



# Expérimentation de l'évaluation de la pertinence des journées d'hospitalisation en médecine et en chirurgie

**Bilan de l'expérimentation**

2018



La pertinence (d'un acte, d'une prescription ou d'un séjour) contribue à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité du système de santé.

Axe prioritaire de travail pour les acteurs en santé depuis plusieurs années, elle a été reprise dans la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022.

Dans ce contexte, l'ARS Grand Est a inscrit la thématique de la pertinence des séjours dans son PAPRAPS (Plan d'Actions Pluriannuel Régional d'Amélioration de la Pertinence des Soins) 2016-2019 et a souhaité expérimenter une méthode d'évaluation de la pertinence des hospitalisations en médecine et en chirurgie, c'est-à-dire de l'adéquation de l'occupation d'un lit de médecine ou de chirurgie, au niveau de surveillance ou de soins dispensés.

Cette méthode consiste à s'assurer que « le bon soin est prodigué au bon moment, au bon patient et au bon endroit ».

Elle s'applique à un soin ou un programme de soins et peut porter sur l'initiation ou la poursuite des soins.

Elle repose sur une confrontation de chaque journée d'hospitalisation avec un ensemble de critères objectifs, prédéterminés, standardisés et validés sur une grille.

Cette analyse doit permettre d'identifier les critères qui ont conduit à maintenir le patient hospitalisé alors qu'il était stable pour la sortie et d'établir ensuite un plan d'actions afin d'agir sur ces critères.

L'expérimentation a été menée par un prestataire externe, la société CERCLH, sous le pilotage de la Direction de la Qualité, de la Performance et de l'Innovation (DQPI) de l'ARS Grand-Est.

## **1. Choix des établissements et calendrier**

### **1.1 Choix des établissements**

Un appel à candidature régional a été lancé en novembre 2016 auprès des établissements exerçant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique, tous statuts, afin d'identifier 4 établissements prêts à expérimenter la démarche sur 2 de leurs services de 20 à 25 lits chacun.

9 dossiers de candidature ont été réceptionnés.

Le choix des établissements s'est fait sur la base des critères suivants :

- IP-DMS (Indice de Performance - Durée Moyenne de Séjour) des services ciblés,
- situation financière des établissements,
- dynamique interne préexistante en termes de gestion des lits,
- capacité des établissements à proposer une équipe projet pluridisciplinaire (cadres, infirmières, chefs de service et directeur d'établissement)

Ont été sélectionnés :

- Les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (établissement public de santé, 2 730 lits et places) sur 2 unités d'hépatogastroentérologie
- Le Centre Paul Strauss (centre de lutte contre le cancer de Strasbourg, 125 lits et places) sur 1 unité d'oncologie

- Le Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud Alsace (établissement public de santé, 2 612 lits et places) sur 1 unité de néphrologie et 1 unité de médecine polyvalente
- Le CHR de Metz-Thionville (établissement public de santé, 1 991 lits et places) sur 1 unité de médecine digestive et 1 unité de neurologie du site de Metz.

## 1.2 Calendrier

L'expérimentation s'est déroulée de mai à septembre 2017 sur la base du calendrier suivant :

- 22 mai 2017 : réunion de lancement de l'expérimentation en présence des directeurs de projets, des chefs et cadres des services. Présentation de la méthodologie, de l'outil et des différentes étapes de l'expérimentation
- 30 mai 2017 : journée de formation collective des équipes de chaque établissement (infirmières et techniciens d'information médicale). Formation au paramétrage et à l'utilisation de l'outil
- Du 6 au 19 juin 2017 : audit des services avec présence du consultant sur site durant 2 jours puis assistance téléphonique. Présentation des premiers résultats « à chaud » dès la fin de l'audit.
- 10 juillet 2017 : transmission des audits individuels à chaque établissement
- 6 septembre 2017 : réunion de restitution régionale des résultats en présence des équipes projets des établissements ainsi que des Directions Métiers et des Délégations Territoriales de l'ARS concernées par la thématique

## 2. Méthodologie et résultats

### 2.1 Méthodologie

Le montant du marché ne nécessitant pas de recourir à un appel d'offre marchés publics, l'ARS a opté pour la solution « Medworxx » développée par la société canadienne Apteau, utilisée en routine au Canada et dont la commercialisation en France avait été confiée à la société CERCLH.

Cette solution présentait en effet l'avantage d'intégrer une grille de renseignements dématérialisée et une plateforme de traitement à distance des données anonymisées.

Durant toute la durée de l'audit, chaque jour et pour chaque patient hospitalisé dans le service, le personnel soignant (les infirmières, cadres de proximité) renseigne une fiche d'évaluation, dans l'outil, sur la base des informations disponibles dans le dossier du patient (ex. motifs de l'hospitalisation, examens en attente, soins prodigués...).

Le consultant mène des entretiens en parallèle avec les chefs de service et les cadres des services ciblés afin d'aborder les « pratiques » du service.

A l'issue de ce recensement, l'ensemble des fiches est analysé et les journées sont jugées :

- soit adéquates : niveau de soins approprié à l'état de santé du patient, soins délivrés au bon endroit et au bon moment
- soit inadéquates : niveau de soins inapproprié à l'état de santé du patient et/ou soins qui devraient être délivrés dans une autre structure et/ou à un autre moment, et ce, dès l'hospitalisation ou au cours du séjour.

Cette analyse permet ainsi d'identifier les motifs d'occupation inappropriée des lits et/ou de rallongement de la DMS (durée moyenne de séjour) qui peuvent être regroupés en 3 catégories :

- pratiques des médecins
- disponibilité des services d'aval
- organisation des services

## 2.2 Résultats

Lors de l'audit, 188 lits, 399 patients (dont 240 sont sortis pendant la durée de l'audit) et 3 291 journées d'hospitalisations ont été évalués.

31% des journées d'admission ont été jugées « inadéquates » et 36% des journées évaluées ont été considérées comme « potentiellement évitables ».

24% des patients n'ont jamais présenté de statut « adéquat » tout au long de leur hospitalisation.

Sur la base des 3 catégories de motifs exposés précédemment, les journées inadéquates se sont réparties comme suit :

- 53 % des journées inadéquates étaient liés aux directives médicales  
Ex. : plan de soins flou, prescription d'une consultation avec un médecin spécialiste, prescription d'examen complémentaires (imagerie et laboratoire notamment)
- 28 % étaient liés à l'aval  
Ex. : manque de disponibilité des structures d'aval, problèmes sociaux rendant impossible le retour au domicile
- 18 % étaient liées à l'organisation interne de l'établissement  
Ex. : retard pour accéder aux services ou aux ressources (ex : demande d'examen complémentaire ou d'avis complémentaires en imagerie), problème lié au processus d'attribution des lits aux patients.

Les résultats qualitatifs ont confirmé par ailleurs que les établissements avaient d'ores et déjà mis en place un certain nombre de pratiques organisationnelles et de procédures destinées à optimiser la gestion des lits, et donc le parcours du patient. Mais des marges de manœuvre subsistent notamment sur l'anticipation de la sortie, la gestion de l'aval, les règles d'hébergement entre services et la coordination avec les plateaux techniques.

Des analyses complémentaires devront nécessairement être menées afin que les établissements puissent établir un plan d'action personnalisé.

Compte tenu de ces premiers résultats, le prestataire a néanmoins d'ores et déjà identifié des pistes de travail sur :

- les actes d'imagerie, d'endoscopie, les analyses de laboratoires et les explorations cardio-vasculaires : étaient-ils absolument nécessaires lors de l'hospitalisation ? Pouvaient-ils être faits après la sortie ou le transfert du patient vers un autre type de prise en charge ? Si le patient devait rester dans l'unité, pouvait-on anticiper la demande ? Comment accélérer le délai entre la prescription et le retour des résultats ?
- l'attente d'autorisation de sortie et les plans/projets de soins imprécis : pouvait-on améliorer le passage des consignes et le remplissage des dossiers patients ? La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux était-elle bonne ? Quelles étaient les informations échangées lors des réunions des encadrants ? A quel moment ? L'assistante sociale était-elle sollicitée dans le parcours patient ? Le processus de sortie de l'unité était-il clair et précis ? La notion de durée prévisionnelle de séjour (DPS) était-elle utilisée ? La sortie était-elle évoquée dès l'entrée ?

### 3. Evaluation de la démarche, facteurs clés de succès et perspectives

A l'issue de l'audit, un questionnaire a été adressé aux établissements participants afin :

- D'une part, d'évaluer l'intérêt de la démarche et de ses conditions de mise en œuvre
- D'autre part, de recenser les principales mesures d'optimisation envisagées et d'identifier d'éventuels besoins d'accompagnement pour leur mise en œuvre.

#### 3.1 Retours des établissements

Les retours des établissements ont été très positifs ; cette expérimentation leur a permis d'objectiver l'existence de journées non pertinentes, de déterminer leur volume et leurs causes et de faire participer les équipes soignantes à la réflexion.

Dès les premiers retours de l'audit, certains établissements ont mis en place des groupes de travail et poursuivi les travaux avec leurs équipes.

Parmi les principales pistes d'optimisation envisagées, on notera entre autres :

- la contractualisation entre pôles et notamment avec les plateaux d'imagerie,
- l'homogénéisation des pratiques médicales dans les processus de sortie,
- la mobilisation du personnel médical afin que les plans de soins soient plus précis.

Un établissement a par ailleurs exprimé le souhait d'être accompagné afin d'intégrer un volet Pertinence dans la formalisation de ses parcours patient.

2 établissements sur 4 souhaiteraient pouvoir déployer la démarche sur d'autres services de leur établissement et l'ensemble des établissements conseillerait à d'autres établissements de se lancer dans une telle démarche.

#### 3.2 Facteurs clés de succès

La plateforme de traitement des données doit être renseignée par l'équipe soignante ce qui mobilise, par service, 1 ETP durant les 3 premiers jours de l'audit puis un ½ ETP jusqu'à la fin de l'audit ; il est important d'insister sur cette mobilisation auprès des établissements afin qu'ils s'organisent en conséquence.

La problématique des directives médicales constitue le 1<sup>er</sup> motif d'inadéquation des journées d'hospitalisation et elles devront nécessairement être analysées de manière approfondie à l'issue de l'audit pour pouvoir élaborer un plan d'actions. Il est donc souhaitable de commencer par cibler des services avec des praticiens prêts à s'investir dans la démarche.

Enfin, la pertinence des journées d'hospitalisation s'inscrit dans un processus plus global d'optimisation de la gestion des lits et du circuit du patient. Il est donc préférable de lancer cette démarche sur des établissements ayant déjà travaillé à l'optimisation de la gestion de leurs lits afin que l'audit permette d'aller au-delà des problématiques habituelles de gestion des lits telles que l'aval ou les organisations internes.

#### 3.3 Perspectives

L'ARS prévoit de réunir les établissements de la 1<sup>ère</sup> vague au plus tard d'ici la fin de l'année 2018 afin d'évaluer les mesures d'optimisation mises en œuvre sur les 12 à 18 mois qui ont suivi l'audit.

Par ailleurs, les échanges intervenus fin 2017 avec un groupe de médecins DIM (Département d'Information Médicale), dans le cadre des réflexions sur les axes de développement de la médecine ambulatoire, ont conclu à l'intérêt d'une démarche d'évaluation de la pertinence des journées d'hospitalisation en médecine.

L'ARS Grand-Est envisage de fait de lancer une 2<sup>ème</sup> vague d'expérimentation en 2018 auprès de 4 à 5 établissements de la région sur un nombre limité de services de médecine : court séjour gériatrique, médecine gériatrique, médecine polyvalente, médecine interne et éventuellement pneumologie, gastroentérologie, neurologie.

Cette 2<sup>ème</sup> vague se fera toujours avec l'appui d'un prestataire externe. A terme, l'ARS souhaiterait néanmoins développer son propre outil d'évaluation et s'appuyer sur les établissements expérimentateurs pour assurer une diffusion plus large de la démarche en région.

**Pour aller plus loin :**

Agence Régionale de Santé Grand Est

Direction de la Qualité, de la Performance et de l'Innovation

☎ 03 88 88 93 69

✉ [ARS-GRANDEST-DQPI@ars.sante.fr](mailto:ARS-GRANDEST-DQPI@ars.sante.fr)

🌐 <https://www.grand-est.ars.sante.fr/>



**/// ARS Grand Est**

Siège régional : 3 boulevard Joffre - CS 80071  
54036 Nancy Cedex  
Standard régional : 03 83 39 30 30

[www.ars.grand-est.sante.fr](http://www.ars.grand-est.sante.fr)

