



HAL
open science

Évaluation de la pertinence des admissions aux urgences de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué

Clémentine Chamelat

► **To cite this version:**

Clémentine Chamelat. Évaluation de la pertinence des admissions aux urgences de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01093454

HAL Id: dumas-01093454

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01093454>

Submitted on 10 Dec 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Bordeaux 2 - Victor Segalen
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2014

N° 69

Thèse présentée pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Qualification MEDECINE GENERALE

Présentée et soutenue publiquement par Clémentine CHAMELAT

Née le 7 Novembre 1988 aux LILAS (93)

Le 23 juin 2014

**EVALUATION DE LA PERTINENCE DES ADMISSIONS
AUX URGENCES DE L'HÔPITAL D'INSTRUCTION
DES ARMEES ROBERT PICQUE**

Directeurs de thèse :

M. le Docteur Emmanuel PY, M. le Docteur Christophe GRAMOND

Membres du jury

M. le Professeur D.NEAU	Président
M. le Professeur F.BONNET	Rapporteur
M. le Professeur B.FONTAINE	Juge
M. le Docteur E.PY	Juge
M. le Docteur L.FAYOLLE	Juge

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Didier NEAU,

Professeur des universités, Praticien hospitalier,

Service de maladies infectieuses et tropicales Hôpital Pellegrin CHU de Bordeaux.

Vous me faites l'honneur de présider ce jury, je vous en suis très reconnaissante.

A Monsieur le Professeur Fabrice BONNET,

Professeur des universités, Praticien hospitalier,

Service de médecine interne et maladies infectieuses Hôpital Saint-André CHU de Bordeaux.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, je vous assure de mon plus grand respect.

A Monsieur le Médecin en Chef (TA) Bruno FONTAINE,

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce,

Chef de pôle bloc-anesthésie-réanimation-urgences, Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué (Villenave d'Ornon),

Chevalier de l'ordre national de la légion d'honneur,

Chevalier de l'ordre national du mérite.

Vous me faites l'honneur de votre présence et d'évaluer ce travail, je vous en remercie.

A Monsieur le Médecin en Chef Emmanuel PY,

Praticien du Service de Santé des Armées,

Médecin urgentiste, Structure d'Urgence de l'HIA Robert Picqué.

Vous m'avez fait l'honneur de me proposer ce sujet de thèse et vous avez su me guider dans ce travail avec sérénité et efficacité, je vous en remercie chaleureusement.

A Monsieur le Médecin Lucas FAYOLLE,

Praticien du Service de Santé des Armées,

Médecin interniste, Service de Médecine Interne de l'HIA Robert Picqué.

Vous avez accepté de faire partie de ce jury, je vous en remercie sincèrement.

A Monsieur le Médecin Principal (TA) Christophe GRAMOND,

Praticien du Service de Santé des Armées,

Médecin urgentiste, Structure d'Urgence de l'HIA Robert Picqué.

Vous m'avez beaucoup aidée dans l'élaboration de ce travail grâce à votre grande disponibilité et votre soutien, je vous en suis très reconnaissante.

A Monsieur le Médecin en Chef Alain RAULT,

Praticien certifié du Service de Santé des Armées,

Adjoint au Chef de Service de Médecine Interne de l'HIA Robert Picqué

Vous avez contribué à ma formation médicale le temps d'un semestre grâce à votre pédagogie et à votre approche singulière du patient ; ce fut un réel plaisir de travailler à vos côtés, je vous témoigne tout mon respect.

A Monsieur le Médecin en Chef David GRAS,

Praticien confirmé du Service de Santé des Armées,

Médecin Adjoint au Centre Médical des Armées de la Base Aérienne 120 de Cazaux.

Vous avez contribué à ma formation médicale dans sa spécificité militaire et vous m'avez permis d'aménager mon emploi du temps afin d'être disponible pour l'élaboration de ce travail, je vous en remercie vivement.

A Madame le Médecin Principal Ariane GENTILE,

Praticien certifié du Service de Santé des Armées,

Médecin anesthésiste-réanimateur à l'HIA Robert Picqué.

Vous avez accepté la fonction d'expert de l'étude, merci pour le temps que vous avez consacré à l'analyse des dossiers médicaux.

A Monsieur le Médecin en Chef Olivier DE STABENRATH,

Praticien du Service de Santé des Armées,

Médecin urgentiste, Chef de service des Urgences de l'HIA Robert Picqué.

Vous avez accepté la réalisation de ce travail au sein de votre service et vous avez participé à ma formation médicale pendant mon semestre et mes gardes aux urgences, je vous en remercie.

A tout le personnel du service des urgences de l'HIA Robert Picqué,

Qui a beaucoup contribué à ma formation médicale et qui a été d'un grand soutien lors du recueil des données.

A Sébastien COSSIN, interne de Santé Publique, pour son aide dans le recueil des données.

Au MC Renaud BESSELERE et au Commandant EYCHENNE pour leur aide concernant le bilan d'activité de l'HIARP.

A Maud, pour son aide dans l'analyse statistique des données.

A Delphine HATTE, pour ses bons tuyaux et sa joie de vivre communicative.

A ma famille,

Mes parents, qui me soutiennent depuis le début dans tout ce que j'entreprends, qui sont toujours présents dans les moments importants ; vous êtes des piliers, des modèles et je vous aime tout simplement.

Mes frères, avec qui j'ai partagé des années heureuses et riches en activités, voyages, jeux, rires... Qui grâce à leurs métiers éloignés du mien me font partager des horizons différents, vous êtes mes frérots et je compte sur vous pour venir me voir où que je sois dans les prochaines années !

La famille est bien trop grande pour citer tout le monde mais j'ai une pensée pour mes grands-parents, Monique partie trop tôt, les PYRA, les BEVILACQUA, les PARISE, les RAVELLE-CHAPUIS, et les autres CHAMELAT un peu partout en France.

A mes ami(e)s,

Les toulousaines...

Marine, Marlène et Caro, notre quatuor perdure malgré la distance et les années qui passent depuis le lycée ; j'ai toujours plaisir à vous retrouver le temps d'une soirée, d'un weekend ou de vacances. J'espère que cela durera, vous comptez beaucoup pour moi.

Chacha, avec qui j'ai arpenté les rues de Ramonville et les bords du canal du midi au collège, au lycée et même après ; nous sommes amies depuis quinze ans et nous le resterons c'est sûr, je pense souvent à toi et je te souhaite d'être heureuse dans cette nouvelle vie qui démarre.

Les bordelais(es)...

Charlotte, Chachou, ma giselle/augustine/micheline et tant d'autres appellations selon l'inspiration du moment... ! Depuis 8 ans maintenant que nous nous connaissons, j'ai le plaisir de partager ta joie de vivre, ta gentillesse, ta pépouze attitude et tant d'autres qualités qui font de toi quelqu'un de vrai et une amie sur qui je peux compter. Je te souhaite une vie heureuse et pleine de belles choses, tu le mérites sincèrement.

Gautier, Go, Dupont, Dup-Dup, l'armée nous a réunis il y a 8 ans avec Josée et je l'en remercie mille fois ! Chaque moment que nous partageons rime avec humour, joie, sincérité, confiance

(suffisamment pour te confier ma dentition !), bons vins, bonne bouffe...bref tous les ingrédients pour avoir envie de faire perdurer ce lien qui m'est très cher.

Je me suis par ailleurs attachée à ta princesse Julie à qui je souhaite de réussir ce qu'elle a entrepris avec beaucoup de courage, ça va le faire j'en suis sûre !

Gautier, l'autre dentiste(!), avec qui j'ai eu le plaisir de partager 3 belles années, riches en émotions.

Marion, notre trip en Croatie puis en Belgique nous a rapprochées depuis environ un an, j'espère partager ta joie de vivre, ta générosité et ta soif de découverte encore de nombreuses années.

Cécou et Catarina ; Diane, Maxou et Fanny, c'est toujours un plaisir de passer un moment à vos côtés.

Et puis plus récemment, Julie et Amandine, Christelle et Myriam, mes cointernes de Robert Picqué avec qui j'espère rester en contact pour d'autres soirées bordelaises.

En Alsace...

Marine, ma boubi, mon alsacienne adorée, tu es toujours présente et à l'écoute, nos fou rires, anecdotes et voyages sont précieux, tu es une amie formidable et je te souhaite tout le bonheur que tu mérites.

Claire, de fille d'amis des parents au Sénégal à nounou, tu es devenue une véritable amie, tous les moments que nous partageons ne s'oublient pas et j'espère qu'il y en aura plein d'autres.

A Paris,

Anaïs, ma cothurne, il s'en est passé du temps depuis la P1 et pourtant, à la minute où l'on se revoit, je retrouve la complicité que nous avons partagée pendant ces années Santé Navale, ton écoute et ta grande ouverture d'esprit feront de toi une excellente psychiatre et je te souhaite plein de belles choses avec Thomas.

Kiou, ma sœur matri, ta disponibilité et ta gentillesse font de toi une amie à part entière avec qui j'ai toujours plaisir à passer un moment.

Et enfin les potes de l'UCPA... David, Julien, JB, Emilie et Claire, j'espère vous revoir bientôt pour de nouvelles aventures !



MARI TRANSVE MARE

HOMINIBUS SEMPER PRODESSE

**EVALUATION DE LA PERTINENCE DES
ADMISSIONS
AUX URGENCES DE L'HÔPITAL D'INSTRUCTION
DES ARMEES ROBERT PICQUE**

SOMMAIRE

ABREVIATIONS	12
INTRODUCTION.....	14
1) Définition de la notion de pertinence	15
2) L'historique des revues de pertinence	16
a) Les débuts aux Etats-Unis	16
b) En Europe	18
c) En France	18
d) Principales études menées aux Etats-Unis et en Europe	23
3) La structure d'urgence.....	24
a) Rôles des structures d'urgence	24
b) La structure d'urgence de l'HIARP.....	25
MATERIEL ET METHODE.....	28
1) Critères d'inclusion, critères d'exclusion.....	28
2) Cycle PDCA et outil AEPf.....	28
3) Recueil des données	29
a) Phase prospective	29
b) Phase rétrospective et rôle de l'expert.....	31
4) Base de données	33
5) Analyse statistique des données	34
RESULTATS	35
1) Population de l'étude.....	35
2) Pertinence des admissions via les urgences	38
3) Les critères de pertinence les plus fréquents	39
4) Les différents critères des admissions non pertinentes non justifiées.....	40

5) Caractéristiques de la population selon la pertinence et analyse des taux de pertinence et de non pertinence en fonction des caractéristiques.....	42
6) Analyse multi variée.....	44
DISCUSSION	46
1) Le choix de l’outil	46
2) Etude descriptive	48
a) La population étudiée	48
b) La pertinence des admissions aux urgences de l’HIARP	50
c) Les causes de pertinence.....	51
d) Les admissions non pertinentes justifiées, ou non justifiées, la notion d’« over-ride »	53
e) Les causes de non pertinence.....	54
3) Etude analytique	56
a) Analyse uni variée.....	56
b) Analyse multi variée	61
4) Les biais de l’étude.....	61
a) Formation des enquêteurs	61
b) Biais de sélection	62
c) Etude mono centrique	62
d) Données manquantes	62
e) Phase prospective	63
f) Phase rétrospective	63
5) Les faiblesses de l’AEPf	65
6) Les mesures correctives et plans d’action à mettre en place.....	66
a) Propositions de mesures correctives et actions mises en place par d’autres études ..	67
b) Propositions de mesures correctives pour l’HIARP	68
CONCLUSION	71
BIBLIOGRAPHIE	72

ANNEXES	76
1) Schématisation de l'utilisation de l'AEP dans l'évaluation de la pertinence d'une admission hospitalière selon la HAS	76
2) Feuille de recueil des données	77
3) Guide d'utilisation de l'AEPf des admissions.....	81
SERMENT D'HIPPOCRATE	91

ABREVIATIONS

AEP: Appropriateness Evaluation Protocol

AEPf : Appropriateness Evaluation Protocol, appliqué au système français

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation en Médecine

ANOVA : ANalysis Of VAriance

ARS : Agence Régionale de Santé

CCE : Centre de Consultation Externe

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CUB : Communauté Urbaine de Bordeaux

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

ECG : Electrocardiogramme

EPP : Evaluations des Pratiques Professionnelles

EU-AEP : Version européenne de l'AEP

FC : Fréquence Cardiaque

GDS : Gaz Du Sang

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HIARP : Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué

IOA : Infirmier d'Orientation et d'Accueil

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

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MCAP : Managed Care Appropriateness Protocol

NP: Non Pertinent

NP J : Non Pertinent Justifié

NP NJ : Non Pertinent Non Justifié

NS : Non Significatif

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

P : Pertinent

PA : Pression Artérielle

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PDCA: Plan Do Check Act

PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information

PSRO : Professional Standards Review Organizations

SDF : Sans Domicile Fixe

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SJ : Semaine Jour

SMI: Standardized Medreview Instrument

SN: Semaine Nuit

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

SU : Structure d'Urgence

T2A: Tarification A l'Activité

ttt : Traitement

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

USC : Unité de Soins Continus

WEJ : Weekend Jour

WEN : Weekend Nuit

INTRODUCTION

Les services d'urgence accueillent plus de 18,5 millions de patients par an en France [1]. Un patient sur cinq consultants aux urgences est hospitalisé [2].

Ces patients constituent la plus grande partie des hospitalisations non programmées. L'autre partie est représentée par des patients qui ne transitent pas par les urgences. Ils sont hospitalisés directement depuis leur domicile dans un service ou sont transférés depuis un autre service, mais cette pratique est peu répandue.

Les médecins urgentistes constatent quotidiennement des difficultés pour trouver des lits d'aval pour ces patients et particulièrement pour ceux qui sont âgés, tant la charge de travail est lourde. La création d'unités d'hospitalisation de très courte durée spécifiques aux structures d'urgences a permis de répondre à certaines de ces difficultés. Mais ces unités sont limitées par le nombre réduit de lits et une durée de séjour supposée être inférieure à 36 heures.

Les hospitalisations non programmées via les urgences sont-elles pertinentes ? Ces patients présentent-ils des critères justifiant leur hospitalisation ? Aurait-ils pu être pris en charge dans une structure non hospitalière ? Dans ces cas-là pourquoi ont-ils été hospitalisés ?

Voici des questions qu'il est légitime de se poser dans le contexte actuel où la réduction des dépenses de santé constitue une des priorités nationales et où l'attention portée au coût des soins ne cesse d'augmenter.

Ainsi la mise en évidence des admissions non pertinentes afin de mettre en place des mesures correctives apparaît comme une démarche permettant de répondre aux réalités financières actuelles.

Cependant déterminer le caractère approprié, pertinent, justifié d'une admission à l'hôpital n'est pas évident en l'absence de test référence. En effet il existe plusieurs méthodes, outils d'évaluation de la pertinence des soins mais l'un d'eux est plus largement utilisé et validé ; il s'agit de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEP).

1) Définition de la notion de pertinence

Le dictionnaire de français LAROUSSE définit la pertinence comme la qualité de ce « qui est approprié à son objet ».

La Rand Corporation est une institution américaine à but non lucratif qui a pour objectif d'améliorer la politique et le processus décisionnel par la recherche et l'analyse. Selon elle, une procédure, qu'il s'agisse d'un geste technique, d'une admission ou d'une journée d'hospitalisation, est pertinente (« appropriate ») d'un point de vue médical si, pour un patient, le bénéfice attendu en terme de 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].

A l'inverse 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.

En 2013, selon l'académie nationale de médecine, la stratégie médicale pertinente « consiste à prescrire et à programmer chacun des actes dans un ordre approprié, adapté à chaque situation clinique, compte tenu des disponibilités des ressources de santé, dans un esprit d'efficience, qu'il s'agisse du diagnostic ou de la thérapeutique ». [4]

Ces définitions sous entendent qu'une mauvaise utilisation du système de santé, notamment dans le parcours de soin, peut engendrer une augmentation des dépenses de santé et une diminution de la qualité des soins rendus au patient.

L'intérêt porté à la pertinence des soins concerne actuellement différents domaines : les admissions, les journées d'hospitalisation, les actes médicaux, les examens complémentaires, les parcours de soins...

L'évaluation de la pertinence est devenue inéluctable dans le monde médical.

2) L'historique des revues de pertinence

a) Les débuts aux Etats-Unis

Les préoccupations sur l'utilisation des ressources du système de santé remontent au début du vingtième siècle. Le **Dr Ernest Amory Codman**, assistant au Massachusetts General Hospital, lance **au début des années 1900** un vaste programme de réforme de la médecine en milieu hospitalier fondé sur les méthodes de travail du secteur industriel. Il promeut la mise en place d'«efficiency committees», comités ayant pour objectif d'identifier les dysfonctionnements au sein de l'hôpital. Il se heurte alors à la plupart de ses confrères qui refusent de voir leur propre travail évalué de la sorte. Certaines mesures de standardisation administrative seront toutefois reprises par des associations fédérales de médecins et de chirurgiens. [5]

En **1965**, sont créés les **programmes « Medicaid » et « Medicare »**. Medicaid fournit une assurance maladie aux individus à faibles revenus ; Medicare est un programme dont bénéficie tout américain âgé de plus de 65 ans ayant cotisé. L'évaluation de l'utilisation de l'hôpital se base alors sur le jugement d'experts, méthode décrite comme peu reproductible par différentes études car trop subjective. Une approche différente devient nécessaire face à la croissance des dépenses de santé liée à la mise en place des deux nouveaux programmes suscités. **Le congrès américain crée alors au début des années 70 le PSRO** : Professional Standards Review Organizations. Afin de soutenir le PSRO, le Département Américain de la Santé, l'Education et l'Aide Sociale élabore deux projets pour développer des méthodes d'évaluation :

- Le premier projet est à l'origine du « **Sample Criteria for Short Stay Hospital Review** » qui comprend trois cents listes de critères, chacune spécifique d'un diagnostic. Ces listes se sont révélées difficilement utilisables en pratique car présentant de nombreux inconvénients et laissant trop de possibilités d'interprétation.
- Le second projet « **Decision Analysis for Concurrent Review** » dirigé par **Don Holloway** à l'université de Berkeley en Californie, développe une seule liste de critères indépendants du diagnostic et applicables à tous les patients. Cette liste « Medicare Levels-of-Care Criteria » permet à l'utilisateur d'évaluer le niveau de soin requis couvert par le programme Medicare (soins hospitalier, soins infirmiers, soins à

domicile ou aucun de ces trois niveaux de soins). Cette méthode s'est montrée reproductible dans des études réalisées à San Francisco mais l'outil utilisé présente un inconvénient majeur : il ne précise pas les soins requis par le patient, en particulier pour les soins hospitaliers. L'outil manque de précision. [6]

Dans les deux dernières décennies, l'évaluation médicale est sortie progressivement d'une certaine confidentialité. De nombreuses méthodes ont été développées, classées selon le caractère implicite ou explicite des critères et pour les critères explicites, selon leur indépendance vis-à-vis du diagnostic. Les méthodes les plus reproductibles utilisent des critères de pertinence explicites et indépendants du diagnostic.

Ainsi en 1981, à l'Université de Boston, Paul Gertman et Joseph Restuccia poursuivent le travail débuté initialement par Goldberg et Holloway en développant une méthode d'évaluation de la pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation. Celle-ci repose sur un outil : l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) que nous pourrions traduire par protocole d'évaluation de la pertinence. [7]

Deux autres méthodes sont également développées : la Standardized Medreview Instrument (SMI) en **1983** et l'Intensity of service, Severity of illness and Discharge screens-appropriateness (ISD) en **1987**. Cependant c'est l'AEP qui sera la méthode la plus traduite et validée dans le monde [8].

Le principal objectif de ces méthodes est la maîtrise de l'accroissement des dépenses de santé. Elles proposent des outils d'évaluation internes pour les hôpitaux et externes par les organisations professionnelles spécialisées mais également des outils de régulation médicalisée des dépenses par les organismes payeurs (Health Maintenance Organization) [8].

En 1993, la Rand Corporation publie "What do we mean by appropriate health care?", rapport remis au directeur de la recherche et du développement du National Health Service, le ministère de la santé américain. Ce rapport préconise un débat public et professionnel sur la signification de la pertinence des soins ainsi qu'un large débat sur les liens entre public et professionnel concernant les perspectives de pertinence. [3]

b) En Europe

Différents pays se sont saisis de l'outil AEP en le traduisant dans leur langue.

En 1993, le projet BIOMED 1, incluant 7 pays européens, a été mis en place afin de standardiser les méthodes de mesure entre ces différents pays permettant ainsi d'évaluer l'utilisation de l'hôpital dans les différents systèmes de soins. Le projet a validé et testé un instrument commun au niveau européen. Il élabore un outil d'évaluation de la pertinence des admissions à l'hôpital et des journées d'hospitalisations et fournit une typologie commune des causes de non pertinence. Ce projet, en s'inspirant des critères décrits dans la version américaine de l'AEP, aboutit à l'élaboration de l'outil **EU-AEP ou la version européenne de l'AEP**.

Les sept pays ayant participé à ce projet sont : l'Autriche, la France, l'Italie, le Portugal, l'Espagne, la Suisse et le Royaume-Uni. [9,10]

A noter que l'esprit global de ce projet européen est différent du projet initial américain. Le but des premières études américaines était un contrôle externe afin de réduire les dépenses liées aux programmes Medicare et Medicaid. Les études européennes sont, elles, réalisées initialement sur la base du volontariat de la part des médecins, dans une démarche d'autoévaluation. [11]

De plus, l'EU-AEP qui identifie les soins hospitaliers évitables, n'a pas comme seule perspective l'aspect économique. Il vise aussi l'adaptation des soins au patient et à sa pathologie. En effet, certains soins alternatifs, extra hospitaliers sont tout aussi coûteux que des soins hospitaliers.

c) En France

C'est en **1989**, avec la création de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation en Médecine (**ANDEM**), que l'évaluation médicale et ses outils se sont réellement développés [12,13].

Les premières publications françaises datent des **années 1990** avec **Davido et al. (1991)** qui étudient la pertinence des admissions dans un service d'urgences [14], et **Lang et al. (1995)** qui analysent quatre services d'urgences. [15]

Mais c'est surtout **Robain et al. (1999) et Lombard et al. (2001)** qui ont établi la validité et la reproductibilité de l'outil AEP en France, dans ses différentes composantes (1^{er} volet évaluant l'adéquation de la journée, et 2^{ème} volet analysant les causes).

Les services de l'assurance maladie se sont aussi saisis de cet outil. [16]

Nous utiliserons la **dénomination AEPf pour la version française**.

Cet outil est développé dans une démarche d'autoévaluation maîtrisée par les équipes hospitalières. Il s'agit de repérer les dysfonctionnements susceptibles d'être corrigés et non de mesurer la bonne performance d'un service ou d'un ensemble de services, ni de porter de jugement sur la décision médicale d'hospitaliser le patient.

Sur le plan législatif, en 1991, la loi hospitalière (n° 91-748) incite les établissements de santé à développer une politique d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP).

Les ordonnances d'avril 96 renforcent la place de l'évaluation en créant une nouvelle structure : l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (**ANAES**). C'est la deuxième étape fondamentale de développement du concept. L'ordonnance n° 96-346 instaure les contrats d'objectifs et de moyens entre les établissements et les agences régionales de l'hospitalisation.

La procédure d'accréditation dans sa première version en **1999**, soutient la mise en œuvre de ces pratiques. Toutefois, c'est la seconde version du manuel d'accréditation de **2004**, qui consacre un chapitre à l'évaluation du service médical rendu au patient (au sens large du terme à savoir toute activité de soins réalisée par des médecins ou autres personnels soignants).

Ainsi la procédure d'accréditation a pour objectif de s'assurer que les établissements hospitaliers ont une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé renforce le droit pour les personnes de recevoir « les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue ».

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, **crée la Haute Autorité de Santé (HAS)**, autorité publique indépendante à caractère scientifique.

Elle remplit trois grandes fonctions :

- **L'évaluation** : elle évalue d'un point de vue médical et économique les produits, actes, prestations et technologies de santé, en vue de leur admission au remboursement.
- **la recommandation** : elle définit des recommandations de bonne pratique clinique, des recommandations de santé publique, des études médico-économiques, des guides de prise en charge, à destination des professionnels mais aussi des patients.
- **la certification/accréditation** : elle certifie les établissements de santé, elle accrédite les praticiens de certaines disciplines médicales. Elle certifie également les sites Internet en santé, mais aussi la visite médicale, ainsi que les logiciels d'aide à la prescription. L'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) est effectuée dans le cadre de la certification des établissements de soins.

L'ANAES est intégrée à la HAS le 1^{er} janvier 2005.

En novembre 2004, la HAS publie un document : « Revue de pertinence des soins » qui recommande une méthode basée sur l'AEPf permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients. Cette méthode, en repérant les causes expliquant la non pertinence des hospitalisations, permet la mise en place de plans d'action. Cette revue a trois objectifs :

- Inciter les professionnels de santé à mettre en place la méthode dans une démarche d'auto-évaluation
- Mettre à disposition des outils de mesure de pertinence et d'analyse des raisons de non pertinence
- Positionner la méthode dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité. [8]

D'un point de vue économique, la tarification à l'activité (T2A) mise en place en 2004, lie le financement des établissements de santé à leur activité. Des outils médico-économiques sont utilisés afin d'identifier les dépenses non rentables. L'AEPf en mettant en évidence les hospitalisations non pertinentes, participe à l'identification de dépenses évitables.

En Mars 2013, le ministère chargé de la santé met en ligne un guide méthodologique sur la pertinence des soins suite à la mise en place en 2011, d'un groupe national de concertation constitué notamment de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), de la HAS, de

l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), des associations de patients, des fédérations et des conférences hospitalières, des syndicats de médecins libéraux et des Agences Régionales de Santé (ARS).

Ce guide définit le taux de recours aux soins hospitaliers comme le nombre de séjours hospitaliers annuels de la population domiciliée dans une zone géographique pour 1000 habitants.

Ces taux montrent de fortes variations régionales que les indicateurs (démographiques, épidémiologiques) ne suffisent pas à expliquer. Ainsi se pose la question de l'existence éventuelle de soins non pertinents et de disparités d'accès aux soins. [17]

Le 8 Avril 2013, l'académie nationale de médecine publie un rapport sur l'amélioration de la pertinence des stratégies médicales. Ce rapport rappelle que l'inflation continue des dépenses et l'échec de la réduction du déficit financier de l'assurance maladie constituent un problème d'origine multifactoriel mais la conduite des soins est, elle, strictement de la responsabilité médicale. La mise en place d'actions visant à rendre la médecine plus sobre est nécessaire afin de « soigner mieux au moindre coût ».

De plus, l'académie nationale de médecine estime que malgré la création de structures chargées de l'évaluation en France, la comparaison des informations chiffrées recueillies concernant les activités médicales avec des chiffres provenant de pays voisins montre d'importantes divergences. Plus encore, les études réalisées en France identifient des contrastes de consommation médicale d'un département à l'autre. Les pouvoirs publics (Cour des Comptes entre autres) constatent ces diversités. La HAS introduit la notion de coût (efficience) dans les études de qualité. [4]

Nous constatons actuellement plusieurs problématiques motivant une réflexion sur la pertinence des soins:

- Augmentation de la fréquentation des services d'urgence : Le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics a crû de 64 % entre 1990 et 2001, soit une progression annuelle de 4,6 % [11]. De 2001 à 2011, ce nombre est passé de 13,6 à 18,5 millions [1].

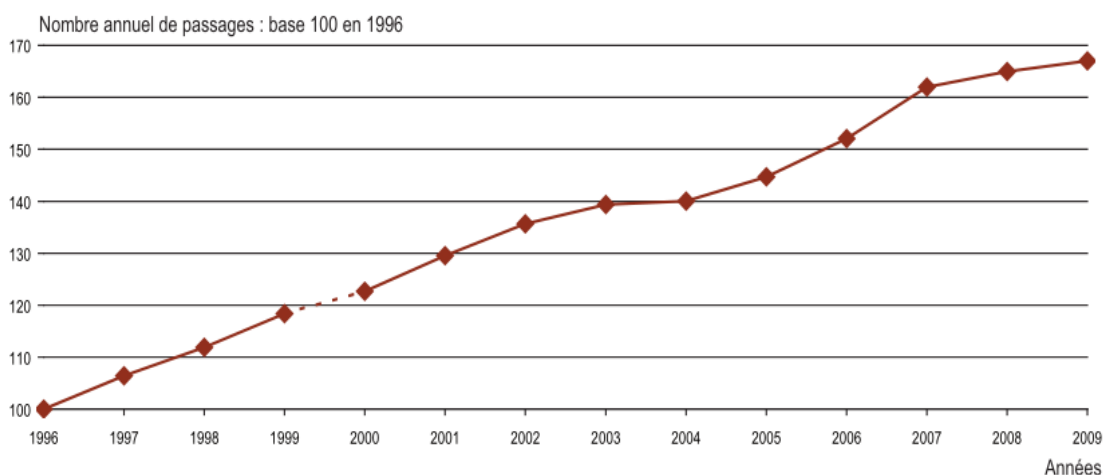


Figure 1 : Evolution du nombre annuel de passages aux urgences depuis 1996 en France métropolitaine.

Note : Ces évolutions sont à interpréter avec prudence car la modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000. Sources : DREES, SAE 1996-2009, traitements DREES.

- Stabilité du nombre de lits d'hospitalisations : en 2008, on compte 78 lits ou places pour 10 000 habitants, dont 68,8 lits en hospitalisation complète et 9,2 places en hospitalisation partielle. Le taux d'occupation, mesurant l'utilisation effective de ces capacités, est resté stable entre 2004 et 2008 dans toutes les disciplines, et atteint 76,4 % en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) [18].
- Déficit financier de l'Assurance Maladie et nécessité de respecter les chiffres de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM de 179,2 milliards d'euros pour 2014)
- Démarche qualité introduite et définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière : Art. L.710-4. - Les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité.

Par conséquent, une évaluation de la pertinence des admissions aux urgences et une utilisation optimale des lits d'aval, sont devenues une priorité afin d'assurer une bonne qualité de prise en charge des patients et de limiter les dépenses inutiles.

d) Principales études menées aux Etats-Unis et en Europe

De nombreuses études ont été réalisées afin d'évaluer la pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation.

- Aux Etats-Unis, les taux d'admissions et de journées inappropriées variaient de 5 à 35% selon les études [8].
- En Europe, les taux de non pertinence des admissions fluctuaient entre 6 et 44% selon les pays et les établissements [8,16].
- En France, les taux de non pertinence des admissions se situaient entre 5 et 35% selon les différentes études [8,16].

Pays, années des études	% de non pertinence
Angleterre, de 1996 à 2009	6 à 32
Espagne, de 1995 à 2004	1,6 à 44
Italie, de 1995 à 2001	14 à 38
Suisse, 1995	15

Tableau 1 : Taux de non pertinence des admissions dans différentes études européennes

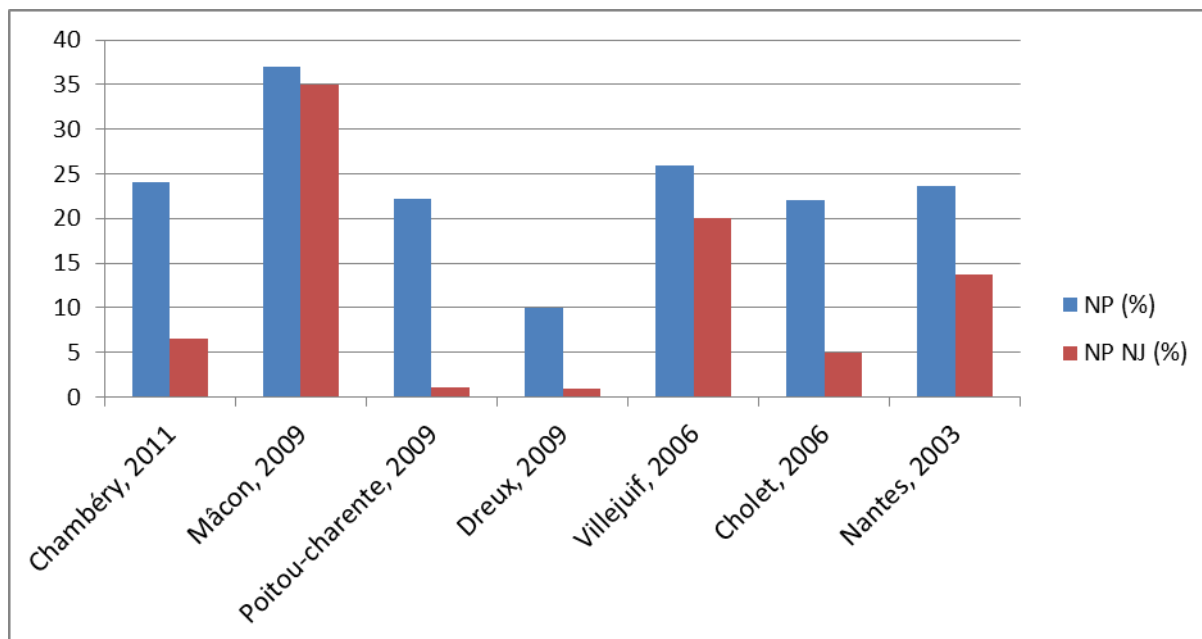


Figure 2 : Pourcentage des admissions non pertinentes (NP) et non pertinentes non justifiées (NP NJ) dans différentes études en France utilisant l’outil AEPf. Nous précisons les notions de non pertinence justifiée ou non dans la seconde partie.

3) La structure d’urgence

a) Rôles des structures d’urgence

- Accueillir et traiter les urgences, médicales et chirurgicales, nécessitant des soins immédiats
- Répondre à la demande en soins des personnes se présentant à l'accueil des urgences par degré de priorité
- Orienter les patients en fonction de leur pathologie vers un service de consultation ou un service d'hospitalisation afin d'assurer la continuité des soins et le suivi médical de la personne soignée. Cela dans le but de minimiser les hospitalisations abusives tout en conservant comme ligne de conduite l’intérêt du patient.

La circulaire du 16 avril 2003 [21] prévoit que les structures d’urgences connaissent la disponibilité des lits des services de soins de leur établissement. Cependant il est difficile de connaître en temps réel la disponibilité exacte de ces lits devant la saturation des filières de soins, la compétition entre admissions programmées et non programmées voire le manque de volonté de la part des services hospitaliers de fournir ces informations.

b) La structure d'urgence de l'HIARP

La structure d'urgence (SU) de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué (HIARP) est située à Villenave d'Ornon (33140).

Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), la Communauté Urbaine de Bordeaux (CUB) comptait 720 000 habitants répartis dans 28 communes en 2012. Au sein de la CUB, la SU de l'HIARP se plaçait en **seconde position en termes de nombre de passage aux urgences** au cours de l'année 2012 (avec 27 088 passages) après le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Pellegrin avec 54 130 passages.

Au cours de l'année 2013, la SU de l'HIARP a comptabilisé 27 300 passages parmi lesquels **4 443 patients** ont été hospitalisés à l'HIARP, soit 16,3% des consultants.

Elle disposait en aval de 175 lits en semaine et 168 lits le weekend pour les hospitalisations d'une durée d'au moins une nuit (hôpital de jour et chirurgie ambulatoire exclus). Il faut y soustraire les lits occupés par les patients dont l'hospitalisation est programmée. La différence de lits entre semaine et weekend s'explique par la fermeture le weekend, de l'hôpital de semaine. Par ailleurs, le nombre de lits diminue en période de vacances scolaires. [22]

L'HIARP est organisé en cinq pôles :

- pôle bloc-anesthésie-réanimation-urgences
- pôle médical (médecine, dermatologie, cardiologie, pneumologie et psychiatrie)
- pôle chirurgical (chirurgie viscérale, chirurgie orthopédique, ophtalmologie, Oto-Rhino-Laryngologie, odontologie, gastro-entérologie et Médecine Physique et Réadaptation)
- pôle ambulatoire (Hôpital De Jour, chirurgie ambulatoire, Centre d'Expertise Médicale du Personnel Naviguant, plateau technique et Centre de Consultation Externe)
- pôle médico technique (radiologie, laboratoire, pharmacie, stérilisation, hygiène)

Certaines spécialités ne sont pas représentées à l'HIARP : unité des soins intensifs cardiologiques et coronarographie, neuro-chirurgie, gynécologie obstétrique, pédiatrie, néphrologie, chirurgie maxillo-faciale. La neurologie et l'urologie sont les deux spécialités représentées par la présence d'un médecin spécialiste qui consulte à l'HIARP et qui donne des avis aux urgences mais pour lesquelles il n'y a pas de service dédié à la spécialité.

A leur arrivée aux urgences de l'HIARP, les patients sont accueillis par l'Infirmier d'Orientation et d'Accueil (IOA) qui, en fonction du motif de consultation, les répartit en filière courte ou longue en attendant d'être examiné par un urgentiste (senior) ou un interne en médecine.

La démarche diagnostique et thérapeutique comprend un examen clinique, éventuellement un recours à des examens complémentaires voire à un avis spécialisé, et si besoin la mise en place d'un traitement. Cette démarche est séniorisée 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

A l'issue de cette prise en charge, le patient peut :

- **Rentrer à domicile** si l'hospitalisation n'est pas nécessaire (avec ou sans prescription de médicaments, d'examens complémentaires, de consultation de spécialiste, de soins ou aides à domicile)
- **Etre transféré dans un autre établissement sans avoir été hospitalisé en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD)** ; c'est le cas lors d'une régulation inadéquate du fait d'un motif de consultation nécessitant un service ou l'avis d'un spécialiste non représenté à l'HIARP (par exemple en obstétrique)
- **Etre hospitalisé en UHCD**
- **Etre hospitalisé directement dans un service de l'HIARP sans être hospitalisé en UHCD** (plus rare, seuls 7% des patients hospitalisés en 2013 via les urgences n'ont pas été mutés depuis l'UHCD).

Les patients hospitalisés en UHCD (4126 patients en 2013 soit 15,2% des consultants) peuvent :

- **Rentrer à domicile** après une surveillance de 24h (exemple du traumatisé crânien) ou un traitement de courte durée (crise d'asthme modérée ou déshydratation par exemple)
- **Etre mis en observation avant orientation** ; les heures passées en UHCD permettent d'enrichir le tableau, d'observer l'évolution (exemple d'une douleur thoracique atypique, d'une intoxication médicamenteuse)
- **Etre en attente d'un lit disponible en hospitalisation conventionnelle**

L'UHCD du service des urgences de l'HIARP dispose de quatre lits.

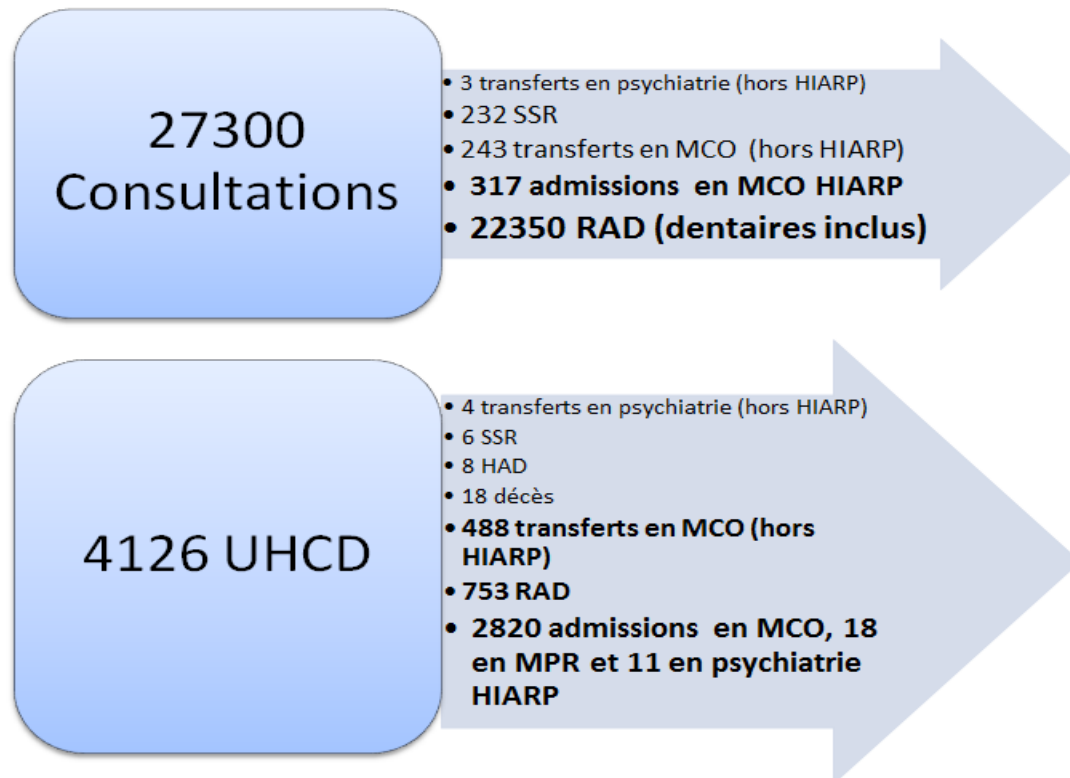


Figure 3 : Schéma des entrées et sorties des patients consultant aux urgences de l'HIARP en 2013. Légende : UHCD = Unité d'Hospitalisation de Courte Durée ; SSR = Soins de Suite et Réadaptation ; HAD = Hospitalisation A Domicile ; MCO = Médecine Chirurgie Obstétrique ; RAD = Retour A domicile ; MPR = Médecine Physique et Réadaptation.

Nous avons mis en place une étude se basant sur la méthode de revue de pertinence des soins élaborée et recommandée par la HAS en 2004. Cette méthode utilise l'outil AEPf et s'intéresse aux admissions et aux journées d'hospitalisation mais précise qu'« il est préférable de se concentrer sur un des deux aspects ». Dans notre étude, nous nous sommes intéressés aux admissions, c'est-à-dire aux patients admis dans le service des urgences puis hospitalisés dans l'un des services de soins de l'établissement via les urgences.

L'objectif principal de l'étude est l'évaluation de la pertinence des admissions dans un des services de l'HIARP via la structure d'urgences de l'établissement.

L'objectif secondaire consiste à mettre en évidence les principales causes de non pertinence et leurs éventuels facteurs favorisants afin de proposer des mesures correctives.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agit d'une étude épidémiologique analytique mono-centrique comprenant une première phase de recueil de données prospective suivie d'une seconde phase de recueil rétrospective.

Le recueil prospectif s'est déroulé sur quatre semaines continues.

1) Critères d'inclusion, critères d'exclusion

Nous avons inclus tout patient hospitalisé dans l'un des services de l'HIARP via les urgences entre le lundi 9 septembre 2013, 8h et le lundi 7 octobre 2013, 8h (soit 4 semaines). Nous avons exclus tout patient rentrant à domicile après l'hospitalisation en UHCD (mono séjour) ainsi que les patients transférés dans un autre établissement.

Selon les critères définis par la HAS pour l'application de l'AEPf, il s'agissait de patients adultes consultant dans un service d'urgence classique, admis dans un des services de l'hôpital à l'exception des services de pédiatrie et d'obstétrique.

2) Cycle PDCA et outil AEPf

L'outil AEPf a pour vocation d'améliorer la qualité des soins en évaluant l'adéquation des soins aux besoins des patients. Il ne cherche pas à mesurer la bonne performance d'un service.

Le cycle PDCA (Plan Do Check Act) est une méthode séquentielle qui permet de conduire un projet d'amélioration de la qualité. Il est composé de quatre étapes :

- Plan : planification des actions et des résultats attendus
- Do : mise en œuvre des actions
- Check : analyse des résultats
- Act : mise en place de mesures correctives.

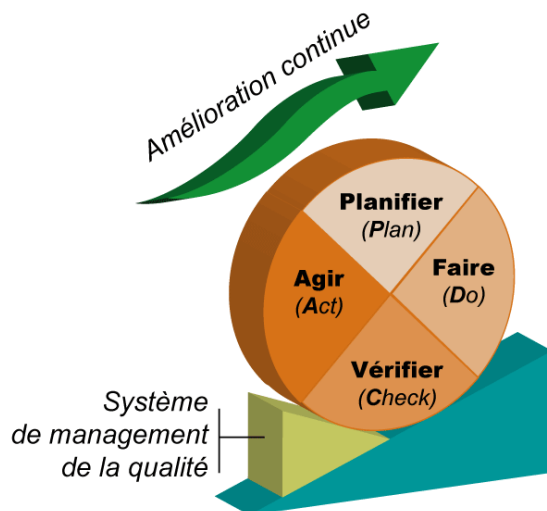


Figure 4 : La roue de Deming.

En suivant cette méthode, nous avons créé une fiche de recueil des données qui comprend des informations concernant le patient et les grilles AEPf des admissions d'après Davido, 1991 [8].

3) Recueil des données

a) Phase prospective

En amont de cette première phase de recueil, tous les médecins travaillant aux urgences pendant la période de l'étude, ont été informés des modalités de recueil des données.

Pour chaque patient hospitalisé, le médecin qui décidait l'hospitalisation remplissait une feuille de recueil de données (cf annexe 2) à l'aide du guide d'utilisation de la HAS (cf annexe 3).

Cette feuille de recueil comprend deux parties. La première liste des informations sur l'identité du patient et sur des facteurs que l'on souhaite étudier. La seconde partie comprend deux grilles de critères à cocher le cas échéant.

Il s'agit des grilles AEPf des admissions validée par la HAS qui comprennent deux types de critères justifiant l'hospitalisation:

➤ Critères de sévérité clinique

- Coma, inconscience ou désorientation d'installation récente
- Fréquence cardiaque inférieure à 50 ou supérieure à 140 battements par minute
- Pression artérielle systolique (mmHg) inférieure à 90 ou supérieure à 200, diastolique inférieure à 60 ou supérieure à 120
- Cécité ou surdité brutale
- Perte brutale de la motricité d'une partie du corps
- Fièvre persistante supérieure à 38,5  sous le bras ou 39  rectale depuis plus de 5 jours
- Syndrome hémorragique
- Troubles électrolytiques ou des gaz du sang (GDS) graves : natrémie inférieure à 123 ou supérieure à 156 mEq/l, kaliémie inférieure à 2,5 ou supérieure à 6,0 mEq/l, HCO₃ inférieurs à 20 ou supérieurs à 36 mEq/l (sans qu'il existe de cause de chronicité), pH inférieur à 7,30 ou supérieur à 7,45
- Atteinte de fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, de manger, de respirer et d'uriner)   l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau
- Ischémie aiguë à l'ECG

➤ Critères liés aux soins

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

Ces feuilles étaient récupérées par les secrétaires du service qui nous les transmettaient.

Nous distinguons alors deux groupes :

- Les **admissions pertinentes** (P) correspondant aux patients qui présentaient au moins un des critères de pertinence,
- Les **admissions non pertinentes** (NP) représentées par les patients qui ne présentaient aucun critère de pertinence.

b) Phase rétrospective et rôle de l'expert

Les dossiers correspondant aux « admissions non pertinentes » étaient soumis à l'avis d'un expert qui décidait si l'admission était justifiée ou non après analyse du dossier médical.

Selon l'AEPf, l'expert juge que le patient peut avoir rapidement recours au plateau technique (procédure, surveillance, possibilité d'intervenir 24h/24,...). La décision est alors **techniquement pertinente**. Il s'agit de situations médicales ne nécessitant pas d'intervention immédiate mais devant lesquelles le médecin ne peut prévoir l'évolution à très court terme.

En effet, l'AEP relève les **inadéquations au plan technique**, mais l'admission n'est pas seulement justifiée par des soins techniques ; d'autres déterminants entrent en jeu ; l'outil prévoit alors la possibilité pour le praticien enquêteur de **signaler une adéquation malgré la négativité du premier volet de la grille AEP** ; c'est ce qui est appelé « l'over ride » ou l'avis d'experts. Il s'agit de faire une distinction entre la non pertinence des admissions et leur inadéquation.

Prenons un exemple :

Une personne âgée, seule à domicile, autonome (ne bénéficie pas d'aide à domicile) présente une fracture du bassin non chirurgicale suite à une chute mécanique en fin d'après-midi. La patiente est soulagée par les antalgiques. Il n'y a pas d'indication à l'hospitaliser. Cependant son retour à domicile dépend de la mise en place d'aides indispensables ; celles-ci sont difficiles à mettre en place après 18h, le weekend et/ou lorsqu'il n'y a pas d'entourage. L'admission est alors justifiée afin d'organiser un retour à domicile dans des conditions optimales pour la patiente.

Etaient ainsi distingués deux sous-groupes : « admission non pertinente justifiée » et « admission non pertinente non justifiée ». Pour ce dernier, l'expert remplissait la seconde

fiche de recueil composée des grilles AEPf concernant les causes de non pertinence et le lieu où le patient aurait dû être transféré.

L'expert dans cette étude était le Dr GENTILE Ariane, médecin anesthésiste-réanimateur, en poste à l'HIARP.

Les grilles AEPf posent les questions suivantes :

- Quels sont les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat ? (plusieurs réponses possibles)
 - Avis diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision
 - Procédure diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision
 - Surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée pendant quelques heures
 - Education sanitaire
 - Soutien psychologique
 - Aide sociale
 - Aucun soin ni aucun service
- Parmi les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat, quel est celui qui est responsable de son admission ? (le patient est admis car il a besoin de ce soin ou service spécifique) :
- Quel lieu d'hébergement serait le mieux adapté pour prendre en charge le patient aujourd'hui (jour de l'admission) compte tenu de son état de santé, de sa situation socio-économique et familiale ? (une seule réponse possible)
 - **le domicile** : sans aide, avec aide non médicale (ménagère...), avec aide médicale ou paramédicale (soins infirmiers « légers » et/ou une surveillance médicale non spécialisée occasionnelle pendant la journée), avec aide médicale ou paramédicale soutenue (soins infirmiers « lourds » et/ou une surveillance médicale régulière, nuit et weekend compris)
 - **une autre structure d'hébergement** : non médicalisée de proximité (exemple hôtel proche de l'hôpital), non médicalisée pouvant être éloignée de l'hôpital, avec soins médicaux et/ou paramédicaux (aide à la vie quotidienne, soins infirmiers, kinésithérapie), médicalisée
 - **l'hôpital (établissement de court séjour)**

- Quelle est la raison principale expliquant l'admission ? (une seule réponse possible)
- **Organisation des soins** : attente d'un avis diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure, attente d'un avis d'expert (ressource externe aux urgences), attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure, attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique dans une autre structure, manque de personnel aux urgences pour une surveillance rapprochée d'un patient pendant plusieurs heures
- **Service de relais** : indisponible (places ou rendez-vous non disponibles), inaccessible (isolement géographique, situation socio-économique du patient), inexistant ou inconnu
- **Décision médicale** : attente d'avis d'expert (senior indisponible), demande expresse du médecin de ville, attente d'un avis collégial (concertation avec les services cliniques et médicotechniques)
- **Raisons liées au patient ou à sa famille** : risque de non-observance des prescriptions (traitement, examens...), décision du patient et/ou sa famille, retour à domicile transitoirement impossible (heure tardive, week-end) compte tenu du contexte social ou de l'âge.

La population d'étude a ainsi été divisée en trois groupes :

- les **admissions pertinentes** (P)
- les **admissions non pertinentes justifiées** (NP J)
- les **admissions non pertinentes non justifiées** (NP NJ).

4) Base de données

Les données recueillies via les feuilles récupérées ont été analysées grâce au logiciel Excel®.

Pour chaque patient nous avons recueilli les informations suivantes :

- Nom, prénom, sexe, date de naissance, âge,
- Date d'arrivée et heure de décision d'hospitalisation classées selon les créneaux horaires suivants :
 - semaine jour (SJ) de 8h à 18h du lundi au vendredi ;
 - semaine nuit (SN) de 18h à 8h du lundi au jeudi ;

- weekend jour (WEJ) de 8h à 18h samedi et dimanche ;
- weekend nuit (WEN) de 18h à 8h du vendredi au dimanche
- L'isolement social (le patient est-il seul à domicile ?)
- L'existence d'une lettre d'un médecin adressant le patient aux urgences
- L'existence d'une hospitalisation ou d'un suivi antérieur à l'HIARP
- Le devenir du patient : retour à domicile (monoséjour, exclus de l'étude), transferts dans un autre établissement (exclus de l'étude) ou service dans lequel le patient est hospitalisé après l'UHCD (patients inclus)
- Pour les patients inclus : les différents critères de pertinence définis par l'AEPf s'il y en avait
- Nécessité ou non de l'avis d'expert en cas d'admission non pertinente

Puis après analyse rétrospective par l'expert des dossiers médicaux des admissions non pertinentes :

- Justification de l'expert en cas d'admission non pertinente mais justifiée
- En cas d'admission non pertinente non justifiée, l'expert doit se prononcer sur :
 - les principaux soins et services nécessaires aux patients,
 - l'hébergement le plus adapté,
 - et dans le cas où ce dernier ne serait pas un hébergement hospitalier, les principales causes ayant abouti à l'hospitalisation du patient

5) Analyse statistique des données

Toutes ces données saisies dans un tableau Excel® sont ensuite analysées.

L'analyse uni variée comprend des tests de Chi 2 et des calculs d'Odds Ratio (OR).

L'analyse multi variée comprend une ANOVA (ANalysis Of Variance) à facteurs multiples réalisée avec le logiciel R. Celle-ci permet d'évaluer l'effet de plusieurs paramètres sur un autre. Dans notre étude, il s'agit de l'effet de certains facteurs étudiés sur la pertinence des admissions.

RESULTATS

1) Population de l'étude

358 patients ont été hospitalisés aux urgences au cours des 4 semaines étudiées.

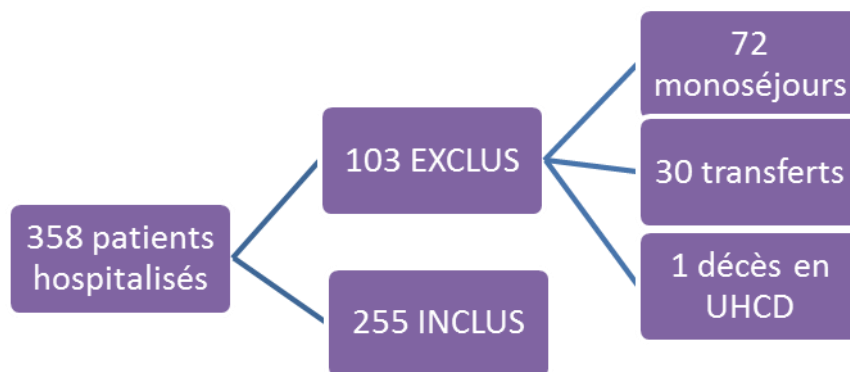


Figure 5 : Diagramme de flux

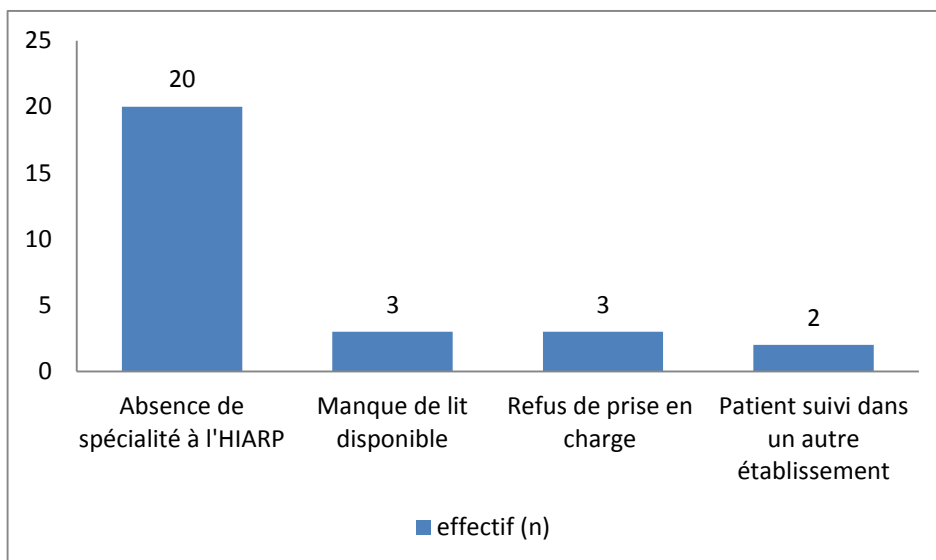


Figure 6 : Motifs des transferts (n)

Caractéristiques	n (%)
Sexe	
Femme	125 (49,1)
Homme	130 (50,9)
Tranches d'âge	
< 30 ans	23 (9)
30 - 50 ans	43 (16,9)
50 - 80 ans	104 (40,8)
> 80 ans	85 (33,3)
Créneau horaire de l'admission	
Semaine Jour	83 (32,5)
Semaine Nuit	85 (33,3)
Weekend Jour	37 (18,5)
Weekend Nuit	50 (11,9)
Jour	120 (47)
Nuit	135 (53)
Semaine	168 (66)
Weekend	87 (34)
Isolement social	
Seul(e) à domicile	63 (24,7)
Non seul(e) à domicile	192 (75,3)
Courrier médical	
Existence d'un courrier médical	96 (37,6)
Absence d'un courrier médical	159 (62,4)
Suivi/hospitalisation antérieur	
Existence d'un suivi/hospitalisation antérieur	108 (42,4)
Absence d'un suivi/hospitalisation antérieur	147 (57,6)
Services d'hospitalisation	
Médecine	73 (28,6)
Dermatologie	6 (2,3)
Pneumologie	26 (10,2)
Cardiologie	67 (14,5)
Gastro-entérologie	31 (12,5)
Chirurgie viscérale	36 (14,1)
Chirurgie orthopédique	40 (15,7)
Réanimation	5 (2)
ORL	1 (0,4)

Tableau 2 : Caractéristiques de la population

Age	minimal	moyen	Médian	Maximal
Population	15	65,55	72	102
Homme	15	61	66	93
Femme	19	70	77	102

Tableau 3 : Répartition de la population selon le sexe et l'âge (en année)

Dans la population étudiée, les femmes sont plus âgées que les hommes.

	% (effectif)	Seul à domicile	Courrier médical	Suivi antérieur
Homme	50,9% (130)	44,4% (28)	46,9% (45)	52,8% (57)
Femme	49,1% (125)	55,6% (35)	53,1% (51)	47,2% (51)
Total	255	63	96	108

Tableau 4 : Répartition de la population selon le sexe, l'isolement social, l'existence d'une lettre adressant le patient et l'existence d'une hospitalisation ou d'un suivi antérieur

Dans cette étude, le sex ratio est de 1,04 en faveur des hommes ; les femmes sont plus nombreuses que les hommes à être seules à domicile et adressées par un médecin avec un courrier. Les hommes sont plus nombreux à présenter une hospitalisation ou un suivi antérieur à l'HIARP.

Horaire	Semaine jour	Semaine nuit	Weekend jour	Weekend nuit
% (effectif)	32,5% (83)	33,3% (85)	14,5% (37)	19,6% (50)
Taux/h	1,66	1,52	1,85	1,19

Tableau 5 : Répartition de la population et taux d'admission/h selon les créneaux horaires

La semaine comprenant plus d'heures que le weekend et la nuit plus d'heures que le jour, nous utilisons le taux horaire défini comme le nombre d'admissions en une heure.

Horaire	JOUR	NUIT	SEMAINE	WEEKEND
% (effectif)	47% (120)	53% (135)	66% (168)	34% (87)
Taux/h	1,71	1,22	1,58	1,4

Tableau 6 : Répartition de la population et taux d'admission/h selon d'autres créneaux

Le taux d'admission horaire est plus grand la journée que la nuit et la semaine que le weekend.

2) Pertinence des admissions via les urgences

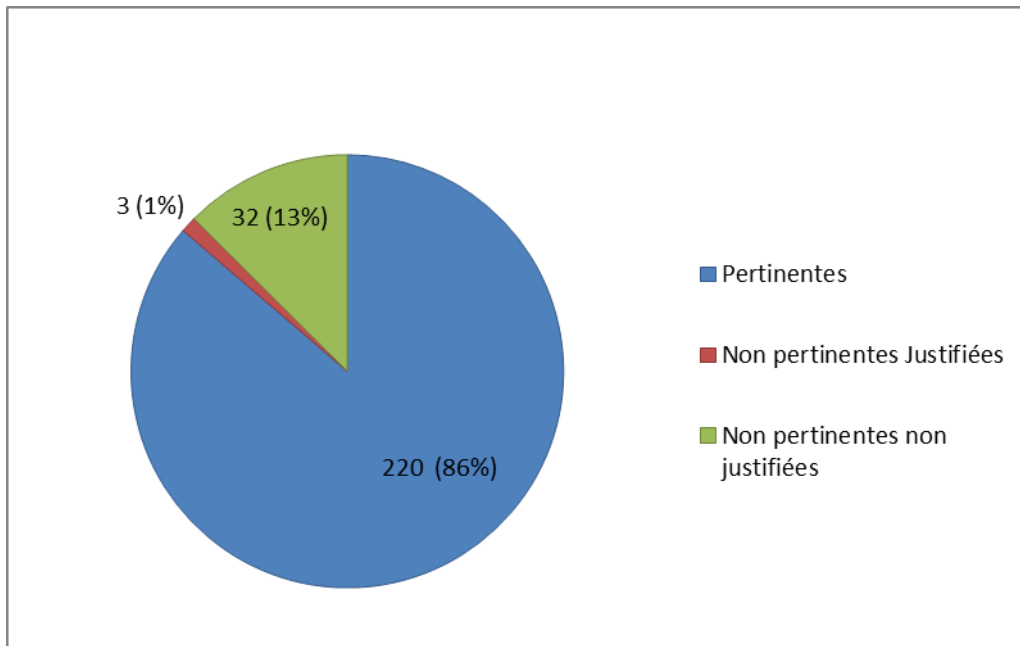


Figure 7 : Taux de pertinence des admissions de l'étude avant l'avis de l'expert

Le taux d'admissions pertinentes est de **86%** avec l'outil AEPf et de **87%** après l'avis expert.

Les admissions non pertinentes justifiées (NP J) représentent un effectif très faible (n=3, soit 1%), cet effectif sera donc inclus dans l'effectif des admissions pertinentes (P), nous comparons ainsi **deux groupes** :

- les P associées aux NP J constituent désormais le groupe **Pertinent (P)** (n = 223)
- les admissions non pertinentes non justifiées (NP NJ) constituent le groupe **Non Pertinent (NP)** (n = 32)

3) Les critères de pertinence les plus fréquents

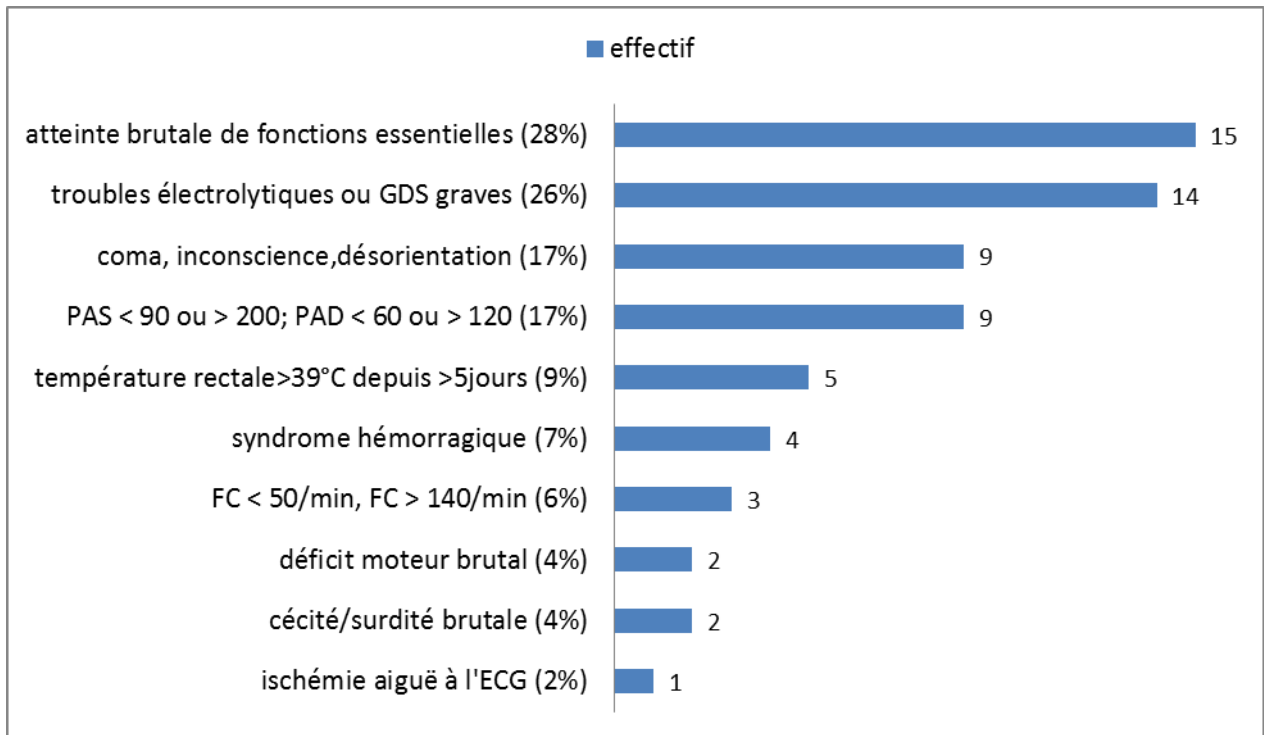


Figure 8 : Critères de sévérité clinique des admissions pertinentes

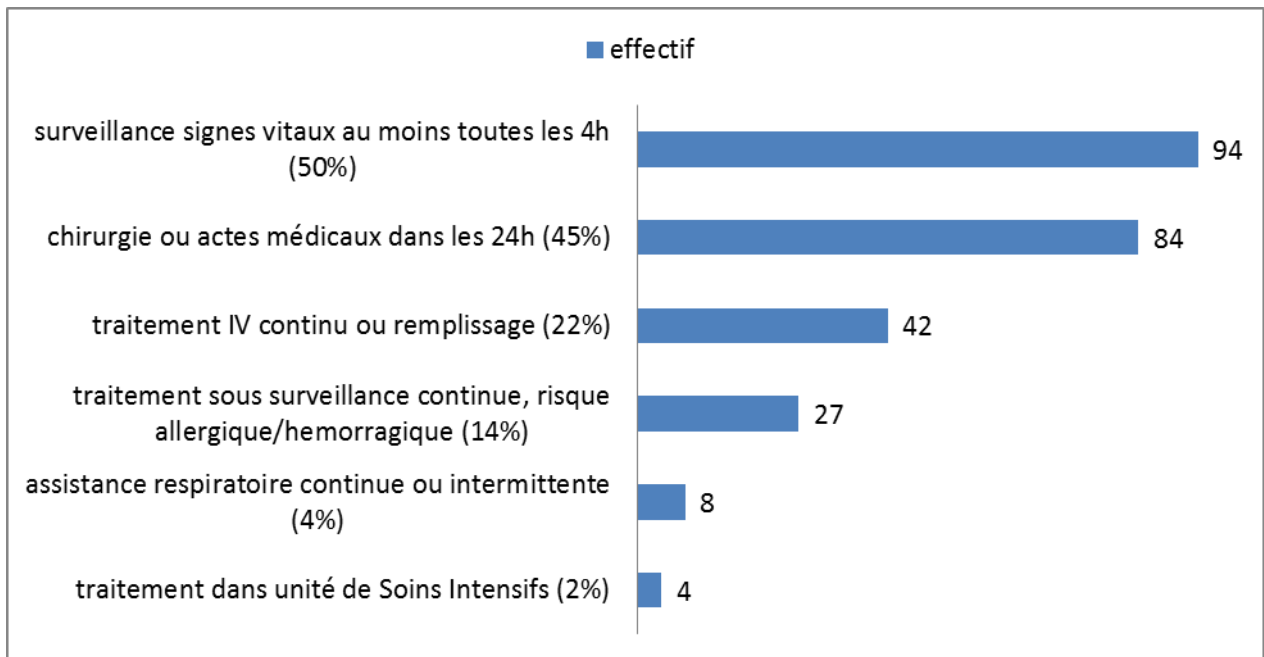


Figure 9 : Critères liés aux soins délivrés des admissions pertinentes

24,5% des patients admis de façon pertinente présentaient au moins un critère de sévérité clinique ; 85,8% présentaient au moins un critère lié aux soins délivrés et 10,9% présentaient au moins un critère clinique et un critère lié aux soins.

4) Les différents critères des admissions non pertinentes non justifiées

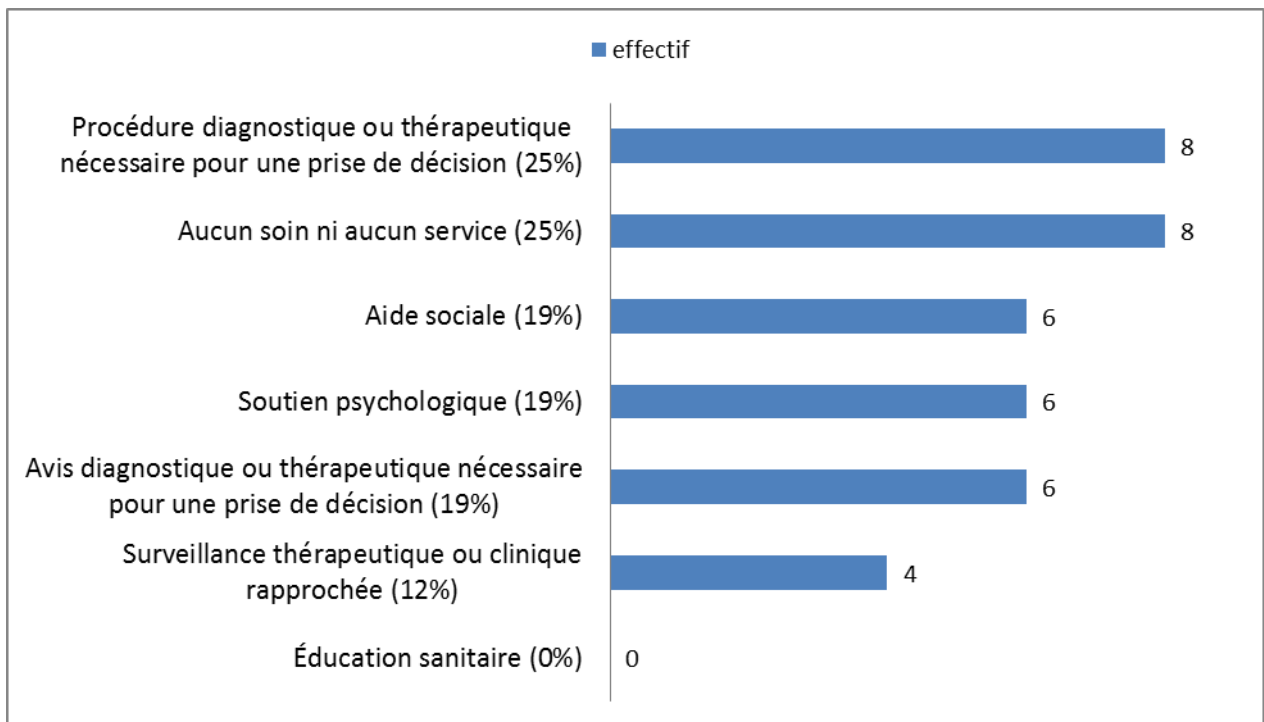


Figure 10 : Principaux soins ou services dont le patient hospitalisé de façon non pertinente et non justifiée a besoin dans l’immédiat

Parmi ceux-ci, l’expert détermine le principal soin ou service dont le patient hospitalisé de façon non pertinente et non justifiée avait besoin, il s’agissait :

- d’une procédure diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision (n = 8 ; soit 25%)
- aucun soin, ni aucun services (n = 8 ; soit 25%)

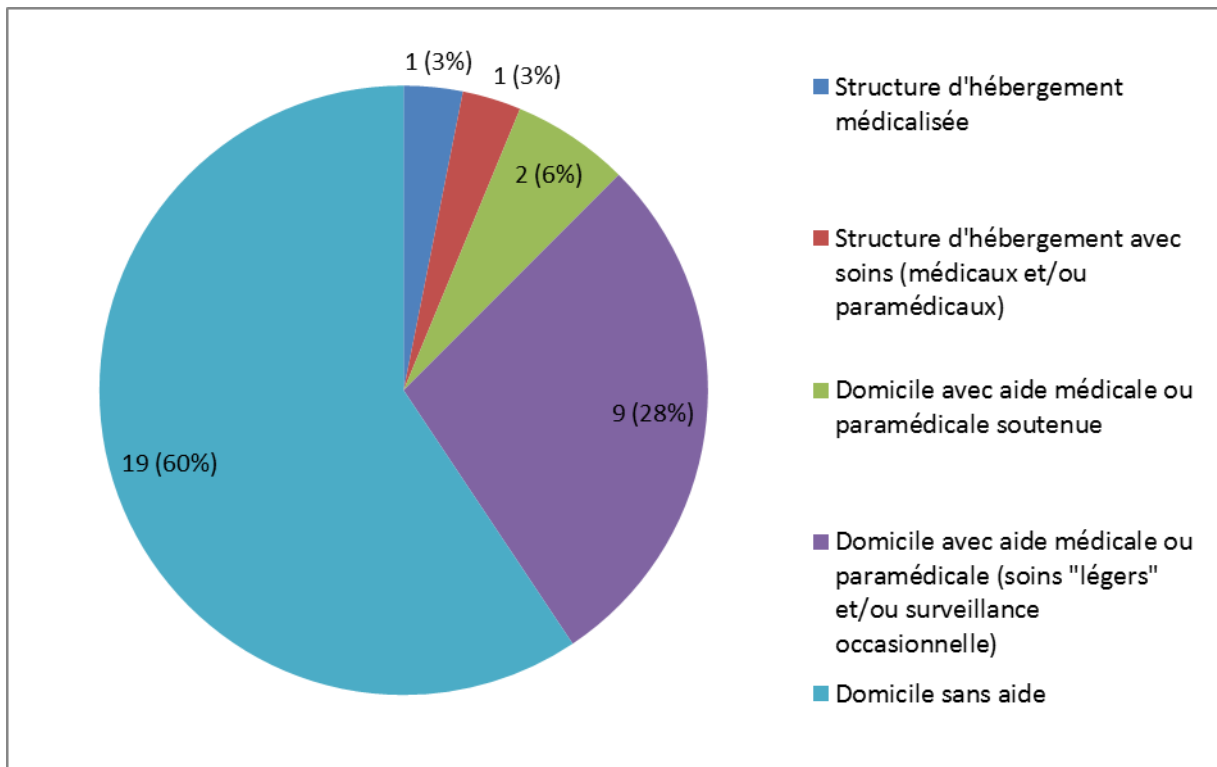


Figure 11 : Lieu d'hébergement qui aurait été le mieux adapté pour les admissions non pertinentes et non justifiées (n (%))

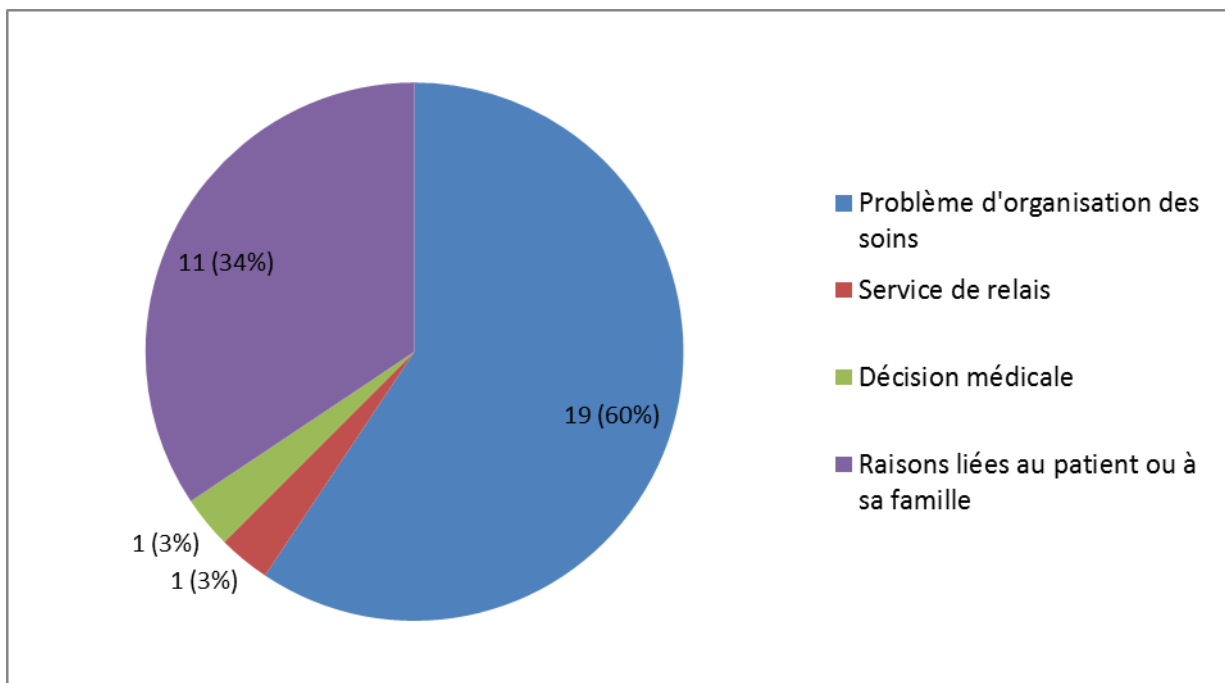


Figure 12 : Raison principale expliquant l'admission NP NJ dont l'hébergement adapté n'est pas hospitalier (n(%))

5) Caractéristiques de la population selon la pertinence et analyse des taux de pertinence et de non pertinence en fonction des caractéristiques

Caractéristiques	Pertinent n (%)	Non Pertinent n (%)
Sexe		
Femme	109 (87,2)	16 (12,8)
Homme	114 (87,7)	16 (12,3)
Tranches d'âge		
< 30 ans	14 (60,9)	9 (39,1)
30 - 50 ans	36 (83,7)	7 (16,3)
50 - 80 ans	96 (92,3)	8 (7,4)
> 80 ans	77 (90,6)	8 (9,4)
Créneau horaire de l'admission		
Semaine Jour	73 (88)	10 (12)
Semaine Nuit	75 (88,2)	10 (11,8)
Weekend Jour	33 (89,2)	4 (10,8)
Weekend Nuit	42 (84)	8 (16)
Jour	106 (88,3)	14 (11,7)
Nuit	117 (86,7)	18 (13,3)
Semaine	148 (88,1)	20 (11,9)
Weekend	75 (86,2)	12 (13,8)
Isolement social		
Seul à domicile	56 (88,9)	7 (11,1)
Non seul à domicile	167 (87)	25 (13)
Courrier médical		
Existence d'un courrier médical	82 (85,4)	14 (14,6)
Absence d'un courrier médical	141 (88,7)	18 (11,3)
Suivi/hospitalisation antérieur		
Existence d'un suivi/hospitalisation antérieur	98 (90,7)	10 (9,3)
Absence de suivi/hospitalisation antérieure	125 (85)	22 (15)
Services d'hospitalisation		
Médecine/Dermatologie	60 (76,9)	18 (23,1)
Cardiologie/Pneumologie	57 (90,5)	6 (9,5)
Gastro-entérologie/Chirurgie/Réanimation/ORL	106 (93,8)	7 (6,2)

Tableau 7 : Répartition des admissions selon la pertinence et les caractéristiques de la population

		CHI 2 (p)	Odds Ratio [Intervalle de Confiance]; p < 5%
	4 tranches d'âge: <30/30-50/50-80/>80	0,0004	-
AGE	<30 et >30	0,00005	0,171 [0,067;0,439]
	<50 et >50	0,0009	0,289 [0,135;0,6193]
SERVICE	Médicaux / Chirurgicaux	0,006	0,309 [0,128;0,744]
	Médecine et dermatologie / autres Médicaux	0,024	0,33 [0,12;0,89]
	Cardiologie et pneumologie/ autres Médicaux	0,024	3 [1,1;8,1]

Tableau 8 : Résultats de l'analyse uni variée des facteurs significativement liés à la pertinence des admissions

Concernant le calcul du Chi 2, le résultat est considéré comme significatif lorsque p est inférieur ou égal à 0,05. Ainsi, le taux d'admission P est significativement lié à l'âge du patient. Tout comme il est significativement lié au service dans lequel le patient est admis.

Concernant le calcul de l'Odds Ratio (OR), le résultat est considéré comme significatif si l'intervalle de confiance (IC) ne comprend pas la valeur 1, avec un risque p inférieur à 5%. Ainsi, les admissions sont moins fréquemment P lorsque le patient est âgé de moins de 50 ans et à fortiori moins de 30 ans. De plus, les admissions sont moins fréquemment P lorsque le patient est admis dans les services médicaux que lorsqu'il est admis dans les services chirurgicaux, de même pour l'admission en médecine/dermatologie versus les autres services médicaux. A l'inverse, les admissions sont plus fréquemment P lorsque le patient est admis en cardiologie/pneumologie que lorsqu'il est admis dans un des autres services médicaux.

Nous avons défini les services « dits » :

- médicaux : médecine, dermatologie, cardiologie et pneumologie
- chirurgicaux : gastroentérologie, chirurgie viscérale, chirurgie orthopédique, ORL et réanimation

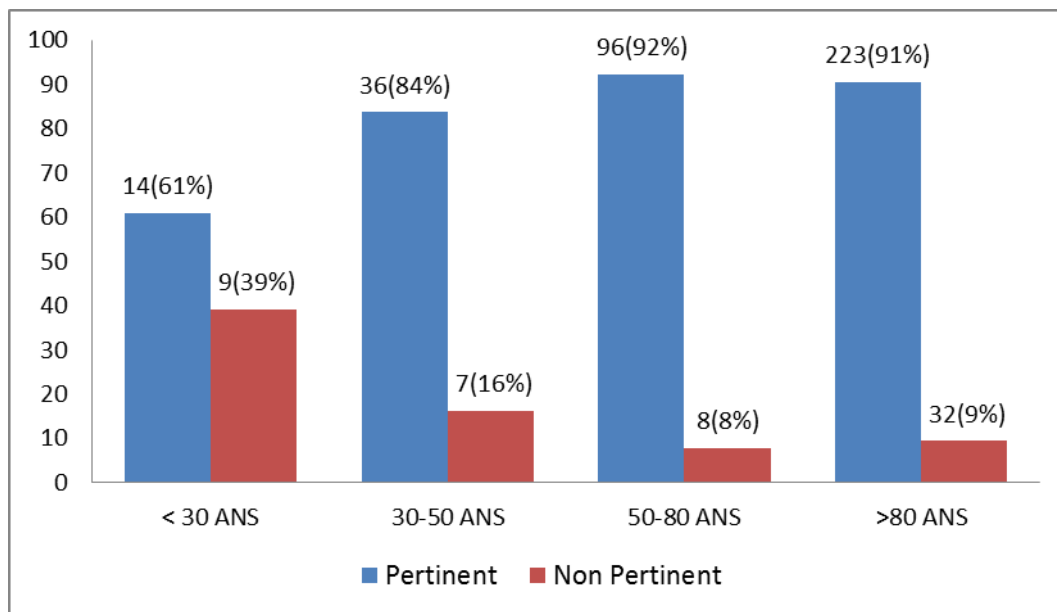


Figure 13 : Répartition des admissions pertinentes et non pertinentes en pourcentage par tranche d'âge (n(%))

C'est dans la tranche d'âge « moins de 30 ans » que la proportion d'admission NP est la plus grande.

6) Analyse multi variée

L'objectif d'une ANOVA est de savoir si une variable (la pertinence des admissions) a des valeurs significativement différentes selon plusieurs facteurs (sexe, âge, services d'hospitalisation, l'isolement social...). Cette analyse prend en compte les interactions entre les différents facteurs étudiés.

Deux facteurs sont significativement liés à la pertinence des admissions :

- l'âge du patient ($p = 2,74.10^{-4}$) avec les tranches d'âge plus de 30 ans et moins de 30 ans
- le service dans lequel le patient est admis ($p = 1,6.10^{-4}$) avec les catégories médecine/dermatologie, cardiologie/pneumologie et les services chirurgicaux.

L'analyse multi variée met en évidence une interaction entre ces tranches d'âge et ces catégories de services ($p = 3,3.10^{-3}$) expliquant la variable pertinence/non pertinence ce qui est cohérent avec les résultats de l'analyse uni variée. En revanche l'ANOVA n'a pas fait apparaître d'autres interactions explicatives de la variable pertinence.

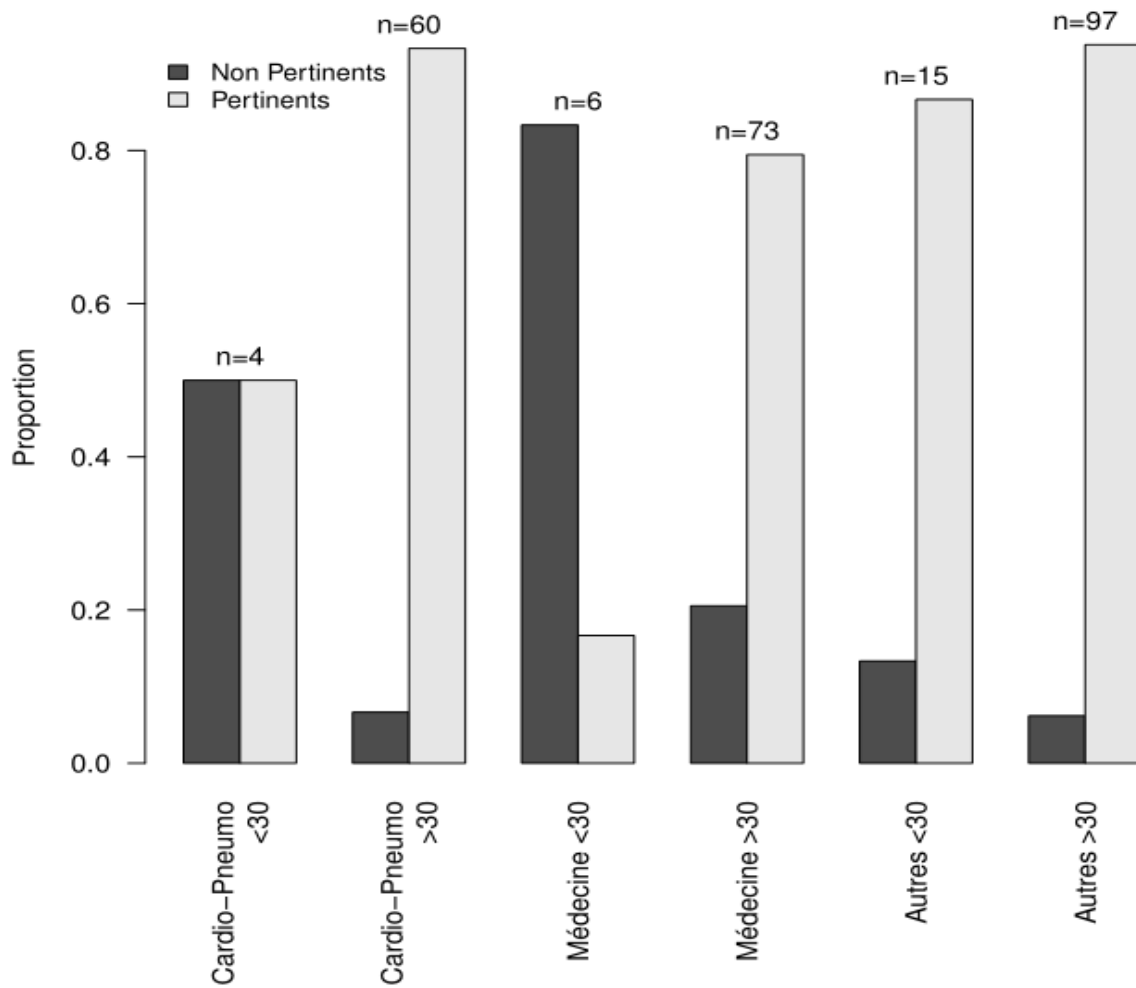


Figure 14 : Proportion des admissions pertinentes selon la tranche d'âge et la catégorie de service du patient. Légende : cardio-pneumo = cardiologie-pneumologie, médecine = médecine-dermatologie, autres = services dits chirurgicaux.

DISCUSSION

1) Le choix de l'outil

Plusieurs outils permettant d'évaluer la pertinence de l'utilisation de l'hôpital ont été développés aux Etats-Unis et en Angleterre. Parmi eux :

- L'**ISD** (Intensity of service, Severity of illness and Discharge screens-appropriateness) développé en 1978 par la société InterQual, à partir des travaux de recherche d'une équipe de l'université de Californie. Cet outil comporte 22 groupes de critères dans 3 catégories : intensité des soins, sévérité clinique, critères de sortie.

L'admission est considérée comme appropriée si le patient présente au moins un critère (sévérité clinique ou intensité de prise en charge) lors de la consultation aux urgences et un critère dans chacune de ces catégories dans les 24h qui suivent l'admission.

L'hospitalisation est considérée comme appropriée si le patient satisfait au moins un critère d'intensité clinique. Dès que le patient ne satisfait plus ces critères et qu'il présente un des critères de sortie, la poursuite des soins devient inappropriée.

Contrairement à l'AEP, il existe des critères spécifiques à certaines spécialités (endocrinologie, cardiologie...) en plus de critères généraux applicables à tous les patients [6]. Il est chronophage par le nombre de critères qu'il propose et ces critères sont les mêmes pour les admissions et les hospitalisations, ce qui ne le rend pas aussi valide qu'un outil adapté à chaque situation (Mc Donagh et al., 2000) [16]. Néanmoins la fiabilité de cet outil est proche de celle de l'AEP. [6,24]

- L'**AEP** créé par Gertman et Restuccia en 1981 fait appel à un nombre restreint de critères explicites indépendants du diagnostic. Il est standardisé, utilisable par des professionnels autres que des professionnels de santé et fiable. En effet, de nombreuses études ont montré sa reproductibilité : aux Etats-Unis [7,20], en Turquie [25], en Israël [26], en Allemagne [27], en Suisse [28], en Espagne [29], en Angleterre [30], en France [14,15,31] et en Europe entre les pays [10].

Le caractère universel de l'utilisation de cet outil facilite les comparaisons entre pays et entre études et induit un effet d'éviction des autres méthodes. [32]

Bien qu'il soit l'outil le plus largement utilisé et validé [8,32], il présente des faiblesses que nous abordons dans le 3^{ème} paragraphe de la discussion.

Dans une étude espagnole de 2004, l'outil d'analyse, dérivant de l'AEP, n'est pas une simple traduction validée de l'AEP, il a été adapté au milieu des urgences donnant le HEAEP [34].

- Le **SMI** (Standardized Medreview Instrument) créé en 1983, fait appel à 117 critères pour les admissions et 56 critères pour les journées de soins (30 concernant le niveau de soin et 26 pour l'état de santé du patient). Le caractère approprié se définit par l'existence d'au moins un critère pour les admissions et d'au moins un critère de chaque catégorie (niveau de soin et état du patient) pour les hospitalisations.

Cet outil est peu utilisé car il est nettement inférieur aux outils précédents en termes de validité et reproductibilité. [6,24,32]

- Le **MCAP** (Managed Care Appropriateness Protocol) est développé à la fin des années 1980 sous la direction des Docteurs Restuccia et Lillian Tarr.

La liste initiale des critères se base sur les critères généraux de l'AEP. L'outil inclut, tout comme l'AEP, une liste de causes rendant compte des inadéquations et des indications sur les soins post-aigus [16]. Il s'applique à un ensemble plus large de patients (par exemple dans les domaines de la psychiatrie et de l'obstétrique) et il identifie des taux plus élevés d'admissions et de journées d'hospitalisation inappropriées que les outils ISD et AEP. [6]

Moins utilisé que l'outil AEP, certains auteurs (Mahant et al. en 2008) notent, dans leur étude sur l'utilisation de MCAP en pédiatrie, qu'ils n'ont pas de point de comparaison, et sont donc bloqués dans leurs conclusions. [32]

- L'**Oxford Bed Instrument Study**, élaboré en 1986 par une équipe de l'hôpital John Radcliffe à Oxford, utilise neuf critères concernant les soins médicaux et infirmiers requis par le patient. Il est destiné à être utilisé par les médecins et infirmières. Il a montré un haut niveau de fiabilité [33] mais semble sous-estimer les jours inappropriés [16].

2) Etude descriptive

a) La population étudiée

La fréquentation des services d'urgence est marquée par des fluctuations permanentes qui peuvent être expliquées en partie par les épidémies saisonnières ou la survenue d'évènements majeurs. Les hospitalisations sont plus stables et évoluent parallèlement à la fréquentation des services d'urgences. Il est possible d'observer quelques baisses dont les plus prononcées correspondent aux différentes périodes estivales [35]. Les quatre semaines de recueil dans notre étude correspondent à une **période** en dehors des vacances scolaires afin de limiter le risque d'une diminution de la fréquentation du service. La SU de l'HIARP a accueilli 27 200 patients en 2013 soit une moyenne de 2 092 patients pour quatre semaines. Durant les quatre semaines de recueil de notre étude, 2080 passages ont été relevés [22]. Notre étude a donc été réalisée pendant une période où la fréquentation des urgences était proche de la fréquentation moyenne de l'année 2013.

Par ailleurs, il faut rappeler que **le nombre de transferts** dans notre étude est sous-estimé. Par exemple, un patient présentant une plaie potentiellement chirurgicale de la main, sera adressé à un service de chirurgie de la main dans un autre établissement ; le patient s'y rend par ses propres moyens et s'il est examiné en pleine nuit à l'HIARP, il est souvent attendu le lendemain matin aux urgences de la main sauf urgence chirurgicale. Ces patients n'ont pas été comptabilisés en tant que transferts dans notre étude.

Dans notre étude, 50,9 % des patients inclus sont des hommes, le **sex-ratio** est de 1,04.

Les résultats sont variables selon les études en France et à l'étranger :

- sex-ratio supérieurs à un [36,37]
- sex-ratio inférieurs à un [34,38,39,40], plus fréquemment retrouvés.

Nous avons étudié une population âgée de 15 à 102 ans avec un **âge moyen** de 65 ans et un **âge médian** de 72 ans. Des études portant sur les services d'urgences français rapportent des âges moyens entre 57 et 67,8 ans et des âges médians entre 60 et 70 ans [36,37,39,41]. Nos résultats se situent donc dans la limite supérieure.

Dans notre étude, 25% des patients vivaient **seuls à domicile** et sont des femmes dans 56% des cas. Une étude réalisée au CHU de Nantes en 2003 [36] a des résultats comparables aux nôtres. Nous pouvons supposer que l'isolement est plus fréquent chez les femmes car celles-ci ont une espérance de vie plus grande. Pour autant, elles consultent moins aux urgences.

42% des patients inclus avaient un suivi antérieur à l'HIARP ; nous ne retrouvons pas d'étude ayant analysé **l'existence d'une hospitalisation ou d'un suivi antérieur** dans l'établissement étudié. Pourtant, cet item nous paraît être en rapport avec une éventuelle admission hospitalière : un patient suivi dans une autre structure étant, dans notre pratique quotidienne, plus facilement transféré vers cet établissement pour assurer un meilleur suivi.

Concernant **l'existence d'un courrier médical**, 38% des patients hospitalisés étaient adressés par un médecin avec un courrier. L'étude des admissions aux CH de Chambéry [37] évalue cet item mais ne mentionne de pourcentage. Nos chiffres sont sous-estimés car dans certains cas le médecin traitant téléphone depuis son cabinet pour adresser le patient aux urgences sans rédiger de courrier. A noter qu'en 2003, la DREES rapportait les résultats d'une enquête nationale sur les urgences révélant que 70 % des usagers des services d'urgence s'y présentent directement, sans contact médical préalable, même par téléphone [42].

Concernant **l'horaire d'hospitalisation** des patients inclus dans l'étude, 47% des patients étaient hospitalisés en journée contre 53% la nuit et 66% en semaine contre 34% le weekend.

Pourquoi hospitalisons-nous plus la nuit que la journée ? La nuit, il est plus difficile de réaliser des examens d'imagerie (sauf urgence vitale), d'avoir un avis spécialisé et la surveillance à domicile par une personne de l'entourage est souvent compliquée à mettre en place. Nous pouvons donc penser que les patients consultant aux urgences le soir et la nuit sont plus souvent hospitalisés en UHCD pour surveillance ou en attente d'examens complémentaires ou d'avis spécialisé. Pour autant, si leur état est rassurant la journée suivant leur hospitalisation, ils rentrent à domicile après l'hospitalisation en UHCD. Ces patients sont alors exclus de l'étude. En revanche, si l'UHCD est saturé et que d'autres patients plus graves doivent être hospitalisés via les urgences, les patients en attente d'examens ou d'avis dont l'état clinique est stable peuvent être admis dans un des services de l'établissement.

Pourquoi hospitalisons-nous plus la semaine que le weekend ? Probablement parce qu'il y a plus de patients consultant pour de la traumatologie le weekend et que les médecins traitant consultent moins donc adressent moins leurs patients aux urgences.

Il serait intéressant d'étudier les motifs de consultations aux urgences et de comparer la journée et la nuit ainsi que la semaine et le weekend.

Dans l'étude réalisée aux urgences du CH de Chambéry [37], 68% des patients étaient hospitalisés en journée contre 32% la nuit et 70% en semaine contre 30% le weekend. Les écarts avec notre étude s'expliquent par des différences dans la définition des créneaux : nous avons défini la nuit à partir de 18h (versus 20h dans l'étude à Chambéry) et le weekend comprend le vendredi soir à partir de 18h (ce qui n'est pas le cas dans d'autres études [37,43]).

Nous avons défini le créneau nuit à partir de 18h car c'est l'heure à laquelle les spécialistes, notamment les radiologues, ne sont plus sur place et qu'il devient difficile de mettre en place des aides à domicile. Nous avons décidé d'inclure le vendredi soir au weekend car très peu de lits d'hospitalisation des différents services de l'hôpital sont libérés du vendredi soir au lundi matin.

Enfin, nous avons observé que **le service de médecine** était celui où le plus grand nombre de patients étaient hospitalisés (29% des patients) devant les services de chirurgie orthopédique (16%) et viscérale (14%). C'est également le service de médecine qui admet le plus de patients dans d'autres études [37,43].

b) La pertinence des admissions aux urgences de l'HIARP

Notre étude rapporte un taux de pertinence de 86% avec les grilles de l'AEPf et de 87% après l'avis expert. Ce **taux de pertinence retrouvé avec les grilles AEPf** est dans les limites supérieures des taux retrouvés dans d'autres études françaises :

- Récentes : il oscille entre 63 et 90% [36,37,39,41,44,45],
- Et plus anciennes : entre 75 et 82% dans quatre études françaises rapportées par LANG T en 1995 [15].

De même, ce taux s'inscrit parmi ceux retrouvés dans les études réalisées à l'étranger (42 à 98,4% ; cf tableau 1).

Il faut toutefois préciser que le taux de pertinence de 88% retrouvé avec les grilles AEPf dans l'étude réalisée à l'Institut Gustave Roussy [41] en 2008 a été obtenu après la mise en place de mesures correctives suite à une première étude réalisée en 2006 rapportant un taux de pertinence de 74%. Aux urgences de l'HIARP il s'agit de la première étude de ce type.

L'équipe du Dr Preux en 2000 [46], trouvait un taux d'admission pertinente de 95%, sans avoir mis en place des plans d'action en amont. Cette étude a été menée dans un service de neurologie et non aux urgences. Ce chiffre est donc difficilement comparable aux résultats de notre étude, les conditions d'admission dans un service de neurologie étant éloignées de celles rencontrées aux urgences. Nous pourrions nous attendre à ce que les spécialistes de ce service très spécialisé (contrairement aux services de médecine ou de gériatrie), n'admettent que très peu de patient de façon NP. Or, certaines admissions restent malgré tout NP. Ainsi obtenir un taux d'admission P tendant vers 100% paraît difficilement réalisable et notre taux d'admission P élevé peut être le témoin d'une certaine rigueur de la part de nos spécialistes. En effet, cela peut sous-entendre que les spécialistes de l'HIARP décident de l'admission des patients dans leur service avec presque autant de pertinence que les neurologues de l'équipe du Dr Preux.

Par ailleurs le **taux de pertinence après l'avis expert** se situe dans la moyenne des taux retrouvés dans les études françaises récentes (entre 67 et 98.9%). Il faut être vigilant dans la comparaison des résultats d'études qui ne sont pas réalisées dans des conditions similaires : type d'établissement, services hospitaliers étudiés, recueil prospectif ou rétrospectif, différence dans les protocoles, personnel réalisant le recueil, modification des grilles AEP, avis d'expert... Ainsi nous remarquons l'importance du rôle de l'expert qui peut faire varier le taux de pertinence des admissions en justifiant les admissions considérées comme non pertinentes par les grilles de l'AEPf (cf figure 2).

c) Les causes de pertinence

Les deux **critères de sévérité clinique** de l'AEPf les plus rencontrés dans notre étude sont :

- l'atteinte de fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, de manger, de respirer et d'uriner) à l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau ; retrouvé dans 6,8% des admissions pertinentes.

- les troubles électrolytiques ou des GDS graves ; retrouvé dans 6,4% des admissions pertinentes.

Ce premier critère est fréquemment retrouvé dans d'autres études françaises [37,39,41] à la différence du second qui est peu représenté. Le critère « coma, inconscience ou désorientation d'installation brutale » situé en troisième position dans notre étude en termes de fréquence, est en seconde position dans ces deux études [37,39] et en troisième position dans l'étude réalisée à Villejuif [41]. Il n'y a pas de vérification de l'existence de ces critères par une étude rétrospective des dossiers, ce qui peut surestimer le taux d'admission P.

Le critère « fièvre persistante... » est peu représenté à l'exception des études réalisées à l'Institut Gustave Roussy à Villejuif en 2006 et 2008 [41]. Il s'agit d'un des Centres de Recherche et de Lutte Contre le Cancer ; les patients se présentant aux urgences de cet établissement dédié aux pathologies cancéreuses ne sont pas strictement comparables à ceux inclus dans les études réalisées dans les établissements comme l'HIARP. Il paraît cohérent que ces patients immunodéprimés présentent plus fréquemment une fièvre depuis plus de 5 jours à leur admission.

Les trois **critères liés aux soins délivrés** les plus largement représentés dans notre étude, sont :

- La nécessité d'une surveillance des signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, scope, surveillance neurologique) au moins une fois toutes les 4 heures ; présent chez 42,7% des patients admis de façon pertinente avec les grilles AEPf
- La nécessité d'une chirurgie ou autres actes médicaux prévus dans les 24 heures demandant soit une anesthésie générale, soit l'utilisation de matériel ou de services uniquement disponibles dans un hôpital (38,2% des patients)
- La nécessité d'un traitement intraveineux continu ou remplissage (19,1%).

Ces critères sont fréquemment retrouvés dans d'autres études françaises [37,39,41].

Le guide d'utilisation de l'AEPf (annexe 3) précise que le critère de surveillance doit « être intégralement retrouvé dans des notes médicales ». Or dans notre étude, la première phase de recueil est prospective et réalisée par le médecin en charge du patient admis. Il n'y a aucune vérification de la notion de surveillance dans les dossiers médicaux réalisée rétrospectivement. Il serait intéressant de comparer les résultats d'une étude rétrospective analysant les dossiers médicaux des patients inclus dans notre étude afin d'évaluer la qualité de ces dossiers.

Concernant le traitement intraveineux, le guide d'utilisation rappelle que « tout cathéter posé à titre systématique, sans réel fondement, ne peut justifier la pertinence de l'admission » ; là encore aucune vérification n'est faite au cours du recueil prospectif, ce qui peut surestimer le taux d'admission P.

Dans notre étude :

- 24,5% des patients admis de façon pertinente présentait **au moins un critère de sévérité clinique** ; contre 22,3% à Nantes en 2003 [36] et 43,5% à Chambéry en 2011[37]
- 85,8% présentait **au moins un critère lié aux soins délivrés** ; contre 33,8% [36] et 52% [37] dans ces mêmes études
- 10,9% présentait **au moins un critère clinique et un critère lié aux soins** ; contre 33,8% [36] et 4,5% [37].

Ces chiffres nous interpellent, les écarts entre les études sont importants et il est difficile d'y trouver une logique.

Notre étude présente un fort taux de critères liés aux soins délivrés ce qui rappelle l'importance de la formation des médecins qui participent au recueil des données afin de limiter la surestimation du taux d'admission P.

Une étude rétrospective des dossiers médicaux permettrait de vérifier la prescription et la réalisation de ces soins et de comparer les résultats à notre étude prospective.

d) Les admissions non pertinentes justifiées, ou non justifiées, la notion d'« over-ride »

La notion d'admission justifiée et non justifiée après expertise apparait clairement dans les **études françaises**, contrairement aux études étrangères. Cela peut s'expliquer par des différences dans les outils d'analyse selon les pays, bien que dérivant tous de l'AEP.

Dans notre étude le taux d'admissions non pertinentes justifiées est de 1 % (n = 3), ce qui rend son analyse statistique difficile.

La figure 2 rapporte les taux d'admissions non pertinentes avec l'outil AEP et les taux d'admissions non pertinentes non justifiées par l'expert dans les études françaises récentes. La différence constitue les admissions non pertinentes justifiées par l'expert que l'on fait apparaître dans la figure 16.

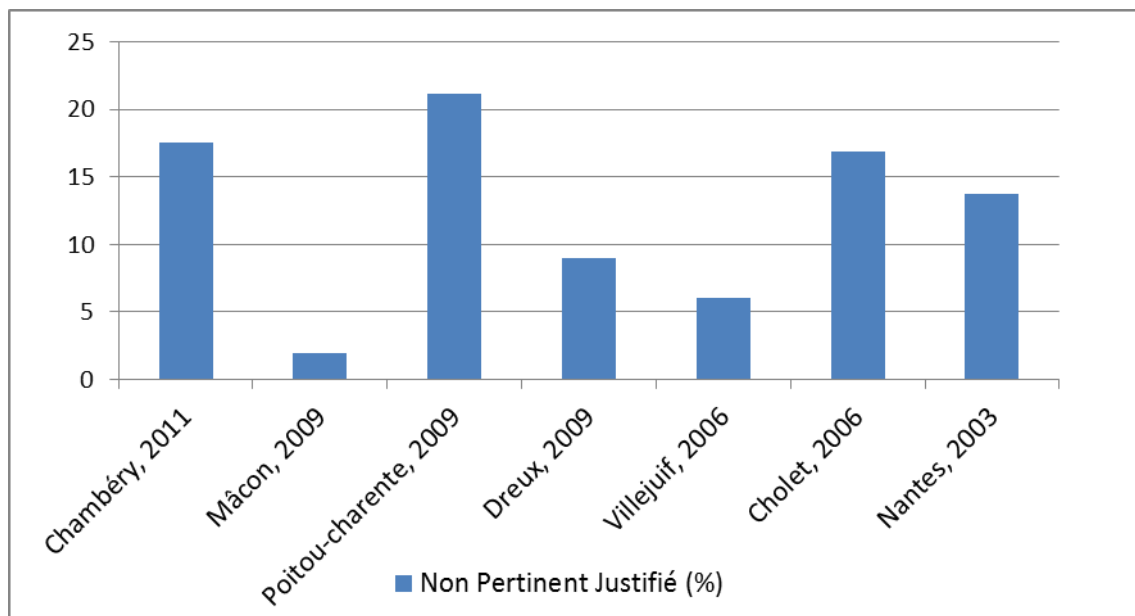


Figure 15 : Taux d'admissions non pertinentes justifiées par l'expert dans différentes études françaises

Les variations sont importantes puisque ces taux oscillent entre 1 et 21%. Notre étude se situe à la limite inférieure.

Il est légitime de se demander si cet avis expert est nécessaire au vu de l'impact qu'il peut avoir sur les résultats. L'enquête nationale des inadéquations hospitalières [32] considère qu'« en tout état de cause, sur le plan méthodologique, il paraît difficile de se passer d'un avis d'expert ».

e) Les causes de non pertinence

Après avis de l'expert de notre étude les deux **principaux soins et services dont avaient besoin les patients** admis de façon non pertinente non justifiée sont :

- aucun soin ni aucun service (n = 8, soit 25%)
- une procédure diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision (n = 8, soit 25%).

L'attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique est fréquemment retrouvée dans d'autres études françaises ainsi que dans une étude italienne [47] ; tout comme l'attente d'un

avis diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision. A l'inverse de l'absence de soin et de service qui est peu fréquent. [36,37,39,41,48]

L'attente d'un avis spécialisé ou d'un examen complémentaire en tant que soin ou service principal responsable de l'admission non pertinente non justifiée souligne l'intérêt de l'accessibilité à ces services. Ainsi, nous pouvons émettre l'hypothèse que l'amélioration de la disponibilité des spécialistes (sollicités pour leurs avis) et des examens complémentaires (notamment d'imagerie) pourrait diminuer le nombre d'admissions non pertinentes.

Concernant les patients qui ne nécessitent aucun soin ni aucun service (n = 8), il paraît cohérent que leur hospitalisation ne soit pas justifiée. Cinq ont un âge inférieur ou égal à 65 ans. Il serait intéressant d'étudier les dossiers médicaux afin de connaître la nature des soins et/ou services dont ils ont bénéficiés, et si ceux-ci ont eu un intérêt dans la prise en charge du patient.

Le lieu d'hébergement qui aurait été le mieux adapté pour les patients admis de façon NP NJ dans notre étude est dans 88% des cas : le domicile (60% sans aide et 28% avec aide non médicale).

L'hôpital (établissement de court séjour) est le lieu d'hébergement le plus fréquemment rencontré dans d'autres études françaises [36,37,39] sauf à Villejuif en 2006 [41] où 46% des patients auraient pu être au domicile (18% sans aide et 28% avec aide).

L'âge médian des patients admis de façon NP NJ dans notre étude est 50 ans. Nous pouvons donc penser qu'il s'agit de personnes jeunes et pour la plupart autonomes qui pourraient rentrer à domicile sans aide médicale ou paramédicale et consulter en l'absence d'amélioration de leur état ; ce qui semble plus délicat pour des personnes âgées.

Dans notre étude, **la raison principale expliquant l'admission** NP NJ des patients dont l'hébergement adapté n'est pas hospitalier est, dans 60% des cas, l'organisation des soins (1^{er} volet de la réponse à la question E, cf annexe 2 page 88). La seconde raison retrouvée chez 34% des patients est liée au patient ou à sa famille.

Des études françaises [37,39,41] retrouvent également ces deux raisons principales, à l'exception d'une étude aux urgences de Cholet en 2006 [48] qui rapporte dans 33% des cas une indisponibilité du service de relais et dans 28% des cas une demande expresse du médecin de ville.

Concernant l'organisation des soins, il s'agit pour 53% des patients, de l'attente d'un avis diagnostique ou thérapeutique. C'est un problème interne à l'établissement, qui existe

également dans d'autres établissements et pour lequel nous proposons des mesures correctives que nous détaillerons plus tard.

Concernant le fait que 34% des admissions NP sont liées au patient ou à sa famille : dans notre étude, il s'agit dans 64% des cas, de patients âgés de plus de 65 ans et dans 36% des cas, de patients vivant seul à domicile. Il s'agit majoritairement de patients âgés, que nous pouvons supposer plus inquiets quant à l'évolution de leur santé. Nous aurions pensé qu'il s'agirait plus de patients isolés, ce qui n'est pas le cas. Il est parfois difficile d'expliquer au patient ou à son entourage, souvent inquiet, que le patient est autorisé à rentrer au domicile avec le conseil de consulter en l'absence d'amélioration de son état. Le patient lui-même et son entourage sont souvent plus rassurés par l'hospitalisation. Faut-il hospitaliser tous les patients âgés ayant besoin d'être rassurés ? Cela engendrerait des problèmes financiers et de disponibilité de lits. Il s'agit alors de discuter la notion de qualité et de pertinence des soins du point de vue du patient et/ou de sa famille.

En 1980, Avedis Donabedian [49] définit les soins de haute qualité comme les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfice / risque à chaque étape du processus de soins. Le bénéfice lié notamment à la réassurance du patient et/ou de sa famille, est-il supérieur au risque lié à une admission non pertinente non justifiée (coût, infection nosocomiale, manque de lit d'aval pour d'autres patients..) ?

Il nous semble important de rappeler le contexte dans lequel les équipes soignantes évoluent quotidiennement et au sein duquel apparaissent des difficultés contre lesquelles il faut lutter : le risque de judiciarisation et le principe de précaution qui peuvent inciter à admettre de façon non pertinente par « peur des conséquences », le consumérisme médical, le rôle des médias et l'exigence de la rapidité de la part des patients et/ou de leur entourage. C'est dans cette atmosphère, loin d'être idéale, que les médecins doivent prendre des décisions, ce qui peut parfois, être difficile.

3) Etude analytique

a) Analyse uni variée

Deux facteurs sont significativement liés à la pertinence des admissions dans notre étude:

- Le premier est la tranche d'âge à laquelle le patient appartient. Les tests de chi 2 montrent que le taux d'admission non pertinente dépend significativement ($p < 0,05$) de l'âge du patient. En effet le calcul de l'OR montre que l'admission est beaucoup moins fréquemment P chez les patients âgés de moins de 50 ans que chez ceux de 50 ans et plus ($0,289[0,135;0,619]$; $p > 5\%$), et à fortiori chez les moins de 30 ans ($0,17[0,067;0,439]$; $p < 5\%$).

Deux études rapportent des résultats significatifs avec le facteur âge. Une étude italienne [43] constate que le taux d'admission NP est significativement plus important chez les patients de moins de 65 ans, mais il faut noter que cette étude est réalisée dans de nombreux services et qu'elle inclut 56% d'hospitalisation programmée. Une autre étude au CHU de Nantes [40], rapporte que le taux d'admission NP est significativement plus important chez les patients les moins âgés de l'étude (80 à 90 ans), à noter que cette étude inclut uniquement les patients de 80 ans et plus. D'autres études [14,36,37,38] analysent le facteur âge mais ne retrouvent pas de résultats significatifs. L'enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières [16] rapporte que « l'âge élevé des patients est le facteur qui revient le plus souvent comme élément corrélé aux inadéquations », mais celle-ci s'intéresse à la fois aux admissions et aux journées d'hospitalisation.

Nous pouvons penser que ces admissions de patients jeunes sont non pertinentes non justifiées car il s'agit de patients moins isolés, autonomes qui ne sont pas dépendants d'une tierce personne pour consulter un médecin si leur état ne s'améliore pas. Alors quelle est la cause de leur admission ? Nous avons vu que les principales raisons rapportées dans notre étude sont l'organisation des soins et le patient ou son entourage. Les patients de moins de 30 ans ont-ils plus tendance à demander à être hospitalisés ? Nous aurions plutôt pensé que ce type de demande émanerait d'un patient ou de l'entourage d'un patient âgé. Nous émettons une autre hypothèse en prenant en compte le facteur humain. En effet, la population vieillit et le nombre de patients hospitalisés, âgés et dépendants est important. Près de 44% des patients de plus de 75 ans et plus de la moitié des patients de plus de 80 ans consultant aux urgences en 2003 ont été hospitalisés [50]. Ces patients âgés augmentent considérablement la charge de travail des équipes hospitalières. Nous pouvons nous demander si, dans le cas d'un patient jeune pour

lequel le praticien reste hésitant quant à son hospitalisation éventuelle, l'admission NPNJ n'est pas motivée par l'arrière-pensée d'un séjour court, d'une sortie facilitée par l'autonomie et d'une réduction de la charge de soins de l'équipe soignante. Nous constatons dans notre pratique quotidienne, qu'il est plus facile d'obtenir un lit d'aval pour un patient jeune autonome que pour une personne âgée dépendante. Nous évoquons ici, la notion de bientraitance des équipes médicales et paramédicales.

- Le second facteur est le service où le patient est admis après son passage aux urgences. Le test du chi 2 montre que le taux d'admission non pertinente dépend significativement ($p < 0,05$) du service d'hospitalisation du patient. Le calcul de l'OR révèle que l'admission est moins fréquemment pertinente dans les services médicaux que dans les services chirurgicaux (OR = 0,309 [0,128;0,6744] ; $p < 5\%$). Il en est de même lorsque nous comparons les admissions dans les services de médecine et dermatologie à celles dans les autres services médicaux ($p = 0,024$) et l'OR est calculé à 0,33[0,12;0,89] ; $p < 5\%$. En revanche l'admission est plus fréquemment pertinente lorsque le patient est admis en pneumologie/cardiologie que lorsqu'il est admis dans un des autres services médicaux : OR = 3[1,1;8,1] ; $p < 5\%$.

Angelillo IF et al. [43] étudient ce facteur mais les résultats sont non significatifs ; Noboa M-S et al. [44] rapportent que les admissions NP sont associées de façon significative à l'orientation médicale de l'hospitalisation (OR = 2,4 [1,03;5,7]).

Il paraît logique que l'admission soit plus fréquemment P dans les services chirurgicaux car la nécessité d'une chirurgie est un des critères liés aux soins de la grille AEPf rendant l'admission P. Les patients sont rarement admis en chirurgie si aucun geste chirurgical n'est prévu dans les jours qui suivent l'admission. Dans notre étude, il n'y a eu aucune admission NP en chirurgie orthopédique, ce qui sous-entend que les chirurgiens orthopédiques sont très regardants. Deux patients ont été admis de façon NP en chirurgie viscérale ; il s'agissait possiblement d'admission prévue dans le service de gastro entérologie mais qui, par manque de disponibilité, ont été faites en chirurgie viscérale. Ou alors, que l'indication chirurgicale n'était pas certaine.

Par ailleurs nous constatons que les services de cardiologie et pneumologie admettent moins de patients NP que dans les autres services médicaux et notamment que les services de médecine et dermatologie qui en admettent significativement plus. Une nouvelle étude prenant en compte le motif d'admission permettrait d'apporter des explications quant à ces différences entre les services médicaux.

Les autres facteurs étudiés présentent des résultats non significatifs :

- Le sexe : seules deux études [37,38] rapportent des taux d'admission NP significativement plus importants chez les femmes ; d'autres études notamment nantaises [36,40] étudient ce facteur sans obtenir de résultats significatifs.
- L'isolement social : deux études [14,36] retrouvent des résultats non significatifs. Nous aurions pensé que l'isolement social pouvait être un facteur favorisant la non pertinence, mais ce n'est pas le cas. Nous supposons que le praticien enquêteur prend en compte ce facteur dans sa décision d'hospitalisation mais n'étant pas dans les grilles, il coche, à tort, un autre critère tel que la surveillance pour rendre l'admission qu'il considère P du fait de l'isolement du patient. Ou alors, il n'y a tout simplement pas de relation entre l'isolement et la non pertinence des admissions.
- L'existence d'un courrier médical : une étude au CH de Chambéry [37] évalue ce facteur, l'analyse montre que la présence d'un courrier médical ne modifie pas significativement le taux de non pertinence des admissions. D'autres études analysent des facteurs similaires tels que le fait d'être adressé par un médecin sans nécessairement présenter un courrier médical. Dans cette étude [36], le taux d'admission NP est significativement plus important si le patient est adressé par un médecin. Nous pouvons penser que le praticien qui ne trouve pas de critère justifiant l'admission chez un patient adressé aux urgences par son médecin traitant avec un courrier suggérant une hospitalisation, aura tendance à faire confiance au médecin traitant qui connaît bien le patient et l'admettra dans un service de façon NP. Ce n'est pas le cas dans notre étude, en effet, parmi les 32 admissions NP, aucune n'a présenté la « demande expresse du médecin de ville » comme raison principale expliquant

l'admission. Une autre étude [40] analyse le facteur « existence d'un avis médical antérieur », pour lequel les résultats sont non significatifs.

- L'existence d'une hospitalisation et/ou d'un suivi antérieur : nous n'avons pas retrouvé d'étude qui analyse précisément ce facteur. Seule une étude nantaise [40] recherche l'existence d'une hospitalisation dans le mois précédent l'admission, comme un critère d'instabilité de l'état de santé du patient. Or notre étude, considère un suivi ou une hospitalisation antérieure comme la possibilité d'une meilleure connaissance du patient. Nos résultats sont non significatifs mais nous remarquons que 69% des patients admis de façon NP n'étaient pas suivis dans l'établissement. Nous pouvons donc penser que le médecin a tendance à hospitaliser de façon non pertinente lorsque le patient n'est pas connu de l'établissement. Notre hypothèse est que l'absence d'information, concernant notamment les antécédents des patients âgés, parfois incapables de les transmettre et l'absence de courrier médical expliquant la situation, incitent le médecin à les admettre par précaution, n'ayant pas toutes les informations nécessaires.
- Horaire de décision d'hospitalisation : ce facteur a été analysé dans de nombreuses études, il permet de comparer les admissions la journée et la nuit ainsi que la semaine et le weekend ou encore entre différents jours de la semaine. Il s'agit souvent de l'horaire d'arrivée aux urgences et non de l'horaire de décision d'hospitalisation. Ceci entraîne des différences entre notre étude et les autres puisqu'il peut parfois y avoir 2 à 3 heures d'attente aux urgences. Ainsi, un patient se présentant aux urgences à 16 heures, pris en charge dans le service à 18h15 et finalement admis en UHCD à 19h30, sera considéré comme un patient en journée dans les autres études, et comme un patient de la nuit dans notre étude. Il nous paraît plus cohérent d'utiliser l'horaire de décision d'hospitalisation car c'est à ce moment que le praticien évalue la nécessité d'hospitaliser le patient selon le contexte, et non pas 3 ou 4 heures avant lorsque le patient s'est présenté aux urgences. Deux études [37,38] rapportent des résultats non significatifs alors que trois autres trouvent des résultats significatifs pour les jours d'admission : une étude italienne [43] montre qu'il y a significativement plus d'admissions NP le weekend que la semaine ; une étude française [44], trouve que les admissions sont significativement plus pertinentes le lundi (OR = 4,5 [1,3;15,9]) et le vendredi (OR = 5,1 [1,5;17,6]), tandis que cette autre étude française réalisée chez les

patients de 80 ans et plus [40] montre que les admissions sont significativement plus pertinentes le mardi ($p = 0,0230$), le mercredi ($p = 0,0175$) et le jeudi ($p = 0,0433$). Nous pouvons supposer que le weekend, les aides à domicile sont plus difficiles à mettre en place, les transferts dans d'autres établissements depuis l'UHCD sont plus compliqués à réaliser, les informations concernant le patient, les examens d'imagerie et les avis spécialisés sont plus difficiles à obtenir et qu'enfin les médecins traitants ne consultant pas, il est plus difficile de faire rentrer un patient à domicile en lui demandant de consulter son médecin dans les 24/48h si son état ne s'améliore pas.

b) Analyse multi variée

L'analyse multi variée permet de constituer des groupes de variables soulignant le mieux les différences entre individus. Bien sûr, toute la complexité des données ne peut être contenue dans cette analyse qui ne rend compte que des grandes tendances.

Dans notre étude, les résultats de cette analyse sont en accord avec ceux de l'analyse uni variée : seuls l'âge et le service d'hospitalisation sont significativement liés à la pertinence des admissions.

4) Les biais de l'étude

a) Formation des enquêteurs

Tous les médecins travaillant aux urgences pendant la période de l'étude, ont été informés des modalités de recueil des données et de l'existence du guide d'utilisation de l'outil AEPf. La revue de pertinence de la HAS [8] conseille d'effectuer « un **test des grilles AEPf** et des guides d'utilisation » afin de « vérifier en situation réelle la pertinence et la fonctionnalité des outils ». Ce test a été réalisé avec les urgentistes affectés aux urgences de l'HIARP. Cependant, d'autres médecins externes au service prennent des gardes la nuit et le weekend ; ces-derniers n'ont pas participé au test, ils n'ont peut-être pas été suffisamment sensibilisés, ce qui peut entraîner un biais de formation, de recueil.

b) Biais de sélection

Concernant le choix de **la période** d'évaluation, l'HAS [8] préconise d'éviter les périodes de vacances, ce que nous avons fait. Idéalement le choix de la période de recueil aurait pu utiliser une méthode de tirage au sort définissant une période en continu ou de façon discontinue plusieurs semaines réparties aléatoirement au cours de l'année 2013 hors vacances scolaires. Concernant **l'effectif**, en partant du principe qu'en moyenne les taux d'admission NP NJ des autres études est d'environ 15% et afin d'obtenir une centaine d'admission NP NJ, le nombre nécessaire de sujet à inclure était de 660 patients. En prenant 10% de marge, la durée de l'étude aurait idéalement dû être de 12 semaines à l'HIARP. Cette durée demande une charge de travail importante et une adhésion entière des équipes. Nous avons réalisé le recueil durant 4 semaines continues, et non réparties dans l'année, afin de minimiser les oublis de remplissage des feuilles et la perte du bénéfice de la formation des enquêteurs.

c) Etude mono centrique

Dans ce type d'étude, il existe de façon intrinsèque un « effet centre », qui limite l'extrapolation des résultats, et diminue la puissance de l'étude.

Cette étude pourrait être suivie d'un autre travail multicentrique, effectué dans des hôpitaux de tailles différentes et situés dans des régions différentes.

d) Données manquantes

Pour certains patients, les feuilles de recueil n'ont pas été remplies ou pas entièrement remplies. Les données manquantes ont été complétées à posteriori par la relecture des dossiers. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces pertes de données : un manque de clarté des feuilles de recueil, un manque de temps pour remplir la feuille de façon adaptée du fait d'une charge de travail importante dans le service ou encore un manque de formation des enquêteurs. Enfin nous émettons une hypothèse que certains enquêteurs n'ont pas coché plusieurs critères, alors qu'ils existaient, car un seul critère suffisait à rendre l'admission pertinente.

e) Phase prospective

Le médecin en charge du patient est le seul enquêteur pendant cette première phase qui est primordiale puisqu'elle détermine le taux de pertinence avec les critères AEPf. Malgré le niveau élevé de reproductibilité de cet outil, le jugement du médecin enquêteur peut être influencé par la réalisation de l'étude et ainsi ne pas refléter son comportement habituel. Pour ne pas avoir l'impression d'être en tort, c'est-à-dire admettre un patient qui ne présente aucun des critères des grilles AEPf, le médecin peut avoir tendance à cocher un critère pour justifier son choix d'admettre le patient.

La HAS décrit les inconvénients liés au choix du personnel qui enquête. Pour les personnels internes au service, l'objectivité peut être moins bonne. Pour une enquête réalisée par les personnes externes, l'appropriation de la démarche par les professionnels du service peut être moins bonne. Elle peut également être vécue comme une démarche de contrôle. Nous rappelons que l'outil AEPf n'a en aucun cas vocation à être utilisé afin d'établir un palmarès des services. [8] Le recrutement de personnes externes nécessite plus de moyens, plus de personnel, et une gestion de l'étude plus complexe.

La HAS [8] recommande une étude prospective de pertinence des admissions hospitalières aux urgences, après qu'une étude suisse [51] ait démontré « que l'analyse rétrospective des dossiers produit des taux de non pertinence beaucoup plus élevés que la méthode transversale ». Par ailleurs nous rappelons qu'il est scientifiquement admis que les études rétrospectives ont moins de puissance que les études prospectives.

Nous avons choisi d'effectuer notre étude en deux phases, prospective dans un premier temps pour tous les patients inclus puis rétrospective uniquement pour les patients ne présentant aucun critère. Il serait intéressant de réaliser cette même étude de façon entièrement rétrospective et entièrement prospective afin de comparer les taux d'admission pertinente avec les différentes méthodes.

f) Phase rétrospective

L'expert juge certaines admissions comme justifiées malgré l'absence de critère AEPf. Dans notre étude ce fut le cas pour trois patients, soit 1,2% des patients inclus et 9,4% de ceux ne présentant aucun des critères AEPf.

Ce jugement est subjectif et ne dépend que d'une seule personne dans notre étude, il n'y a pas d'avis collégial donc un **biais de jugement** existe. Néanmoins, rappelons que l'expert, externe au service, médecin anesthésiste-réanimateur à l'HIARP ne connaissait aucun des patients dont les dossiers médicaux ont été étudiés. En effet, tous les patients admis en réanimation via les urgences ou les patients pour lesquels un avis auprès d'un réanimateur a été sollicité aux urgences, présentaient par définition des critères AEPf rendant l'admission pertinente.

Dans cette étude nantaise [36], le médecin en charge du patient est l'enquêteur mais également l'expert, il remplit donc entièrement et seul la feuille de recueil des données. Nous pensons que l'avis d'un médecin qui n'était pas en charge du patient est plus objectif et c'est pourquoi nous avons mis en place cette deuxième phase de recueil rétrospective.

Enfin un autre biais apparaît : le **biais de classement** lié au manque de données dans les dossiers médicaux. L'enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières [16] rappelle que plusieurs auteurs signalent « l'importance de la bonne tenue et de l'exhaustivité des dossiers médicaux, sans quoi AEP peut être mis en défaut, notamment lorsque l'étude est réalisée rétrospectivement ».

Toutefois, en réalisant toute la première partie de l'étude en temps réel, nous évitons le risque de qualifier une admission NP par l'absence de notification des critères AEPf dans les dossiers médicaux. En revanche, l'expert en analysant des dossiers rétrospectivement, peut juger une admission NP et non justifiée, si la raison qui justifiait l'admission selon le médecin en charge du patient pendant l'étude, n'apparaît pas dans le dossier.

Concernant **l'étude des facteurs favorisant la non pertinence** des admissions. Pour l'analyse de ceux-ci, nous avons décidé dans notre étude, d'associer les admissions NP J aux admissions P en prenant en compte la justification de l'expert. Quoiqu'il en soit, ce choix ne peut pas avoir beaucoup de répercussion sur nos résultats puisque l'effectif de cette population est petit : 3 patients, soit 1% des patients inclus. Néanmoins, l'idéal serait d'avoir un effectif plus grand afin d'étudier les admissions NP J en tant que population à part entière. Cela permettrait de mettre en évidence des facteurs favorisant de ces admissions ou encore de cibler les justifications d'experts fréquemment retrouvées afin de suggérer d'éventuels nouveaux critères de pertinence.

5) Les faiblesses de l'AEPf

Les deux premières grilles de l'AEPf proposent en apparence des critères clairs, qui, associés au guide explicatif, ne devraient pas laisser de place au doute pour l'enquêteur. Cependant, nous constatons que le guide explicatif n'apporte **aucun commentaire pour l'item 9 de la première grille** : « l'atteinte de fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, de manger, de respirer et d'uriner) à l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau ». Or cet item, qui est **le plus fréquent des critères de sévérité clinique** retrouvés dans notre étude, n'est pas adapté à certaines situations. En effet, pour l'impossibilité de respirer, il paraît évident qu'il ne s'agit pas d'un arrêt respiratoire mais plutôt d'une dyspnée, symptôme que l'on peut retrouver de façon transitoire chez un patient présentant une attaque de panique. L'impossibilité de bouger peut elle aussi, être retrouvée transitoirement chez un patient présentant une crise de tétanie. Or ces deux situations ne requièrent pas une hospitalisation. Ceci rappelle l'importance de l'objectivité de l'enquêteur et de sa formation vis-à-vis des critères. Rappelons toutefois que dans notre étude, seuls les patients admis sont inclus et qu'un patient qui consulte pour une attaque de panique puis rentre à domicile quand son état le permet, n'est pas inclus et ne peut donc pas surestimer les résultats d'admissions pertinentes.

Par ailleurs, nous constatons qu'il n'y a **pas de critère lié à l'état psychologique** du patient dans les grilles AEPf. Pourtant un patient présentant un risque suicidaire doit être hospitalisé et nous imaginons difficilement laisser rentrer à domicile un patient en pleine bouffée délirante aiguë. Ceci s'explique par le fait que les grilles AEPf « ne sont pas utilisables en l'état dans certaines spécialités comme l'obstétrique, la pédiatrie ou la psychiatrie » [8].

Il n'y a pas eu d'admission en psychiatrie pendant les 4 semaines de notre étude.

Par ailleurs, **certains critères liés aux soins sont trop subjectifs** malgré le guide explicatif, notamment la surveillance des signes vitaux au moins une fois toutes les 4 heures et le traitement intraveineux continu. Nous avons vu dans notre étude que ces deux critères sont largement retrouvés et qu'il est nécessaire d'approfondir la formation des enquêteurs sur ces critères en prenant des exemples concrets. Deux études italiennes [43,47] évoquent le risque de surestimation des admissions pertinentes par la présence d'un traitement intraveineux, qui parfois n'est pas réellement justifiable.

Le recours à l'avis expert apporte également de la subjectivité, peu de précisions étant fournies concernant cet avis. Il est parfois difficile de déterminer si l'admission est justifiée lorsque le critère justifiant celle-ci apparaît également dans la seconde partie des grilles concernant les admissions NP non justifiées.

Par exemple, pour justifier l'admission d'une personne âgée vivant seule à domicile, qui nécessite des aides difficiles à mettre en place en pleine nuit, l'expert fait état du contexte particulier. Or, l'AEPf propose « retour à domicile transitoirement impossible » dans les raisons expliquant les admissions NP NJ. Cela peut prêter à confusion. Ce qui pourrait expliquer les différences importantes retrouvées dans les résultats des études concernant les taux d'admissions NP J (cf figure 16).

Nous observons une **sensibilité du protocole aux modalités pratiques d'enquête** : caractère rétrospectif ou non, nature des services hospitaliers étudiés... En effet, nous avons pu observer des résultats très différents selon les différents protocoles propres à chaque étude.

L'outil s'arrête à **l'identification des causes de dysfonctionnement sans proposer de plan d'action à mettre en place**. D'ailleurs, les causes de non pertinence sont clairement déterminées mais il existe peu d'études sur l'évaluation de la mise en place de programme d'amélioration. Cela peut s'expliquer par le fait que les plans d'action à mettre en place sont spécifiques de chaque service étudié en fonction des résultats obtenus. Il est peu constructif de proposer des mesures correctives non spécifiques.

6) Les mesures correctives et plans d'action à mettre en place

C'est la dernière étape (Act) du cycle PDCA. La HAS [8] décrit cette étape comme « fondamentale dans la démarche qualité car elle est la raison d'être de l'étape de mesure ». Il s'agit de déterminer des axes d'amélioration puis choisir des actions, les planifier et enfin les piloter. Une nouvelle mesure à distance de la mise en place des actions correctives dans le service concerné, des taux de pertinence des admissions, permet de juger de l'efficacité de ces actions. Il est important d'utiliser le même outil afin de comparer la première et la seconde mesure.

a) Propositions de mesures correctives et actions mises en place par d'autres études

En 2004, l'HAS [8] constatait le faible nombre d'articles retrouvés dans la littérature permettant d'évaluer un programme d'amélioration de la qualité sur la réduction des admissions et des journées inappropriées. Dix ans plus tard, nous retrouvons peu d'études dans la littérature médicale pour lesquelles ont été conçus et mis en place des plans d'action visant l'amélioration de la pertinence des admissions.

Nous nous sommes intéressés aux études réalisées dans les services d'urgence car les besoins et les problématiques qui y sont rencontrés, sont très spécifiques. Cela réduit d'autant plus les données de la littérature. Par ailleurs, il est évident que les plans d'action à mettre en place, sont dépendants des causes des admissions non pertinentes non justifiées et de leur hiérarchisation. Ces dernières sont différentes selon les lieux d'étude.

Voici les propositions de quatre études françaises réalisées dans des services d'urgences évaluant la pertinence des admissions :

- Cholet, 2006 [48] : Les principales causes des admissions non pertinentes (justifiées ou non), dans l'ordre décroissant, étaient : la procédure diagnostique ou thérapeutique, la nécessité d'une surveillance clinique, la nécessité d'un avis diagnostique ou thérapeutique et l'éducation sanitaire. Les principales actions prévues étaient l'accès aux plannings de consultations des spécialistes et de radiologie, l'augmentation du nombre de lit de l'UHCD et de l'Unité de Soins Continus (USC) pour les surveillances cliniques nécessaires et la création d'un service d'Hospitalisation A Domicile (HAD). Pour les admissions non pertinentes non justifiées liées au patient, à sa famille ou à la demande expresse du médecin traitant (soit 5% des admissions de l'étude, essentiellement des personnes très âgées), aucune action n'était envisagée étant donné la complexité de ces situations. L'hôpital, s'inscrivait alors dans la mission « d'aider l'aidant ».
- Villejuif, 2006 et 2008 [41] : une première étude en 2006 rapportait un taux d'admission non pertinente de 20%, les causes étaient liées à l'organisation des soins (35 %), au patient ou à sa famille (30 %), à l'absence de structure relais ou d'accueil disponible (20%) et à l'attente d'une décision médicale (15 %). Le plan d'action engagé incluait : un programme de sensibilisation aux difficultés liées aux admissions non

pertinentes pour les cliniciens de l'établissement et leurs correspondants, la mise en place d'un dispositif d'alerte sociale et un renforcement des modalités de gestion des lits. Une deuxième étude en 2008, après application de ces actions, trouvait un taux de non pertinence de 11%.

- Mâcon, 2010 [39] : les principaux soins et services dont avaient besoin les patients admis de façon non pertinente étaient : un avis diagnostique ou thérapeutique (32%) et une procédure diagnostique ou thérapeutique (24%) pour une prise de décision. Plusieurs propositions ont été faites : la facilitation d'accès aux avis spécialisés et aux examens complémentaires, le projet d'un développement du soutien psychologique, d'un développement de l'aide sociale (PASS), et le projet de développement des facilités d'accès aux soins à domicile (qui concerne 70.6% des admissions non pertinentes non justifiées).

- Chambéry, 2011 [37] : cette étude trouvait les mêmes causes principales d'admission non pertinente que l'étude réalisée à Mâcon, avec la même hiérarchisation. Les plans d'actions proposés étaient : un programme de facilitation d'accès aux avis spécialisés après 16h, un protocole d'aide au retour à domicile de nuit de la personne âgée, une extension du service d'UHCD, la mise en place d'une astreinte ou d'une garde de nuit assurée par un médecin psychiatre aux urgences, la création d'un « partenariat » entre les urgences et le service d'HAD et enfin, la création d'un programme de sensibilisation à l'évaluation de la pertinence des hospitalisations auprès des médecins urgentistes du service.

Toutefois, l'enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalière [16] constate qu'en termes d'amélioration de qualité de soins et qu'en termes d'économie, les résultats des plans d'action restent modestes, d'autant plus quand ces plans d'action concernent les admissions.

b) Propositions de mesures correctives pour l'HIARP

Concernant la formation continue des médecins :

- Proposer des séances d'analyse des pratiques professionnelles en groupe au cours desquelles les situations difficiles à gérer, sont abordées en prenant des cas concrets afin de les analyser et d'apporter des éléments de réponse. Il s'agirait de définir un créneau tous les deux à quatre semaines (en fonction du nombre de dossiers à étudier) dédié à une réunion entre urgentistes, praticiens des services d'aval et médecins de ville. Celle-ci permettrait à chacun des acteurs de donner son point de vue, d'élaborer une stratégie de prise en charge et de proposer de nouvelles mesures dans les différentes situations rencontrées.
- Sensibiliser les médecins à l'évaluation de la pertinence.
- Rappeler la place des HAD, le rôle du médecin traitant.
- Rappeler l'utilité des recommandations de bonnes pratiques.

Concernant l'organisation des soins :

Rappelons que 25% des admissions NP de notre étude était liées à l'attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision.

- Faciliter l'accès aux avis spécialisés : la journée en semaine, les médecins d'astreinte sont facilement joignables, car sur place, contrairement aux weekends et nuits. La mise en place de gardes la nuit et le weekend dans chacune des spécialités médicales paraît disproportionnée au vu du coût et du peu de patients concernés. D'où l'intérêt pour les urgentistes d'avoir sur le logiciel AMADEUS utilisé à l'HIARP, la possibilité d'envoyer un message au Centre de Consultation Externe (CCE) demandant une consultation spécialisée avec le motif et le délai via un logo par exemple. La secrétaire concernée par la demande se charge ensuite de recontacter le patient.
- Diminuer le temps d'attente pour la réalisation des examens complémentaires, notamment d'imagerie. La présence d'un radiologue 24h/24h à l'HIARP permettrait de ne pas admettre un patient en attendant la réalisation de l'examen. De plus les scanners sans injection de produit de contraste, qui actuellement ne nécessitent pas la présence du radiologue, pourraient ainsi être interprétés par ce dernier dans des délais rapides, ce qui limiterait le risque d'erreur d'interprétation.
- Majorer les liens avec les aides à domicile pour les mettre en place plus rapidement, notamment le weekend et la nuit. Dans notre étude, 28% des patients admis de façon NP pouvait être à domicile avec une aide médicale ou paramédicale. Il s'agit de créer

ou renforcer les liens avec les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) et les HAD.

Nous rappelons l'importance de **la traçabilité et de la qualité des dossiers patients**. Le manque de données dans ces dossiers a tendance à sur estimer les admissions NP dans les études rétrospectives.

Il serait intéressant de mettre en place une nouvelle étude analysant d'autres facteurs tels que:

La distance (en kilomètre) entre le domicile et l'hôpital : une étude italienne [43] montre que le taux d'admission NP augmente significativement avec la distance entre le domicile du patient et l'hôpital ($p < 0,001$).

Le mode d'arrivée aux urgences, la provenance : l'étude nantaise des patients de 80 ans et plus [40] montre que le taux d'admission NP est significativement plus grand pour ceux qui viennent de leur domicile ($p = 0,0158$) et pour ceux qui sont accompagnés ($p = 0,0065$). Cette même étude révèle deux autres facteurs significativement associés aux admissions pertinentes : le mode d'arrivée par ambulance ou pompier ($p < 0,0001$) et les patients régulés par le centre 15 ($p = 0,0218$).

La prise en charge par un seul médecin : une étude [52] montre que la probabilité d'être admis de façon NP est significativement plus grande pour les patients pris en charge par un seul médecin (OR = 3,3 [1,5;7,2] ; $p < 5\%$). Nous pouvons interpréter ce résultat en supposant que les admissions ont plus tendance à être pertinentes lorsque que le médecin en charge du patient a pris avis auprès d'un confrère.

Enfin, l'étude de la corrélation des motifs d'admission avec la pertinence de celles-ci, avec le diagnostic final et avec le service d'admission serait intéressante.

Nous avons étudié sept facteurs, il nous semble important de rappeler que plus le nombre de facteur étudié est grand, plus le risque d'un manque d'adhésion lié à une majoration de la charge administrative des équipes enquêtrices est fort.

CONCLUSION

Cette étude réalisée à l'HIARP a permis d'évaluer la pertinence des hospitalisations non programmées dans les services de l'établissement via les urgences. Nos résultats montrent un taux d'admission pertinente de 86% avec l'outil AEPf et de 87% après l'avis d'expert, ce qui correspond aux données de la littérature.

Nous avons identifié des patients plus à risque d'être admis de façon inappropriée, il s'agit de patients de moins de 50 ans et à fortiori de moins de 30 ans, admis dans les services médicaux de l'HIARP.

Le principal soin ou service dont avait besoin les patients pour lesquels, l'admission était considérée non pertinente, était une procédure diagnostique ou thérapeutique. Mais parmi-eux, 25% ne nécessitait aucun soin, ni aucun service.

Pour 60% des patients admis de façon non pertinente, l'admission s'explique par un problème dans l'organisation des soins. C'est pourquoi nous proposons principalement des mesures correctives internes à l'établissement : création de séances d'analyse des pratiques professionnelles, création d'une icône facilitant l'accès aux consultations spécialisées et présence d'un radiologue en permanence sur place.

L'utilisation de ce même outil (AEPf) pour une seconde mesure de la pertinence des admissions aux urgences de l'HIARP, permettrait une évaluation des mesures correctives à distance de leur mise en place.

La pertinence des admissions aux urgences ne reflète pas la pertinence globale des admissions de l'établissement, ni celle des journées d'hospitalisations. Il serait intéressant d'évaluer la pertinence des admissions dans les services d'aval (via les urgences et directement dans les services) et la pertinence des journées d'hospitalisation dans les différents services.

Cette étude a participé à impliquer les équipes médicales et paramédicales dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et à les sensibiliser sur ce sujet qui devient omniprésent dans le monde de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Boisguérin B, Choné P, Coquelet F et al. Le panorama des établissements de santé - édition 2013, Drees, Collection Études et statistiques. 2013 ; p136-137. [n° ISBN : 978-2-11-13898-5]
2. Arnault S, Audric S, Baubeau D et al. LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ Un panorama pour l'année 2004, Drees, La Documentation française. 2006 ; p58
3. Report of a working group prepared for 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. Mornex R. Améliorer la pertinence des STRATEGIES MEDICALES. Rapport de l'Académie Nationale de Médecine. 2013 Avr 8
5. Donzé PY, Les systèmes hospitaliers contemporains, entre histoire sociale des techniques et business history. *Gesnerus*. 2005 ;70(62):273-287
6. Joseph D, Restuccia JD. The Evolution of Hospital Utilization Review Methods in the United States. *Int J Qual Health Care*. 1995;7(3):253-260
7. Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care. *Med Care*. 1981;19(8):855-71
8. Revue de pertinence des soins, application aux admissions et aux journées d'hospitalisation ; HAS novembre 2004
9. Lang T, Liberati A, Tampieri A et al. A European version of the Appropriateness Evaluation Protocol. *Int J Technol Assess health Care*. 1999;15:185-97
10. Lorenzo S, Lang T, Pastor R et al. Reliability study of the European appropriateness evaluation protocol. *Int J Qual Health Care* 1999;11(5):419-24
11. Lorenzo S, Beech R, Lang T et al. An experience of utilization review in Europe : sequel to a BIOMED project. *Int J Qual Health Care*. 1999 Fév;11(1):13-9
12. Matillon Y, Durieux P. L'évaluation médicale. Du concept à la pratique. Masson ed., Paris 2000, 161 p
13. Vergnenègre A. Les outils de l'évaluation des soins. *Rev Mal Respir*. 2006 Fev;23 : 3S47-3S60
14. Davido A, Nicoulet I, Levy A et al. Appropriateness of admission in an emergency department: reliability of assessment and causes of failure. *Qual Assur Health Care*. 1991;3(4):227-34

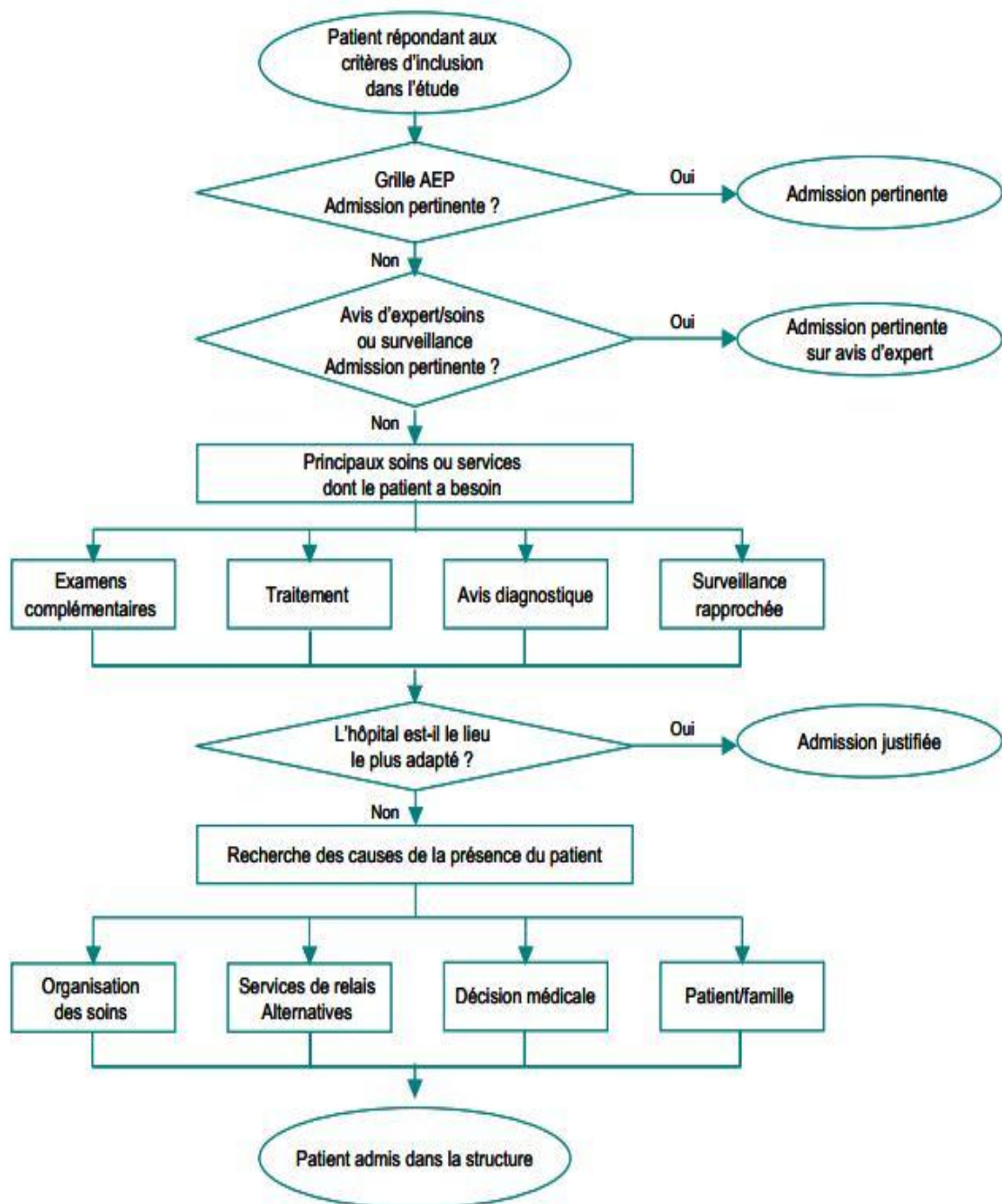
15. Lang T, Davido A, Logerot H et al. Appropriateness of admissions: the French experience. *Int Qual Health Care*. 1995 Sept;7(3):233-8
16. Enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières. Synthèse de la revue bibliographique. Sanesco/DHOS. 2009, version 5 février 2014
17. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ Direction générale de l'offre de soins. Guide méthodologique pour l'amélioration de la pertinence des soins. 2012 Dec
18. DREES, SAE 1997-2008, données statistiques. p48-49
19. Restuccia JD. The effect of concurrent feedback in reducing inappropriate hospital utilization. *MedCare* 1982;20(1): 46-62
20. Siu AL, Sonnenberg FA, Manning WG et al. Inappropriate use of hospitals in a randomised trial of health insurance plans. *N Engl J Med*. 1986;315:1259-66
21. CIRCULAIRE N° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.
22. Bilan d'activité HIARP 2013
23. Gerbeaux P, Bourrier P, Chéron G et al. Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. *JEUR*. Paris:Masson; 2001. 14:144-152
24. Strumwasser I, Paranjpe NV, Ronis DL et al. Reliability and validity of utilization review criteria. Appropriateness Evaluation Protocol, Standardized Medreview Instrument, and Intensity-Severity-Discharge criteria. *Med Care*. 1990 Feb;28(2):95-111
25. Kaya S, Vural G, Eroglu K et al. Liability and viability of the Appropriateness Evaluation Protocol in Turkey. *Int J Qual Health Care*. 2000 aug;12(4):325-9
26. Merom D, Sholat T, Harari G et al. Factors associated with inappropriate hospitalization days in internal medicine wards in Israel: a cross national survey. *Int J Qual Health Care*. 1998 Apr;10(2):155-62
27. 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 Feb;28(2):95-111
28. Chopard P, Perneger TV, Gaspoz JM et al. Predictors of inappropriate hospital days in a department of internal medicine. *Int J Epidemiol*. 1998 June;27(3):513-9
29. Bare ML, Prat A, Lledo I et al. Appropriateness of admissions and hospitalization days in a acute-care teaching hospital. *Rev Epidemiol Santé Publique*. 1995;43(4):328-36

30. Smith H, Pryce A, Carlisle L et al. Appropriateness of acute medical admissions and length of stay. *Journal of the Royal College of Physicians of London*. 1997 Sept;31(5):527-32
31. Robain M, Lang T, Fontaine A et al. Reproductibilité et validité de la version française de la première partie de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf) : critères de pertinence des journées d'hospitalisation. *Rev Epidemiol et Santé Publique*. 1999 Avr ;47(2) :139-49
32. Enquête nationale des inadéquations hospitalières. Ministère de la santé et des sports, Sanesco 11 Août 2011.
33. Anderson P, Meara J, Brodhurst S et al. Use of hospital beds: a cohort study of admission to a provincial teaching hospital. *Br Med J*. 1988;297:910-912
34. Sánchez-López J, Luna del Castillo Jde D, Jiménez-Moleón JJ et al. Assessment of a modified Hospital Emergency Appropriateness Evaluation Protocol. *Med Clin (Barc)*. 2004 Feb 14;122(5):177-9
35. Caillère N, Caserio-Schönemann C, Fournet N et al. Surveillance des urgences Réseau OSCOUR ® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) Résultats nationaux 2004/2011. *InVS*. 2011 Mai
36. Blanchard-Pontoizeau V. Évaluation de la pertinence des hospitalisations à partir du service des urgences en fonction des critères de l'AEP (Appropriateness Evaluation Protocol). Thèse N° MG/03/08, 2003
37. Fournier D. Evaluation de la pertinence des hospitalisations aux urgences du centre hospitalier de Chambéry. 2012, thèse n°00724111
38. Gamper G, Wiedermann W, Barisonzo R et al. Department of Internal Medicine, Central Hospital of Bolzano, Lorenz Böhler Street 5, 39100, Bolzano, BZ, Italy. Inappropriate hospital admission: interaction between patient age and co-morbidity. *Intern Emerg Med*. 2011 Aug ;6(4):361-7 21655929
39. Simonet A. Pertinence des admissions aux urgences au centre hospitalier de Mâcon. 2010, thèse n°2010DIJOM049
40. Begaudeau A. Pertinence des admissions des personnes âgées de 80 ans et plus aux urgences du CHU de Nantes. 2011, thèse n°31
41. Bussy C, Hamdoud Z, Merad M et al. Évaluation de la pertinence des hospitalisations des patients consultant aux urgences de l'Institut Gustave Roussy. *Risques & qualité en milieu de soins A*. 2008, n° 3, pp. 151-157

42. Les usagers des urgences, Premiers résultats d'une enquête nationale. DREES. 2003
Janvier, n°212, p4
43. Angelillo IF, Ricciardi G, Nante N et al. Appropriateness of hospital utilisation in Italy. *Public Health*. 2000 Jan;114(1):9-14
44. Noboa M-S, Diodat C, Blottiau E et al. Evaluation de la pertinence de l'admission après passage aux urgences dans les services de médecine et de chirurgie (Etablissements de santé publics volontaires de la région Poitou-Charentes)
45. Revue E, Papillon V, Carnet A et al. Evaluation de la pertinence des hospitalisations dans un service d'urgence. *JEUR*. 2009 ; 22S, A36—A39 0993-9857
46. Preux PM, Anani T, Anglade C et al. Inadéquations des hospitalisations dans le Service de Neurologie du CHU de Limoge. *Journal d'Economie Médicale*. 2000 ;18(6) :363-374
47. Attena F, Agozzino E, Troisi MR et al. Appropriateness of admission and hospitalization days in a specialist hospital. *Ann Ig*. 2001 Apr;13(2):121-7
48. Croizier O. EPP Urgences de Cholet, retour d'expérience. 2006, *Aquares* 49
49. Bertrand D. Accréditation et qualité des soins hospitaliers. *adsp*. 2001 Juin, n°35 p24
50. Boddaert J, Gouronnec A, Bouchon JP et al. Vieillesse de la population : conséquences en médecine d'urgence. *Médecine d'urgence*. 2003 ;7-19
51. 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(2):115-20
52. Perneger TV, Chopard P, Sarasin FP et al. Risk factors for a medically inappropriate admission to a Department of Internal Medicine. *Arch Intern Med*. 1997 Jul 14;157(13):1495-500

ANNEXES

1) Schématisation de l'utilisation de l'AEP dans l'évaluation de la pertinence d'une admission hospitalière selon la HAS



2) Feuille de recueil des données

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

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

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

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

Admission pertinente = 1	
Admission non pertinente = 2	

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

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

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

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

B - Quels sont les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat ? (plusieurs réponses possibles)		
1	Avis diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision	<input type="checkbox"/>
2	Procédure diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision	<input type="checkbox"/>
3	Surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée pendant quelques heures	<input type="checkbox"/>
4	Éducation sanitaire	<input type="checkbox"/>
5	Soutien psychologique	<input type="checkbox"/>
6	Aide sociale	<input type="checkbox"/>
7	Aucun soin ni aucun service	<input type="checkbox"/>

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

D - Quel lieu d'hébergement serait le mieux adapté pour prendre en charge le patient aujourd'hui (jour de l'admission) compte tenu de son état de santé, de sa situation socio-économiques et familiale ? (une seule réponse possible)	
<p>1. Le domicile :</p> <p>1.1 sans aide</p> <p>1.2 avec aide non médicale (ménagère...)</p> <p>1.3 avec aide médicale ou paramédicale (soins infirmiers « légers » et/ou une surveillance médicale non spécialisée occasionnelle pendant la journée)</p> <p>1.4 avec aide médicale ou paramédicale soutenue (soins infirmiers « lourds » et/ou une surveillance médicale régulière, nuit et WE compris)</p> <p>2. Une structure d'hébergement :</p> <p>2.1 non médicalisée de proximité (ex. hôtel proche de l'hôpital)</p> <p>2.2 non médicalisée pouvant être éloignée de l'hôpital</p> <p>2.3 avec soins médicaux et/ou paramédicaux (aide à la vie quotidienne, soins infirmiers, kinésithérapie)</p> <p>2.4 médicalisée</p> <p>3. L'hôpital (établissement de court séjour)</p>	
Réponse	/ _ / _ /

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

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

1. Organisation des soins

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

2. Service de relais

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

3. Décision médicale

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

4. Raisons liées au patient ou à sa famille

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

Réponse

/ _ / _ /

3) Guide d'utilisation de l'AEPf des admissions

Guide d'utilisation des critères de pertinence des admissions

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

A- Critères de sévérité clinique

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

1. Coma, inconscience ou désorientation d'installation récente

Le patient n'ayant pas fait l'objet d'exploration, d'examen ou de diagnostic et devant faire l'objet de décisions médicales de prise en charge diagnostique et thérapeutique. La notion d'« installation récente » reste à l'appréciation du médecin prescripteur qui remplit la grille. Néanmoins, une désorientation chronique, connue et déjà explorée, ne rentre pas dans ce cadre ; elle ne justifie pas la pertinence d'une admission.

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

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

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

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

4. Cécité ou surdité brutale

Pas de commentaire.

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

Pas de commentaire.

6. Fièvre persistante $> 38,5^{\circ}$ sous le bras ou 39° rectale depuis plus de 5 jours

Pas de commentaire.

7. Syndrome hémorragique

Est exclue l'hémorragie facilement contrôlable. Ainsi en « petite traumatologie », le saignement lors d'une plaie du cuir chevelu qui sera suturée ne rentre pas dans le cadre du syndrome hémorragique. Il en sera de même pour un épistaxis mineur facilement contrôlable. À l'inverse, une hémorragie potentielle, étayée par un contexte bien particulier, peut rendre pertinente l'admission : ainsi une thrombopénie importante (plaquettes $< 50\,000/\text{mm}^3$) peut justifier des « soins » (voir critères liés aux soins ci-dessous).

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

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

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

Pas de commentaire.

10. Ischémie aiguë à l'ECG

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

B- Critères liés aux soins délivrés

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Traitement dans une unité de soins intensifs

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

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

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

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

Question A

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

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

Exemple : L'état clinique du patient actuellement ne justifie pas en lui-même l'admission mais on ne peut exclure une évolution rapide pouvant nécessiter en urgence un recours au plateau technique hospitalier : il y a nécessité d'une présence médicale 24 h/24. L'admission est pertinente.

⇒ Si la réponse à la question A est « OUI » :

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

⇒ Si la réponse à la question A est « NON » :

L'admission est considérée comme non pertinente.

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

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

Question B

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

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

1. **Avis diagnostique ou thérapeutique** : les avis diagnostiques ou thérapeutiques peuvent résulter d'une consultation, de la visite d'un spécialiste n'appartenant pas au service, de décisions collégiales.
2. **Procédure diagnostique ou thérapeutique** : les explorations diagnostiques concernent les examens de laboratoires, les examens radiologiques. Les procédures thérapeutiques concernent l'administration de tout traitement médicamenteux, soin infirmier (pansement, oxygène, stomie, insuline, aspiration des sécrétions) ou soin médical ou paramédical. Les traitements per os sont exclus sauf s'ils nécessitent une surveillance particulière (dans ce cas coder 3).
3. **La surveillance thérapeutique ou clinique** : le patient doit faire l'objet d'une surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée de quelques heures difficilement réalisable en dehors d'une admission.
4. **Éducation sanitaire** : le patient nécessite une prise en charge éducative à différents niveaux : prévention (risque de contagion, par exemple), observance-ajustement-

complications du traitement (diabète par exemple), complications évolutives de la pathologie.

5. **Soutien psychologique** : le patient nécessite un soutien psychologique lié à son comportement, à ses aptitudes intellectuelles ou à son état affectif.
6. **Aide sociale** : le patient nécessite une aide sociale compte tenu de ses conditions économiques, culturelles, familiales (isolement), ou de ses conditions de logement.
7. **Aucun soin ni aucun service rendu ce jour** : le patient ne reçoit aucun des services précédents mais peut être admis pour différentes raisons : attente de réalisation d'une procédure, attente de résultats, attente d'une décision, refus de sortir, attente d'une décision de la famille, ou encore recherche d'une possibilité d'hébergement ou d'une structure adaptée pour sa prise en charge.

Question C

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

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

Question D

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

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

1. Le domicile

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

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

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

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

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

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

2. Structure d'hébergement

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

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

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

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

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

3. L'hôpital

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

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

Question E

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

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

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

1. Organisation des soins

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

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

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

2. Service de relais

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

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

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

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

Exemples :

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

3. Décision médicale

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

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

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

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

Le médecin attend un avis collectif contrairement à la question 3.1.

4. Raisons liées au patient ou à sa famille

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

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

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

Exemples :

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

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

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

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

ASSESSMENT OF THE APPROPRIATENESS OF EMERGENCY
ADMISSIONS TO THE TEACHING MILITARY HOSPITAL
ROBERT PICQUE

ABSTRACT:

Introduction: The main objective of the study is to evaluate the appropriateness of admissions in the Teaching Military Hospital Robert Picqué (TMHRP) services through the emergency department. The secondary objective is to identify the main causes of inappropriateness and possible contributing factors to propose corrective measures. **Method:** This is a mono-centric analytical epidemiological study including all patients hospitalized in one of the TMHRP services through emergencies between September, 9th and October, 7th 2013 (4 weeks). The tool used is the French version of the Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf) and the doctor in charge of the hospitalized patients has filled a sheet of collection. The analysis of medical records considered inappropriate was performed by the expert (justification or causes of inappropriateness). **Results:** 255 patients were included. The appropriate admission rate is 86% with AEPf tool and 87% after the expert opinion. Among the patient hospitalized in inappropriate and unjustified way, 25% needed a diagnostic or therapeutic procedure and 25% did not require any care or service. The main reason for these inappropriate admissions is a problem in the organization of care for 60% of patients. According to the statistical analysis, the patients less than 50 years (0,289[0,135;0,619]) and even more so less than 30 years (0,171[0,067;0,439]), admitted to medical HIARP services (0,309[0,128;0,744]) are the patients most at risk of being admitted inappropriately. **Conclusion:** The emergency department of HIARP has a rate of inappropriate admissions comparable to those observed in the literature. An action plan could reduce this rate: creation of analysis of professional practice sessions and icon facilitating access to specialist consultations and presence of a radiologist permanently on site.

KEY WORDS: evaluation tool – appropriateness of admissions – AEP – emergency department

EVALUATION DE LA PERTINENCE DES ADMISSIONS AUX
URGENCES DE L'HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES
ROBERT PICQUE

RESUME :

Introduction : L'objectif principal de l'étude est d'évaluer la pertinence des admissions à l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué (HIARP) via sa structure d'urgence. L'objectif secondaire consiste à mettre en évidence les principales causes de non pertinence et leurs éventuels facteurs favorisants afin de proposer des mesures correctives. **Méthode :** Il s'agit d'une étude épidémiologique analytique mono-centrique incluant tout patient hospitalisé dans l'un des services de l'HIARP via les urgences entre le 9 septembre et le 7 octobre 2013 (4 semaines). L'outil utilisé est la version française de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf) et le médecin en charge du patient hospitalisé a rempli en temps réel une feuille de recueil. L'analyse des dossiers médicaux considérés comme non pertinents par l'AEPf a été réalisée par un expert (justification ou causes de non pertinence). **Résultats :** 255 patients ont été inclus. Le taux d'admission pertinente est de 86% avec l'outil AEPf et de 87% après l'avis d'expert. Parmi les patients admis de façon non pertinente non justifiée (NP NJ), 25% attendaient une procédure diagnostique ou thérapeutique et 25% ne nécessitaient aucun soin ni service. La raison principale expliquant l'admission NP NJ est un problème d'organisation des soins pour 60% des patients. D'après l'analyse statistique les patients de moins de 50 ans (0,289[0,135;0,619]) et à fortiori de moins de 30 ans (0,171[0,067;0,439]), admis dans les services médicaux de l'HIARP (0,309[0,128;0,744]) sont ceux les plus à risque d'être admis de façon inappropriée. **Conclusion :** Le service des urgences de l'HIARP affiche un taux d'admission non pertinente comparable à ceux observés dans la littérature. Un plan d'action pourrait réduire ce taux : création de séances d'analyse des pratiques professionnelles et d'une icône facilitant l'accès aux consultations spécialisées et présence d'un radiologue en permanence sur place.

DISCIPLINE : Thèse d'exercice en Médecine Générale

MOTS CLES : outil d'évaluation - pertinence des admissions - AEP - structure d'urgence

ADRESSE DE L'UFR :

Université Bordeaux Segalen, UFR des Sciences Médicales
146 Rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux