, en hospitalisation complète, de 0h à 23h59, la veille de l'étude.

La liste des patients inclus devra être mise à disposition par le cadre de santé du service à l'enquêteur externe qui se déplacera dans votre établissement afin de vous apporter un soutien méthodologique.

Nous vous remercions pour votre participation à cette étude,

Le réseau Qualité en Santé 44

ANNEXE 14

Compte-rendu de la réunion du 19 septembre 2007

Réseau qualité santé 44	**COMPTE-RENDU DE REUNION**	**Rédacteur** : P.ROLLAND **Date rédaction** : 19/09/2007

Groupe de travail « revue de pertinence en Soins de Suite et de Réadaptation »

Objet :

Lieu : Hôpital Saint-Jacques, Nantes | **Date de la réunion :** 19 septembre 2007

Participants :

Mme C. ALGLAVE, Cadre de santé, Hôpital intercommunal Sèvre et Loire, site du Loroux Bottereau
Mme C. ARURAULT, Cadre de santé, Centre Hospitalier Maubreuil
Mme P.BERNA JOURDEUIL, centre hospitalier de St Nazaire
M. T. BOCHER, Médecin, Centre de soins de suite Le Bois Rignoux
Mme C.COUTURIER, Médecin, CHU de Nantes hôpital Bellier
Mme C. GAUTIER LERAY, hôpital local Loire et Sillon (Savenay)
Mme M. GAVELLE, Cadre de santé, Centre de rééducation fonctionnelle La Tourmaline
Mme B.GUERIN-PROUST, responsable qualité, hôpital local Loire et Sillon (Savenay)
Mme I. GUITTON, Médecin, Pôle hospitalier mutualiste de Saint-Nazaire, site de La Baule
Mme E. LASSERON, Cadre de santé, Hôpital intercommunal de Guérande
Mme E. TERZIDIS, Médecin, Etablissement de soins de suite Roz Arvor
Mme S. VALLIER, Médecin, Hôpital intercommunal Sèvre et Loire, site du Loroux Bottereau
Mme S.FERREOL, gériatre et médecin au Pôle d'Information Médicale, d'Evaluation et de Santé Publique au CHU de Nantes

Mme L.MORET, Médecin responsable de l'unité Qualité, Risques, Evaluation du Pôle d'Information Médicale, d'Evaluation et de Santé Publique au CHU de Nantes – Coordinatrice médicale du réseau Qualité Santé 44

Melle P. ROLLAND, Assistante projet du réseau Qualité Santé 44

M. R. GUILÉ, Interne de Santé Publique, CHU de Nantes

Diffusion : **Participants +**

Excusés : J. COBIGO-DAVID, F. BOULET, Y.LEQUEUX

Dates et lieux des prochaines réunions :

Jeudi 29 novembre, 14H-17H, Salle Louis Philippe, hôpital St Jacques

Introduction

Romain GUILÉ rappelle que les objectifs de la réunion sont de présenter les résultats globaux des analyses de cause de non pertinence, suivi de questions-réponses, et enfin de proposer des modification de la grille de pertinence et/ou du guide de remplissage.

Présentation des résultats

Romain GUILÉ présente les résultats préliminaires de l'étude en suivant le plan suivant :

- Causes de non pertinence selon les experts A (médecins) et B
- Adaptation des critères
- Conclusion

Les commentaires apportés à ces résultats préliminaires sont les suivants :

M. Bocher fait remarquer qu'une des causes de non pertinence de journées d'hospitalisations est la non pertinence de l'admission. Mme Terzidis indique qu'à Roz Arvor, elle est devenue plus stricte sur les admissions, et propose parfois des séjours libres. Ces séjours, sous réserve de lits disponibles, sont à la charge du patient. M.Bocher précise que les demandes d'admissions faiblement remplies apparaissent souvent suspectes, et qu'en faisant venir la famille du patient, on obtient des renseignements complémentaires.

Mme Terzidis aimerait bien mettre en place une demande d'admission commune aux soins de suite. R. Guilé informe qu'il existe un formulaire de ce type qui a été mis en place dans la région Rhône-Alpes.

M.Bocher indique que le formulaire SP30 peut également retarder la sortie du patient si celui-ci en a connaissance : le patient pense avoir le « droit » à 30 jours et comprend mal une sortie avant cette date.

A Savenay, l'établissement a été confronté par deux fois à un retard de sortie en raison de problèmes de prise en charge de matériel de réadaptation prescrit pour des patients en SSR devant aller en SLD.

Enfin, M.Bocher soulève la question de la pertinence des jours d'entrée et de sortie des patients, notamment les sorties le lundi, qui remettent en cause la pertinence de l'hospitalisation du week-end. Néanmoins, cela affecte le taux de remplissage, et dans le cas d'un transfert, les USLD préfèrent les admissions en début de semaine.

Adaptation des critères et du guide de remplissage

L'adaptation du critère 9 « bilan et/où prise en charge coordonnée ce jour par au moins deux professionnels de la réadaptation » est discutée. En effet, d'un point de vue statistique, ce critère a été majoritairement coché en MPR. A lui tout seul, il rend pertinentes 70% des journées d'hospitalisation en MPR, car il touche à la définition même de ce type d'établissement.

Après consensus, il est décidé :

- D'adapter le guide de recueil en divisant les professionnels de réadaptation en deux groupes

- De modifier ainsi le libellé du critère pour la MPR: « bilan et/où prise en charge coordonnée ce jour par 2 professionnels de la réadaptation dont au moins un du groupe 1 OU un professionnel du groupe 1 durant au moins une heure. »
- De laisser le critère 9 tel quel pour les établissements SSR

Le critère 6, après analyse, a probablement donné lieu à des interprétations différentes de la part des professionnels. Le guide méthodologique semblant suffisamment détaillé, il est choisi de rappeler aux utilisateurs la nécessité de consulter le guide méthodologique avant utilisation de la grille. La grille ayant déjà un critère de surveillance, les libellés de certains actes sont modifiés en conséquence.

Enfin, pour le critère 4, l'ordre du libellé est légèrement modifié de façon à faire apparaître en premier les conditions pour cocher ce critère.

Conclusion

Cette première étude a permis de tester la grille élaborée par le groupe de travail ainsi que le guide méthodologique qui l'accompagne. Les modifications apportées à cette réunion donneront lieu à une nouvelle grille, qui pourra être de nouveau testée en 2008.
Par ailleurs, le groupe de travail souhaite poursuivre son action sur ce thème en se focalisant sur la recherche des causes de non pertinence.

Prochaines étapes

Le but de la prochaine séance sera Prochaine réunion du groupe de travail :

jeudi 29 novembre 2007,
De 14h00 à 17h00
Salle Louis Philippe

En vous remerciant pour votre participation !

ANNEXE 15

Grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR

(Version finale)

GRILLE DE PERTINENCE DES JOURNEES D'HOSPITALISATION EN SSR

Etablissement :_____
Service : _____Grille n° :_____
Date de l'évaluation : l_l_l l_l_l l_l_l_l_l
Nom(s) et fonction(s) de(s) l'évaluateur(s) :
_____
_____

Attention *: Il est impératif de se référer au guide d'utilisation fourni pour remplir cette grille !*

1	Surveillance sous scope	☐
2	Soins de pansements complexes	☐
3	Surveillance paramédicale au moins 3 fois par 24h d'une même constante sur prescription médicale	☐
4	Surveillance d'un traitement médicamenteux sous supervision médicale **directe**	☐
5	Bilan diagnostique en cours (liste dans le guide du remplissage)	☐
6	Soins techniques infirmiers	☐
7	Nutrition entérale provisoire ou en cours d'adaptation	☐
8	Acte invasif médical ce jour	☐
9	**SS** : Bilan et/ou prise en charge coordonnée ce jour par au moins 2 professionnels de la réadaptation	☐
	MPR : Bilan et/ou prise en charge coordonnée ce jour par au moins 2 professionnels de la réadaptation dont au moins un du groupe 1 OU par un professionnel du groupe 1 durant au moins 1 heure	☐
10	Programme de prise en charge spécifique	☐
11	Soins palliatifs	☐
12	Patient douloureux	☐
13	Bilan en cours d'une perte d'autonomie récente ou non stabilisée	☐
14	Bilan et prise en charge d'une dénutrition sévère	☐
15	Pathologie intercurrente récente, évolutive ou non stabilisée, apparue lors de l'hospitalisation	☐
16	Séjour de répit programmé dont la durée est limitée et définie dans le temps	☐

Il suffit d'un seul critère coché pour que la journée soit jugée pertinente

Si la journée d'hospitalisation ne répond à aucun des critères de la grille (aucun critère coché) :

Le patient nécessite absolument d'être hospitalisé ce jour du fait :
➢ De son état clinique ➢ Des soins qu'il reçoit et ne pourrait recevoir ailleurs ➢ D'une procédure médicale ou chirurgicale qui nécessite son hospitalisation Malgré l'absence de critères explicites de la grille, l'expert juge que le patient doit avoir recours à l'hôpital en termes de plateau technique (procédure, surveillance, possibilité d'intervenir 24 h/24).
OUI ❑
NON ❑

→ Si oui, indiquez en clair pour quelle(s) raison(s) :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ANNEXE 16

Guide d'utilisation de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR

(Version finale)

GUIDE D'UTILISATION DE LA GRILLE DE PERTINENCE DES JOURNEES D'HOSPITALISATION EN SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

Revue de pertinence en SSR

Avril 2007

1. INTRODUCTION

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

2. METHODOLOGIE D'ELABORATION DE LA GRILLE

La grille de pertinence des journées d'hospitalisation en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) a été conçue dans le souci d'améliorer la qualité de prise en charge des patients y étant hospitalisés.

Un comité d'organisation a été créé en octobre 2006 et une première réunion a eu lieu en novembre 2006 pour présenter le projet aux professionnels de santé ayant une activité professionnelle au sein d'une structure de SSR en collaboration avec le réseau Qualité 44.

COMITE D'ORGANISATION
Dr Leila MORET, médecin de Santé Publique, Nantes
Mr Romain GUILE, interne de Santé Publique, Nantes

Un groupe de travail (groupe d'experts) a ainsi été mis en place lors de cette réunion.

GROUPE DE TRAVAIL
Mme C. ALGLAVE, cadre de santé, Le Loroux Bottereau
Mme C. ARURAULT, cadre de santé, Saint Herblain
Dr P. BERNA, médecin, Saint-Nazaire
Dr T. BOCHER, médecin, Vigneux
Mme F. BOULET, cadre de santé, Saint-Nazaire
Mme C. CAHAREL, assistante sociale, Nantes
Mme J. COBIGO-DAVID, cadre de santé, Nantes
Mme M-N. COING, cadre de santé, Savenay
Mme S. COUTAULT, responsable qualité, Clisson
Dr C. COUTURIER, médecin, Nantes
Dr G. DALLONGEVILLE, médecin, Saint-Nazaire
Mme I. DELORY, cadre de santé, Carquefou
Mme F. DOS REIS, kinésithérapeute, Saint-Nazaire
Dr D. EVENO, médecin, Saint Herblain
Dr S. FERREOL, médecin, Nantes
M N. FOUCHER, assistant social, Nantes
Mme M. GAVELLE, cadre de santé, Saint-Herblain
Dr I. GUITTON, médecin, Saint-Nazaire

M D. HAMON, kinésithérapeute, Saint-Nazaire
M G. JEHENNE, responsable qualité, La Turballe
Melle A. KELLER, responsable qualité, Guérande
M R. KLEIN, responsable qualité, Nantes
Mme E. LASSERON, cadre de santé, Guérande
Mme C. LEGAL, cadre de santé, Nantes
Dr Y. LEQUEUX, médecin, Pornic
Mme I. MAHE-GALISSON, responsable qualité, animatrice réseau Qualité 44, Nantes
Melle V. MARX, responsable qualité,
Mme M. MORIOT, cadre de santé, Clisson
Dr F. MOUTET, médecin, La Turballe
Mme S. PERGELINE, responsable qualité, Pornic
Mme T. POUJHON, cadre de santé, Pornichet
M G.RINCE, kinésithérapeute, Nantes
Dr E. TERZIDIS, médecin, Nantes
Dr S. VALLIER, médecin, Le Loroux Bottereau

La méthodologie de construction de la grille employée est dérivée de la méthode *Delphi*, de la *Nominal Group Technique* et de la *Rand Appropriateness Method.*
Lors d'une première réunion, les experts ont énuméré pêle-mêle les critères qui, selon eux, rendaient pertinentes les journées d'hospitalisation en SSR. Ces critères ont ensuite été triés par catégories. Ainsi, une centaine de critères ont été énoncés lors de cette première réunion.
Une première cotation (par courrier ou par mail) de l'ensemble des propositions a ensuite été réalisée par les experts. Pour cela, en regard de chaque proposition, était placée une échelle graduée de 1 à 9 :

- La graduation 1 signifiait que le critère ne rendait pas du tout pertinente la journée d'hospitalisation,
- La graduation 9 signifiait que le critère rendait la journée très pertinente,
- Les graduations 2 à 8 traduisaient toutes les situations intermédiaires.

L'analyse et la synthèse des résultats a été réalisée par le comité d'organisation (réseau Qualité 44). Pour chaque proposition, 3 résultats étaient possibles :

- La médiane des réponses était ≥ 7 et il n'existait pas de désaccord entre les experts. Dans ce cas, le critère était accepté.
- La médiane des réponses était ≤ 3 et il n'existait pas de désaccord entre les experts. Dans ce cas, le critère était refusé.
- La médiane des réponses était comprise entre 3 et 7 ou il existait un désaccord entre les experts. Dans ce cas, le critère était discuté lors d'une réunion réunissant le groupe de travail et le comité d'organisation (critères incertains).

Les résultats de la première cotation ont été présentés et discutés au cours d'une deuxième réunion au cours de laquelle chaque experts avait connaissance du résultat de sa cotation par rapport à l'ensemble du groupe (médiane).
Lors de cette réunion un ensemble de nouveaux critères issus d'une analyse de la littérature a été présenté.

Une seconde cotation (par courrier ou par mail) a été réalisée pour tous les critères issus de la littérature ainsi que pour ceux qui posaient encore problème après la discussion.
L'analyse et la synthèse de cette seconde cotation a été réalisée de la même manière que la première.
Une troisième réunion a ensuite permis de discuter les critères incertains. Lors de cette réunion, les critères pour lesquels il persistait un désaccord ont été abandonnés.
Seize critères ont fait consensus à l'issue des réunions de travail.
Ensuite deux réunions supplémentaires ont eu lieu pour la rédaction du cahier des charges de chaque critère (définition, critères d'inclusion, critères d'exclusion, mode de recueil).

Au total, une réunion a eu lieu pour présenter le projet et 5 pour l'élaboration de la grille.

La grille élaborée par les experts ne concerne que les critères de pertinence des **journées d'hospitalisation**. La recherche des causes de non pertinence se déroulera dans un deuxième temps.
De même, la grille concernant les admissions en SSR n'a pas été élaborée.

3. DESCRIPTION DE L'OUTIL

3.1. Notion de pertinence

La notion de pertinence telle qu'elle est utilisée dans cet outil est une évaluation de processus de prise en charge définie du seul point de vue des professionnels de santé. Elle est purement technique et ne prend pas en compte le point de vue de l'usager. Le jugement de valeur sur lequel elle s'appuie est celui de la pertinence technique et de la qualité du soin rendu au malade.

Il est nécessaire de faire une distinction entre une **hospitalisation pertinente** et une **hospitalisation justifiée**.
Une hospitalisation est pertinente lorsque la journée d'hospitalisation répond aux critères explicites de la grille.
Un deuxième cas est celui où le patient hospitalisé peut recevoir des soins d'un niveau moins technique ou des soins ambulatoires mais pour lesquels les structures qui permettraient de répondre à ses besoins n'existent pas à un moment donné. Elles peuvent être simplement indisponibles ou inexistantes dans le système de soins, posant alors des problèmes d'organisation ou de planification. Dans ce cas, l'hospitalisation n'est pas pertinente mais la décision des professionnels est adaptée à l'environnement du système de soins et donc l'hospitalisation est justifiée : exemple d'un patient hospitalisé et recevant des soins éducationnels qu'il ne peut recevoir ailleurs faute de structure existante.
Un autre cas est celui où le patient est hospitalisé pour recevoir des soins qui pourraient être délivrés à qualité égale ou supérieure dans un contexte moins coûteux ou en ambulatoire. Mais la possibilité de soins extra-hospitaliers n'a pas été

utilisée du fait d'une décision inadéquate des professionnels de santé ou d'un défaut de l'organisation hospitalière. Dans ce cas, l'utilisation hospitalière est non pertinente et non justifiée. Elle pose le problème d'améliorer la prise de décision ou l'organisation des soins pour mieux faire coïncider les besoins du patient et les structures existantes de prise en charge.

3.2. Comment évaluer la pertinence d'une journée d'hospitalisation ?

Cet outil permet d'évaluer la pertinence d'une journée d'hospitalisation s'appuyant sur une grille comportant des critères objectifs indépendants du diagnostic.

Il s'applique aux services de Soins de Suite et de Réadaptation, qu'ils soient polyvalents ou spécialisés et concerne aussi bien les adultes que la pédiatrie.
Il n'est pas utilisable dans les services de court séjour ou les Soins de Longue Durée.
Il est applicable aux hospitalisations complètes (traditionnelles) et non aux hospitalisations de jour.

La grille comprend 16 critères : certains critères portent sur les soins médicaux et paramédicaux prodigués et d'autres sur l'état clinique du patient.

Lors de l'évaluation des journées d'hospitalisation, la réponse **oui** à l'un des critères explicites de la grille indique que la journée d'hospitalisation est techniquement pertinente, autrement dit, elle est expliquée soit par la fourniture de prestations médicales soit par l'état clinique du patient.

L'expert peut tout de même déclarer une journée pertinente même s'il n'a coché aucun critère, grâce à « l'avis d'expert ». Il doit alors renseigner précisément les raisons de son choix.

Dans tous les cas, il est fortement conseillé de remplir cette grille de pertinence à l'aide du guide d'utilisation fourni.

4. METHODOLOGIE GENERALE D'UTILISATION DE L'OUTIL

4.1. Champ d'application

Cette grille peut être utilisée aussi bien dans une unité médicale que pour l'ensemble d'un pôle, voire d'un établissement entier.

4.2. Critères d'inclusion

Une fois définis les services ou unités impliqués, il est nécessaire de délimiter avec précision la population à étudier. Il peut s'agir de tous les patients présents le jour de l'étude dans l'unité clinique ou un patient sur deux ou sur trois sélectionnés par tirage au sort.

La journée d'hospitalisation est définie comme l'intervalle de temps compris entre 0 h et 23 h 59.

4.3. Critères d'exclusion

Les journées d'hospitalisation de jour sont exclues.

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

- Les exclure,
- Les inclure mais dans ce cas ils doivent être analysés séparément.

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

4.4. Type d'étude

Il est recommandé de travailler en coupe transversale un jour donné ou sur plusieurs jours de suite.

Le choix du jour est important car il peut y avoir des différences de résultats suivant le jour enquêté. Il est donc impératif de tirer au sort le jour de l'étude.

La méthode rétrospective rencontre des difficultés liées à la qualité des dossiers médicaux et à la difficulté d'y trouver des informations fiables.
Une enquête prospective peut également être réalisée si l'objectif est de connaître pour un même patient le nombre de journées non pertinentes sur l'ensemble du séjour. Dans ce cas, il faut revenir tous les jours dans la même unité jusqu'à la sortie définitive des patients inclus dans l'étude.

4.5. Mode de recueil des données

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

Les enquêteurs peuvent appartenir ou non au service enquêté :

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

- Si ce n'est pas le cas, on peut compter sur une plus grande objectivité, une plus grande homogénéité dans le recueil des données si le nombre d'enquêteurs est limité ; le risque étant une moins bonne appropriation de la démarche par les professionnels du service et qu'elle soit vécue comme une démarche de contrôle. Pour remplir l'avis d'expert, si nécessaire, l'enquêteur fera appel au médecin du service ou au cadre de santé.

4.6. Période de l'évaluation

Il faut éviter les périodes de vacances où le personnel est en effectif réduit.

5. GUIDE D'UTILISATION DES CRITERES DE PERTINENCE DES JOURNEES D'HOSPITALISATION EN SSR

5.1. Surveillance sous scope

Ce critère concerne tous les patients qui sont sous monitoring cardiaque continu ou discontinu.
Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient, une prescription médicale de monitoring cardiaque continu ou discontinu **valable le jour de l'étude.**
Ce critère ne prend pas en compte les patients qui ont leurs signes vitaux surveillés toutes les 4 heures.

5.2. Soins de pansements complexes

Ce critère concerne les soins de pansements dans le cadre du traitement des escarres, des plaies chirurgicales ainsi que des brûlures.
Pour cocher ce critère, les conditions suivantes devront être remplies le jour de l'étude:
Il s'agit de pansement complexes :

- Ayant une durée de réalisation supérieure à 30 minutes par jour

Dans certains cas, lors de la réalisation de pansements utilisant des techniques ou un matériel spécifique (Vacuum Assited Closed, Kalinox®, Matelas de support,…), la journée pourra être considérée comme pertinente.

5.3. Surveillance paramédicale au moins 3 fois par 24h d'une même constante sur prescription médicale

Ce critère concerne la surveillance rapprochée, sur prescription médicale, au moins 3 fois par 24 heures, qu'elle soit médicale ou paramédicale (infirmière, kinésithérapeute,…).
La surveillance inclut :

- Les constantes instables pouvant nécessiter un ajustement thérapeutique : TA, pouls, température, saturation en oxygène, glycémie capillaire, état de conscience, fréquence respiratoire, …

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient :

- 3 relevés de la constante surveillée dans les dernières 24 heures
- ET une prescription médicale de surveillance rapprochée (cf. ci-dessus) au moins 3 fois par jour valable le jour de l'étude

Ce critère ne devra pas être coché si la surveillance concerne 3 relevés de constantes différentes.

5.4. Surveillance d'un traitement médicamenteux sous supervision médicale directe

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient une prescription médicale de **modification de dose** de ce traitement ou une **trace écrite de surveillance** de ce traitement le jour de l'étude.

Ce critère concerne tout traitement nécessitant des contrôles quotidiens de doses ou des ajustements pluri-hebdomadaires de doses sous supervision médicale directe.
Ce critère inclut :

- L'initialisation d'un traitement morphinique
- Les chimiothérapies
- L'assistance respiratoire (aérosol et oxygénothérapie)
- La transfusion
- …

5.5. Bilan diagnostique en cours

Ce critère concerne tout type de bilan (biologie, imagerie,…) inclus dans une démarche diagnostique en vue de définir une stratégie thérapeutique, **dans le cadre d'une situation clinique instable, évolutive ou à risque**.

Ce critère ne prend pas en compte :

- Les examens biologiques ou d'imagerie de routine ou de surveillance d'un traitement
- Les examens biologiques ou d'imagerie qui auraient du être prescrit auparavant

5.6. Soins techniques infirmiers

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient une trace écrite de la réalisation, le jour de l'étude, d'un des actes infirmiers relevant du rôle prescrit suivants :

- Pose et changement de sonde d'alimentation gastrique
- Aspirations pluriquotidiennes des secrétions d'un patient qu'il soit ou non trachéotomisé dans le cadre d'une pathologie récente
- Pose de perfusions
- Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie
- Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose de goutte-à-goutte rectal
- Soins d'un patient trachéotomisé
- Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitorage, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils
- Saignées
- Ablation de cathéters centraux et intrathécaux
- Pose de dispositifs d'immobilisation
- Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention
- Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs
- Surveillance après retrait d'une sonde vésicale (recherche de résidu post-mictionnel,…)

5.7. Nutrition entérale provisoire ou en cours d'adaptation

Ce critère concerne la nutrition entérale quelle qu'elle soit : nasogastrique, nasojéjunale, gastrostomie, jéjunostomie.

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient :

- Une prescription médicale de nutrition entérale valable le jour de l'étude
- ET une trace écrite d'un acte infirmier le jour de l'étude qui peut être soit de surveillance soit thérapeutique en rapport avec cette nutrition

5.8. Acte invasif médical ce jour

Ce critère comprend tout acte invasif **réalisé par un médecin** le jour de l'étude :

- Infiltrations quelles qu'elles soient
- Ponctions quelles qu'elles soient
- Remplissage de pompe intrathécale
- Sondage urinaire
- Cathétérisme sus-pubien
- Tout acte réalisé par un chirurgien sur site

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient, une prescription médicale de l'acte pour le jour de l'étude ou une trace écrite de réalisation de l'acte le jour de l'étude.

5.9. **SS** : Bilan et/ou prise en charge coordonnée ce jour par au moins 2 professionnels de la réadaptation

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient :

- Une prescription médicale d'au moins 2 interventions de réadaptation le jour de l'étude (réalisées par 2 intervenants de professions différentes)
- ET une trace écrite des actes de réadaptation réalisés
- ET une synthèse avec trace écrite en rapport avec le dossier du patient datant de moins d'une semaine

Ce critère comprend le bilan et la prise en charge par 2 professionnels de la réadaptation physique parmi cette liste :

- Animateur (rice)
- Assistant (e) de service social
- Conseiller (e) en économie sociale et familiale
- Diététicien (ne)
- Documentaliste
- Educateur (rice) de jeunes enfants
- Educateur (rice) spécialisé (e)
- Educateur (rice) sportif (ve)
- Enseignant (e) [Enseignant (e) général (e), prof., techno. EPS]
- Ergonome
- Ergothérapeute
- Instituteur (rice) spécialisé (e) C.A.E.I.
- Manipulateur d'électro-radiologie
- Masseur-kinésithérapeute
- Médecin (ou médecin en formation) spécialisé en rééducation fonctionnelle
- Moniteur (rice) auto-école
- Moniteur (rice) d'atelier
- Moniteur éducateur, moniteur d'enfants et adolescents
- Neuropsycho-rééducateur (rice)
- Orthophoniste
- Orthoprothésiste
- Orthoptiste
- Pédicure-podologue
- Podo-orthésiste

- Psychologue
- Psychomotricien (ne)
- Psychotechnicien

MPR : Bilan et/ou prise en charge coordonnée ce jour par au moins 2 professionnels de la réadaptation dont au moins un du groupe 1 OU par un professionnel du groupe 1 durant au moins 1 heure

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient :

- Une prescription médicale d'au moins 2 interventions de réadaptation le jour de l'étude (réalisées par 2 intervenants de professions différentes **dont au moins un appartient au groupe 1**)
  OU une prescription médicale d'une intervention de réadaptation le jour de l'étude réalisée **par un professionnel du groupe 1 et dont la durée aura été supérieure à 1 heure.**
- ET une trace écrite des actes de réadaptation réalisés
- ET une synthèse avec trace écrite en rapport avec le dossier du patient datant de moins d'une semaine

Le **groupe 1** correspond aux professionnels de la réadaptation suivants :

- Ergothérapeute
- Masseur-kinésithérapeute
- Orthophoniste
- Neuropsycho-rééducateur (rice)
- Orthoprothésiste
- Psychomotricien (ne)

Le groupe 2 correspond aux professionnels de la réadaptation suivants :

- Animateur (rice)
- Assistant (e) de service social
- Conseiller (e) en économie sociale et familiale
- Diététicien (ne)
- Documentaliste
- Educateur (rice) de jeunes enfants
- Educateur (rice) spécialisé (e)
- Educateur (rice) sportif (ve)
- Enseignant (e) [Enseignant (e) général (e), prof., techno. EPS]
- Ergonome
- Instituteur (rice) spécialisé (e) C.A.E.I.

- Manipulateur d'électro-radiologie
- Moniteur (rice) auto-école
- Moniteur (rice) d'atelier
- Moniteur éducateur, moniteur d'enfants et adolescents
- Orthoptiste
- Pédicure podologue
- Podo-orthésiste
- Psychotechnicien
- Psychologue

5.10.Programme de prise en charge spécifique

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient :

- Un programme thérapeutique ou un protocole de prise en charge défini mentionnant des objectifs de soins précis le jour de l'étude

Ce critère concerne par exemple les programmes d'éducation thérapeutique, des addictions, la prise en charge d'une suspicion de maltraitance ou négligence ,…

5.11.Soins palliatifs

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient une trace écrite indiquant que le patient reçoit des soins palliatifs.

Les soins palliatifs devront répondre à la définition suivante (Haute Autorité de Santé) : « Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée. Les soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables et se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, ainsi qu'à leur famille et à leurs proches. Des bénévoles, formés à l'accompagnement et appartenant à des associations qui les sélectionnent peuvent compléter, avec l'accord du malade ou de ses proches, l'action des équipes soignantes ».

5.12.Patient douloureux

Ce critère concerne aussi bien les douleurs aiguës que les douleurs chroniques.

Pour cocher ce critère, la douleur devra :

- Faire l'objet d'une surveillance et d'une évaluation pluriquotidienne (EVA, Doloplus2, ECPA, échelle verbale, …), tracée dans le dossier du patient
- ET faire l'objet d'un ajustement thérapeutique (médicamenteux ou non) mentionné dans le dossier du patient le jour de l'étude
- ET retentissant sur l'autonomie du patient

5.13. Bilan en cours d'une perte d'autonomie récente ou non stabilisée

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient une ou plusieurs évaluations de la dépendance du patient par une grille de dépendance validée montrant l'existence d'une perte d'autonomie récente ou non stabilisée.

A défaut, la grille de dépendance du PMSI-SSR pourra être utilisée.
Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra alors retrouver dans le dernier Résumé Hebdomadaire Standardisé du patient :

- Un score de dépendance > 12
- ET associé à une histoire de la maladie récente

5.14. Bilan et prise en charge d'une dénutrition sévère

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient une évaluation récente de l'état nutritionnel montrant l'existence d'au moins un des critères suivants :

Patient de moins de 70 ans :

- Perte de poids > 15% en 6 mois ou > 10% en 1 mois
- ET/OU Index de Masse Corporelle < 16 Kg/m^2
- ET/OU Albuminémie < 20 g/L
- ET/OU Pré-Albumine < 50 g/L

Patient de plus de 70 ans :

- Perte de poids > 15% en 6 mois ou > 10% en 1 mois
- ET/OU Albuminémie < 25 g/L
- ET/OU Pré-albuminémie < 50 g/L

5.15. Pathologie intercurrente récente, évolutive ou non stabilisée, apparue lors de l'hospitalisation

Ce critère concerne toute pathologie aiguë ou subaiguë, **évolutive ou non stabilisée**, **ayant débuté lors de l'hospitalisation**.

Séjour de répit programmé dont la durée est limitée et définie dans le temps

Pour cocher ce critère, il faut :

- Que la mission d'accueil temporaire soit mentionnée dans le projet de service ou le projet d'établissement ou qu'il existe une contractualisation avec la tutelle de lits d'accueil temporaire
- ET que le séjour soit programmé
- ET que la durée soit définie dans le temps : date de sortie prévue et mentionnée par écrit dans le dossier du patient

Ce critère ne peut être coché :

- En cas d'hébergement temporaire payant

Si un critère est coché, ne pas répondre aux questions suivantes !

6. GUIDE D'UTILISATION DES QUESTIONS LORSQUE LE PATIENT NE REPOND A AUCUN CRITERE DE LA GRILLE DES JOURNEES D'HOSPITALISATION

6.1. Question A

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

Si la réponse est « **non** » : le questionnaire continue avec les questions B, C, D, E.

6.2. Question B

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

La réponse « **aucun** » est possible, notamment si le patient est en attente de structure.

Exemples : avis diagnostique, séances de rééducation, soutien psychologique, aide sociale,…

6.3. Question C

Il s'agit de repérer le soin ou le service qui explique le plus la présence du patient à l'hôpital : il s'agit de dégager une priorité.

Il s'agit d'une des réponses de la question B.

Si le patient est en attente, il faut répondre « **aucun** ».

Si les services ou soins reçus hier n'expliquent pas par eux-mêmes la journée d'hospitalisation, il faut répondre « **aucun** » également.

6.4. Question D

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

Il peut s'agir du domicile, d'une structure d'hébergement ou bien de l'hôpital. Il faudra préciser le niveau de l'aide et/ou de la médicalisation de la structure.

6.5. Question E

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

Exemples :

- Raisons liées au patient ou à sa famille
- Attente d'un avis collégial
- Attente d'un avis diagnostique ou thérapeutique
- …

ANNEXE 17

Questionnaire de satisfaction des professionnels de santé

Questionnaire de satisfaction

Vous avez participé à un projet organisé par le réseau Qualité 44. Merci de prendre quelques instants pour répondre à ce questionnaire.

1. Vous avez trouvé le thème « Revue de pertinence des journées d'hospitalisation en SSR » :
   - □ Très intéressant
   - □ Intéressant
   - □ Peu intéressant
   - □ Pas du tout intéressant

2. Vous avez trouvé l'organisation des réunions :
   - □ Très réussie
   - □ Réussie
   - □ Pas très réussie
   - □ Pas du tout réussie

3. Vous avez trouvé la méthodologie employée pour ce projet :
   - □ Très intéressante
   - □ Intéressante
   - □ Peu intéressante
   - □ Pas du tout intéressante

4. Si c'était à refaire :
   - □ Je participerais à nouveau
   - □ Je demanderais à réfléchir
   - □ Je ne participerais pas

5. Selon vous quels seraient les points à améliorer :

……
……
……
……
…….

6. Comptez-vous effectuer des revues de pertinence dans votre établissement ?
   - □ Oui
   - □ Non
   - □ Ne sait pas

Merci beaucoup !

Nom : GUILE PRENOM : Romain

Titre de la thèse : Revue de pertinence des journées d'hospitalisation en Soins de Suite et de Réadaptation

---

RESUME

Une grille standardisée d'évaluation de la pertinence des journées d'hospitalisation (AEPf) n'est disponible, en langue française, que pour les patients hospitalisés en médecine et en chirurgie. L'objectif de cette étude était de développer et de valider une grille de critères objectifs permettant d'évaluer la pertinence des journées d'hospitalisation des patients présents dans les structures de Soins de Suite et de Médecine Physique et de Réadaptation.
La grille de pertinence des journées d'hospitalisation a été développée par 33 experts, de différentes professions, à l'aide d'une méthodologie dérivée du consensus formalisé d'experts. La validation des critères de pertinence a été réalisée à partir d'un échantillon de 406 journées d'hospitalisation issues de 17 établissements de SSR adhérant au réseau Qualité en Santé 44. La reproductibilité des conclusions obtenues à partir des critères a été étudiée par la mesure de la concordance entre deux évaluations recueillies de manière concurrente et simultanée par deux professionnels de santé de chaque établissement. La validité de la grille a été étudiée en comparant les conclusions de la grille avec un critère concurrent défini à partir de jugements portés indépendamment par un, deux ou trois autres professionnels statuant sur le caractère « absolument nécessaire » de l'hospitalisation.
La grille de pertinence comporte 16 critères se rapportant à des critères médicaux, médico-techniques ou à l'état de santé du patient. Elle est accompagnée d'un guide d'utilisation. La reproductibilité des conclusions des professionnels était élevée, avec un coefficient kappa à 0,74 (IC à 95% : 0,67- 0,80). La comparaison entre les conclusions de la grille et le critère retrouvait un cœfficient kappa à 0,45 (IC à 95% : 0,37 – 0,53).
La grille développée constitue un outil d'évaluation reproductible et valide pour évaluer la pertinence des journées d'hospitalisation dans les services de SSR. Le développement de la grille de recherche des causes de non pertinence constituera la suite du projet.

MOTS-CLES

Pertinence des soins, Evaluation des soins, Reproductibilité, Validité, Soins de Suite et de Réadaptation