



Retour d'expérience sur l'étude « pertinence des hospitalisations après passage aux urgences »

*Dr Dominique BALSAC - médecin responsable du DIM, CHBA
Vannes- Auray - DIM du Territoire GHBA*

*Nathalie Giovannacci – Directrice adjointe Financement et Performance -
ARS Bretagne*

12 décembre 2018 – Journée pertinence

— Contexte régional

La question de **la pertinence des admissions après passage aux urgences** s'est posée aux 12 établissements de santé (ES) accompagnés par l'ANAP dans le cadre du plan triennal :

- *-est ce que toutes les admissions sont justifiées? si non pourquoi?*
- *-quel est le rôle du Médecin d'Accueil d'Orientation (MACO)*
- *-quels sont les possibilités de renvoyer les patients vers la ville? vers une consultation de spécialités en urgence?*
- *-est ce que les spécialistes se déplacent aux urgences pour donner des avis?...*
- *-comment s'organise la permanence des soins en ville? maison médicale à proximité des urgences?*

Après un rapide benchmarking, il est alors apparu intéressant d'analyser au niveau régional tous ces éléments, de façon conjointe, avec les mêmes outils (**entre 16 et 30% d'hospitalisations après passage par le SAU suivant les ES**),

Fort de l'expérience de l'ARS Grand Est qui a accompagné une étude semblable sur plusieurs établissements, le groupe a sollicité les représentants de l'ARS Bretagne pour initier une étude similaire en Bretagne.

Cette étude s'inscrivant par ailleurs dans la stratégie nationale définie dans les programmes de transformation du système de santé, **l'ARS Bretagne a répondu favorablement à leur demande d'accompagnement en décembre 2017,**

— Enjeux de la démarche

L'enjeu est d'améliorer dans sa globalité le parcours patient non programmé.

Il relève de plusieurs champs :

- **lien ville/hôpital** : adressage, contact des spécialistes, permanence et continuité des soins, définir les parcours semi-urgents
- **lien vis-à-vis des patients** : typologie, motif réel de venue, aspects social, ou familial.
- **organisations des PEC en intra établissement** avec une vision partagée urgentistes/spécialistes
- **programmation des événements de soins (semi urgents)**, à partir de contact de partenaires libéraux et hospitaliers, et à partir du SAU
- **développement des alternatives à l'admission** : télémédecine, HAD...
- organisation en filières avec une offre de soins graduée dans le GHT : **innovations**

— Démarche régionale

Acteurs / Responsabilités	<p>Comité stratégique (COSTRAT): ARS Bretagne, représentants d'ES, GCS CAPPS, Réseau Breton des Urgences (RBU) et Assurance Maladie.</p> <p>Accompagnement des ES par le GCS CAPPS</p> <ul style="list-style-type: none">- Mise à disposition d'un outil de recueil en ligne pour tous els ES participants- Formation par territoire des professionnels établissement participant à l'étude, avec le RBU- Hotline pendant la période de recueil pour répondre aux questions méthodologiques, ou une aide à l'outil le cas échéant- Analyse de données établissement et régionale, en collaboration avec l'ARS Bretagne et le RBU
----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

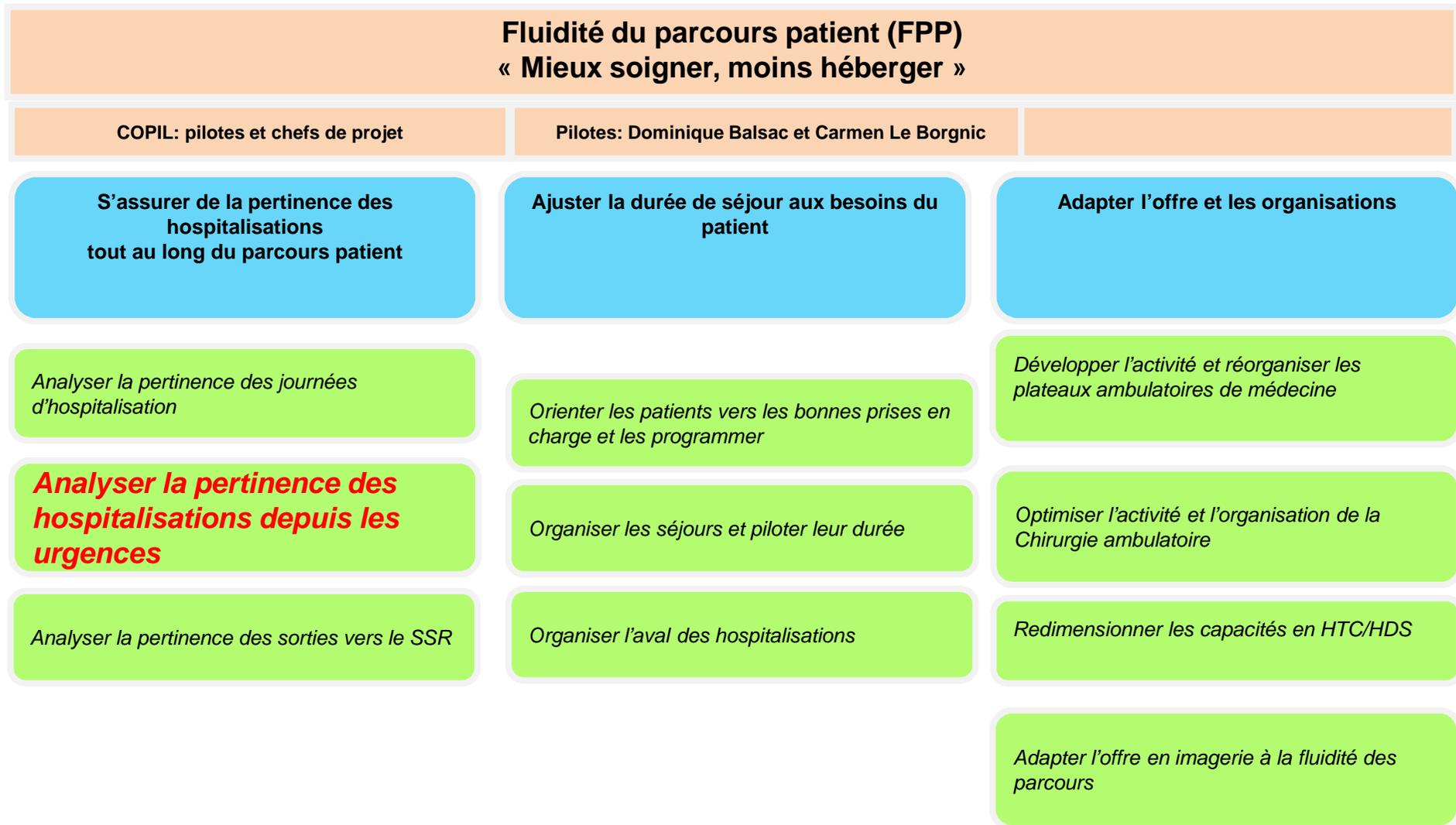
— Les 20 services d'urgence participants (sur 25)

- Appel à participation auprès des établissements bretons, quel que soit leur statut lancé en avril 2018

Vague 1 (juin 2018)		Vague 2 (septembre 2018)
CH Douarnenez	CHU Rennes	CHU Brest site Cavale Blanche
HD Pont Abbe	CH ST Brieuc	CHU Brest site Carhaix
CHIC Quimper	CH Guingamp	CH Morlaix
GHBS site Lorient	CH Lannion	Polyclinique Keraudren
GHBS site Quimperlé	CH Paimpol	CH Landerneau
CHBA Vannes	CH Centre Bretagne	HIA
CH Ploërmel		CH Redon

Contexte CHBA : implication institutionnelle

Cartographie des projets : 7 thématiques dont FPP



Fluidité aval des urgences :
Problématique institutionnelle du CHBA

Fluidité parcours patient



**BROCÉLIANDE
ATLANTIQUE**
GROUPEMENT HOSPITALIER

**Etude régionale pertinence des hospitalisations
après passage aux urgences, semaine 23, 2018**

— Objectifs du projet au CHBA

- **Identifier les causes de non pertinence** en objectivant les raisons qui conduisent à la décision d'admission (ex : absence de solution d'alternative, d'avis spécialisé ou d'accès à une consultation non programmée dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient....).
- **Réduire la part des admissions inappropriées** à partir des urgences à T0 dans le périmètre défini.
- Identifier les facteurs favorables et défavorables à un faible taux d'hospitalisations post-urgences non pertinentes et capitaliser.
- **Elaborer un plan d'actions** pour améliorer la fluidité du parcours patient au sein du CHBA et dans son articulation avec la ville.
- Participer à l'élaboration d'un **plan d'actions régional**.

— Facteurs de risque identifiés et facteurs clé de succès

— **Leviers** : Intérêt du sujet pour les soignants, les directeurs et les tutelles (évaluation des organisations et du système de santé : approche établissement et approche territoriale), les causes attendues de non pertinence de l'admission ne relevant pas uniquement de l'établissement, et encore moins des seules urgences.

Plusieurs champs sont concernés : le lien ville/hôpital sur le territoire, les relations avec les patients, l'organisation intra-établissement et inter-établissements.

— **Point de vigilance** : Contexte difficile de tension aux urgences, y compris en période « non-habituelle ». De fait, la pédagogie de la démarche est essentielle pour avoir l'adhésion des acteurs hospitaliers.

— **Limites** : cette étude n'inclut pas l'analyse sur les venues aux urgences, même si certaines hypothèses pourront être formulées à partir des résultats de la présente étude.

— Acteurs / Responsabilités

Acteurs / Responsabilités	<p>Comité projet ES : binôme Dr Balsac DIM/ Mme Le Borgnic CGS, Dr Joly DIM/ F Malpot DAF</p> <p>Equipe projet CHBA : Mme C Grandin,(IOA SAU), MmeTexier Pauton cadre SAU, Drs F Arnault, M Dufour (chef de service et médecin référent),</p> <p>Equipe projet CHPP : Mmes M. Le Barbier et M. Maubert, IDE SAU CHPP, Drs M Perennes et T Klein (urgentistes)</p>
----------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

— Echéancier et phasage du projet

Echéancier et phasage du projet

Fin mars : Appel à participation de tous les ES bretons avec SAU

Mi-avril : Réponse des ES sur leur engagement dans la démarche (et la période de recueil souhaitée)

Fin avril : Communication KIT aide au recueil + calendrier des formations

Entre mi-mai et fin mai : formations, phase test, présentation staff SAU

Juin (sem 23-24) : recueil vague 1 (données sem 23)

Septembre (sem 38-39) : +/- recueil vague 2 (données sem 38)

Sept-oct : Restitution régionale si tous les ES sur 1 vague

Nov-dec : restitution régionale si certains ES sur 2 vagues

— Méthodologie et déroulement de l'étude

— **Type** : **Recueil** rétrospectif des dossiers des patients qui sont hospitalisés dans l'un des services de soins de l'établissement, après passage par les urgences, pendant la période définie

— **Outil** : **Grille AEPf des admissions** ; outil Anaes de 2004, réévalué à plusieurs reprises, sans a priori à ce jour de meilleur modèle.

Cette grille comportent des critères objectifs indépendants du diagnostic.

— **Elle comprend 16 critères divisés en deux parties:**

- 10 critères liés à l'état de sévérité clinique ;
- 6 critères liés à la délivrance de soins.

L'hospitalisation est jugée pertinente si l'un des critères de la grille AEPf est présent.

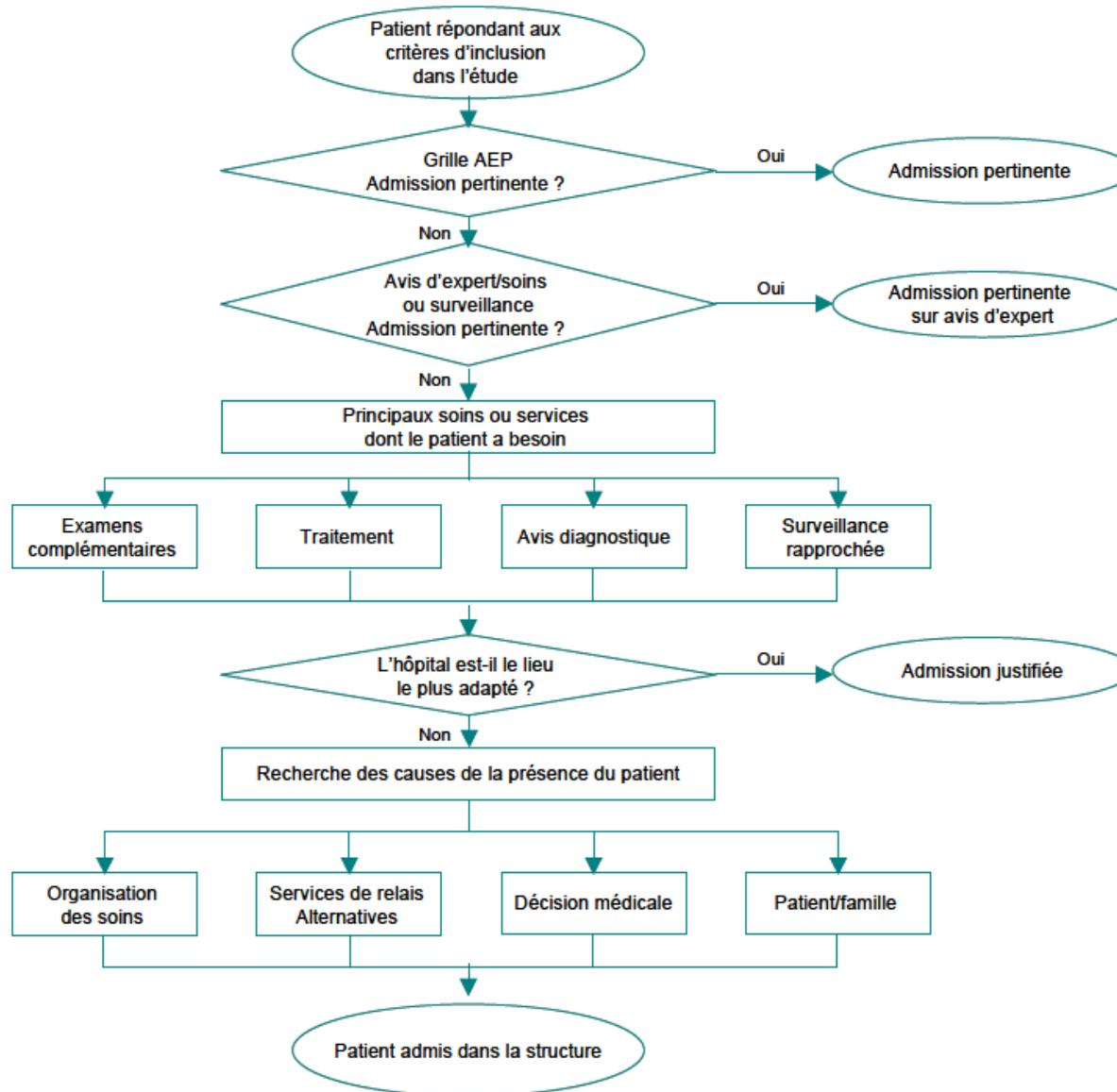
Si aucun critère n'est présent, l'hospitalisation est jugée « non pertinente » mais elle peut être « **justifiée** » par un expert.

Dans l'analyse des hospitalisations non pertinentes, il s'agit de comprendre les besoins des patients qui se présentent aux urgences, de trouver quel est le lieu d'hébergement le mieux adapté dans une situation idéale et d'analyser les causes des admissions.

Quatre causes principales peuvent être distinguées, liées :

- à l'organisation des soins ;
- aux structures alternatives ;
- à la décision médicale ;
- au patient ou à sa famille

Représentation graphique de l'outil AEPf des admissions.



Grille AEPf : critères de sévérité clinique

A - Critères de sévérité clinique		
1	Coma, inconscience ou désorientation d'installation récente	<input type="checkbox"/>
2	Pouls < 50/min ou > 140/min	<input type="checkbox"/>
3	Pression artérielle systolique (mmHg) < 90 ou > 200, diastolique < 60 ou > 120	<input type="checkbox"/>
4	Cécité ou surdité brutale	<input type="checkbox"/>
5	Perte brutale de la motricité d'une partie du corps	<input type="checkbox"/>
6	Fièvre persistante > 38,5° sous le bras ou 39° rectale depuis plus de 5 jours	<input type="checkbox"/>
7	Syndrome hémorragique	<input type="checkbox"/>
8	Troubles électrolytiques ou des gaz du sang graves : Na < 123 ou > 156 mEq/l, K < 2,5 ou > 6,0 mEq/l, HCO3 < 20 ou > 36 mEq/l (sans qu'existe de cause de chronicité), pH < 7,30 ou > 7,45	<input type="checkbox"/>
9	Atteinte de fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, de manger, de respirer et d'uriner) à l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau.	<input type="checkbox"/>
10	Ischémie aiguë à l'ECG	<input type="checkbox"/>

Grille AEPf : critères liés aux soins

B - Critères liés aux soins délivrés		
1	Traitement intraveineux continu ou remplissage (n'inclut pas le traitement entéral)	<input type="checkbox"/>
2	Chirurgie ou autres actes médicaux prévus dans les 24 heures nécessitant soit une anesthésie générale ou régionale, soit l'utilisation de matériel, de services uniquement disponibles dans un hôpital	<input type="checkbox"/>
3	Surveillance de signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, scope, surveillance neurologique) au moins une fois toutes les 4 heures	<input type="checkbox"/>
4	Prescription d'un traitement nécessitant une surveillance continue ou faisant craindre une réaction allergique ou hémorragique	<input type="checkbox"/>
5	Traitement dans une unité de soins intensifs	<input type="checkbox"/>
6	Utilisation de façon intermittente ou continue d'une assistance respiratoire au moins une fois toutes les 8 heures	<input type="checkbox"/>

— Déroulement de l'étude au CHBA

— **Période étudiée** : admissions réalisées depuis les urgences **au cours de la semaine N°23 de l'année 2018**, du lundi 4 juin 8h au lundi 11 juin 7h59

— **Modalités** : Le recueil s'est effectué dans le service d'accueil des **urgences adultes MCO** à l'issue de la semaine étudiée, sur plusieurs journées, en 2 étapes

— via un **formulaire en ligne** mis à disposition sur une **plateforme (eFORAP)** par le GCS CAPPS, avec un accès par login-mot de passe individuel.

1^{ère} étape :

La 1^{ère} partie de la grille a été remplie par un soignant (profil IDE de flux) sur un temps dédié

Si d'après les critères de la grille, l'admission n'était pas pertinente, l'expert, un médecin urgentiste, a déterminé si l'admission était malgré tout justifiée.

Si l'admission était considérée comme non pertinente au regard des critères de l'AEPf et de l'avis de l'expert,

2^{ème} étape :

Un 2^{ème} expert, urgentiste ou non urgentiste, a participé à la décision pour justifier une admission non pertinente au regard des critères de la grille.

— **Analyse des données par le DIM, avec présentation en Directoire et aux acteurs**

— Retour sur le recueil

- Une grille validée au n° national, mais en décalage avec la réalité de terrain...
- Une formation régionale, identique pour tous les acteurs participants au recueil : des modalités pratiques de recueil identiques et partagées
- Un recueil chronophage dans la relecture des dossiers et la saisie des données sur la plateforme
- Des biais possibles dans l'interprétation des critères de la grille
- La nécessité de créer un fichier annexe pour l'exploitation en interne des données avec une implication forte du DIM
- Pas de sollicitation des spécialistes en expert (neutralité du regard des médecins DIM?)
- Un besoin de comparer les établissements de même taille (résultats très différents CHPP et CHBA par ex) avec connaissance des biais de recueil : choix par ex du CHBA de conserver les hospitalisations UHCD

Résultats CHBA : synthèse CGS CAPPS

Données relatives aux admissions sur cette période

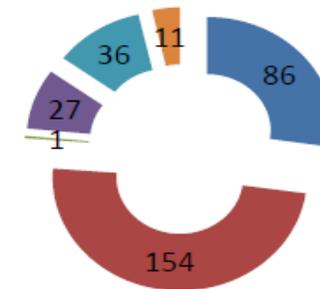
Nombre
d'admissions

315

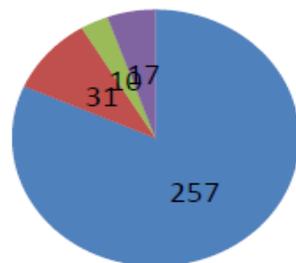
Moyenne d'âge des
patients **68**
Ecart type **21**

Patients adressés par :

- Médecin généraliste
- SAMU
- Permanence des soins
- Autre professionnel de santé
- Aucun professionnel de santé
- Non renseigné dans le dossier

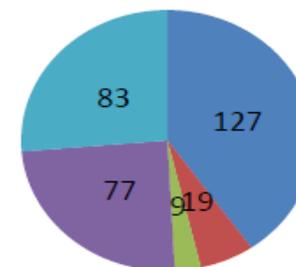


Provenance des patients



- Domicile
- Structure d'hébergement
- Autre établissement sanitaire
- Autre

Moyen d'arrivée aux urgences



- Par ambulance
- Par SMUR
- Accompagné
- Par ses propres moyens
- Par pompiers





Le soin ou le service <u>responsable</u> de l'admission n= 43		
Avis diagnostique ou thérapeutique	4	9%
Procédure diagnostique ou thérapeutique	15	35%
Surveillance thérapeutique ou clinique	8	19%
Education sanitaire	0	0%
Soutien psychologique	1	2%
Aide sociale	13	30%
Aucun soin ni aucun service	2	5%
Non précisé	0	0%



Pour 23 patients, le domicile est le lieu plus adapté
 Pour 15 patients, une structure d'hébergement est le lieu plus adapté

Pertinence des admissions sur cette période

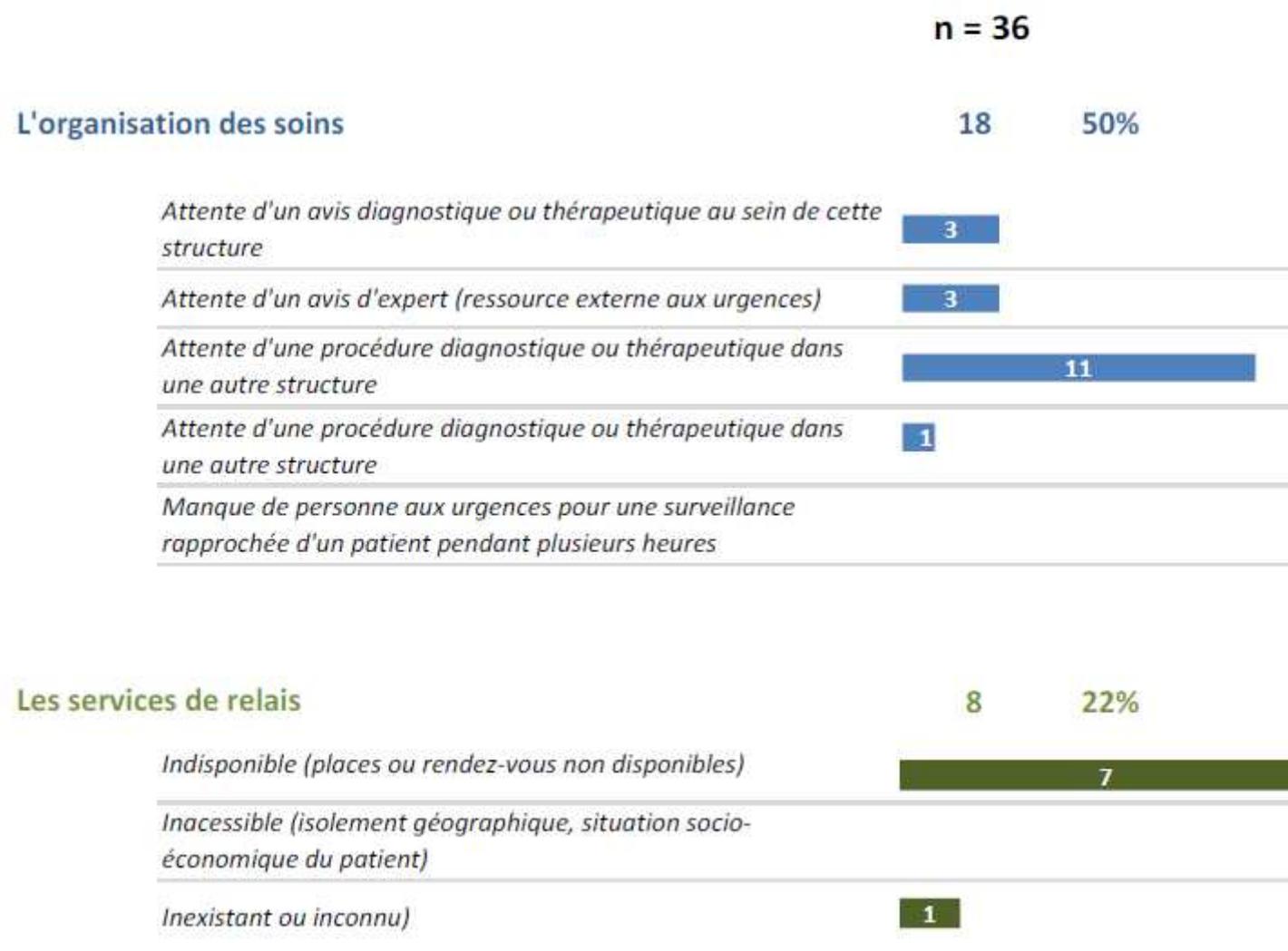
315 admissions à partir des urgences
 dont 126 admissions en UHCD

Taux de non pertinence CHBA : 36/315 = 11%

Résultats territoire T4 (CHBA-CHPP):
 9,7 % (40/412)

Résultats régionaux 1ere tranche : 5,6%

Concernant les admissions non pertinentes et non justifiées (admissions pour lesquelles l'hôpital n'est pas le lieu le plus adapté), les raisons expliquant l'hospitalisation sont liées à :



Activité au SAU du CHBA sur la période étudiée : contexte

nb d'hospitalisations après passage aux urgences répartition selon horaire d'arrivée aux urgences et jour de la semaine	tranche horaire 00h00-07h59	tranche horaire 08h00-11h59	tranche horaire 12h00-17h59	tranche horaire 18h00-23h59	journée complète (00h00-23h59)	répartition des hospitalisations par jour dans la semaine
lundi	6	7	21	16	50	15,9%
mardi	3	5	16	20	44	14,0%
mercredi	5	14	15	17	51	16,2%
jeudi	6	4	20	7	37	11,7%
vendredi	3	6	21	10	40	12,7%
samedi	4	10	21	12	47	14,9%
dimanche	12	8	12	14	46	14,6%
Total	39	54	126	96	315	100,0%
% des hospitalisations	12,4%	17,1%	40,0%	30,5%	100,0%	

	nb total de passage aux urgences adultes	Part d'hospitalisation après passage par les urgences par jour
lundi	147	34,01%
mardi	125	35,20%
mercredi	121	42,15%
jeudi	146	25,34%
vendredi	133	30,08%
samedi	126	37,30%
dimanche	125	36,80%
Total	923	34,1% des passages aux urgences sont suivis d'une hospitalisation

Activité d'hospitalisation journalière après passage au SAU

importante cette semaine : **entre 37 et 50 /j**

Répartie pour **40% sur la tranche horaire 12h-18h**,
et **31% sur la tranche horaire 18h-24h**

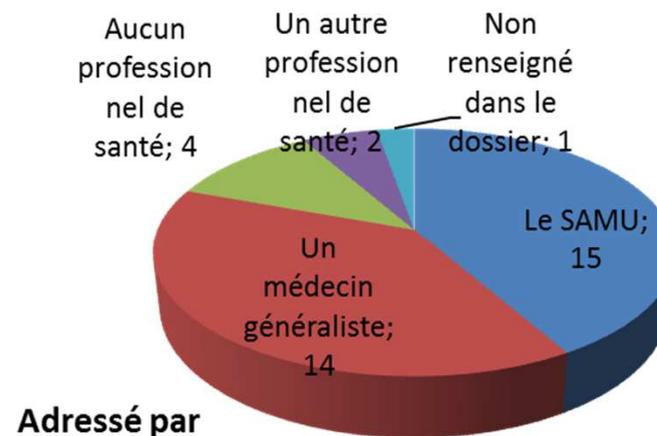
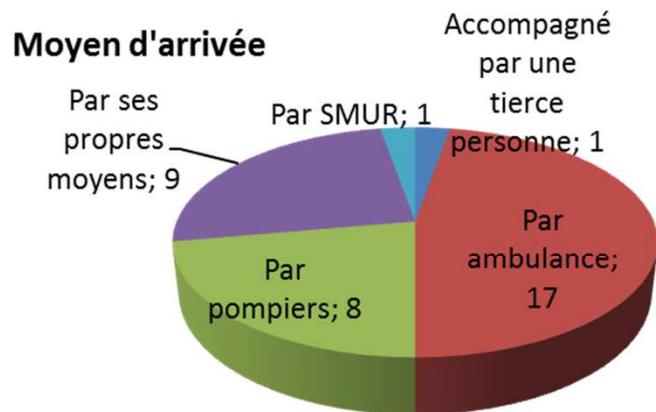
34,1% des passages aux urgences sont suivis d'une hospitalisation cette semaine

— Activité au SAU du CHBA sur la période étudiée : contexte Délais de Prise en Charge

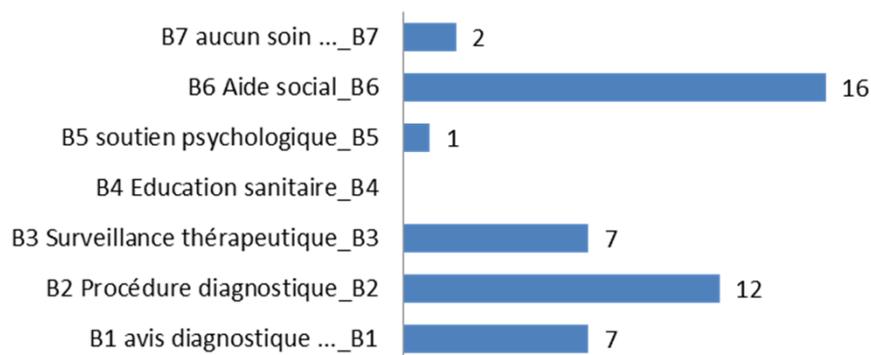
Délai moyen de présence au SAU en cas d'hospitalisation après passage aux urgences : répartition selon horaire d'arrivée aux urgences et jour de la semaine	tranche horaire 00h00-07h59	tranche horaire 08h00-11h59	tranche horaire 12h00-17h59	tranche horaire 18h00-23h59	journée complète (00h00-23h59)
lundi	8:18	8:14	8:01	7:49	8:01
mardi	3:18	7:05	7:05	8:10	7:19
mercredi	9:23	7:58	9:34	6:50	8:12
jeudi	8:40	6:28	6:34	5:48	6:45
vendredi	10:30	5:53	5:23	5:07	5:46
samedi	5:07	7:41	6:57	4:44	6:23
dimanche	4:36	7:47	7:14	8:41	7:05
Total général	6:49	7:30	7:10	7:02	7:08

Sur cette semaine, le délai de PEC des patients est en moyenne de 7h, avec des extrêmes entre 3h13 et 10h30, sans lien évident sur le jour, ni le créneau horaire.

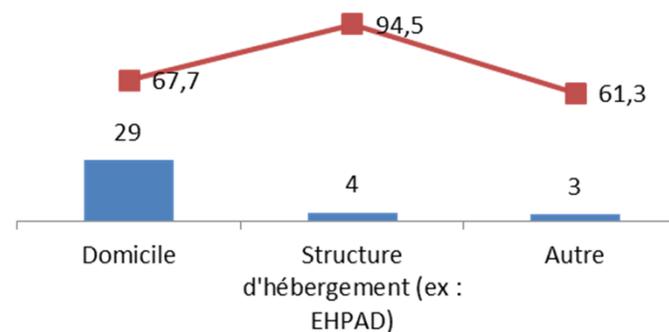
Résultats CHBA 1 : analyse des 36 hospitalisations identifiées non pertinentes



causes de non pertinence

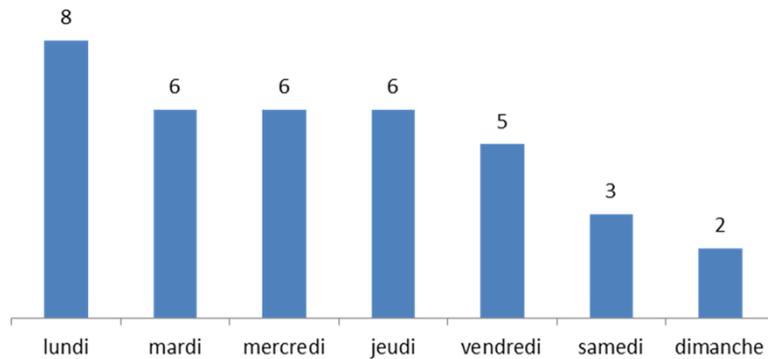


Age moyen en fonction de la provenance



Résultats CHBA 1 : analyse des 36 hospitalisations identifiées non pertinentes

NP par jour semaine



nb d'hospitalisations après passage aux urgences : répartition selon jour de la semaine	journée complète (00h00-23h59)	Nb d'hospitalisations non pertinentes	
lundi	50	8	16,0%
mardi	44	6	13,6%
mercredi	51	6	11,8%
jeudi	37	6	16,2%
vendredi	40	5	12,5%
samedi	47	3	6,4%
dimanche	46	2	4,3%
Total	315	36	11,4%
% des hospitalisations	100,0%		

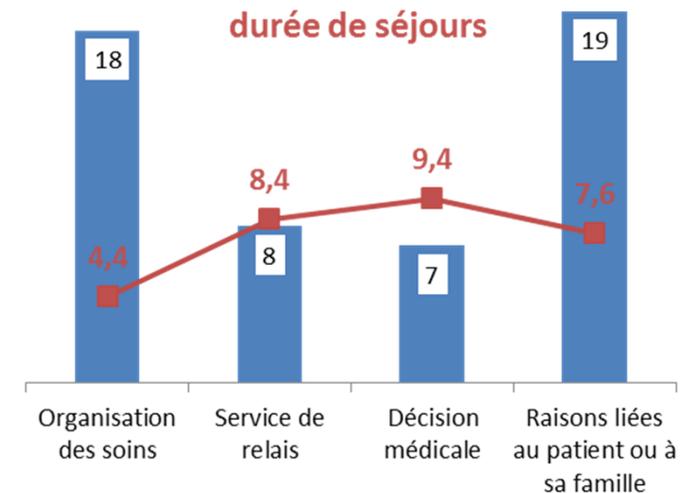
NP par tranches horaires



Résultats CHBA 2 : analyse des 36 hospitalisations identifiées non pertinentes

Lien avec temps passé au SAU, ou passage par UHCD?

	Nb	Moy DELAI_UR G_ADM	UHCD ou UMO après Urgences	% UHCD
Hospitalisations non pertinentes	36	8:29	21	58%
hospitalisations pertinentes	279	6:58	102	37%
Total général	315	7:08	123	39%



Lien avec durée totale de séjour?

	Nb	Moyenne DS
Organisation des soins	18	4,4
Service de relais	8	8,4
Décision médicale	7	9,4
Raisons liées au patient ou à sa famille	19	7,6

Résultats CHBA 2 : analyse des 36 hospitalisations identifiées non pertinentes

Lien avec durée totale de séjour?

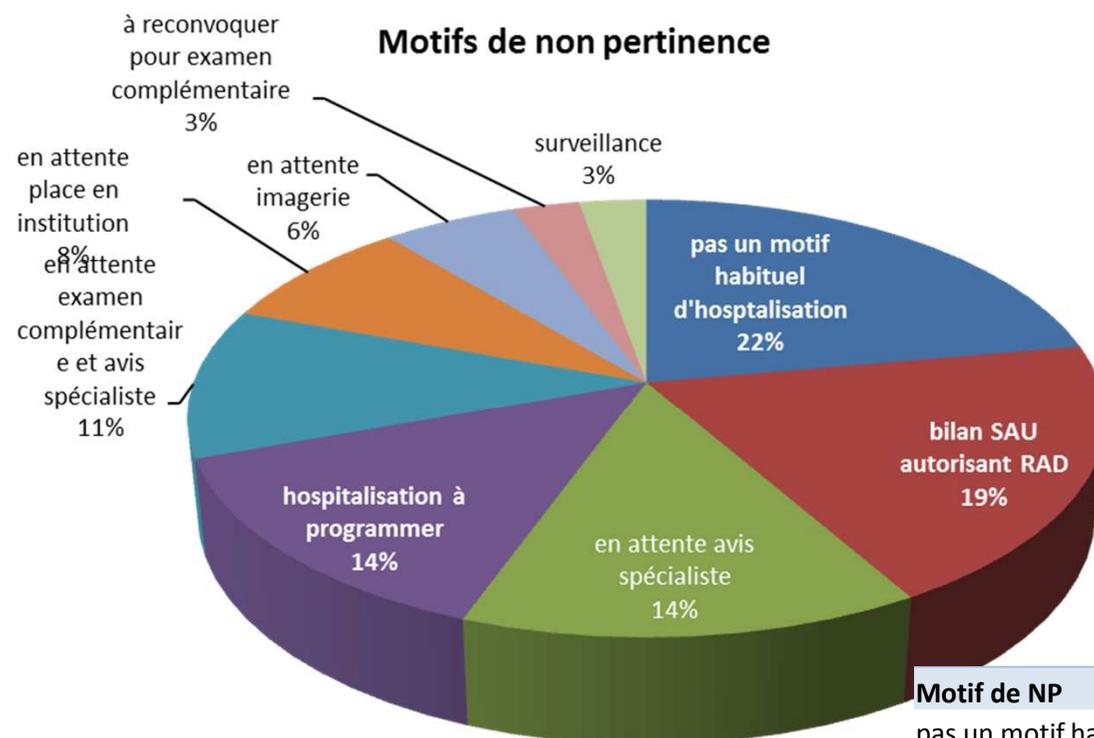
Organisation des soins	Nb	Moyenne DS
E 1.1 Attente avis ..._E 1.1	3	5,3
E 1.2 attente avis expert_E 1.2	3	6,7
E 1.3 Attente procédure diag structure_E 1.3	11	3,8
E 1.4 Attente procédure diag autre structure_E 1.4	1	1,0

Service de relais	Nb	Moyenne DS
E 2.1 relais indispo_E 2.1	7	8,0
E 2.3 relais inexistant ou inconnu_E 2.3	1	11,0

Décision médicale	Nb	Moyenne DS
E 3.1 attente avis expert_E 3.1	1	1,0
E 3.1 attente avis expert_E 3.1 / E 3.2demande expresse med ville_E 3.2	1	10,0
E 3.2demande expresse med ville_E 3.2	5	11,0

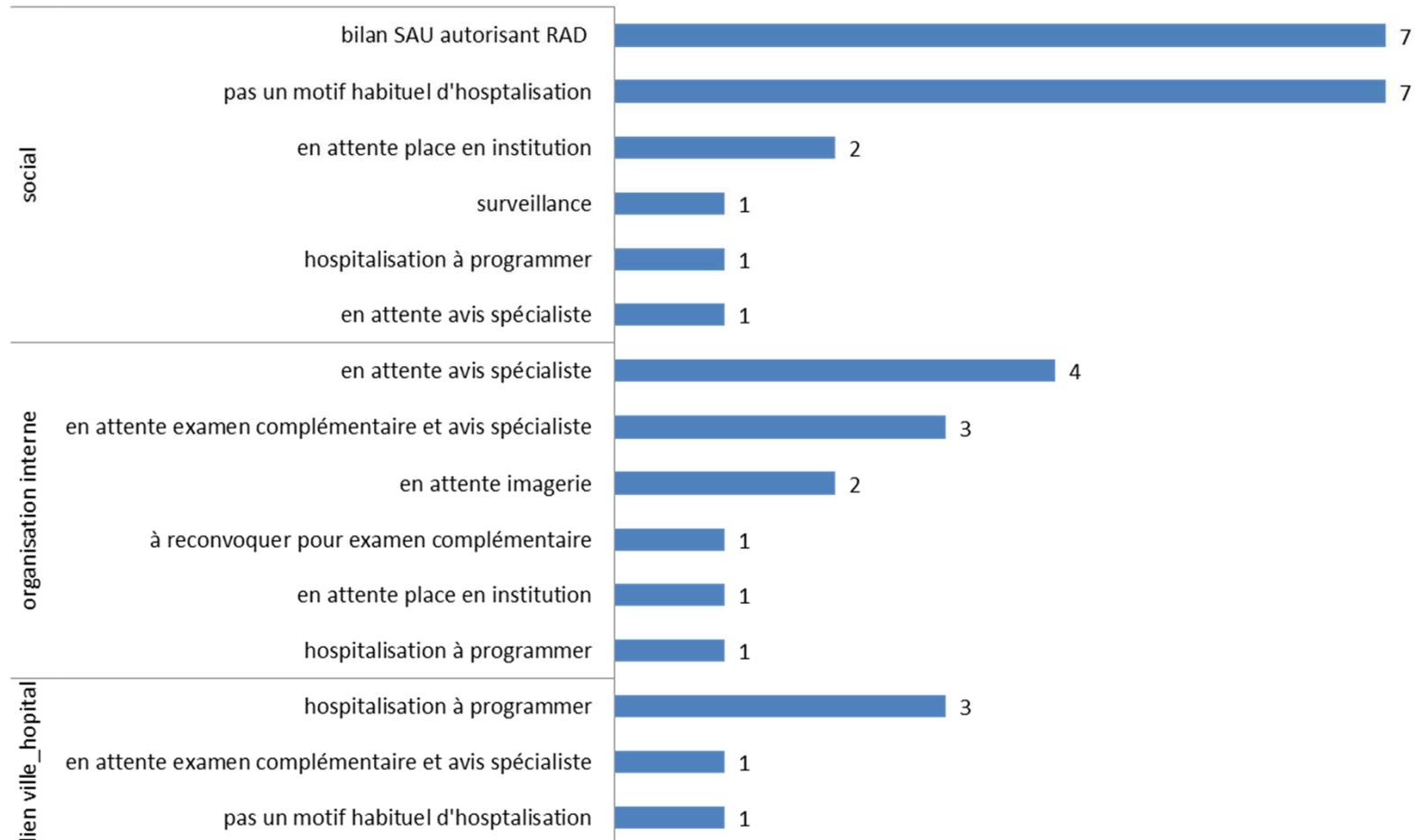
Raisons liées au patient ou à sa famille	Nb	Moyenne DS
E 4.1 risque non observance_E 4.1	1	1,0
E 4.1 risque non observance_E 4.1 / E 4.3 RAD impossible_E 4.3	3	13,3
E 4.3 RAD impossible_E 4.3	15	6,9

Résultats CHBA 3 : analyse des 36 hospitalisations identifiées non pertinentes



Motif de NP	Nb de séjours	Part
pas un motif habituel d'hospitalisation	8	22,2%
bilan SAU autorisant RAD	7	19,4%
en attente avis spécialiste	5	13,9%
hospitalisation à programmer	5	13,9%
en attente examen complémentaire et avis spécialiste	4	11,1%
en attente place en institution	3	8,3%
en attente imagerie	2	5,6%
à reconvoquer pour examen complémentaire	1	2,8%
surveillance	1	2,8%
Total général	36	100,0%

Résultats CHBA 4 : analyse des 36 hospitalisations identifiées non pertinentes



Résultats CHBA 5 : analyse des 36 hospitalisations identifiées non pertinentes

Lien motif de non pertinence et cause

Motif NP et cause	isolement patient	décision médicale CHBA	demande de médecin traitant	famille	Hebergement/demande de médecin traitant, Belle Ile	difficultés pour le médecin généraliste de programmer un avis spécialisé dans des délais raisonnables	Total général
pas un motif habituel d'hospitalisation	5	1	1	1			8
bilan SAU autorisant RAD	3			2	2		7
en attente avis spécialiste	1	3	1				5
hospitalisation à programmer	1		2		1	1	5
en attente examen complémentaire et avis spécialiste		3				1	4
en attente place en institution	2		1				3
en attente imagerie		2					2
à reconvoquer pour examen complémentaire		1					1
surveillance	1						1
Total général	13	10	5	3	3	2	36

Résultats CHBA 5 : analyse des 36 hospitalisations identifiées non pertinentes

Lien motif de non pertinence et spécialité

Étiquettes de lignes	médecine	traumatologie	gériatrie	neurologie	addictologie	gastro	rhumatologie	cardiologie	MIMI dermatologie	psy	vasculaire	Total général
pas un motif habituel d'hospitalisation		6	1								1	8
bilan SAU autorisant RAD	7											7
en attente avis spécialiste		1	1			1	1			1		5
hospitalisation à programmer en attente examen complémentaire et avis spécialiste	2				1		1		1			5
en attente place en institution			2					1				4
en attente imagerie	1			1								3
à reconvoquer pour examen complémentaire	1					1						2
surveillance					1							1
Total général	11	7	4	4	2	2	2	1	1	1	1	36

Ex de motif d'hospitalisation jugées non pertinentes

pas d'indication à une hospitalisation en urgence
avis spécialisé à programmer
difficultés pour le médecin généraliste de programmer un avis spécialisé dans des délais raisonnables

demande de sevrage dans un contexte d'ivresse aiguë
hospitalisation à différer
pas d'information sur la possibilité de retour au domicile avec surveillance par l'entourage

pas de protocole avec un bilan en externe pour d'AIT: paresthésies de main depuis 5j
en attente d'échodoppler et avis neuro le lendemain : atteinte périphérique possible mais pas centrale: à revoir avec med ttt Orientation par défaut par med ttt lien ville

perte d'autonomie suite à fracture de la tête humérale
seule au domicile
en attente d'organisation des aides par la famille

hospitalisation totalement injustifiée chez F de 99 ans GIR1 en l'absence de bénéfice à en attendre!!!

névralgie du trijumeau évoluant depuis pls mois... hospit en attente de scanner à la demande du neurologue
TTT par tégrétole instauré au SAU et demande de cs neuro en externe à la sortie du UHCD

H IMC de 35 ans fr non déplacée, marginale de la partie sup du condyle ext
seul à domicile, en fauteuil roulant, 6eme étage : RAD impossible malgré passage aides 5 fois/j

F de 86 ans vivant seule au domicile : chute avec TC sans PDC et plaie cuir chevelu suturée, et fr tête 1 er méta
RAD difficile
harcèlement par la fille nécessitant passage identité en séjour confidentiel
signalement au magistrat de garde, sauvegarde de justice : ne pas laisser sortir la patiente

patient 76 ans seul au domicile, avec dl abdo depuis 10j, avec scanner abdo au SAU excluant syndrome occlusif
bilan au SAU négatif ; RAD envisagé mais patient finalement gardé car seul au domicile

sub OAP chez F de 91 avec dyspnée depuis 10j, sans besoin O2
difficulté RAD

Ex de motif d'hospitalisation jugées non pertinentes

lieu de vie inadaptée
en attente de place en EHPAD
problème gériatrique : prise en charge de la douleur lors des pansements d'escarres chez une patiente âgée de 89ans , avec AOMI très avancée

en attente d'une fibroscopie oesogastro duodénale sur épigastralgies : dl à type de brûlure sans signe de gravité
fibro le lendemain normale admise par défaut : fibro en externe motif dl

suspicion de thrombose veineuse profonde adressé pour échodoppler veineux des membres inférieurs
aucune détresse justifiant un passage au SAU : ttt curatif, HBPM, et bas de contention pouvaient être prescrits par med ttt et écho doppler fait en ville

patient âgé de 86 ans, vivant seul, ayant chuté avec impotence fonctionnelle du genou sans déformation ni lésion de fracture à la radio
nécessité avis rhumato

chute ds contexte alcoolisation aigue chez F de 70 ans vivant seule, de thymie dépressive
pas de lésion osseuse, nécessité prise en charge thymie et douleur

sciatalgie non déficitaire chez patient de 48 ans sur un canal lombaire rétréci
patient habitant belle Ile
vu pls fois (CHBI, puis SAU CHBS, puis CHBA) avant décision hospit , scanner et infiltration

lombalgies depuis 1 mois avec diarrhées depuis 2 semaines, nécessitant bilan en médecine mais pas en urgences!!
hospitalisation à programmer

bilan d'ataxie existante depuis 3 semaines : passage par les urgences non justifié ! hospitalisation aurait du être programmée
scanner et IRM ont réfuté AVC

surveillance suite à malaise atypique chez patient Alzheimer évolué, scanner et EEG normaux

vertiges à 2 reprises avec bilan scanner initial normal: hospit en attente de l'IRM

— Conclusions et perspectives

— Un plan d'actions en interne :

- organisation et accès aux avis spécialistes, imagerie (lien avec horaires de NP : mise en place de phase test avec télé interprétation imagerie en nuit profonde)
- prise de rdv à la sortie du patient pour avis en cs externe , reconvoction
- Organisation d'une hospitalisation programmée
- Lisibilité de l'accès aux spécialités pour les médecins de ville

— Les conclusions

— À l'échelle régionale : peu d'hospitalisations non pertinentes et non justifiées (5,6%)

— Rencontres à l'échelle territoriale (sept-nov 2018)

Partage des résultats et des biais éventuels de l'étude

Appropriation des résultats par les établissements

Première réflexion sur l'exploitation de ces résultats en interne => plan d'action par ES ou par territoire

- Intérêt de travailler pour certains établissements sur les hospitalisations non pertinentes mais justifiées, afin d'élargir le panel
- Identifier les motifs d'organisation interne qui ont entraîné des hospitalisations non pertinentes et non justifiées : volume à rapporter annuellement et avec le nombre de journées d'hospitalisation générées => sur lesquels l'établissement peut disposer de leviers
- Identifier les motifs liés à l'organisation du territoire et des filières, lien avec les EHPAD, lien avec la médecine générale
- Identifier les motifs pour lesquels l'ARS peut disposer de leviers

— Les perspectives

— Réunion du comité stratégique (déc 2018)

Perspectives d'analyse complémentaire au niveau territorial et régional, les attentes en terme de restitution des résultats

Réflexion sur plan d'action régional :

- plan de communication régional auprès des médecins de ville et du public ? (Transport sortie? Hébergement ? Isolement patient ?)
- lancement AAC sur les infirmiers de nuit en EHPAD

— Suivi des plans d'actions établissements (1^{er} trimestre 2019)

— Restitution des résultats à l'ensemble des structures et REX (2^{ième} trimestre 2019)