

MOTS CLÉS

Appropriateness
Evaluation Protocol
Belgique
Durée de séjour
Séjour inapproprié
Journée inappropriée
Admission inappropriée
Audit organisationnel
Enregistrement médical
Étude transversale

dossier

PERFORMANCE

Opportunité des séjours

L'outil AEP dans les hôpitaux belges

L'évolution des coûts de santé en général, et hospitaliers en particulier, a conduit les autorités belges à prendre des mesures pour limiter les durées de séjour. Les hôpitaux étant à présent financés en fonction du nombre d'admissions et des pathologies correspondantes, l'usage d'un outil permettant d'estimer la proportion des admissions et des journées inappropriées, ainsi que leurs causes, est d'un intérêt majeur. Trois enquêtes transversales successives ont été menées de 2003 à 2005 dans 23 hôpitaux aigus en médecine interne, chirurgie et gériatrie. En tout, 12 000 séjours et 1 800 admissions ont ainsi été audités au moyen de l'Appropriateness Evaluation Protocol.

Dans les pays industrialisés, la maîtrise de la croissance des dépenses de santé et leur part dans le produit national brut (PNB) constituent un enjeu majeur. Cette croissance est liée principalement au vieillissement de la population, à l'évolution des techniques médicales et aux attentes, voire aux exigences, de la population en termes d'accès aux traitements les plus récents. La Belgique ne fait pas exception et fait même face à une augmentation plus rapide que celle de pays comparables ⁽¹⁾.

En ce qui concerne plus particulièrement le secteur hospitalier belge, des mesures de rationalisation ont été prises dès le début des années 1980 : fixation d'une enveloppe nationale de soins de santé, élaboration des quotas de journées par hôpital, moratoire sur le nombre de lits, suppression de lits, fermeture des hôpitaux de moins de 150 lits en 1986, fixation de critères de programmation pour l'appareillage médical lourd...

De même, les hôpitaux sont amenés à améliorer leur performance via un système de gratification/pénalisation en fonction de la comparaison des durées de séjour observées avec les durées de séjour moyennes (DMS) par groupe de pathologies. On observe aussi une substitution croissante de prestations à l'acte par des forfaits.

Dans la continuité de cette tendance, le financement connaît un bouleversement important en juillet 2002, avec notamment le financement des lits dits « justifiés » en fonction d'un nombre de journées d'hospitalisation correspondant aux DMS fédérales par pathologie sur base du case-mix de chaque hôpital. On se dirige vers une quasi-forfaitarisation des frais de séjour en fonction de la pathologie, et l'admission devient la clé et le moteur du financement.

Le mode de financement évoluant, le mode de contrôle de l'autorité envers le secteur hospitalier doit également évoluer, et porter plus spécifiquement sur les admissions. Afin de développer des outils d'audit interne et externe, le ministère de la Santé publique a confié un projet intitulé « Politique d'admission justifiée dans le secteur hospitalier » au département d'information médicale (DIM) du CHU de Liège. C'est dans le cadre de ce projet que l'enquête présentée ici a été menée.

Objectifs

L'objectif général de la recherche est de dégager des indicateurs permettant de donner une appréciation objective du caractère justifié de l'activité hospitalière. Pour les hospitalisations d'adultes en services de soins aigus, qu'ils soient médicaux (y compris la gériatrie) ou chirurgicaux, la mesure de l'opportunité

Pierre FONTAINE
Daniel GILLAIN
Olivier THONON
Walter SERMEUS
Philippe KOHL
Pierre GILLET
Service d'information
médico-économique
CHU de Liège

peut se faire par un instrument largement décrit et validé dans la littérature : l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEP). Plus précisément, l'étude vise, au départ d'une vision globale du processus d'hospitalisation, à confirmer ou adapter en fonction des spécificités belges, l'AEP comme indicateur d'opportunité des admissions et des journées d'hospitalisation.

Méthode

Il est largement reconnu qu'une certaine partie des ressources hospitalières est utilisée de manière inadéquate dans le sens où des patients reçoivent certains services ne leur procurant aucun bénéfice significatif ou des services qui peuvent être fournis dans une institution de moindre coût ou en ambulatoire ⁽²⁾. Ainsi, le but d'une approche telle que la revue de l'utilisation des ressources est d'évaluer la pertinence et l'efficacité des soins hospitaliers afin d'identifier et de réduire la partie d'utilisation « inappropriée ».

Il convient de distinguer au sein de l'utilisation totale (nombre de journées d'hospitalisation, DMS) l'utilisation appropriée de l'utilisation inappropriée des ressources hospitalières ⁽³⁾. En effet, une diminution ou une augmentation de l'utilisation totale peut être associée à une variation de l'utilisation inappropriée.

Pour être utile, un outil de revue doit être fiable (il doit reproduire les mêmes résultats lorsqu'il est appliqué plusieurs fois dans les mêmes conditions) et valide (il doit être capable de mesurer la pertinence).

Parmi les outils de revue habituellement cités, seul l'AEP a donné des résultats satisfaisants quant à sa fiabilité et sa validité, que ce soit sous sa forme originale (US-AEP) ou sous ses multiples adaptations (française, néerlandaise, espagnole...). Le niveau élevé de fiabilité interobservateur explique probablement sa large diffusion au sein de l'Europe ⁽⁴⁾.

Objectif et structure de l'AEP

L'AEP apprécie la pertinence d'une admission ou d'une journée d'hospitalisation au travers de critères explicites, pré-définis, relatifs aux soins mais indépendants de la pathologie traitée ⁽⁵⁾. Il s'agit d'un instrument applicable à tous les patients adultes admis dans un service médical, chirurgical ou gynécologique ⁽⁶⁾.

L'AEP se compose d'une vingtaine de critères explicites et objectifs. Une liste de critères porte sur la pertinence des admissions à l'hôpital, une autre sur la pertinence des journées d'hospitalisation indépendamment de toute justification sur la décision d'hospitalisation du patient. Il suffit qu'un critère soit rencontré pour que la journée d'hospitalisation ou l'admission soit justifiée ⁽⁷⁾.

Le protocole d'admission se compose de deux catégories de critères : ceux liés aux actes à réaliser dans les 24 heures suivant l'admission et ceux liés à l'état du patient.

Le protocole relatif aux journées d'hospitalisation se compose de trois volets de critères : ceux liés à l'activité médicale, ceux liés à l'activité infirmière et ceux liés à l'état du patient.

Les deux premiers groupes de critères identifient les services qui peuvent être dispensés dans un hôpital de soins aigus. La troisième série inclut les facteurs indiquant les conditions instables de l'état de santé du patient qui nécessite l'utilisation des services hospitaliers aigus même si aucun acte médical ou de *nursing* n'est dispensé au jour d'évaluation ⁽⁸⁾.

Toutefois, ces critères ne pouvant être adaptés à toutes les situations, l'option *override* a été incorporée à l'outil. Cette section permet à l'évaluateur d'outrepasser dans un sens comme dans l'autre en fonction de son jugement clinique la décision fondée sur les critères. En effet, le médecin ou l'infirmier chargé de la revue peut estimer qu'une admission est appropriée même si elle ne rencontre aucun critère de justification (faux positif) ; mais il peut également juger qu'un patient qui rencontre un critère de justification n'a pas besoin d'être admis dans un hôpital aigu (faux négatif). Les *overrides* incorporent l'expertise subjective des évaluateurs en identifiant les faux positifs et les faux négatifs associés aux critères objectifs. Ils permettent également d'analyser le caractère approprié des admissions à deux niveaux : le premier basé uniquement sur les critères objectifs et le second en incorporant les décisions subjectives des évaluateurs ⁽⁹⁾.

Plusieurs adaptations de l'AEP (française, néerlandaise...) comportent une deuxième section. Il s'agit ici d'une liste de critères explicatifs des admissions et des séjours inappropriés qui identifie les raisons associées à des journées évaluées par la première partie comme inappropriées et permet de comprendre pourquoi le patient est hospitalisé alors que son état clinique ne nécessite pas ou plus de soins aigus ⁽¹⁰⁾. Cette section présente le moins de similitudes entre les études internationales en raison des différences de politique de soins de santé des pays considérés. La présence inappropriée du patient à l'hôpital peut être due à des causes endogènes (dysfonctionnement de l'organisation hospitalière) ou exogènes (dysfonctionnement externe à l'hôpital, lié aux patients, au contexte médico-social ou à l'indisponibilité de structures d'accueil extra-muros).

NOTES

(1) M. Marchand, « L'assurance maladie à la croisée des chemins », *Reflets et perspectives de la vie économique*, 1992, n°31, pp.69-92.

(2) PM. Gertman, JD. Restuccia, "The Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care", *Med Care* 1981;19(8):855-71.

(3) G. Winterhalter, T. Blanc, E. Kulczyki, « Importance et causes de l'utilisation inappropriée identifiée à l'hôpital de Saint-Loup », rapport n°1/version du 11 mars 1991. Hôpital de zone de Saint-Loup/Orbe. Lausanne.

(4) T. Lang, A. Liberati, A. Tampieri et al., "A European version of the Appropriateness Evaluation Protocol. Goals and presentation. The BIOMED I Group on Appropriateness of Hospital Use", *Int J Technol Assess Health Care* 1999;15(1):185-97.

(5) G. Winterhalter, T. Blanc, E. Kulczyki, « Importance et causes de l'utilisation inappropriée identifiée à l'hôpital de Saint-Loup », *op. cit.*

(6) PM. Gertman, JD. Restuccia, "The Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care", *op. cit.*

(7) *Idem.*

(8) *Idem.*

(9) *Idem.*

Perspectives de l'AEP

L'AEP offre pour un service (ou un hôpital) la possibilité de suivre l'évolution du taux de journées/admissions appropriées et de l'utiliser comme un indicateur de qualité de la prise en charge des patients hospitalisés. L'AEP peut être utilisé dans le cadre de l'évaluation interne du fonctionnement de structures de soins hospitaliers. Néanmoins, pour permettre de repérer les dysfonctionnements susceptibles d'engendrer des actions correctrices et pour l'utiliser comme outil de réflexion en vue d'une réorganisation structurelle ou d'identification des besoins relevant d'alternatives à l'hospitalisation, la seconde partie de l'outil décrivant les raisons et le niveau de soins requis par les patients pour les journées non pertinentes doit être validée ⁽¹¹⁾. Identifier les journées d'hospitalisation non pertinentes ainsi que leurs causes présente un double intérêt : repérer des dysfonctionnements dans l'utilisation des structures de soins quand des alternatives sont disponibles et proposer un outil d'aide à la prospection et à la planification afin de mieux répondre aux besoins dans le cas contraire ⁽¹²⁾.

Matériel et protocole d'enquête

Mise au point du questionnaire

Un premier questionnaire a été élaboré au cours d'une phase test pour ensuite être modifié à la lumière des observations effectuées lors de celle-ci, ainsi qu'à la lecture de nouveaux articles parus sur le sujet dans l'intervalle. À cette fin, un groupe d'experts a été constitué. Les modifications ont d'abord porté sur les critères de justification, notamment pour permettre au nouveau questionnaire de juger de l'opportunité des journées d'hospitalisation (AEP séjour) et de l'admission (AEP admission). Les critères des AEP admissions disponibles dans la littérature ont dès lors été intégrés à ceux de l'AEP séjour. De plus, aux trois parties traditionnelles de l'AEP – critères relatifs aux activités médicales, infirmières et à l'état du patient – est venue s'ajouter une quatrième partie spécifique à l'admission reprenant les critères qui n'ont pu être fondus dans les critères de l'AEP séjour. Celle-ci est désignée comme la partie AD.

Ensuite, le groupe s'est penché sur les critères d'explication des journées inappropriées : les critères D. Les adaptations ont surtout visé à améliorer l'exhaustivité des spécialités mentionnées en vue de la généralisation de l'usage du questionnaire. De même, des explications ont été ajoutées en fonction des lacunes observées lors du prétest.

Pour l'aspect admission de l'AEP, tous les critères n'entrent pas en ligne de compte. En effet, certains sont à même de justifier une journée supplémentaire d'hospitalisation, mais pas, à eux seuls, de justifier l'admission du patient à l'hôpital.

In fine, le questionnaire AEP revêt la structure présentée dans l'encadré 1.

Si au moins un critère des parties A, B, C ou AD est validé, la journée d'hospitalisation est justifiée et l'AEP est terminé. Dans le cas contraire, l'enquêteur passe à la partie D qui va préciser pour quelle raison le patient est à l'hôpital, alors que rien ne lui est fait ce jour qui ne pourrait être fait à domicile ou dans une autre structure extrahospitalière. Enfin, si l'enquêteur estime que le verdict de l'AEP quant à la justification de la journée est

ENCADRÉ 1 Structure du questionnaire AEP

Section 1 - Critères de justification

- » Partie A : critères liés à l'activité médicale.
- » Partie B : critères liés à l'activité infirmière.
- » Partie C : critères liés à l'état du patient.
- » Partie AD : critères spécifiques à l'admission
(à ne remplir que si le jour de l'étude coïncide avec le jour d'admission).

Section 2 - Critères d'explication de l'inopportunité

À ne remplir que si aucun des critères de justification n'a été validé.

- » Partie D : causes endogènes et exogènes expliquant la présence du patient à l'hôpital.

Section 3 - Override

À ne remplir que si aucun des critères de justification n'a été validé.

- » Partie override : si aucun critère de justification n'a été rencontré mais que vous estimez cependant que la journée est justifiée.

erroné, opportunité lui est laissée d'outrepasser les critères en explicitant pour quelle raison concrète et objective le patient doit rester hospitalisé.

Procédure de choix des hôpitaux et échantillonnage

Appel a été fait aux hôpitaux désireux de participer à l'enquête. Chaque participant enrichissait notre base de données, et bénéficiait, en retour, d'un *feedback* individualisé détaillant sa situation et le situant par rapport à l'ensemble des hôpitaux anonymisés.

Déroulement de l'enquête

L'évaluation a été menée de manière concomitante, c'est-à-dire le jour même de la présence du patient à l'hôpital. Les jours d'enquête ont été sélectionnés aléatoirement en excluant les jours de week-end. Ils ne pouvaient être consécutifs. Un intervalle de 48 heures était en outre recommandé.

Afin de pouvoir analyser de la manière la plus fine les facteurs justifiant un séjour ou une admission, et bien qu'un seul critère suffise à justifier ces derniers, il a été demandé aux observateurs de relever tous les critères correspondant à la réalité de chaque patient. Dans chaque hôpital, un expert veillait au recueil correct des données et restait à la disposition des enquêteurs pour apporter un support si besoin était.

Des formations de deux heures avaient été dispensées aux infirmiers en chef chargés de l'enquête.

NOTES

(10) I. Lombard, P. Lahmek, E. Diène, E. Monnet et al., « Étude de la concordance inter-observateurs des raisons de la non-pertinence des journées d'hospitalisation identifiées par la version française de l'Appropriateness Evaluation Protocol (2^e partie) », *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 2001, n° 49, pp. 367-75.

(11) M. Robain, T. Lang, A. Fontaine, H. Logerot, E. Monnet, P. Six, B. Huet, « Reproductibilité et validité de la version française de la première partie de l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEP) : critères de pertinence des journées d'hospitalisation », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 1999, n° 47(2), pp. 139-49.

(12) I. Lombard, P. Lahmek, E. Diène, E. Monnet et al., « Étude de la concordance inter-observateurs des raisons de la non-pertinence des journées d'hospitalisation identifiées par la version française de l'Appropriateness Evaluation Protocol (2^e partie) », *op. cit.*

NOTES

(13) PM. Gertman, JD. Restuccia, "The Appropriateness Evaluation Protocol: a technique for assessing unnecessary days of hospital care", *op. cit.*

G. Winterhalter, T. Blanc, E. Kulczyki, « Importance et causes de l'utilisation inappropriée identifiée à l'hôpital de Saint-Loup », *op. cit.*

N. Kalant, M. Berlinguet, J. Diodati, L. Dragatakis, F. Marcotte, "How valid are utilization review tools in assessing appropriate use of acute care beds?", *CMAJ* 2000;162(13):1809-13.

S. Kaya, G. Vural, K. Eroglu, G. Sain, H. Mersin, M. Karabeyoglu, K. Sezer, B. Turkkan, JD. Restuccia, "Liability and validity of the Appropriateness Evaluation Protocol in Turkey", *Int J Qual Health Care* 2000;12(4):325-9.

S. Peiro, R. Meneu, ML Rosello et al., "Validity of the protocol for evaluating the inappropriate use of hospitalization", *Med Care* (Barc) 1996;107:124-29.

P. Smeets, F. Verheggen, P. Pop, L. Panis, J. Carpay, "Assessing the necessity of hospital stay by means of the Appropriateness Evaluation Protocol: how strong is the evidence to proceed?", *Int J Qual Health Care*, 2000;12(6):483-93.

I. Strumwasser, NV Papanjpe, DL. Ronis, D. Share, L. Sell, "Reliability and validity of utilization review criteria. Appropriateness Evaluation Protocol, Standardized Medreview Instrument, and Intensity-Severity-Discharge criteria", *Med Care* 1990;28:95-111.

L. Panis, F. Verheggen, P. Pop, "To stay or not to stay. The assessment of appropriate hospital stay, a Dutch report", *Int J Qual Health Care*, 2001;13(4):55-67.

S. Esvel, *The Appropriateness Evaluation Protocol. A study of the reliability and validity of the AEP (in Dutch)*, Maastricht University, 1995.

A. Libarti, G. Apalone, T. Lang, S. Lorenzo, "A European project assessing the appropriateness of hospital utilization: Background, objectives and preliminary results", *Int J Qual Health Care* 1995;7:187-200.

In fine, chaque hôpital a introduit ses enregistrements dans un programme d'encodage et de contrôle. De ce fait, toutes les données collectées lors de cette étude étaient standardisées.

L'enquête s'est déroulée en trois phases successives entre 2003 et 2005.

Traitement des résultats et méthode statistique

En vue du traitement statistique, l'ensemble des données collectées a été regroupé en une seule base de données et le classeur réalisé a pu servir de fichier d'importation au logiciel statistique.

Les comparaisons de pourcentages ont été réalisées par le test χ^2 . En cas d'effectif inférieur aux valeurs admissibles, le test de Fisher a été préféré.

Résultats

Échantillonnage

Globalement, 23 hôpitaux ont participé à une ou plusieurs phases de l'enquête. Le nombre de journées d'hospitalisation à analyser, c'est-à-dire toutes les journées d'hospitalisation sur lesquelles portait l'enquête desquelles on soustrait les journées correspondant au jour de départ du patient, s'élève à 11 329 :

- » 3 460 journées en lits de chirurgie,
- » 5 165 en lits de médecine,
- » 1 018 en lits mixtes (chirurgie et médecine),
- » 1 686 en lits de gériatrie.

Les autres indices de lits pour lesquels des données ont été envoyées ne sont pas considérés ici.

Le nombre de jours d'enquête correspondant aux journées d'admission (J1) du patient s'élève quant à lui à 1 824. L'étude des J1 est spécifique au volet admission de la présente étude.

Celles-ci se répartissent comme suit :

- » 737 admissions en lits de chirurgie,
- » 713 en lits de médecine,
- » 279 en lits mixtes (chirurgie et médecine),
- » 95 en lits de gériatrie.

Le nombre de journées d'hospitalisation en chirurgie est légèrement inférieur à celui de médecine, alors qu'on observe l'inverse en ce qui concerne les admissions. Cela est bien sûr lié à des durées de séjour plus courtes en chirurgie qu'en médecine.

Journées justifiées

Le taux de journées justifiées est le rapport entre le nombre de journées justifiées et le nombre total de journées étudiées, déduction faite des journées correspondant à la sortie du patient. Il est globalement de 74,85 %, ce qui constitue un score normal au vu des études réalisées dans d'autres pays ⁽¹³⁾. Les taux par indices de chirurgie, médecine, mixte et gériatrie sont respectivement de 74,97 %, 77,37 %, 80,85 % et 63,29 %.

Les lits d'indice mixte (médico-chirurgicaux) ont un taux de journées justifiées nettement plus favorable que les lits de chirurgie et de médecine interne. Cependant, toutes ces journées ont été enregistrées dans la même unité de soins d'un hôpital prenant en charge des patients lourds d'oncologie. On note également un score particulièrement bas pour les lits gériatriques, ce qui se confirme dans la littérature.

Quand on fait le lien entre l'âge du patient et les journées justifiées, on constate que la proportion de journées justifiées chute pour les patients de plus de 70 ans. Cette plus faible proportion chez les personnes âgées rejoint les conclusions de la comparaison par indice de lits où les lits gériatriques présentaient également un score inférieur à celui des autres indices. Ces deux constatations doivent être mises en relation avec les critères d'explications D6 (cf. *infra*) qui déterminent en effet qu'une cause importante de la prolongation des séjours est l'attente d'une place dans une structure extrahospitalière permettant une prise en charge après l'épisode de soins aigu.

TABLEAU 1 Journées non justifiées expliquées par type de critère

	Indices de lits (%)				
	Chirurgie	Médecine	Gériatrie	Mixte	Total
D1 - Attente d'une intervention chirurgicale ou médicale nécessitant le bloc opératoire	31,97	4,09	2,45	11,28	12,55
D2 - Attente d'une procédure thérapeutique ou diagnostique ne nécessitant pas le bloc opératoire	9,62	32,20	21,90	20,51	22,38
D3 - Attente d'avis médical	4,81	11,40	16,18	8,21	10,26
D4 - Examen ou intervention aurait pu avoir lieu ce jour mais a été postposée	1,80	4,35	0,82	3,08	2,73
D5 - Attente de résultats d'un examen	4,45	8,53	10,29	3,08	7,32
D6 - Le patient pourrait sortir mais sa sortie est retardée	22,60	31,68	49,51	13,33	31,60
D7 - Autres explications	4,57	4,44	2,12	3,08	3,87

En ce qui concerne les journées justifiées, il est intéressant d'analyser le poids respectif des critères justifiant la journée. Les critères relatifs aux activités *nursing* sont le plus fréquemment rencontrés puisque au moins un est validé dans 73,1 % des journées justifiées. Les critères médicaux interviennent quant à eux dans 35,7 % des journées justifiées, ceux relatifs à l'état du patient dans 19,9 % des journées justifiées. Enfin, le dernier critère de justification est l'*override*, dont globalement la proportion est de 5 %. En d'autres mots, dans 95 % des cas, l'enquêteur a estimé que l'AEP donnait un verdict correct.

La fréquence d'apparition de chaque critère a été analysée. La différence a notamment été faite selon que le critère validé était le seul à justifier le séjour ou si un ou plusieurs autres critères avaient été cochés. Cette analyse permet de déterminer quels critères apportent peu, voire très peu, d'informations supplémentaires quant à l'opportunité du séjour et dont l'élimination du questionnaire ne changerait pas les résultats. Il s'avère qu'aucun des critères ne peut être éliminé du questionnaire sans causer une perte de sensibilité de l'outil. À l'inverse, l'analyse des *overrides* n'a pas permis de déterminer de critères de justification supplémentaires.

Partie explicative des séjours non justifiés

L'analyse détaillée de cette partie de l'enquête a fait l'objet d'une publication⁽¹⁴⁾. Cette partie, appelée partie D, est consacrée aux raisons pour lesquelles un patient reste à l'hôpital au moins une nuit de plus, alors que l'AEP et l'enquêteur par le biais d'un non-recours à l'*override* en ont déterminé l'inopportunité. Elle est divisée en sept types d'explication. Le tableau 1 montre dans quelle proportion chaque type d'explication intervient dans les journées non justifiées.

Ces critères d'explication fournissent aux gestionnaires hospitaliers des éléments pertinents quant aux facteurs qui génèrent des journées inappropriées. Ceux-ci sont liés tant aux lacunes organisationnelles internes qu'aux défauts des structures extrahospitalières qui l'environnent. Dès lors, l'interprétation de la partie D d'un hôpital ne peut se faire que par ceux qui connaissent l'environnement interne et externe respectif de ces hôpitaux. En revanche, vu l'importance de l'échantillon, les résultats globaux fournissent un bon indicateur des principales causes, et donc des leviers sur lesquels on peut agir.

Les causes les plus fréquentes sont celles reprises dans la partie D6 qui rassemblent plus de 30 % des journées non justifiées. Ils correspondent à des attentes pour transfert vers des structures extrahospitalières ou vers le domicile.

Il importe de distinguer les causes endogènes – pour lesquelles des actions correctrices peuvent être apportées par l'hôpital – des causes exogènes sur lesquelles il ne peut agir.

Au sein des facteurs endogènes, on distingue ceux relevant directement de l'organisation de l'unité de soins (causes « endo-endogènes ») et ceux dépendant de l'organisation des autres services, notamment les unités médico-techniques (causes « endo-exogènes »).

Il existe, en plus des trois classes décrites dans ce schéma, une catégorie de critères « indéterminés », c'est-à-dire les cri-

TABLEAU 2
Type des critères d'explication
des journées non justifiées

	Chirurgie (%)	Médecine (%)	Gériatrie (%)	Mixte (%)	Total (%)
Endo-endo	4	5	3	4	4
Endo-exo	51	55	46	45	51
Exo	18	24	33	9	23
Indéterminés	18	18	25	6	19
Sans	14	6	6	37	11

tères d'explication dont il est impossible de déterminer s'ils relèvent ou non de l'organisation de l'hôpital.

La répartition des journées non justifiées parmi ces catégories de critères est synthétisée au tableau 2.

Ces classifications résultent d'un consensus, et ne revêtent pas, pour certaines du moins, un caractère absolu. À titre d'exemple, le critère « le patient refuse de retourner » est considéré comme exogène, puisqu'il résulte de la volonté d'un tiers à l'organisation, le patient, de prolonger le séjour. Cependant, la préparation morale du patient à la sortie relève sans doute en partie de la mission du personnel hospitalier.

Admissions justifiées

Nous l'avons évoqué, l'AEP admission a été construit à partir du même questionnaire que l'AEP séjour. Cependant, tous les critères ne sont pas à même de justifier l'admission (tableau 1). De plus, une partie supplémentaire a été ajoutée exclusivement pour l'AEP admission : la partie AD. Et, bien sûr, n'entrent en ligne de compte que les enregistrements qui correspondent au jour d'admission du patient à l'hôpital.

Au vu des résultats, et après réflexion du groupe d'experts, il a été décidé d'adjoindre aux critères de justification de l'admission les critères d'explication suivants :

» D1 : patient en attente d'une intervention chirurgicale ou médicale nécessitant le bloc opératoire ;

» D2-1 : patient en attente d'une procédure thérapeutique ou diagnostique ne nécessitant pas le bloc opératoire : artériographie ;

NOTES

S. Lorenzo, R. Sunol, "An overview of Spanish studies on appropriateness of hospital use", *Int J Qual Health Care* 1995; 7:213-18.

S. Lorenzo, T. Lang, R. Pastor, A. Tampieri, B. Santos-Eggimann, H. Smith, A. Liberati, J. Restuccia, "Reliability study of the European appropriateness evaluation protocol", *Int J Qual Health Care* 1999;11(5):419-24.

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

C. Paillé-Ricolleau, M. Hamidou, P. Lombrail, L. Moret, "Appropriateness of days of hospitalization: a comparative study at Nantes University Hospital", *Presse Med*, 2009 Apr;38(4):541-50.

(14) P. Fontaine, J. Jacques, D. Gillain, W. Sermeus, P. Kolh, P. Gillet, "Assessing the causes inducing lengthening of hospital stays by means of the Appropriateness Evaluation Protocol", *Health Policy*, 2011 Jan;99(1):66-71.

TABLEAU 3
Taux d'admissions justifiées
par indice de lit et par hôpital

Hôpital	Chirurgie (%)	Médecine (%)	Gériatrie (%)	Mixte (%)	Total (%)
A	82,7	73,9	92,3		80,7
B	96,8	76,9	100,0		86,7
C	76,5	58,3			69,0
D	92,4	85,9	87,5		90,4
E	100,0	100,0	33,3		87,5
F	91,2	52,4			76,4
G	92,6	58,3	100,0		77,8
H	100,0	42,9	100,0	80,0	82,1
J		91,2			91,2
L			85,7	93,3	89,7
M				66,2	66,2
N		82,1			82,1
O	86,5	92,1	90,0		89,0
P		86,1			86,1
Q	100,0	83,4	96,4	100,0	92,7
R		100,0	100,0		100,0
T		86,4			86,4
U		100,0			100,0
V		96,2			96,2
Total (%)	91,5	81,8	91,6	72,4	84,8

» D2-2 : patient en attente d'une procédure thérapeutique ou diagnostique ne nécessitant pas le bloc opératoire : coronarographie ou électrophysiologie.

Les prestations en attente reprises dans ces critères nécessitent une admission à l'hôpital aigu. Elles n'ont cependant pas lieu le jour de l'admission. Ces critères d'explication assimilés à des critères de justification des admissions fournissent au gestionnaire un outil d'analyse précieux. En effet, la différence des taux d'admissions justifiées selon que ces critères sont considérés ou non correspond au taux d'admissions justifiées mais précoces, en ce sens qu'elles pourraient se faire au moins un jour plus tard. Ce type de renseignement est particulièrement précieux dans un contexte d'incitation à la compression des durées de séjours, d'autant que ce phénomène est propre à l'organisation des institutions.

Si on compare les hôpitaux, on constate que les taux d'admissions justifiées varient de manière importante (χ^2 : $p < 0,01$). De même, on note des différences très significatives en ce qui concerne les admissions précoces. Celles-ci sont révélatrices des politiques d'admissions prématurées, essentiellement pour un bilan préopératoire, dans certains hôpitaux.

Le tableau 3 synthétise les taux d'admissions justifiées par indice de lit et par hôpital. Les lits de chirurgie génèrent le plus haut taux d'admissions justifiées. Cependant, ce résultat s'explique par le fait que la procédure chirurgicale permet à elle seule de justifier l'admission, sans remise en question de l'opportunité de l'intervention elle-même (chirurgie électorale). Globalement, l'influence de l'index de lit est statistiquement significative (χ^2 : $p < 0,0001$).

Dans les tranches d'âge supérieures, le taux d'admissions justifiées diminue à partir de 70 ans.

Toutefois, on ne constate pas de différence significative d'âge entre les admissions non justifiées, $58,5 \pm 18,1$ ans et celles qui le sont, $58,9 \pm 18,6$.

En ce qui concerne le sexe, on observe une différence significative en médecine (86,3 % pour les hommes contre 77,2 % pour les femmes) (χ^2 : $p < 0,01$). En gériatrie (85,7 % pour les hommes contre 95,4 % pour les femmes) (χ^2 : $p = 0,12$) et en chirurgie (92 % pour les hommes contre 92,1 % pour les femmes), il n'y a pas de différence significative.

Les types de critères justifiant l'admission sont majoritairement médicaux. En effet, si on totalise les parties A, D1, D2-1 et D2-2, on obtient 59 %, une proportion nettement plus importante que pour les séjours qui, pour rappel, sont en majorité justifiés par des critères *nursing*.

Discussion

L'AEP permet d'apprécier la pertinence d'une admission ou d'une journée d'hospitalisation au travers de critères explicites, prédéfinis, relatifs aux soins mais indépendants de la pathologie traitée⁽¹⁵⁾. Un choix motivé par la richesse de la littérature, la fiabilité et la validité avérées de l'outil, son adaptation relativement aisée au contexte belge et, bien sûr, l'adéquation parfaite entre l'objet de cet instrument et les objectifs de l'étude. Une des qualités principales de cet outil est qu'il est indépendant de la pathologie et va donc justifier le séjour uniquement sur la base de critères objectifs relatifs aux soins fournis au patient ou à l'état de ce dernier. Toutefois, cette caractéristique est à la fois une force et une faiblesse : si l'AEP permet de justifier un séjour par des soins ou des prestations nécessitant absolument un environnement hospitalier, à aucun moment il ne s'interroge sur l'opportunité même de ces soins et prestations. Ce fait est particulièrement avéré dans le cadre des admissions chirurgicales. En effet, on ne peut pas imaginer effectuer une intervention nécessitant le bloc opératoire en dehors de l'hôpital, mais l'opération en question était-elle absolument nécessaire ? Pour cette problématique précise, on préférera une analyse de la chirurgie dite « électorale ». Notons tout de même que l'analyse AEP des séjours chirurgicaux reste particulièrement intéressante dans le cadre de l'analyse interne du fonctionnement d'un hôpital, que ce soit pour l'étude des admissions précoces ou celle de l'allongement inutile des séjours.

Les données ont été traitées afin de fournir à chaque hôpital participant un *feedback* analysant sa propre situation et le situant par rapport à l'ensemble des autres hôpitaux. Cela permettait d'évaluer un des objectifs de l'enquête, à savoir la constitution d'un outil d'audit interne à usage des gestionnaires hospitaliers. La pertinence des résultats, les réactions des responsables des hôpitaux ayant participé, ainsi que les mesures concrètes prises suite à ces audits sont autant de facteurs plaidant en faveur de l'utilité de ces enquêtes. À titre d'exemple, un hôpital participant montrait un taux anormalement élevé de journées non justifiées s'expliquant par l'indisponibilité de résultats de biologie clinique due à l'absence de terminaux informatiques adaptés dans les unités de soins. À la lumière de ces résultats, il a décidé d'opérer les changements nécessaires.

L'AEP fournit non seulement une analyse du niveau de performance en termes de journées d'admissions justifiées, mais éga-

lement des causes engendrant les séjours non justifiés. Cette dernière partie s'est avérée particulièrement judicieuse pour les gestionnaires des hôpitaux participants, montrant les facteurs organisationnels endogènes et les facteurs exogènes, plus particulièrement liés à une lacune de l'offre extrahospitalière. Ce dernier point, pris à l'échelle de l'enquête globale, donne une estimation des besoins en structures non hospitalières et revêt de ce fait un intérêt particulier pour les pouvoirs publics ou pour les associations hospitalières.

Par ailleurs, les constatations faites pourraient être mises en relation avec l'analyse des « itinéraires cliniques ». ●