

Identifier les journées d'hospitalisation potentiellement évitables pour réduire les DMS? C'est maintenant envisageable !

La maîtrise des durées de séjour est un des leviers importants d'amélioration de la performance des établissements hospitaliers. Les démarches de gestion des flux ont permis des progrès importants sur ce sujet mais restent centrées sur des processus indépendants du cœur de métier de l'hôpital, le soin. En s'appuyant sur les démarches d'Appropriateness, Evaluation Protocol et sur le retour d'expérience des hôpitaux canadiens, plusieurs Centres Hospitaliers et cliniques privées en France commencent à procéder à une évaluation en temps réel de la pertinence des admissions et des journées d'hospitalisation. Les résultats observés confirment que la première cause d'allongement des durées de séjour est interne aux établissements

Antoine GEORGES-PICOT
Directeur Associé
GOVERNMENT HEALTHCARE

Marie-Françoise DEVILLERS
Directrice - Bpluriel

L'optimisation de la gestion des lits est aujourd'hui au cœur de l'actualité médicale en France. En effet la connaissance précise des flux de patients permet aux hôpitaux de gérer en temps réel et en prévisionnel leurs ressources et leurs capacités d'hébergement. Toutefois une gestion des lits traditionnelle qui ne prend pas en compte la pertinence de l'occupation de ces lits est-elle réellement efficace ? Certains pays se sont penchés sur cette problématique il y a de nombreuses années déjà, le Canada faisant figure de pionnier en la matière. Ainsi dans les années 90, suite à un épisode d'hôpital en tension, un établissement hospitalier de l'Ontario a décidé de systématiser et normaliser l'évaluation de l'état clinique de ses patients afin d'identifier ceux qui ne reçoivent plus assez de soins pour justifier leur séjour et qui de plus sont prêts à sortir. Cette nouvelle démarche a donné lieu très vite à un outil, « Critères Cliniques » développé grâce à des fonds publics et aujourd'hui largement utilisé au Canada puisque 35% des lits de Médecine - Chirurgie sont concernés.

Cet outil « Critères Cliniques » trouve son origine dans l'AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) et s'appuie aujourd'hui sur les bonnes pratiques internationales. Il permet aux hôpitaux utilisateurs d'avoir une connaissance précise de la pertinence de l'occupation de leurs lits mais surtout une compréhension chiffrée des motifs d'allongement de la durée de séjour.

Les infirmières évaluent au quotidien le statut de chaque patient à l'aide de l'outil pour identifier s'il a effectivement besoin d'occuper un lit dans une unité de soins aigus en analysant cinq groupes de critères cliniques fondamentaux comme par exemple :

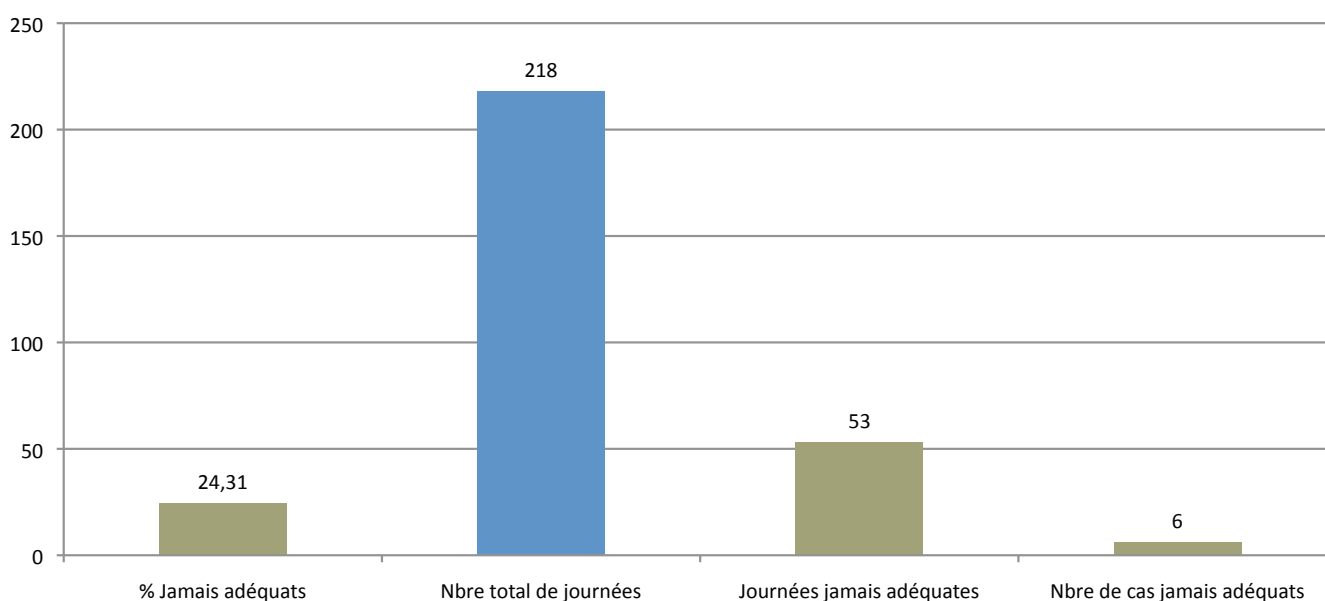
- le patient a-t-il besoin d'une oxygénation particulière, supérieure à celle qu'il reçoit habituellement ?
- le patient a-t-il besoin d'un traitement par IV ou par injection qui ne peut être pris en charge ailleurs que dans cette unité de soins ?
- le patient a-t-il besoin d'un appareillage particulier (intubation, sonde,...) ?
- le patient fait-il l'objet d'une surveillance clinique rapprochée ?
- la surveillance des signes vitaux du patient est-elle suffisamment fréquente pour justifier cette hospitalisation ?
- etc.

Les réponses à ces simples questions, confirment ou non le besoin pour une hospitalisation dans une unité de soins aigus. Si ce n'est pas le cas, l'infirmière identifie alors la raison principale pour laquelle le patient occupe toujours ce lit. Ce motif peut être lié aux directives médicales, à l'organisation de l'hôpital ou encore à l'aval. Ces évaluations sont ensuite compilées sous forme d'indicateurs et de rapports analytiques utilisés par les équipes soignantes quotidiennement. Certains rapports sont également destinés à l'encadrement des unités, des pôles et de l'hôpital et révèlent les tendances et la répartition des journées potentiellement évitables par motif de retard.

Fort de son expérience de précurseur en gestion des lits, le Groupe Hospitalier Paris Saint Joseph a accepté de mener une analyse sur l'adéquation de ses séjours avec cet outil « Critères Cliniques » sur une courte période en mars 2014. Par la suite se sont également prêtés « au jeu » plusieurs Centres Hospitaliers publics, notamment celui de Dreux et celui de Montreuil. Chaque patient hospitalisé dans les unités concernées par ces analyses a été ainsi évalué quotidiennement avec la grille « Critères cliniques » et les résultats ont été très comparables malgré les différentes performances de ces établissements en terme d'IP DMS (entre 0.9 et 1.1) ou malgré leur nature (ESPIC ou CH). Ont ainsi été mesurés :

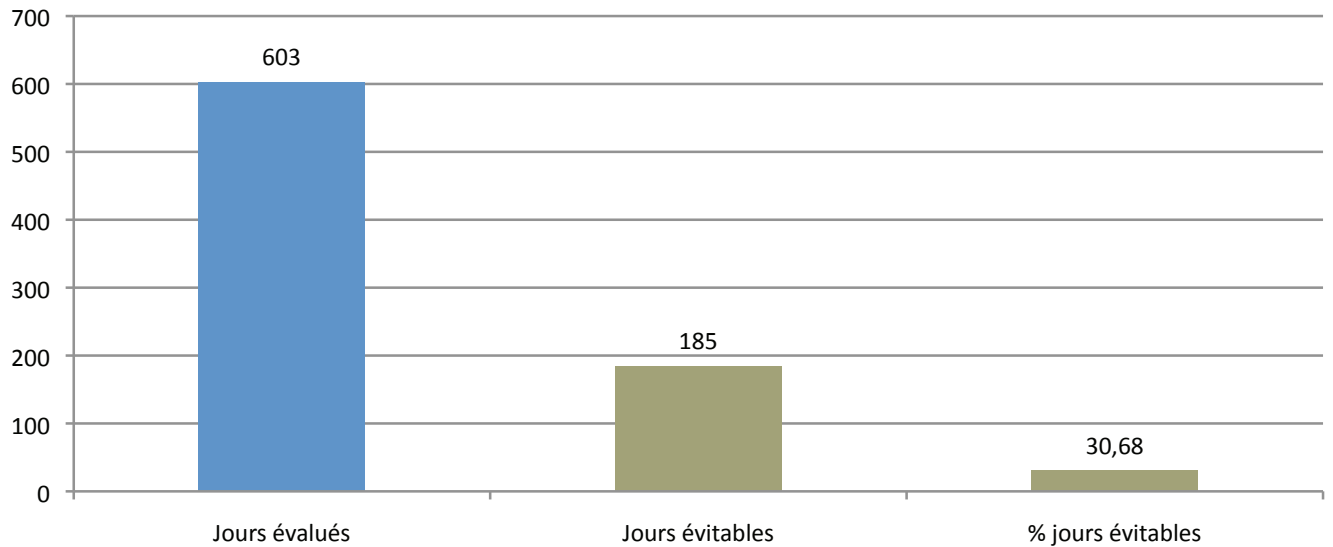
- Les admissions évitables (entre 11 et 20% des admissions) et le nombre de journées évitables liées à ces patients: des patients qui n'ont jamais eu besoin du niveau de soins délivrés dans ces unités et qui auraient pu être pris en charge autrement, par exemple en ambulatoire ou encore en HAD. Ci-dessous un graphe illustrant le nombre de jours évitables (soit 53 jours sur un total de 218) qu'ont représenté 6 patients (sur un total de 20) qui n'auraient jamais dû être pris en charge dans l'unité étudiée :

Admissions inadéquates: Nb et % de cas jamais adéquats



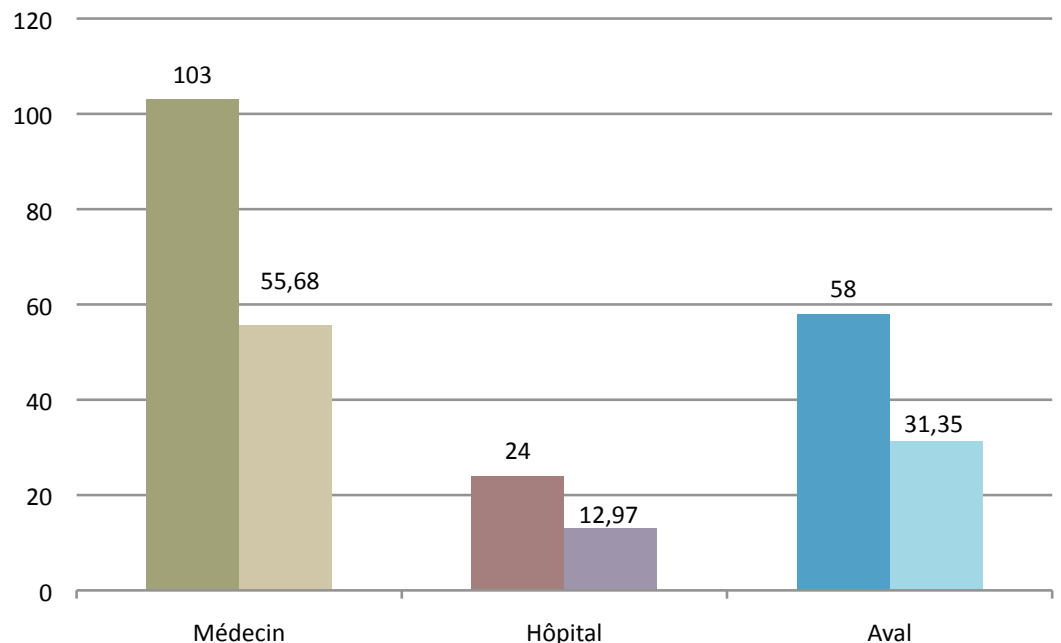
- Les journées potentiellement évitables (entre 25 et 30% des journées): des patients qui occupaient un lit dans ces unités et qui pourtant étaient cliniquement stables pour une sortie ou un transfert. Leur hospitalisation n'était donc plus justifiée d'un point de vue clinique. Ci-dessous est illustrée la proportion de jours potentiellement évitables sur une unité de médecine :

Patients Cliniquement Stables pour la Sortie (CSS) : % de jours Évitable



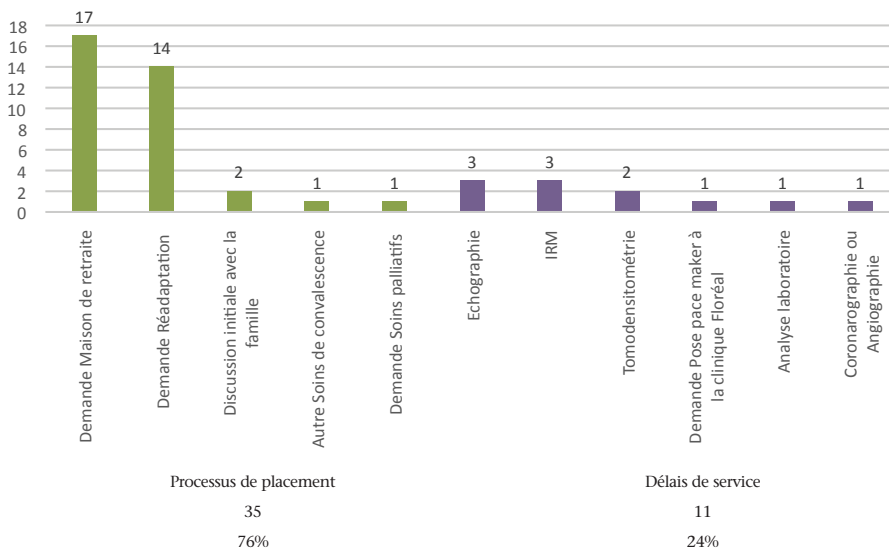
- La répartition de ces journées potentiellement évitables par catégorie de retards :

Nbre et % de Jours Cliniquement Stables pour la Sortie



- La répartition détaillée de ces jours évitables pour chacune de ces catégories : combien de journées sont évitables dues à l'attente d'un IRM ou de résultats de laboratoire? Combien le sont-elles dues à l'attente de la signature par le médecin du bon de sortie ? Combien le sont-elles dues à l'absence d'information dans le dossier patient ou à la prescription d'exams ou encore au traitement des demandes de placement en structures d'aval ? Combien le sont-elles dues aux problématiques sociales ?

Jours inadéquats: CSS - Détail Hôpital



- Le gain potentiel en DMS : si les patients cliniquement stables pour la sortie ou un transfert étaient sortis dès le premier jour où ils avaient été déclarés stables, quel aurait été le gain en DMS pour ces unités ? Ce gain se situe systématiquement entre 1 et 2 jours par patient...

Ces études ont montré que quel que soit l'établissement, qu'il soit public ou privé, qu'il ait déjà initié une gestion des lits centralisée, les résultats sont finalement assez similaires : les hôpitaux ont tout intérêt à intégrer la revue de pertinence du niveau d'hospitalisation dans leurs routines. Ces études ont ainsi permis d'objectiver la perception de situations complexes et de dysfonctionnements jusqu'ici mal appréhendés. **Mesurer** va fondamentalement permettre d'améliorer la prise en charge.

L'évaluation des patients selon des critères cliniques normalisés place la pertinence de l'hospitalisation au cœur des préoccupations quotidiennes mais a également un effet secondaire intéressant : l'amélioration de la communication entre les professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs. Il autorise en effet l'utilisation d'un langage commun et simple:

- le niveau de soins reçu par le patient est-il **adéquat** ou **non-adéquat** à ses besoins pour cette journée d'hospitalisation ?
- Le patient est-il **cliniquement stable pour la sortie** ?

Carole Festa, Directrice du Centre Hospitalier de Dreux de Dreux note en effet, que « *la démarche d'utiliser un ensemble de critères cliniques pour évaluer la prise en charge des patients a ouvert de nombreuses discussions constructives sur la pertinence de l'hospitalisation au sein de la communauté médicale de l'hôpital* ». Avec une communication facilitée entre les différents acteurs du parcours de soins, patient inclus, s'ouvrent des perspectives de collaboration entre l'hôpital et le territoire de santé, entre les professionnels médicaux, paramédicaux et l'entourage du patient.

Désormais, pour ces hôpitaux qui ont expérimenté l'outil « Critères Cliniques » au travers de ces études ponctuelles, le défi est de répéter cette démarche voire de l'intégrer dans leurs pratiques quotidiennes. Identifier la non-pertinence et en faire un levier de pilotage de l'activité, voici un défi que plusieurs hôpitaux, ESPIC, CH et CHU ont décidé de relever. Offrir aux équipes cliniques la possibilité de déterminer quotidiennement et de façon objective via des critères normalisés si chaque patient est au bon endroit, au bon moment et pour la bonne durée, n'est en aucun cas un frein à la bonne prise en charge des patients, mais permet au contraire une amélioration visible et mesurable de la qualité des soins. Un patient cliniquement stable sera toujours mieux chez lui, dans son SSR ou son EHPAD qu'à l'hôpital!