

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

Revue de pertinence en SSR

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	3
2. METHODOLOGIE D'ELABORATION DE LA GRILLE	3
3. DESCRIPTION DE L'OUTIL.....	6
3.1. Notion de pertinence	6
3.2. Comment évaluer la pertinence d'une journée d'hospitalisation ?	6
4. METHODOLOGIE GENERALE D'UTILISATION DE L'OUTIL	7
4.1. Champ d'application	7
4.2. Critères d'inclusion	7
4.3. Critères d'exclusion.....	7
4.4. Type d'étude.....	8
4.5. Mode de recueil des données	8
4.6. Période de l'évaluation.....	8
5. GUIDE D'UTILISATION DES CRITERES DE PERTINENCE DES JOURNEES D'HOSPITALISATION EN SSR et de l'avis d'expert	9
5.1. Surveillance sous scope.....	9
5.2. Soins de pansements complexes	9
5.3. Surveillance paramédicale au moins 3 fois par 24h d'une même constante sur prescription médicale	9
5.4. Surveillance d'un traitement médicamenteux sous supervision médicale directe ...	10
5.5. Bilan diagnostique en cours	10
5.6. Soins techniques infirmiers	10
5.7. Nutrition entérale provisoire ou en cours d'adaptation.....	11
5.8. Acte invasif médical ce jour.....	11
5.9. SS : Bilan et/ou prise en charge coordonnée ce jour par au moins 2 professionnels de la réadaptation	11
5.10. Programme de prise en charge spécifique	13
5.11. Soins palliatifs	13
5.12. Patient douloureux.....	14
5.13. Bilan en cours d'une perte d'autonomie récente ou non stabilisée	14
5.14. Bilan et prise en charge d'une dénutrition sévère	14
5.15. Pathologie intercurrente récente, évolutive ou non stabilisée, apparue lors de l'hospitalisation	15
5.16. Séjour de répit programmé dont la durée est limitée et définie dans le temps.....	15
5.17. Avis d'expert	15
6. GUIDE D'UTILISATION de l'analyse des causes de non pertinence des journées d'hospitalisation	16
6.1. Question A.....	16
6.2. Question B.....	16
6.3. Question C.....	17

1. INTRODUCTION

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

2. METHODOLOGIE D'ELABORATION DE LA GRILLE

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

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

Un groupe de travail pluridisciplinaire et pluriprofessionnel, composé d'experts des disciplines concernées (groupe d'experts), a ainsi été mis en place lors de cette réunion.

La méthodologie de construction de la grille employée est dérivée de la méthode *Delphi*, de la *Nominal Group Technique* et de la *Rand Appropriateness Method*.

Lors d'une première réunion, les experts ont énuméré pêle-mêle les critères qui, selon eux, rendaient pertinentes les journées d'hospitalisation en SSR. Ces critères ont ensuite été triés par catégories. Ainsi, une centaine de critères ont été énoncés lors de cette première réunion.

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

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

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

- La médiane des réponses était ≥ 7 et il n'existait pas de désaccord entre les experts. Dans ce cas, le critère était accepté.
- La médiane des réponses était ≤ 3 et il n'existait pas de désaccord entre les experts. Dans ce cas, le critère était refusé.
- La médiane des réponses était comprise entre 3 et 7 ou il existait un désaccord entre les experts. Dans ce cas, le critère était discuté lors d'une

réunion réunissant le groupe de travail et le comité d'organisation (critères incertains).

Les résultats de la première cotation ont été présentés et discutés au cours d'une deuxième réunion au cours de laquelle chaque expert avait connaissance du résultat de sa cotation par rapport à l'ensemble du groupe (médiane).

Lors de cette réunion un ensemble de nouveaux critères issus d'une analyse de la littérature a été présenté.

Une seconde cotation a été réalisée pour tous les critères issus de la littérature ainsi que pour ceux qui posaient encore problème après la discussion.

L'analyse et la synthèse de cette seconde cotation a été réalisée de la même manière que la première.

Une troisième réunion a ensuite permis de discuter les critères incertains. Lors de cette réunion, les critères pour lesquels il persistait un désaccord ont été abandonnés.

Seize critères ont fait consensus à l'issue des réunions de travail.

Ensuite deux réunions supplémentaires ont eu lieu pour la rédaction du cahier des charges de chaque critère (définition, critères d'inclusion, critères d'exclusion et mode de recueil).

L'étude de validation de la grille de pertinence des journées d'hospitalisation a été menée au printemps 2007, dans 17 établissements de SSR du réseau.

Dans un deuxième temps au cours de l'année 2008, le groupe de travail a élaboré la seconde partie de la grille, permettant l'analyse des causes de non pertinence.

La méthodologie suivie pour le développement de la grille d'analyse des causes était similaire à celle utilisée par le groupe de travail lors de la 1^{ère} phase du projet, à savoir : brainstorming, analyse de la littérature, puis cotation individuelle à distance des causes identifiées.

Trois étapes ont été distinguées dans l'analyse des causes de non-pertinence (selon l'outil AEPf¹) :

- identification des soins ou services reçus par le patient le jour de l'évaluation,
- identification de la structure d'hébergement la mieux adaptée,
- recherche de la cause principale expliquant la journée d'hospitalisation non pertinente.

Lors de la première réunion du groupe un brainstorming a été réalisé concernant les raisons principales de non pertinence des journées d'hospitalisation en SSR.

Deux outils d'analyse des causes de non pertinence, retrouvés dans la littérature et développés pour le court séjour, ont été ensuite présentés aux experts : AEPf et Delay Tool².

¹ Lombard I *et al.* Cause of non-pertinent hospital stays: interobserver concordance using the French version of the Appropriateness Evaluation Protocol. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2001;49(4):367-75.

² Selker HP, Beshansky JR, Pauker SG, Kassirer JP. The epidemiology of delays in a teaching hospital. The development and use of a tool that detects unnecessary hospital days. *Med Care* 1989;27:112-29.

A la suite de cette réunion, une première cotation anonyme et individuelle a été réalisée par les experts. Cette cotation a concerné les causes énoncées par les experts lors du brainstorming, les causes identifiées lors de la première étude de validation de la grille, ainsi que les causes retrouvées dans la littérature. L'analyse et la synthèse des résultats ont été effectuées par le comité d'organisation du projet (réseau QualiSanté).

Les résultats de la 1^{ère} cotation (portant sur 57 critères) étaient les suivants : 36 critères acceptés, 1 critère supprimé et 20 critères incertains.

Les 20 critères incertains ont fait l'objet d'une seconde cotation individuelle, chaque expert ayant connaissance des résultats de l'ensemble du groupe (médiane) et de sa propre cotation antérieure. Les résultats de cette 2^{ème} cotation étaient les suivants : 3 critères acceptés, 1 critère supprimé et 16 critères incertains.

Les critères incertains ont fait l'objet d'une discussion entre experts au cours de la seconde réunion. Certains items ont été regroupés ou reformulés, afin que la grille soit la plus explicite possible.

Au final, 37 causes de non pertinence des journées d'hospitalisation ont été retenues par les experts, regroupées en 4 catégories:

- Prise en charge du patient avant l'hospitalisation en SSR,
- Prise en charge du patient au cours de l'hospitalisation en SSR,
- Organisation de la sortie du patient,
- Raisons liées au patient ou à sa famille.

Cette réunion avait également pour objectif de travailler sur l'identification des soins et services reçus par le patient lors de la journée d'hospitalisation non pertinente, ainsi que du lieu d'hébergement adapté, à partir des questions figurant dans la grille AEPf.

La réunion suivante a permis de présenter et discuter le protocole de l'étude de validation de l'ensemble de l'outil (grille de pertinence et grille d'analyse des causes de non pertinence), et de définir le calendrier de l'étude avec les établissements participants. Cette seconde étude de validation s'est déroulée de mai à août 2008, dans 22 services issus de 18 établissements du réseau.

3. DESCRIPTION DE L'OUTIL

3.1. Notion de pertinence

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

Il est nécessaire de faire une distinction entre une **hospitalisation pertinente** et une **hospitalisation justifiée**.

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

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

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

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

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

Il s'applique aux services de Soins de Suite et de Réadaptation, qu'ils soient polyvalents ou spécialisés et concerne aussi bien les adultes que la pédiatrie.

Il n'est pas utilisable dans les services de court séjour ou les Soins de Longue Durée.

Il est applicable aux hospitalisations complètes (traditionnelles) et non aux hospitalisations de jour.

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

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

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

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

4. METHODOLOGIE GENERALE D'UTILISATION DE L'OUTIL

4.1. Champ d'application

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

4.2. Critères d'inclusion

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

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

4.3. Critères d'exclusion

Les journées d'hospitalisation de jour sont exclues.

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

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

Si l'étude est menée dans un service, il est préférable d'évaluer tous les patients présents le jour de l'étude.

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

4.4. Type d'étude

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

Le choix du jour est important car il peut y avoir des différences de résultats suivant le jour enquêté. Il est donc impératif de tirer au sort le jour de l'étude.

La méthode rétrospective rencontre des difficultés liées à la qualité des dossiers médicaux et à la difficulté d'y trouver des informations fiables.

Une enquête prospective peut également être réalisée si l'objectif est de connaître pour un même patient le nombre de journées non pertinentes sur l'ensemble du séjour. Dans ce cas, il faut revenir tous les jours dans la même unité jusqu'à la sortie définitive des patients inclus dans l'étude.

4.5. Mode de recueil des données

Il est recommandé que deux professionnels (médecine et cadre de santé, par exemple) remplissent la grille, en présence d'un médecin ou du cadre de santé du service. Il est important que l'enquêteur soit formé et se soit entraîné à l'utilisation de la grille.

Les enquêteurs peuvent appartenir ou non au service enquêté :

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

4.6. Période de l'évaluation

Il est préférable d'éviter les périodes de vacances où le personnel est en effectif réduit.

5. GUIDE D'UTILISATION DES CRITERES DE PERTINENCE DES JOURNEES D'HOSPITALISATION EN SSR ET DE L'AVIS D'EXPERT

5.1. Surveillance sous scope

Ce critère concerne tous les patients qui sont sous monitoring cardiaque continu ou discontinu.

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient, une prescription médicale de monitoring cardiaque continu ou discontinu **valable le jour de l'étude**.

Ce critère ne prend pas en compte les patients qui ont leurs signes vitaux surveillés toutes les 4 heures.

5.2. Soins de pansements complexes

Ce critère concerne les soins de pansements dans le cadre du traitement des escarres, des plaies chirurgicales ainsi que des brûlures.

Pour cocher ce critère, les conditions suivantes devront être remplies le jour de l'étude:

Il s'agit de pansement complexes :

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

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

5.3. Surveillance paramédicale au moins 3 fois par 24h d'une même constante sur prescription médicale

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

La surveillance inclut :

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

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

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

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

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

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

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

Ce critère inclut :

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

5.5. Bilan diagnostique en cours

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

Ce critère ne prend pas en compte :

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

5.6. Soins techniques infirmiers

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

- Pose et changement de sonde d'alimentation gastrique
- Aspirations pluriquotidiennes des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non trachéotomisé dans le cadre d'une pathologie récente
- Pose de perfusions
- Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie
- Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose de goutte-à-goutte rectal
- Soins d'un patient trachéotomisé

- Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils
- Saignées
- Ablation de cathéters centraux et intrathécaux
- Pose de dispositifs d'immobilisation
- Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention
- Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs
- Surveillance après retrait d'une sonde vésicale (recherche de résidu post-mictionnel,...)

5.7. Nutrition entérale provisoire ou en cours d'adaptation

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

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

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

5.8. Acte invasif médical ce jour

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

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

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

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

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

- Une prescription médicale d'au moins 2 interventions de réadaptation le jour de l'étude (réalisées par 2 intervenants de professions différentes)
- ET une trace écrite des actes de réadaptation réalisés
- ET une synthèse avec trace écrite en rapport avec le dossier du patient datant de moins d'une semaine

Ce critère comprend le bilan et la prise en charge par 2 professionnels de la réadaptation physique parmi cette liste :

- Animateur (rice)
- Assistant (e) de service social
- Conseiller (e) en économie sociale et familiale
- Diététicien (ne)
- Documentaliste
- Educateur (rice) de jeunes enfants
- Educateur (rice) spécialisé (e)
- Educateur (rice) sportif (ve)
- Enseignant (e) [Enseignant (e) général (e), prof., techno. EPS]
- Ergonome
- Ergothérapeute
- Instituteur (rice) spécialisé (e) C.A.E.I.
- Manipulateur d'électro-radiologie
- Masseur-kinésithérapeute
- Médecin (ou médecin en formation) spécialisé en rééducation fonctionnelle
- Moniteur (rice) auto-école
- Moniteur (rice) d'atelier
- Moniteur éducateur, moniteur d'enfants et adolescents
- Neuropsychorééducateur (rice)
- Orthophoniste
- Orthoprothésiste
- Orthoptiste
- Pédicure-podologue
- Podo-orthésiste
- Psychologue
- Psychomotricien (ne)
- Psychotechnicien

MPR : Bilan et/ou prise en charge coordonnée ce jour par au moins 2 professionnels de la réadaptation dont au moins un du groupe 1 OU par un professionnel du groupe 1 durant au moins 1 heure

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

- Une prescription médicale d'au moins 2 interventions de réadaptation le jour de l'étude (réalisées par 2 intervenants de professions différentes **dont au moins un appartient au groupe 1**)
OU une prescription médicale d'une intervention de réadaptation le jour de l'étude réalisée **par un professionnel du groupe 1 et dont la durée aura été supérieure à 1 heure.**
- ET une trace écrite des actes de réadaptation réalisés
- ET une synthèse avec trace écrite en rapport avec le dossier du patient datant de moins d'une semaine

Le **groupe 1** correspond aux professionnels de la réadaptation suivants :

- Ergothérapeute
- Masseur-kinésithérapeute
- Orthophoniste
- Neuropsychopédagogue (rice)
- Orthoprothésiste
- Psychomotricien (ne)

Le groupe 2 correspond aux professionnels de la réadaptation suivants :

- animateur (rice)
- assistant (e) de service social
- conseiller (e) en économie sociale et familiale
- diététicien (ne)
- documentaliste
- éducateur (rice) de jeunes enfants
- éducateur (rice) spécialisé (e)
- éducateur (rice) sportif (ve)
- enseignant (e) [enseignant (e) général (e), prof., techno. EPS]
- ergonomiste
- instituteur (rice) spécialisé (e) C.A.E.I.
- manipulateur d'électro-radiologie
- moniteur (rice) auto-école
- moniteur (rice) d'atelier
- moniteur éducateur, moniteur d'enfants et adolescents
- orthoptiste
- pédicure podologue
- podoprotésiste
- psychotechnicien
- psychologue

5.10. Programme de prise en charge spécifique

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

- Un programme thérapeutique ou un protocole de prise en charge défini mentionnant des objectifs de soins précis le jour de l'étude

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

5.11. Soins palliatifs

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

Les soins palliatifs devront répondre à la définition suivante (Haute Autorité de Santé) : « Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée. Les soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables et se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée et terminale, ainsi qu'à leur famille et à leurs proches. Des bénévoles, formés à l'accompagnement et appartenant à des associations qui les sélectionnent peuvent compléter, avec l'accord du malade ou de ses proches, l'action des équipes soignantes ».

5.12. Patient douloureux

Ce critère concerne aussi bien les douleurs aiguës que les douleurs chroniques.

Pour cocher ce critère, la douleur devra :

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

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

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient une ou plusieurs évaluations de la dépendance du patient par une grille de dépendance validée montrant l'existence d'une perte d'autonomie récente ou non stabilisée.

A défaut, la grille de dépendance du PMSI-SSR pourra être utilisée.

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra alors retrouver dans le dernier Résumé Hebdomadaire Standardisé du patient :

- Un score de dépendance > 12
- ET associé à une histoire de la maladie récente

5.14. Bilan et prise en charge d'une dénutrition sévère

Pour cocher ce critère, l'évaluateur devra retrouver dans le dossier du patient une évaluation récente de l'état nutritionnel montrant l'existence d'au moins un des critères suivants :

Patient de moins de 70 ans :

- Perte de poids > 15% en 6 mois ou > 10% en 1 mois
- ET/OU Index de Masse Corporelle < 16 Kg/m²
- ET/OU Albuminémie < 20 g/L
- ET/OU Pré-Albuminémie < 50 g/L

Patient de plus de 70 ans :

- Perte de poids > 15% en 6 mois ou > 10% en 1 mois
- ET/OU Albuminémie < 25 g/L
- ET/OU Pré-albuminémie < 50 g/L

5.15. Pathologie intercurrente récente, évolutive ou non stabilisée, apparue lors de l'hospitalisation

Ce critère concerne toute pathologie aiguë ou subaiguë, **évolutive ou non stabilisée, ayant débuté lors de l'hospitalisation.**

5.16. Séjour de répit programmé dont la durée est limitée et définie dans le temps

Pour cocher ce critère, il faut :

- Que la mission d'accueil temporaire soit mentionnée dans le projet de service ou le projet d'établissement ou qu'il existe une contractualisation avec la tutelle de lits d'accueil temporaire
- ET que le séjour soit programmé
- ET que la durée soit définie dans le temps (date de sortie prévue et mentionnée par écrit dans le dossier du patient)

Ce critère ne peut être coché :

- En cas d'hébergement temporaire payant

Si un critère est coché, ne pas répondre aux questions suivantes !

5.17. Avis d'expert

Si la réponse à la question « le patient nécessite absolument d'être hospitalisé ce jour du fait de son état clinique, des soins qu'il reçoit et ne pourrait recevoir ailleurs, ou d'une procédure médicale ou chirurgicale nécessitant son hospitalisation » est « **oui** » : Il y a avis d'expert. L'expert juge que l'hôpital et son plateau technique sont absolument nécessaires au patient. Il explique pourquoi en quelques mots (description de la situation) et le questionnaire s'arrête là.

NB : Les éléments justificatifs doivent être tracés dans le dossier du patient.

Si la réponse est « **non** » : le questionnaire continue avec la partie suivante d'analyse des causes.

6. GUIDE D'UTILISATION DE L'ANALYSE DES CAUSES DE NON PERTINENCE DES JOURNEES D'HOSPITALISATION

6.1. Question A

La question A vise à repérer le soin ou le service principalement responsable de la présence du patient à l'hôpital, parmi ceux qu'il a reçus au cours de la journée étudiée (en dehors de l'utilisation du plateau technique décrite par la grille de pertinence).

Cette question cherche à identifier les besoins du patient auxquels l'hôpital répond de façon active pendant la journée étudiée, même si ces services pourraient être éventuellement rendus par d'autres structures.

L'avis diagnostique ou thérapeutique peut résulter d'une consultation, de la visite d'un spécialiste n'appartenant pas au service, d'une décision collégiale (staff...). Les **procédures diagnostiques** concernent les examens de laboratoires, les examens radiologiques. Les **procédures thérapeutiques** concernent l'administration de tout traitement médicamenteux, soin infirmier (pansement, oxygène, stomie, insuline, aspiration des sécrétions) ou soin médical ou paramédical. Les traitements per os sont exclus sauf s'ils nécessitent une surveillance particulière (dans ce cas coder « 3 » (**surveillance thérapeutique ou clinique**)).

La réponse « **aucun** » est possible, notamment si le patient est en attente de structure. Si aucun soin ni service n'explique par lui-même la journée d'hospitalisation du patient, il faut répondre « **aucun** » également.

6.2. Question B

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

Il peut s'agir du domicile, d'une structure d'hébergement, d'une autre structure de SSR ou bien d'un établissement de court séjour ou de psychiatrie.

Dans le cas du domicile ou d'une structure d'hébergement, il faudra préciser le niveau de l'aide et/ou de la médicalisation de la structure.

6.3. Question C

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

Il s'agit ici de rechercher l'ensemble des raisons expliquant la non pertinence de la journée d'hospitalisation, puis d'identifier la raison principale.