

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2012

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 18 Décembre 2012 à Poitiers
par **Antoine Chartier** né le 29/11/1984

**LES PATIENTS ADMIS AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES AURAIENT-
ILS PU BÉNÉFICIER D'UNE HOSPITALISATION PROGRAMMÉE ?
À PROPOS D'UNE ÉTUDE SUR 77 CAS RÉALISÉE AU CHU DE POITIERS.**

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur P. ROBLOT

Membres :

Monsieur Le Professeur M. PACCALIN

Madame le Docteur V. MIGEOT

Monsieur le Docteur J-Y. LARDEUR

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur C. LANDRON

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2012

Thèse n°

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 18 Décembre 2012 à Poitiers
par **Antoine Chartier** né le 29/11/1984

**LES PATIENTS ADMIS AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES AURAIENT-
ILS PU BÉNÉFICIER D'UNE HOSPITALISATION PROGRAMMÉE ?
À PROPOS D'UNE ÉTUDE SUR 77 CAS RÉALISÉE AU CHU DE POITIERS.**

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur P. ROBLOT

Membres :

Monsieur Le Professeur M. PACCALIN

Madame le Docteur V. MIGEOT

Monsieur le Docteur J-Y. LARDEUR

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur C. LANDRON



Le Doyen,

Année universitaire 2011 - 2012

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, Bactériologie-Virologie
2. ALLAL Joseph, Thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, Neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncérologie radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, Néphrologie
6. BURUCOA Christophe, Bactériologie-Virologie-Hygiène
7. CARRETIER Michel, Chirurgie générale
8. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
9. CORBI Pierre, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
10. DAGREGORIO Guy, Chirurgie plastique et Reconstructrice
11. DEBAENE Bertrand, Anesthésiologie Réanimation Chirurgicale
12. DEBIAIS Françoise, Rhumatologie
13. DORE Bertrand, Urologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, Physiologie
16. FAUCHERE Jean-Louis, Bactériologie- Virologie (**surnombre**)
17. FAURE Jean-Pierre, Anatomie
18. FRITEL Xavier, Gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, Anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, Chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, Génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, Immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, Anatomie et Cytologie Pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, Hématologie et Transfusion
26. GUILLET Gérard, Dermatologie
27. HADJADJ Samy, Endocrinologie et Maladies métaboliques
28. HANKARD Régis, Pédiatrie
29. HAUET Thierry, Biochimie
30. HERPIN Daniel, Cardiologie et Maladies vasculaires
31. HOUETO Jean-Luc, Neurologie
32. INGRAND Pierre, Biostatistiques, Informatique médicale
33. IRANI Jacques, Urologie
34. KEMOUN Gilles, Médecine physique et Réadaptation (**détachement**)
35. KITZIS Alain, Biologie cellulaire
36. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
37. KRAIMPS Jean-Louis, Chirurgie générale
38. LECRON Jean-Claude, Biochimie et Biologie moléculaire
39. LEVARD Guillaume, Chirurgie infantile
40. LEVILLAIN Pierre, Anatomie et Cytologie pathologiques
41. MAGNIN Guillaume, Gynécologie-obstétrique (**surnombre**)
42. MARCELLI Daniel, Pédopsychiatrie (**surnombre**)
43. MARECHAUD Richard, Médecine interne
44. MAUCO Gérard, Biochimie et Biologie moléculaire
45. MENU Paul, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
46. MEURICE Jean-Claude, Pneumologie
47. MIMOZ Olivier, Anesthésiologie, Réanimation chirurgicale
48. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, Hépto-Gastro-Entérologie
49. NEAU Jean-Philippe, Neurologie
50. ORIOT Denis, Pédiatrie
51. PACCALIN Marc, Gériatrie
52. PAQUEREAU Joël, Physiologie
53. PERAULT Marie-Christine, Pharmacologie clinique
54. PERDRISOT Rémy, Biophysique et Traitement de l'Image
55. PIERRE Fabrice, Gynécologie et obstétrique
56. POURRAT Olivier, Médecine interne
57. PRIES Pierre, Chirurgie orthopédique et traumatologique
58. RICCO Jean-Baptiste, Chirurgie vasculaire
59. RICHER Jean-Pierre, Anatomie
60. ROBERT René, Réanimation médicale
61. ROBLOT France, Maladies infectieuses, Maladies tropicales
62. ROBLOT Pascal, Médecine interne
63. RODIER Marie-Hélène, Parasitologie et Mycologie
64. SENON Jean-Louis, Psychiatrie d'adultes
65. SILVAIN Christine, Hépto-Gastro- Entérologie
66. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, Rhumatologie
67. TASU Jean-Pierre, Radiologie et Imagerie médicale
68. TOUCHARD Guy, Néphrologie
69. TOURANI Jean-Marc, Cancérologie Radiothérapie, option Cancérologie (type clinique)
70. TURHAN Ali, Hématologie-transfusion
71. VANDERMARCO Guy, Radiologie et Imagerie Médicale
72. WAGER Michel, Neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens hospitaliers

1. ARIES Jacques, Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
2. BEBY-DEFAUX Agnès, Bactériologie-Virologie-Hygiène
3. BEN-BRIK Eric, Médecine du travail
4. BOINOT Catherine, Hématologie et Transfusion
5. BOUNAUD Jean-Yves, Biophysique et Traitement de l'Image
6. BOURMEYSTER Nicolas, Biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, Bactériologie-Virologie- Hygiène
8. CATEAU Estelle, Parasitologie et Mycologie
9. CREMNITER Julie, Bactériologie, Virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
11. DIAZ Véronique, Physiologie
12. FAVREAU Frédéric, Biochimie et Biologie moléculaire
13. GRIGNON Bernadette, Bactériologie-Virologie-Hygiène
14. GUILLARD Olivier, Biochimie et Biologie moléculaire
15. HURET Jean-Loup, Génétique
16. JAAFARI Nematollah, Psychiatrie d'adultes
17. KARAYAN-TAPON Lucie, Cancérologie
18. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
19. MIGEOT Virginie, Santé publique
20. ROUMY Jérôme, Biophysique, Médecine nucléaire
21. ROY Lydia, Hématologie
22. SAPANET Michel, Médecine légale
23. TALLINEAU Claude, Biochimie et Biologie moléculaire
24. TOUGERON David, Hépto-Gastro-Entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés

GAVID Bernard, médecine générale
SCEPI Michel, médecine d'urgence

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, Maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, Cancérologie Radiothérapie
3. GIL Roger, Neurologie
4. LAPIERRE Françoise, Neurochirurgie

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, Rhumatologie
2. BABIN Michèle, Anatomie et Cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, Anatomie et Cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, Chirurgie générale (émérite)
5. BARRIERE Michel, Biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, Biophysique, Médecine nucléaire
7. BONToux Daniel, Rhumatologie (émérite)
8. BURIN Pierre, Histologie
9. CASTETS Monique, Bactériologie-Virologie – Hygiène
10. CAVELLIER Jean-François, Biophysique et médecine nucléaire
11. CHANSIGAUD Jean-Pierre, Biologie du développement et de la reproduction
12. CLARAC Jean-Pierre, Chirurgie orthopédique
13. DESMAREST Marie-Cécile, Hématologie
14. DEMANGE Jean, Cardiologie et Maladies vasculaires
15. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (émérite)
16. GOMBERT Jacques, Biochimie
17. JACQUEMIN Jean-Louis, Parasitologie et Mycologie médicale
18. KAMINA Pierre, Anatomie (émérite)
19. LARSEN Christian-Jacques, Biochimie et biologie moléculaire
20. MAIN de BOISSIERE Alain, Pédiatrie
21. MARILLAUD Albert, Physiologie
22. MORIN Michel, Radiologie, Imagerie médicale
23. PATTE Dominique, Médecine interne
24. PATTE Françoise, Pneumologie
25. POINTREAU Philippe, Biochimie
26. REISS Daniel, Biochimie
27. RIDEAU Yves, Anatomie
28. SULTAN Yvette, Hématologie et transfusion
29. TANZER Joseph, Hématologie et transfusion (émérite)

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur ROBLOT,

Pour m'avoir fait l'honneur de présider le jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde admiration.

Aux membres du jury de thèse,

À Monsieur le Professeur M. PACCALIN,

Pour m'avoir accueilli dans votre service et m'avoir fait l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde admiration.

À Madame le Docteur V. MIGEOT,

Pour m'avoir fait l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouvez ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Docteur J-Y. LARDEUR,

Pour m'avoir fait l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouvez ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Au directeur de thèse,

A Monsieur le Docteur C. LANDRON, merci de m'avoir aidé pour effectuer ce travail. J'ai beaucoup appris pendant 6 mois à tes côtés tant sur le plan médical que sur le plan humain. Tu as toujours fait preuve de disponibilité et de pédagogie, je t'en remercie. Tu restes pour moi un modèle.

À Louise que j'aime, pour m'avoir soutenu depuis le début de ces études. À ces moments passés à tes côtés et ceux à venir.

À mes parents, merci pour ces relectures attentives, et pour votre soutien pendant ces longues études,

À ma sœur Sophie, à Nicolas, à Juliet, à Noé,

À mes grands parents qui ont toujours fait preuve de compréhension et d'ouverture d'esprit,

À Gilles, Benoît, Florent, Clément, Charlie et les autres,

À toutes les rencontres Rochelaises et Pictaviennes qui m'ont rendu la région si agréable à vivre,

À Frédérique et tout le service de Médecine Interne Générale du H8D,

À toute l'équipe de Pédiatrie de l'hôpital de la Rochelle,

Merci

PLAN DE THESE

INTRODUCTION	5
GENERALITES	7
ACTIVITÉ DES SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES	8
MODE D'HOSPITALISATION DES PATIENTS	8
ÉVALUATION DE LA PERTINENCE DES JOURNÉES D'HOSPITALISATION	8
PATIENTS ET MÉTHODES.....	10
I- MÉTHODES DE SÉLECTION	11
1) Type d'étude	
2) Critères d'inclusion	
3) Critères d'exclusion	
4) Recueil des données	
5) Données analysées	

II- MÉTHODES D'OBSERVATION	14
1) Objectifs et critères de jugement	
a - Critère de jugement principal	
b - Critères de jugement secondaires	
2) Description de la population	
III- MÉTHODE D'ÉVALUATION	18
IV- AUTRES INFORMATIONS SUR LA MÉTHODE.....	18
1) Méthodes statistiques	
2) Considérations éthiques	
3) Méthode de recherche bibliographique	
RESULTATS	20
I- PATIENTS INCLUS.....	21
II- DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON DE L'ÉTUDE	22
III- DESCRIPTION DES PATIENTS EN FONCTION DE LA PERTINENCE DE L'HOSPITALISATION	25
IV- DESCRIPTION DES HOSPITALISATIONS PERTINENTES.....	26
V- DESCRIPTION DES HOSPITALISATIONS NON PERTINENTES	27

DISCUSSION.....	30
I- RÉSULTAT PRINCIPAL	31
II- BIAIS DE L'ÉTUDE.....	32
III- COHÉRENCE EXTERNE	35
IV- OBSTACLES À LA PROGRAMMATION DES SOINS	37
V- HYPOTHÈSES ET PERSPECTIVES	38
VI- SUGGESTIONS	39
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	43
ANNEXES	46
CRITÈRES DE SÉLECTION RÉSURGENCES ®	47
DONNÉES RECCUEILLIES RÉSURGENCES ®.....	48
GRILLES AEPf DES JOURNÉES D'HOSPITALISATION	49
RESUMÉ	54

Glossaire

AEPf : Appropriateness Evaluation Protocol, f pour français

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

BDSP : Banque de Données en Santé Publique

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DREES : Direction de la Recherche des Études et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SFMU : Société Francophone de Médecine d'Urgence

INTRODUCTION

L'organisation des soins hospitaliers doit faire face à deux évolutions inexorables.

D'une part, une très forte augmentation du nombre de passages dans les SAU depuis la fin des années 1980, même si la demande a tendance à se stabiliser depuis l'année 2004 [1].

D'autre part, la diminution de la capacité d'accueil des établissements de santé publique français [2].

Ces données nous amènent à envisager une amélioration de la pertinence et un raccourcissement de la durée des hospitalisations, afin d'en améliorer l'efficacité.

Il est établi que les soins non programmés sont un facteur de risque de non pertinence des journées d'hospitalisation [3]. L'étude de la pertinence des journées d'hospitalisation, en analysant les pratiques professionnelles, fait partie du développement professionnel continu recommandé par la HAS. Elle permet d'évaluer la cohérence entre besoins du patient et soins dispensés. Le but de cette analyse est de mobiliser des ressources pour augmenter la pertinence des journées d'hospitalisation.

L'objectif de notre étude est de déterminer le pourcentage de patients admis après le passage au SAU de Poitiers qui auraient pu bénéficier d'une hospitalisation programmée.

GÉNÉRALITÉS

Le rapport de la Direction de la Recherche, des Études et de l'Évaluation des Statistiques (DREES) de 2006 décrit l'activité des services d'urgences en 2004 [1]. Le nombre de passages dans les structures d'urgences augmente chaque année. Depuis la fin des années quatre-vingt, il existait une forte progression de la demande de soins non programmés (la croissance moyenne était de l'ordre de 4 % de 1996 à 2004). À partir de 2003, il existe une inflexion de la demande avec seulement 0,4 % de hausse en France métropolitaine [1]. Les hospitalisations après un passage aux urgences concernent un patient sur cinq en 2004 [1]. Il est donc nécessaire de trouver des solutions pour faire face à cette augmentation de demande de soins non programmés.

La demande croissante de soins non programmés doit faire face à la diminution de la capacité d'accueil des établissements de santé de France. Entre 2001 et 2009, la capacité d'accueil des établissements de santé de France métropolitaine et des DOM a diminué de 0,5% [2].

Les services d'accueil des urgences sont l'une des principales voies d'accès à l'hôpital pour les patients. 82,6% des patients hospitalisés étaient admis de manière non programmée, et 55,2% de ces patients hospitalisés étaient admis via les Urgences à Nantes en 2006 selon Paillé-Ricolleau et al. [3].

La revue de pertinence des soins a pour objectif général d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients [4]. La méthode pour évaluer la pertinence des admissions et des journées hospitalisation a été développée par Gertman et Restuccia en 1981. Elle utilise l'outil Appropriateness Evaluation Protocol (AEP). Cet outil a été traduit et validé en français en 1999 [5]. L'outil traduit se nomme AEPf (f pour français).

L'AEPf évalue à l'aide de critères objectifs des éléments concernant le patient hospitalisé, indépendamment du diagnostic retenu. En renseignant dix critères sur les soins médicaux, six critères sur les soins infirmiers et huit critères sur l'état du patient, l'outil permet de définir si l'hospitalisation est pertinente ou non. Si aucun des critères AEPf n'est retrouvé, la journée d'hospitalisation doit être analysée pour déterminer la pertinence par un groupe d'experts.

La deuxième partie de l'outil pour identifier les causes a été validée en 2001, et montre une bonne reproductivité inter-observateurs de l'ensemble du questionnaire [6].

Cependant, la revue de pertinence des journées d'hospitalisations ne permet pas à elle seule de définir le nombre de patients pouvant relever d'une hospitalisation programmée.

Il paraît important de définir le taux d'hospitalisations programmables, et d'identifier les ressources afin de faciliter ce mode d'admission. Le but de l'évaluation des pratiques professionnelles reste, in fine, l'amélioration de la qualité des soins pour le patient.

PATIENTS ET MÉTHODES

I- MÉTHODES DE SÉLECTION

1) TYPE D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective mono-centrique descriptive observationnelle effectuée au SAU du CHU de Poitiers.

2) CRITÈRES D'INCLUSION

Les patients admis au SAU adultes du CHU de Poitiers entre le lundi 2 avril et le Vendredi 6 avril 2012 étaient inclus. Le choix de cette période s'est effectué par tirage au sort d'une semaine en dehors des vacances scolaires.

3) CRITÈRES D'EXCLUSION

Les patients admis au SAU entre 18 heures et 8 heures étaient exclus.

La présence de signes de gravité était un critère d'exclusion. L'utilisation de la Classification Clinique des Malades des Urgences de la SFMU [7] permettait d'exclure les patients classés CCMU 4 et CCMU 5. (cf. Tableau 1)

Tableau 1 : Classification CCMU [7]

CCMU 1	État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable avec abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser au service des urgences
CCMU 2	État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable et décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser aux urgences
CCMU 3	État lésionnel ou pronostic fonctionnel susceptible de s'aggraver aux urgences et n'engageant pas le pronostic vital
CCMU 4	Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge ne comportant pas la pratique immédiate de manœuvre de réanimation
CCMU 5	Situation pathologique engageant le pronostic vital et prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation

Les patients dont l'admission n'était pas suivie d'une hospitalisation étaient exclus de l'étude.

Les patients relevant de la chirurgie étaient exclus de l'étude.

Lors « d'hébergement » d'un patient dans un service pendant moins de 48 heures, le service pris en compte était le service destinataire. Lors « d'hébergement » de plus de 48 heures, le service hébergeant le malade était pris en compte.

Les patients des services de pédiatrie, psychiatrie, soins de suite et réadaptation et réanimation étaient exclus puisque la grille AEPf n'était pas validée pour cette population.

Les patients hospitalisés pour une durée de moins de 48 heures étaient exclus.

4) RECUEIL DES DONNÉES

Les données ont été recueillies par le logiciel Résurgences ® (Improve Healthcare Solutions).

Une recherche par l'outil de statistique a été effectuée le 28 Juin 2012.

Les critères de recherche dans l'outil statistiques de Résurgences® étaient dans l'ordre :

(cf. annexe 1)

Période du « 02/04/2012 08:00 » au « 06/04/2012 18:00 » et « Arrivé dans ces dates »

ET « Diagnostics », « Code CCMU », « <> » (sauf) « IV : Pronostic vital engagé sans geste de réanimation immédiat »

ET « Diagnostics », « Code CCMU », « <> » (sauf) « V : Pronostic vital en jeu avec gestes de réanimation immédiats »

ET « Diagnostics », « Code CCMU », « <> » (sauf) « P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique »

ET « Diagnostics », « Code CCMU », « <> » (sauf) « D : Patient décédé »

ET « Informations de passage », « heure d'arrivée », « > » (supérieur), « 8 »

ET « Informations de passage », « heure d'arrivée », « < » (inférieur), « 18 »

ET « Orientation », « Type d'orientation », « = » (égal), « Transfert interne »

5) DONNÉES ANALYSÉES

Les données suivantes ont été extraites grâce au logiciel Résurgences® : (cf. annexe 2)

- l'âge,
- le sexe,
- la classification CCMU,
- le numéro de dossier,
- l'origine du patient,
- le type d'admission,
- l'heure de prise en charge médicale,
- le diagnostic final,
- le service d'hospitalisation,

- l'avis spécialisé chirurgical,
- l'avis spécialisé médical,
- le motif de consultation relevant de la traumatologie ou non.

Les observations des urgences et les courriers de sortie d'hospitalisation ont été utilisés pour définir les critères AEPf. Dans le cas où un seul critère AEPf était retrouvé, la vérification de la présence du critère dans le dossier médical papier a été effectuée le 3 Septembre 2012.

II- MÉTHODES D'OBSERVATION

1) OBJECTIFS ET CRITÈRES DE JUGEMENT

a- Critère de jugement principal

L'objectif de l'étude est de définir le pourcentage de patients qui auraient pu bénéficier d'une hospitalisation programmée au SAU de Poitiers. Le critère de jugement principal est le nombre d'hospitalisations non pertinentes pendant les 48 premières heures d'hospitalisation. Ce critère de jugement était établi grâce à la grille AEPf (cf. Tableau 2).

La grille AEPf des journées d'hospitalisation était utilisée pour classer les hospitalisations en pertinentes ou non. (cf. Tableau 2).

Tableau 2 : Grille AEPf des journées d'hospitalisation d'après LANG [8]

<i>A Soins médicaux</i>	A1 Procédure en salle d'opération ce jour (c'est-à-dire le jour où l'étude est réalisée)
	A2 Procédure programmée en salle d'opération pour le jour suivant nécessitant une consultation ou une évaluation préopératoire extraordinaire
	A3 Cathétérisme cardiaque ce jour
	A4 Angiographie ce jour
	A5 Biopsie d'un organe interne ce jour
	A6 Procédure diagnostique invasive du système nerveux central ce jour
	A7 Tout test ou examen nécessitant un contrôle nutritionnel strict
	A8 Traitement nécessitant des ajustements fréquents de doses sous-supervision médicale directe
	A9 Surveillance médicale intensive par un médecin au moins trois fois par jour
	A10 Journée postopératoire (après une intervention au bloc opératoire ou critères trois à six plus haut)
<i>B Soins infirmiers et de réanimation</i>	B1 Assistance respiratoire continue ou intermittente (au moins trois fois par jour)
	B2 Thérapie parentérale : liquide intraveineux de façon continue ou intermittente quelle que soit la supplémentation
	B3 Monitoring continu des signes vitaux au moins toutes les demi-heures pendant au moins 4 heures
	B4 Équilibre hydro-électrolytique
	B5 Plaie chirurgicale majeure et soins de drainage
	B6 Surveillance infirmière rapprochée, sur prescription médicale, au moins trois fois par jour
<i>C État du patient</i>	C1 Arrêt des matières et des gaz ou absence de mouvement intestinal dans les dernières 24 heures
	C2 Transfusion liée à une perte de sang dans les dernières 48 heures
	C3 Fibrillation ventriculaire ou ischémie aiguë électrographique dans les dernières 48 heures
	C4 Fièvre supérieure à 38 °C dans les dernières 48 heures si le patient a été admis pour une autre raison que la fièvre
	C5 Coma : perte de conscience pendant au moins une heure pendant les dernières 48 heures
	C6 État confusionnel aigu dans les 48 dernières heures, non dû à un sevrage alcoolique
	C7 Signes ou symptômes liés à des désordres hématologiques aigus dans les dernières 48 heures
	C8 Difficultés neurologiques aiguës et progressives dans les dernières 48 heures

Si un seul des critères était présent, la journée d'hospitalisation était considérée comme pertinente par la grille AEPf. Cela signifiait que l'hospitalisation était pertinente ce jour là, et par extension que l'hospitalisation n'aurait pas pu être programmée. La grille a été utilisée en vérifiant l'absence de critère AEPf durant les quarante huit premières heures.

Si la journée d'hospitalisation ne répondait à aucun des critères de l'AEPf, il fallait définir si le patient devait avoir recours à l'hôpital en termes de plateau technique. La journée était alors techniquement pertinente selon l'avis d'expert. Si les journées étaient non pertinentes, elles étaient classées en justifiées ou non (cf. Figure 1).

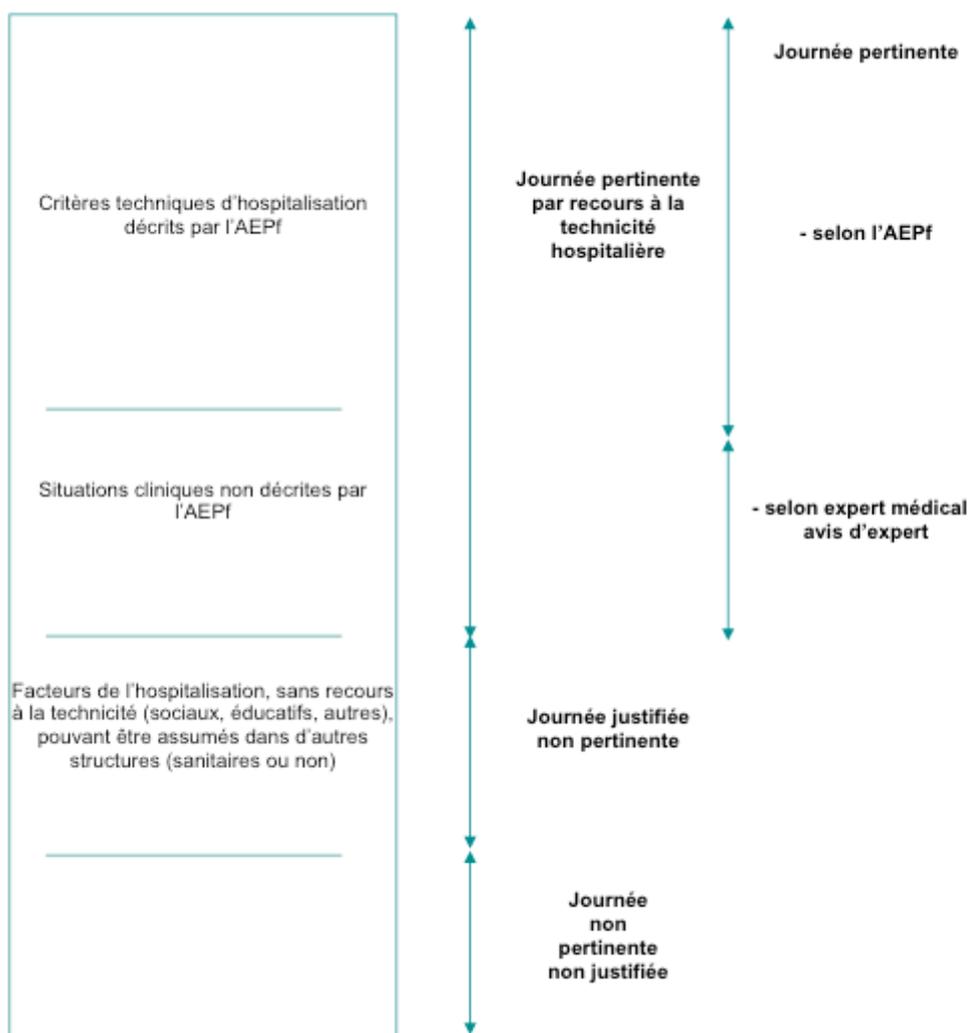


Figure 1 : Typologie des journées d'hospitalisation, selon l'AEPf et selon l'expert [8]

b- Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient la description de la population, et la comparaison des deux groupes : « hospitalisations pertinentes » versus « hospitalisations non pertinentes ».

Il s'agissait ensuite de déterminer les raisons pour lesquelles le patient était hospitalisé pendant ces 48 premières heures.

2) DESCRIPTION DE LA POPULATION

L'échantillon était décrit avec l'âge du patient (en années entières), la classification CCMU (de 1 à 3), le sexe (masculin ou féminin), le type d'admission (adressé par le médecin traitant, par un médecin hospitalier, par le centre 15, par un autre médecin ou non adressé). L'origine du patient était classée en : urgence domicile, transfert d'un autre service, transfert d'un autre CH, urgence accident lieu public. Il s'agissait du classement du logiciel Résurgences®.

Les patients inclus étaient admis de 8 heures à 18 heures, mais la prise en charge médicale pouvait avoir lieu en dehors de cette période. L'heure de prise en charge médicale était l'heure où le médecin se connectait pour la première fois dans le dossier du patient. Si elle était comprise entre 8 heures 30 et 18 heures 30, l'heure était renseignée « jour ». Si l'heure de prise en charge était entre 18 heures 30 et 8 heures 30, elle était renseignée « Nuit ».

Les diagnostics finaux étaient renseignés en groupes de diagnostics : Cardiologie, Dermatologie, Gastro-entérologie, Gériatrie, Médecine interne, Néphrologie, Neurologie, Pneumologie, Rhumatologie et Autre. Si le diagnostic final pouvait correspondre à plusieurs groupes de diagnostics, le choix était fait en fonction du service où le patient était admis.

Si le service d'admission et le service souhaité étaient identiques, l'hospitalisation était classée

comme « adaptée ». Si le service d'admission et le service souhaité étaient différents, l'hospitalisation était classée comme « inadaptée ».

III- MÉTHODE D'ÉVALUATION

Un comité indépendant composé d'un médecin Urgentiste et d'un médecin Interniste a été réuni le 14 Septembre 2012. Tous les dossiers dont l'hospitalisation était « non pertinente » pendant les 48 premières heures ont été réexaminés. Dans un premier temps, ce comité a vérifié l'absence de critères AEPf.

Il s'agissait ensuite de décrire (cf. annexe 3) :

- Quels étaient les principaux soins ou services que le patient recevait à l'hôpital ces jours là?
- Parmi les services ou soins rendus au patient pendant ces jours étudiés, y en avait-il un responsable de sa présence à l'hôpital? (le patient ne sortait pas car il avait besoin de ce soin ou de ce service spécifique)
- Quel lieu d'hébergement était le mieux adapté pour le patient ces jours là, compte tenu de son état de santé, de sa situation socio-économique et familiale?
- Quelle était la raison principale expliquant les journées d'hospitalisation?

IV- AUTRES INFORMATIONS SUR LA MÉTHODE

1) MÉTHODES STATISTIQUES

Le recueil des données était fait dans un tableur Microsoft Excel®. Le tableur a été importé dans le logiciel SAS 9.3® puis analysé.

Les variables quantitatives ont été présentées en moyennes et écart type.

Les variables qualitatives ont été présentées en pourcentages et intervalles de confiance des pourcentages.

Le calcul de l'intervalle de confiance à 95% était fait avec la formule :

$$\text{Pourcentage } \pm 1,96 \times \sqrt{(pq/n)}$$

Les moyennes ont été calculées avec l'outil « Moyennes » de Microsoft Excel® et le logiciel SAS 9.3®. Les comparaisons de moyennes ont été effectuées avec le test T de Student.

Les comparaisons de pourcentages ont été effectuées avec le Test du Chi 2. Si les effectifs étaient insuffisants, un test de Fisher était utilisé.

Les résultats obtenus avec le logiciel SAS 9.3® ont été exportés sous forme de tableurs Microsoft Excel®. Puis, les graphiques et tableaux ont été réalisées avec Microsoft Excel®.

Le seuil de significativité était fixé à $p=0,05$ (soit 5%).

2) CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le recueil de données était anonymisé, afin de protéger les données dans le cadre de la loi Informatique et libertés. Seuls les numéros de dossier ont été conservés, permettant de retrouver le dossier médical en cas de besoin.

3) MÉTHODE DE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La base de données Pubmed a été interrogée avec « Appropriateness evaluation protocol », permettant de sélectionner la majorité des articles retenus. La recherche a aussi été effectuée sur la base Sciencedirect, avec les termes « Hospitalisation programmée » et « Programmation hospitalisation ». La BDSP, le site internet de la HAS, celui de la DREES et Ameli.fr ont aussi été consultés. Les références retrouvées dans les articles consultés ont permis d'élargir la recherche sur le thème de la revue de pertinence des journées d'hospitalisation et de la programmation des hospitalisations. Les articles retenus étaient ceux publiés après 1998.

RÉSULTATS

I- PATIENTS INCLUS

Au total, 77 patients ont été inclus et constituaient la population de l'étude. Le flux des patients est décrit dans la figure 2.

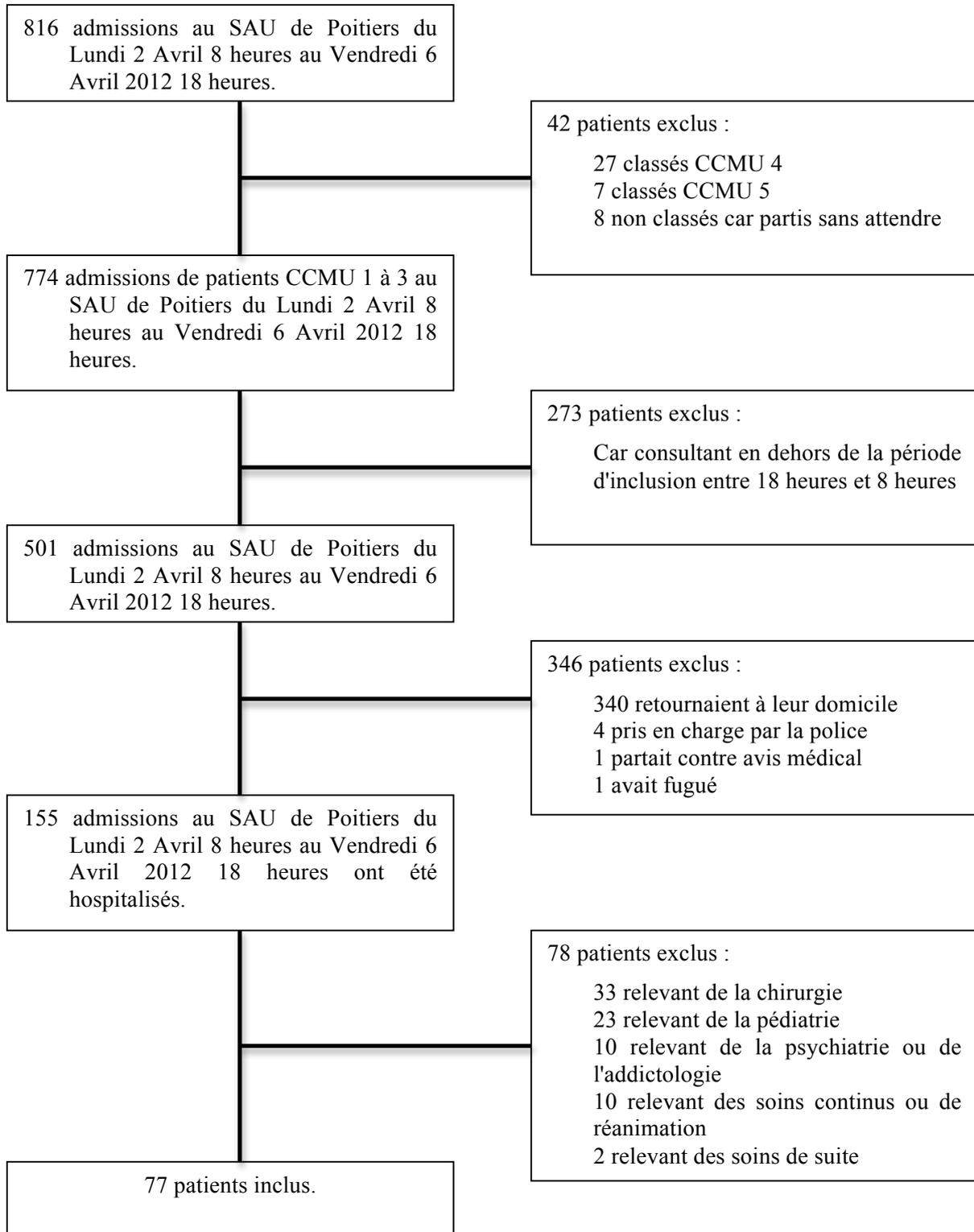


Figure 2 : Flux des patients

II- DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON DE L'ÉTUDE

Au total, 77 patients ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen des patients était de 64,2 ans (écart type=20,7). L'âge des patients et leur origine sont renseignés dans le tableau 3. Les patients étaient répartis en deux groupes en fonction de l'âge : supérieur ou égal à 75 ans et inférieur à 75 ans.

Tableau 3 : Caractéristiques socio-démographiques

	Patients N (%)	IC 95%
Genre		
FEMMES	43 (55,8%)	[44,1; 67,5]
≥ 75 ans	22 (28,6%)	[17,9; 39,3]
Moins de 75 ans	21 (27,3%)	[16,7; 37,9]
HOMMES	34 (44,2%)	[32,5; 55,9]
≥ 75 ans	10 (13,0%)	[4,8; 21,2]
Moins de 75 ans	24 (31,2%)	[20,2; 42,2]
Origine du patient		
DOMICILE	73 (94,8%)	[89,9%; 99,8]
TRANSFERT D'UN AUTRE CH	1 (1,3%)	[0,0%; 3,8]
TRANSFERT D'UN SERVICE	1 (1,3%)	[0,0%; 3,8]
URGENCE ACCID. LIEU PUBLIC	2 (2,6%)	[0,0%; 6,2]

Le jour, l'heure de prise en charge médicale et type le d'admission des patients étaient renseignés dans le tableau 4.

Tableau 4 : Jour, heure de prise en charge médicale et type d'admission des patients

	Patients N (%)	IC 95%
Jour de prise en charge		
LUNDI	10 (13,0%)	[5,5; 20,5]
MARDI	19 (24,7%)	[15,0; 34,3]
MERCREDI	13 (16,9%)	[8,5; 25,2]
JEUDI	20 (26,0%)	[16,2; 35,8]
VENDREDI	15 (19,5%)	[10,6; 28,3]
Heure de prise en charge médicale		
PÉRIODE « JOUR » (de 8 h 30 à 18 h 30)	56 (72,7%)	[62,8; 82,6]
PÉRIODE « NUIT » (de 18 h 30 à 8 h 30)	21 (27,3%)	[17,4; 37,2]
Type d'admission		
MÉDECIN TRAITANT	39 (50,6%)	[39,4; 61,8]
SAMU CENTRE 15	22 (28,6%)	[18,5; 38,7]
NON ADRESSÉ	9 (11,7%)	[4,5; 18,9]
NON PRÉCISÉ	4 (5,2%)	[0,2; 10,2]
AUTRE MÉDECIN	2 (2,6%)	[0,0; 6,2]
MÉDECIN HOSPITALIER	1 (1,3%)	[0,0; 3,8]

Le groupe de diagnostic ainsi que le caractère adapté ou non du service était renseigné dans le tableau 5.

Tableau 5 : Groupe de diagnostic et cohérence du service d'hospitalisation

	Patients N (%)	IC 95%
Groupe de diagnostic		
NEUROLOGIE	15 (19,5%)	[10,7; 28,3]
PNEUMOLOGIE	15 (19,5%)	[10,7; 28,3]
GASTRO - ENTÉROLOGIE	11 (14,3%)	[6,5; 22,1]
MÉDECINE INTERNE	9 (11,7%)	[4,5; 18,9]
RHUMATOLOGIE	8 (10,4%)	[3,6; 17,2]
GÉRIATRIE	5 (6,5%)	[1,0; 12,0]
DERMATOLOGIE	5 (6,5%)	[1,0; 12,0]
AUTRES	5 (6,5%)	[1,0; 12,0]
CARDIOLOGIE	3 (3,9%)	[0,0; 8,2]
NEPHROLOGIE	1 (1,3%)	[0,0%; 3,8]
Service d'hospitalisation		
ADAPTÉ	35 (45,4%)	[34,3; 56,5]
NON ADAPTÉ	42 (54,5%)	[43,4; 65,6]

III- DESCRIPTION DES PATIENTS EN FONCTION DE LA PERTINENCE DE L'HOSPITALISATION

L'âge des patients ayant une hospitalisation non pertinente était plus élevé (72,5 ans contre 63,5 ans dans le groupe hospitalisation pertinente). Cependant, les différences observées entre les groupes « hospitalisation pertinente » et « hospitalisation non pertinente » n'étaient pas significatives ($p > 0,05$) (cf. tableau 6)

Tableau 6 : Âge, CCMU et jour de prise en charge en fonction de la pertinence de l'hospitalisation

	Échantillon global (N=77)	Hospitalisation « pertinente » (N=71)	Hospitalisation « non pertinente » (N=6)
Âge moyen (+/- EC)	64,2 ans (+/- 20,7)	63,5 ans (+/- 20,5)	72,5 (+/- 23,3)
CCMU			
CCMU 1	1 (1,3% [0,0; 4,5])	0 (0,0% [0,0; 0,7])	1(1,3% [0,0; 18,7])
CCMU 2	42 (54,5% [42,7; 66,3])	39 (50,6% [38,3; 62,9])	3 (3,9% [0,0; 27,7])
CCMU 3	34 (44,2% [32,5; 55,9])	32 (41,6% [29,4; 53,8])	2 (2,6% [0,0; 23,7])
Jour			
LUNDI	10 (13,0% [4,8; 21,2])	10 (13,0% [4,5; 21,5])	0 (0,0% [0,0; 8,3])
MARDI	19 (24,7% [14,4; 35,0])	17 (22,1% [11,7; 32,5])	2 (2,6% [0,0; 23,7])
MERCREDI	13 (16,9% [7,9; 25,9])	13 (16,9% [9,5; 26,3])	0 (0,0% [0,0; 8,3])
JEUDI	20 (26,0% [15,6; 36,4])	19 (24,7% [14,0; 35,4])	1(1,3% [0,0; 18,7])
VENDREDI	15 (19,5% [10,0; 29,0])	12 (15,6% [6,5; 24,7])	3 (3,9% [0,0; 27,7])

IV- DESCRIPTION DES HOSPITALISATIONS PERTINENTES

Le nombre de patients ayant une hospitalisation pertinente après intervention du comité médical indépendant était de 71 sur 77 (soit 92,2% [85,6; 98,8])

Les critères de pertinence des 71 hospitalisations sont résumés dans la figure 3.

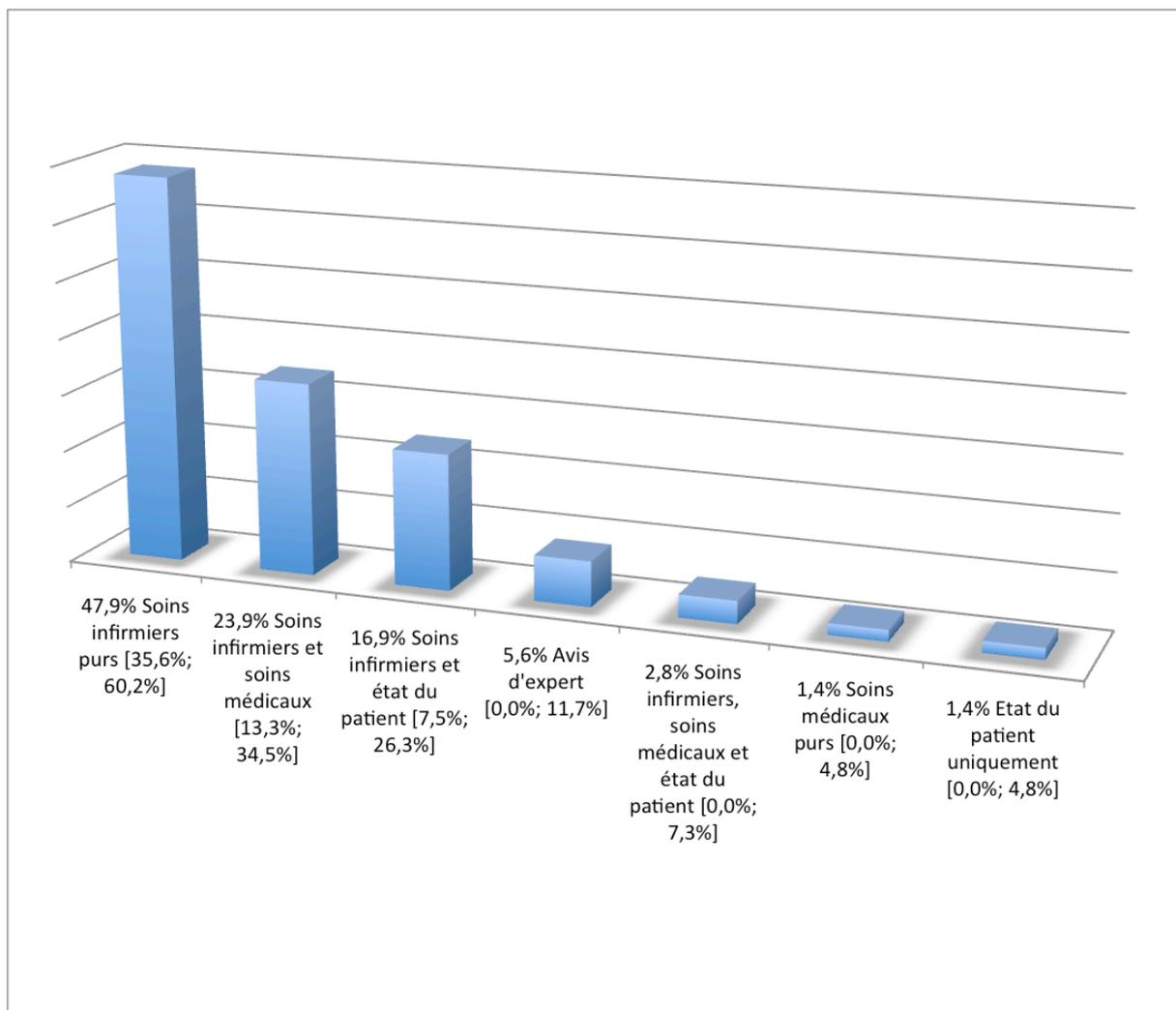


Figure 3 : Critères AEPf classant l'hospitalisation comme pertinente (sur 71 patients)

Dans 47,9% des cas (34 patients sur 71), la justification de l'hospitalisation était sur des critères infirmiers.

Dans 5,6% des cas (4 patients sur les 71) l'hospitalisation était pertinente par recours à la technicité hospitalière selon l'avis d'experts (2 patients pour leur état clinique, 1 patient pour son état clinique et les soins qu'il recevait, et 1 patient pour une urgence diagnostique).

V- DESCRIPTION DES HOSPITALISATIONS NON PERTINENTES

Le taux de patients ayant une hospitalisation non pertinente après intervention du comité médical indépendant était de 7,8% [1,2; 14,4] (6 sur 77).

66,6% des patients (4 sur 6) ayant une hospitalisation non pertinente avaient plus de 75 ans.

50,0% de ces hospitalisations non pertinentes (3 sur 6) ont eu lieu le vendredi.

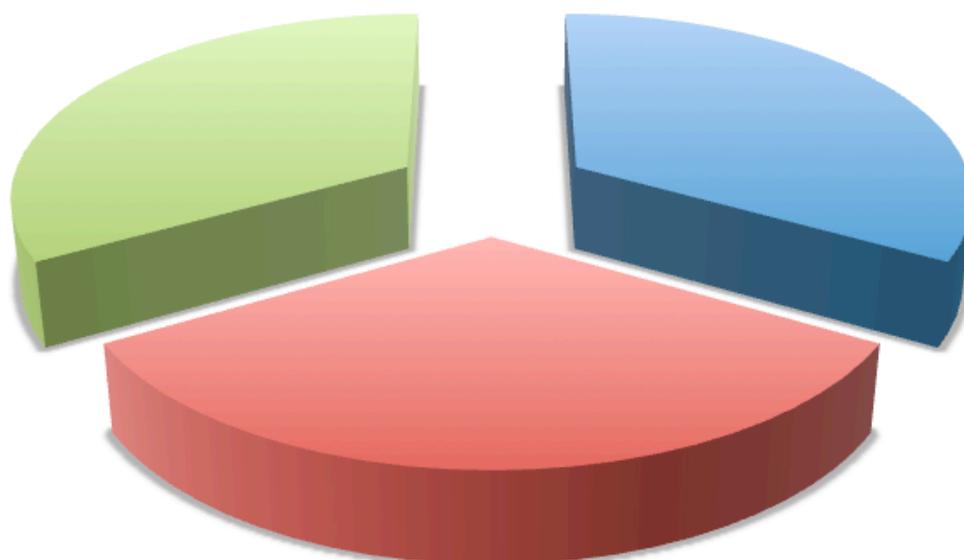
33,3% des hospitalisations non pertinentes (2 sur 6) étaient en gériatrie, alors que les patients hospitalisés en gériatrie ne représentaient que 6,3% de l'échantillon total (5 sur 77).

66,6% des hospitalisations non pertinentes (4 sur 6) étaient des patients adressés par leur médecin traitant.

83,3% des hospitalisations non pertinentes (5 sur 6) étaient dans des services inadaptés, alors que le service d'hospitalisation n'était pas adapté dans 54,5% des cas (42 sur 77).

33,3% (2 patients sur 6) : aide à la vie quotidienne justifiant l'hospitalisation.

33,3% (2 patients sur 6) : avis diagnostique ou thérapeutique justifiant l'hospitalisation.



33,3% (2 patients sur 6) : aucun soin ou service justifiant une hospitalisation : hospitalisation non pertinente non justifiée.

Figure 4 : Justification des « hospitalisations non pertinentes »

Sur les 6 patients relevant d'une hospitalisation non pertinente, 33,3% (2 patients sur 6) n'avaient aucun soin ou service justifiant une hospitalisation ; il s'agissait d'une hospitalisation non pertinente non justifiée (cf. figure 4). 33,3% (2 patients sur 6) avaient besoin d'une aide à la vie quotidienne justifiant l'hospitalisation. 33,3% (2 patients sur 6) avaient besoin d'un avis diagnostique ou thérapeutique justifiant l'hospitalisation.

Le lieu d'hébergement le mieux adapté des 6 patients dont l'hospitalisation était non pertinente était analysé. Pour 50,0% des patients (3 sur 6), une structure d'hébergement avec soins médicaux et/ou paramédicaux (aide à la vie quotidienne, soins infirmiers, kinésithérapie) était

la plus adaptée. Pour 16,7% des patients (1 sur 6), une structure d'hébergement non médicalisée pouvant être éloignée de l'hôpital était la plus adaptée. Pour 16,7% des patients (1 sur 6), le domicile sans aide était le lieu d'hébergement le plus adapté. Pour 16,7% des patients (1 sur 6), le domicile avec aide médicale ou paramédicale (soins infirmiers « légers » ou surveillance médicale non spécialisée occasionnelle pendant la journée) était le lieu d'hébergement le plus adapté.

Pour 50,0% des patients (3 sur 6), la raison principale expliquant la journée d'hospitalisation était le service de relais à l'issue de l'hospitalisation ; inaccessible dans 2 cas, indisponible dans 1 cas.

Pour 33,3% des patients (2 sur 6), la raison principale expliquant la journée d'hospitalisation était l'organisation des soins au cours de l'hospitalisation (attente d'un avis diagnostique dans un cas et thérapeutique au sein de cet hôpital dans l'autre cas).

Pour 16,7% des patients (1 sur 6), le comité n'a pas déterminé de raison principale expliquant la journée d'hospitalisation.

DISCUSSION

I- RÉSULTAT PRINCIPAL

Après intervention du comité, 6 patients sur les 77 constituant la population de l'étude ont une hospitalisation non pertinente pendant les 48 premières heures. Cela représente 7,8% [1,2; 14,4] de la population étudiée.

Dans notre étude, nous estimons le nombre de patients pouvant relever d'une hospitalisation programmée. Pour cela, nous avons effectué un recrutement de patients ne présentant pas de critère de gravité initialement. Puis, nous avons exclu les patients hospitalisés en soins continus ou en réanimation. Enfin, nous avons effectué une revue de pertinence des deux premières journées d'hospitalisation. Si ces deux journées n'étaient pas pertinentes, l'hospitalisation était classée comme programmable.

Il s'agit d'une étude rétrospective, il paraît plus facile de lister les patients n'ayant pas de critère de gravité ni de pertinence des 48 premières heures d'hospitalisation a posteriori. Il est plus difficile de raisonner à la place du clinicien, de prévoir s'il existera des critères de gravité à l'admission du patient. En effet, ces critères peuvent être absents initialement puis apparaître ensuite. Pour les mêmes raisons, il est difficile pour le clinicien de prévoir si les journées d'hospitalisation vont être pertinentes ou non.

Les tests statistiques pour comparer les deux groupes « hospitalisation pertinente » versus « non pertinente » ne sont pas significatifs. Cependant, les effectifs sont faibles. Il serait intéressant de reproduire l'étude avec des effectifs plus importants afin d'augmenter la puissance statistique. Le but de notre étude était de décrire la population pouvant bénéficier

d'une hospitalisation programmée. Le schéma de l'étude n'était pas élaboré pour mettre en évidence une différence entre les deux groupes.

II- BIAIS DE L'ÉTUDE

Il s'agissait d'une étude mono-centrique, sur des effectifs réduits, dont les résultats ne peuvent être extrapolés que prudemment.

Un biais de sélection est présent et inévitable du fait du faible effectif.

L'hypothèse d'une absence de saisonnalité des hospitalisations non pertinentes est posée, car nous n'avons étudié qu'une semaine sur toute l'année.

Le recrutement des patients a eu lieu après tirage au sort d'une semaine au hasard, en dehors des semaines des vacances scolaires, et en dehors de la semaine les précédant ou les suivant. La raison de ce choix était que la programmation d'une hospitalisation paraît plus difficile pendant les vacances scolaires, du fait de la diminution de l'effectif médical et paramédical dans les services. La semaine tirée au sort était celle précédant Pâques, qui est un jour férié. Cela pourrait possiblement modifier le nombre d'hospitalisations pour difficulté de maintien à domicile par exemple, et constituer un biais de sélection.

Nous avons choisi d'inclure les patients CCMU 1 à 3, car il fallait exclure ceux dont le pronostic vital était engagé. Nous avons inclus les patients du groupe CCMU 3 car « l'État lésionnel ou pronostic fonctionnel » est souvent engagé en médecine, y compris en médecine ambulatoire, et ne constitue pas un critère d'hospitalisation selon nous. L'étude de Derame et al. incluait les patients CCMU 3 uniquement. Elle excluait les patients présentant des critères de gravité, mais aussi ceux qui relevaient d'une prise en charge sociale pure ou d'une

consultation de médecine générale. Nous avons choisi de les inclure car une prise en charge sociale pure ou relevant de la médecine générale peut parfois nécessiter une hospitalisation.

La classification CCMU est validée lorsqu'elle est réalisée « à l'arrivée du patient aux urgences à la fin de l'interrogatoire, du bilan des fonctions vitales et de l'examen clinique » [7]. Cet examen peut comprendre « une glycémie capillaire, une bandelette urinaire, un micro-hématocrite, un électrocardiogramme et une mesure de la saturation percutanée ». Cette classification est subjective et dépend du médecin Urgentiste qui l'effectue. Il peut y avoir des discordances suivant le médecin qui effectue la classification.

Est-ce que la CCMU est bien effectuée à l'issue de l'examen clinique et non pas après réception des examens complémentaires? Cela serait à l'origine d'un biais de classement.

L'heure d'admission plutôt que l'heure de prise en charge des patients a volontairement été choisie pour inclure les patients pouvant consulter leur médecin traitant. Pour effectuer un regroupement de patients, la variable quantitative « Heure de prise en charge » était transformée en variable qualitative. La durée des deux périodes n'était pas identique, mais plus pertinente selon nous par rapport à l'application clinique.

Les jours ont été renseignés en jours de la semaine. La période d'inclusion se déroulait du lundi au vendredi. Ce choix a été effectué devant la difficulté de programmer des soins le samedi et le dimanche.

Nous avons utilisé l'Outil AEPf deux jours de suite. Cette utilisation n'est pas évaluée, nous avons utilisé l'outil pour deux jours consécutifs par extension. Ce choix des 48 premières

heures était purement arbitraire. Il nous semblait correspondre à la durée qu'un patient pouvait attendre avant d'avoir une hospitalisation programmée. Cela permettrait par exemple à un service de libérer une place, ou au médecin traitant de poursuivre des investigations complémentaires avant d'hospitaliser le patient.

Selon nous, le biais de mesure est faible car nous avons utilisé un outil validé par la Haute Autorité de Santé. Selon Robain et al. [5], « les résultats de cette étude montrent le caractère reproductible et valide de cet outil » mais « l'AEPf avait tendance à surestimer les journées non pertinentes par rapport au jugement des experts médicaux ».

Lors de l'utilisation du document « PDF »[8], la grille AEPf était différente pour la réponse B16 en fonction de la localisation dans le document. Dans la grille était inscrit page 73/91 : « Surveillance infirmière rapprochée, sur prescription médicale, au moins une fois par jour ». Dans l'explication de la grille page 79/91 : « Surveillance infirmière rapprochée, sur prescription médicale, au moins trois fois par jour ». La divergence entre les deux pages a été signalée le six septembre 2012 au service d'évaluation des pratiques de la Haute Autorité de Santé. Madame Erbault, Chef de Projet à l'HAS a confirmé le sept septembre 2012 qu'il fallait une « Surveillance infirmière rapprochée, sur prescription médicale, au moins trois fois par jour », pour que l'hospitalisation soit pertinente avec ce critère B16.

III- COHÉRENCE EXTERNE

Selon Paillé-Ricolleau et al. [3], une coupe transversale en 2009 dans 11 services de médecine et de chirurgie retrouvait 32,4% des journées d'hospitalisation techniquement non pertinentes selon les critères AEPf. Les facteurs associés au caractère non pertinent de la journée étaient la durée d'hospitalisation dans l'unité supérieure à 6 jours le jour de l'étude (OR=7,38, $p < 10^{-3}$), le comportement non adapté du patient (OR=2,35, $p=0,021$), l'admission non programmée (OR=3,61, $p=0,035$), et l'âge supérieur ou égal à 75 ans (OR=2,14, $p=0,039$).

La différence observée avec les résultats de notre étude est due à la différence de recrutement des patients et à la différence du critère de jugement principal. Nous n'avons inclus que les patients passés par le SAU hospitalisés en médecine, n'ayant pas de critère de gravité. D'autre part notre étude n'était pas une revue de pertinence des journées d'hospitalisation, mais une évaluation du taux de patients pouvant bénéficier d'une hospitalisation programmée. Il ne devait y avoir aucun critère AEPf pendant les deux premiers jours d'hospitalisation suivant le passage au SAU pour que l'hospitalisation soit classée comme « non pertinente ».

Dans notre étude, la moyenne d'âge des patients dont la journée d'hospitalisation était non pertinente était plus élevée que dans le groupe hospitalisation pertinente (72,5 versus 63,5 ans). L'âge supérieur ou égal à 75 ans était retrouvé comme facteur de risque de non pertinence dans l'étude de Paillé-Ricolleau et al. [3].

Une étude de pertinence des journées d'hospitalisation en gériatrie aiguë par Somme et al. [9] retrouvait 53,7% de journées d'hospitalisation non pertinentes. Cela correspondait à 79,1% de séjours durant lesquels une journée au moins était non pertinente. L'étude des facteurs de

risque de non pertinence retrouvait l'existence de troubles cognitifs et le service d'hospitalisation. La cause de non pertinence la plus fréquente était l'attente d'un aval institutionnel dans 46,4% des cas.

Dans notre étude, pour 50,0% des patients (3 sur 6), la raison principale expliquant les deux journées d'hospitalisation était due au service de relais à l'issue de l'hospitalisation (inaccessible dans 2 cas, indisponible dans 1 cas).

Cependant, la revue de pertinence des journées d'hospitalisations ne permet pas à elle seule de définir le nombre de patients pouvant relever d'une hospitalisation programmée.

Selon Derame et al. [10], 10% des patients auraient pu bénéficier d'une hospitalisation directe dans un service. Il s'agissait de patients classés dans un groupe correspondant à « un état clinique stable mais prise en charge hospitalière nécessaire » par un comité composé de deux médecins Internistes et d'un médecin Urgentiste. Le but de cette étude était « d'évaluer la proportion de patients susceptibles de bénéficier d'une hospitalisation directe, programmée dans un service de Médecine spécialisée ou polyvalente. »

La différence de résultats avec notre étude peut être due à la différence du critère de jugement principal.

La cohérence externe de notre étude était bonne, car nos résultats concordent avec les données de la littérature.

IV- OBSTACLES À LA PROGRAMMATION DES SOINS

Lorsque l'on analyse les études sur la programmation des soins, il existe de nombreux obstacles à celle-ci.

L'étude d'Andronikof et al. [11] évalue la capacité d'un service hospitalier à programmer une hospitalisation sur demande téléphonique par simulation de cas. « Dans 60% des cas, la programmation n'a pas été possible ». « Les motifs d'échecs étaient dans 31% des appels l'absence d'un interlocuteur compétent disponible », « dans 24% des appels, la cause d'échec était l'absence de place même programmable » (dans le cas d'absence de place, les solutions proposées étaient d'aller aux urgences, d'adresser à une autre structure, ou pas de proposition). « Le dernier motif d'échec était l'absence de rappel prévu par le service pour donner une date d'hospitalisation ».

L'étude de Le Gall [12] montrait que « pour les médecins généralistes, la programmation des hospitalisations avait comme obstacles principaux : le nombre de places dans les services de médecine (34%), des délais trop longs (28%), le manque d'interlocuteur disponible (13%), et le manque de temps en général pour le généraliste (13%) ». « Pour 55% des médecins hospitaliers, le principal facteur allégué pour le refus était le manque de place dans le service, pour 45%, l'absence de médecin disponible l'après midi ». Enfin, « Pour 79% des généralistes et pour tous les hospitaliers, la programmation de l'hospitalisation assurerait une meilleure prise en charge des patients ».

V- HYPOTHÈSES ET PERSPECTIVES

Notre étude montre qu'il est possible d'améliorer la pertinence des hospitalisations, car il existe 7,8% [1,2; 14,4] de patients (6 sur 77) pour lesquels les 48 premières heures ne sont pas pertinentes.

Les soins non programmés sont un facteur de risque de non pertinence des journées d'hospitalisation. La non pertinence des journées d'hospitalisation est à l'origine d'une baisse de qualité des soins pour le patient, restant hospitalisé alors qu'il pourrait être dans une structure plus adaptée ou à son domicile. La baisse de qualité se répercute aussi sur la collectivité, en engendrant des dépenses de santé qui pourraient être contrôlées.

Dans notre étude, 54,5% [42,7; 66,3] (62 patients sur 77) étaient hospitalisés dans un service qui n'était pas adapté (différent du service souhaité par le médecin Urgentiste). Lors de la programmation d'une hospitalisation, le service est par définition adapté dans tous les cas.

Le but de notre étude n'était pas de comparer les résultats avec des revues de pertinence des journées d'hospitalisation dans les autres centres hospitaliers. Les populations cibles étant différentes, cela ne nous paraît pas pertinent de comparer les résultats des différents centres hospitaliers. De plus, l'objectif principal de notre étude était d'estimer le taux d'hospitalisations programmables, et non pas de faire une revue de pertinence des soins.

VI- SUGGESTIONS

Deux groupes se distinguent parmi les journées d'hospitalisation non pertinentes : les justifiées et les non justifiées. Selon l'ANAES en Juillet 2004 [13], les premières « relèvent de la planification des structures sanitaires et sociale ou d'un défaut d'organisation hospitalière, mais nullement d'une décision inadéquate du ou des professionnels de santé qui s'adaptent à une offre de service insuffisante ou indisponible » ; les non justifiées « relèvent d'un problème d'organisation, du processus décisionnel des professionnels de santé ou de raisons liées aux patients ou à leurs proches. »

Il paraît nécessaire de prévenir les journées d'hospitalisation qui seront non pertinentes, en essayant de programmer des soins. Sensibiliser les professionnels adressant des patients directement dans les services permettrait d'obtenir une meilleure efficacité des soins hospitaliers selon nous. Cependant, selon Le Gall [12], « Programmer une hospitalisation demandait entre 10 et 30 minutes » pour la majorité des médecins généralistes.

En proposant des consultations avancées par les différents spécialistes hospitaliers, cela permettrait de favoriser l'accès des patients à l'hôpital sans passer par le SAU.

Dans l'étude de S. Charmion et al. [14] interrogeant les médecins généralistes sur leurs attentes de la médecine interne, les « améliorations souhaitées sont, pour les MR (médecins répondeurs), la possibilité d'obtenir des consultations plus rapides (94 %), en 24 à 48 heures, à leur demande et après appel téléphonique de leur part ». Le fait de pouvoir avoir recours à un spécialiste rapidement pourrait éviter des hospitalisations pour attente d'un avis diagnostique ou thérapeutique. Ces patients représentaient 33,3% (2 sur 6) des patients ayant une hospitalisation non pertinente dans notre étude. L'avis du spécialiste permettrait par

exemple de prévoir des examens avant de programmer l'hospitalisation avec les résultats. Cela aiderait à limiter les journées d'hospitalisation en attente des résultats des examens complémentaires.

Les hospitalisations non pertinentes sont, dans notre étude, dues dans 50,0% des cas (3 sur 6) au service de relais à l'issue de l'hospitalisation (inaccessible ou indisponible). Nous pensons que ces patients attendant une structure de relais n'auraient probablement pas dû passer par l'hôpital. Ils n'avaient initialement pas de critère de gravité, et leur hospitalisation n'avait aucun critère de pertinence. Ils auraient dû être admis directement dans la structure de relais. Cependant, l'hôpital intervient par exemple lorsqu'il n'y a pas de structure adaptée disponible immédiatement.

Notre étude n'a pas pour objectif de remettre en question les hospitalisations, mais de savoir si il est possible de la différer. En effet, « Les critères de l'AEPf concernent la pertinence d'une journée d'hospitalisation isolée, sans statuer sur la pertinence de l'ensemble de l'hospitalisation » [5].

Une étude randomisée prospective avec deux bras : « patients hospitalisés par le biais du SAU » versus « patients admis en hospitalisation directe » permettrait de confirmer que les soins programmés permettent une meilleure pertinence des journées l'hospitalisation.

CONCLUSION

Afin d'obtenir une évaluation du nombre de patients pouvant relever d'une hospitalisation programmée, nous avons effectué une étude de la pertinence des journées d'hospitalisation au CHU de Poitiers. Dans 7,8% [1,2; 14,4] des cas (6 sur 71), les 48 premières heures d'hospitalisation étaient non pertinentes selon la grille AEPf.

Des causes à l'origine de cette non pertinence ont été identifiées. Pour les hospitalisations dues à l'attente d'un avis diagnostique ou thérapeutique, la création de consultations avancées par des médecins hospitaliers aboutissant à la programmation d'hospitalisations différées pourrait améliorer la pertinence. Pour les journées non pertinentes dues aux difficultés d'accès ou de disponibilité des services de relais, l'anticipation du devenir, avant même l'arrivée du patient dans le service, améliorerait la pertinence.

La définition de la qualité des soins selon l'OMS en 1992 [13] est le fait de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins. » Lors de la programmation de soins, le respect de l'efficacité et du moindre risque iatrogénique paraissent respectés. Cependant, l'amélioration de la qualité des soins passe par la mise en place de mesures complexes ne pouvant être résumées à une programmation des soins.

L'outil AEPf paraît intéressant car il est renseigné par le professionnel de santé. Il nous paraît important que la recherche et l'analyse de causes responsables de non pertinence des journées d'hospitalisation soit effectuée par les soignants eux même. En effet, l'économie de moyens est nécessaire dans le système de santé actuel. L'objectif est davantage l'efficacité globale des soins que de diminuer leurs dépenses sans se préoccuper des conséquences sur leur qualité.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques. Études et Résultats. L'activité des services d'urgences en 2004. 2006. Consulté le 21 novembre 2012. Consultable à l'URL: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er524.pdf>
- [2] Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques. Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 - technicité croissante pour des séjours plus courts. Consulté le 21 novembre 2012. Consultable à l'URL: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article25-2.pdf>
- [3] Paillé-Ricolleau C, Hamidou M, Lombrail P, Moret L. Revue de pertinence des journées d'hospitalisation en médecine et chirurgie : un tiers de journées inappropriées au CHU de Nantes. *Presse Med.* 2009;38:541–50.
- [4] Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Enquête nationale pour les inadéquations hospitalières. 2009.
- [5] Robain M, Lang T, Fontaine A, Logerot H, Monnet E, Six P, 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. Epidémiol. Santé Publique.* 1999;47:139–49.
- [6] Lombard, Lahmek, Diene, Monnet, Logerot, Levy Soussan, et al. Étude de la concordance inter-observateurs des raisons de non-pertinence des journées d'hospitalisation identifiée par la version française de l'Appropriateness Evaluation Protocol (2^e partie). *EM-Consulte.* 2001. Consulté le 21 novembre 2012. Consultable à l'URL: <http://www.em-consulte.com/article/106677/etude-de-la-concordance-inter-observateurs-des-rai>
- [7] Société Francophone de Médecine d'Urgence. Cahier des charges National pour l'informatisation des services d'urgences (CCMU) Consulté le 21 novembre 2012. Consultable à l'URL: www.sfm.u.org/documents/ressources/referentiels/informatisation/cdc_sfm_u_glossaire_V1_1.pdf
- [8] Haute autorité de santé. Revue de pertinence des soins : Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation. 2004.
- [9] Somme D, Cauterman M, Huet B, Durand-Gasselien B, Saint-Jean O. Non-pertinence hospitalière dans deux services de gériatrie aiguë : description du phénomène et étude des facteurs de risque. *Rev. Med. Interne.* 2007;28:818–24.
- [10] Derame G, El Kouri D, Hamidou M, Carré E, Potel G. Les passages non justifiés au service d'accueil urgences: Proposition d'une offre de soins différenciée. *Presse Med.* 2004;33:780–3.
- [11] Andronikof M, Thalmann A. Programmation d'une hospitalisation sur appel d'un médecin généraliste : Évaluation de l'organisation de 4 spécialités par l'utilisation de cas simulés. *Presse Med.* 2005;34:847–50.

- [12] Le Gall A. Programmer les hospitalisations en médecine générale ? Enquête auprès des médecins de la région mâconnaise. *Médecine*. 2010;6:326–30.
- [13] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions. 2004. Consulté le 21 novembre 2012. Consultable à l'URL:
www.has-sante.fr/portail/jcms/c_268021/coutsqualite22004rappdf
- [14] Charmion S, Piatek I, Bencharif L, Cathébras P. Qu'attendent les médecins généralistes de la médecine interne? Résultats d'une enquête postale sur le secteur de la Loire et des départements limitrophes. *Rev. Med. Interne*. 2002;23:840–6.

ANNEXES

Annexe 1 : Critères de sélection dans le logiciel Résurgences® :

The screenshot shows the 'Requêteur' (Requester) tab in the Resurgences software. The interface is for the 'CHU de Poitiers Services d'Accueil et d'Urgences'. The user is identified as 'Antoine CHARTIER'. The request title is 'Requête du 28/08/12' with dates from '02/04/2012 08:00' to '08/04/2012 18:00'. The 'Editeur' (Editor) tab is active, showing a list of selection criteria:

Et	Diagnostique	Code CCMU	Code
	Diagnostique	Code CCMU	IV. Pronostic vital engagé sans geste de réanimation immédiat
	Diagnostique	Code CCMU	V. Pronostic vital en jeu avec gestes de réanimation immédiats
	Diagnostique	Code CCMU	P. Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique
	Diagnostique	Code CCMU	D. Patient décédé
	Informations de passage	heure d'arrivée	> 8
	Informations de passage	heure d'arrivée	< 18

Buttons at the bottom include 'Lancer la requête' and 'Exporter'. A 'Nouveau serveur' (New server) notification is visible on the left side.

The screenshot shows the 'Résultats' (Results) tab in the Resurgences software. The interface is for the 'CHU de Poitiers Services d'Accueil et d'Urgences'. The user is identified as 'Antoine CHARTIER'. The request title is 'Requête du 28/08/12' with dates from '02/04/2012 08:00' to '08/04/2012 18:00'. The 'Résultats' tab is active, showing the same list of selection criteria as the previous screenshot, but with the 'Orientation' (Orientation) field selected:

Et	Diagnostique	Code CCMU	Code
	Diagnostique	Code CCMU	V. Pronostic vital en jeu avec gestes de réanimation immédiats
	Diagnostique	Code CCMU	P. Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique
	Diagnostique	Code CCMU	D. Patient décédé
	Informations de passage	heure d'arrivée	> 8
	Informations de passage	heure d'arrivée	< 18
	Orientation	type d'orientation	= TRANSFERT INTERNE

Buttons at the bottom include 'Lancer la requête' and 'Exporter'. A navigation bar at the bottom right contains icons for 'Statistiques', 'Mes infos', 'Verrouiller', 'Changer d'utilisateur', and 'Déconnexion'.

Annexe 2 : Données recueillies dans le logiciel Résurgences® :

ResUrgences (Utilisateur: Antoine CHARTIER) - Windows Internet Explorer

http://srvresurgences/a/WebObjects/ResUrgences.woa/6/wojFOiPiojKWI1AF65eb3cvtM/127.23.9.1.7.1.StatCt

ResUrgences (Utilisateur: Antoine CHARTIER)

CHU de Poitiers
Services d'Accueil et d'Urgences

Utilisateur: Antoine CHARTIER

Statistiques Requêteur

Revenir à la liste des requêtes

Titre Requête du 28/08/12 du 02/04/2012 08:00 au 08/04/2012 18:00 Arrivé dans ces dates

Partager avec:

Editeur Export Résultats

Patient	nom		
Patient	prénom		
Patient	age en année		
Patient	sexe		
Informations de passage	origine		
Informations de passage	date début prise en charge médicale		
Informations de passage	adresser par		
Diagnostis	motif de recours->intitulé		
Diagnostis	diagnostic principal->intitulé		
Diagnostis			

Nouveau serveurur
v4.4.5AQ.25C
Utilisateur: Antoine CHARTIER

Valider Statistiques Mes infos Verrouiller Changer d'utilisateur Déconnexion

ResUrgences (Utilisateur: Antoine CHARTIER) - Windows Internet Explorer

http://srvresurgences/a/WebObjects/ResUrgences.woa/6/wojFOiPiojKWI1AF65eb3cvtM/127.23.9.1.7.1.StatCt

ResUrgences (Utilisateur: Antoine CHARTIER)

CHU de Poitiers
Services d'Accueil et d'Urgences

Utilisateur: Antoine CHARTIER

Statistiques Requêteur

Revenir à la liste des requêtes

Titre Requête du 28/08/12 du 02/04/2012 08:00 au 08/04/2012 18:00 Arrivé dans ces dates

Partager avec:

Editeur Export Résultats

origine		
Informations de passage	date début prise en charge médicale	
Informations de passage	adresser par	
Diagnostis	motif de recours->intitulé	
Diagnostis	diagnostic principal->intitulé	
Diagnostis	Code CCMU	
Orientation	destination	
Informations de passage	traumatologie	
AVIS SPECIALISE	Spécialité Médicale	
AVIS SPECIALISE	Spécialité chirurgicale	

Nouveau serveurur
v4.4.5AQ.25C
Utilisateur: Antoine CHARTIER

Valider Statistiques Mes infos Verrouiller Changer d'utilisateur Déconnexion

Annexe 3 : Grilles AEPf des journées d'hospitalisation d'après LANG [8] :

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

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

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

C – État du patient	
C17	Arrêt des matières et des gaz ou absence de mouvement intestinal dans les dernières 24 heures
C18	Transfusion liée à une perte de sang dans les dernières 48 heures
C19	Fibrillation ventriculaire ou ischémie aiguë électrographique dans les dernières 48 heures
C20	Fièvre supérieure à 38° C dans les dernières 48 heures si le patient a été admis pour une autre raison que la fièvre
C21	Coma : perte de conscience pendant au moins une heure pendant les dernières 48 heures
C22	État confusionnel aigu dans les dernières 48 heures, non dû à un sevrage alcoolique
C23	Signes ou symptômes liés à des désordres hématologiques aigus dans les dernières 48 heures
C24	Difficultés neurologiques aiguës et progressives dans les dernières 48 heures

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

A - Le patient nécessite absolument d'être hospitalisé ce jour du fait :	
<ul style="list-style-type: none"> • de son état clinique • des soins qu'il reçoit et ne pourrait recevoir ailleurs • d'une procédure médicale ou chirurgicale qui nécessite son hospitalisation <p>Malgré l'absence de critères explicites de l'AEP, l'expert juge que le patient doit avoir recours à l'hôpital en termes de plateau technique (procédure, surveillance, possibilité d'intervenir 24 h/24). C'est le cas d'une situation clinique instable, d'une évolution imprévisible, d'un risque important de complication grave où le médecin préfère garder le patient en hospitalisation pour le surveiller. La journée est alors techniquement pertinente (avis d'expert).</p>	
OUI = 1	
NON = 2	

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

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

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

B - Quels sont les principaux soins ou services que le patient reçoit à l'hôpital aujourd'hui ? (plusieurs réponses possibles)		
1	Avis diagnostique ou thérapeutique	
2	Procédure diagnostique ou thérapeutique	
3	Surveillance thérapeutique ou clinique	
4	Education sanitaire	
5	Rééducation fonctionnelle, kinésithérapie	
6	Soutien psychologique	
7	Aide sociale	
8	Aide à la vie quotidienne	
9	Aucun soin ni aucun service	

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

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

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

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

1. Le domicile :

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

2. Une structure d'hébergement :

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

3. L'hôpital (établissement de court séjour)

Réponse

/ _ / _ /

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

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

1. Organisation des soins au cours de l'hospitalisation

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

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

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

3. Décision médicale interne au service

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

4. Raisons liées au patient ou à sa famille

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

Réponse

1/1/1

RÉSUMÉ

Introduction : Nous avons effectué une étude afin d'estimer le taux d'hospitalisations qui pourraient être programmées, en évaluant les journées d'hospitalisations non pertinentes durant les quarante-huit premières heures parmi les patients consultant aux Urgences du CHU de Poitiers n'ayant pas de critères de gravité.

Patients et méthode : Étude rétrospective monocentrique entre le 2 Avril 8 heures et le 6 Avril 2012 18 heures sur recueil de données informatiques. 816 patients ont été admis pendant cette période. Pour les patients inclus, une revue de la pertinence des deux premières journées d'hospitalisation a été effectuée avec l'outil AEPf.

Résultats : 77 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 64,2 ans. Le taux d'hospitalisation « non pertinente » pendant les 48 premières heures selon l'outil AEPf était de 7,8% (6 sur 77). L'âge moyen dans le groupe « hospitalisation non pertinente » était de 72,5 ans contre 63,5 ans dans le groupe « hospitalisation pertinente ». La différence n'était pas significative.

Conclusion : Le nombre d'hospitalisations qui auraient pu être programmées reste modéré. Les causes à l'origine de cette non pertinence sont identifiées et des solutions peuvent être apportées.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de
Pharmacie



SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !



RÉSUMÉ

Introduction : Nous avons effectué une étude afin d'estimer le taux d'hospitalisations qui pourraient être programmées, en évaluant les journées d'hospitalisations non pertinentes durant les quarante-huit premières heures parmi les patients consultant aux Urgences du CHU de Poitiers n'ayant pas de critères de gravité.

Patients et méthode : Étude rétrospective monocentrique entre le 2 Avril 8 heures et le 6 Avril 2012 18 heures sur recueil de données informatiques. 816 patients ont été admis pendant cette période. Pour les patients inclus, une revue de la pertinence des deux premières journées d'hospitalisation a été effectuée avec l'outil AEPf.

Résultats : 77 patients ont été inclus. L'âge moyen était de 64,2 ans. Le taux d'hospitalisation « non pertinente » pendant les 48 premières heures selon l'outil AEPf était de 7,8% (6 sur 77). L'âge moyen dans le groupe « hospitalisation non pertinente » était de 72,5 ans contre 63,5 ans dans le groupe « hospitalisation pertinente ». La différence n'était pas significative.

Conclusion : Le nombre d'hospitalisations qui auraient pu être programmées reste modéré. Les causes à l'origine de cette non pertinence sont identifiées et des solutions peuvent être apportées.