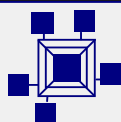


**SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement
FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu**



**Directoraat-generaal Organisatie gezondheidszorgvoorzieningen
Direction générale de l'Organisation des Etablissements de soins**



**C.H.U. de Liège
Département d'Information Médicale
Prof. P. Gillet**

**Faculté de Médecine
UNIVERSITE de Liège**
ULg

**POLITIQUE D'ADMISSION JUSTIFIEE DANS LE
SECTEUR HOSPITALIER**

RAPPORT FINAL PHASE III

AVRIL 2005

**PR. PIERRE GILLET
DANIEL GILLAIN
PIERRE FONTAINE
JESSICA JACQUES**

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	3
Résumé des PHASES précédentes.....	4
Méthode statistique et traitement des résultats	5
Couplage AEP – RCM (analyse des données de la phase II)	6
Redéfinition des critères d'échantillonnage de l'admission	7
Type de séjour hospitalier (Champ 5 du fichier STAYHOSP).....	14
Code réadmission (Champ 9 du fichier STAYHOSP).....	14
Durée totale de séjour hospitalier (Champ 13 du fichier STAYHOSP)	15
Durée de séjour en index de lit (Champ 7 du fichier STAYINDEX)	16
Lieu avant l'admission (Champ 20 du fichier STAYHOSP).....	20
Type d'admission (Champ 21 du fichier STAYHOSP)	21
Adressé par (Champ 22 du fichier STAYHOSP)	23
Destination (Champ 23 du fichier STAYHOSP).....	24
type de sortie (Champ 24 du fichier STAYHOSP).....	25
Nombre de séjours en spécialité (Champ 6 - code de spécialité - du fichier STAYSPEC).....	26
Nombre de procédures ICD9 (liaison avec le fichier PROCICD9).....	27
Nombre de procédures INAMI (liaison avec le fichier PROCRIZI)	28
Classement des séjours en groupes homogènes de maladies	29
Type d'APRDRG.....	29
Classement par MDC	29
La phase III	33
Mise au point du questionnaire	33
Procédure de choix des hôpitaux et échantillonnage	33
Déroulement de l'enquête	33
Résultats	34
Echantillonnage.....	34
Les journées justifiées	35
Critères	37
Partie explicative des séjours non-justifiés	37
Les admissions justifiées.....	39
Conclusions et perspectives	41

Introduction

Le présent rapport porte sur la première analyse des données résultant du couplage entre l'AEP et le RCM. Cette analyse se réfère aux données de la phase II pour lesquelles nous disposons à l'heure actuelle de presque toute l'information. Il porte également sur l'analyse des données AEP de la phase III de l'étude « Politique d'admissions justifiées dans le secteur hospitalier », et renvoie donc aux rapports précédents pour tous ce qui est antérieur à la période considérée ici.

Il est cependant utile de rappeler que l'objectif général de la recherche est de dégager des indicateurs permettant de donner une appréciation objective du caractère justifié de l'activité hospitalière et plus particulièrement de l'admission. L'étude aborde cette problématique sous la facette des futures règles de financement et des éventuelles conséquences en terme d'enjeu financier : l'admission « justifiée », « abusive », « précoce », « réadmission suite à une durée de séjour raccourcie » « taux de substitution », etc. La pertinence de ces indicateurs y est mise à l'épreuve et doit répondre de sa capacité à détecter soit d'une manière globale soit pour certaines pathologies d'éventuelles inopportunités d'admissions ou réadmissions hospitalières.

Les différentes facettes de l'effet offre, et donc des réponses à y apporter, sont synthétisées dans le schéma ci-dessous. 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 peut se faire par un instrument largement décrit et validé dans la littérature : l'Appropriateness Evaluation Protocol (AEP). Cependant, concernant les hospitalisations inopportunes pour procédures chirurgicales, l'approche AEP doit être complétée par une double analyse :

- la chirurgie électorale, car en effet, l'AEP justifie une admission dès qu'une intervention chirurgicale y est associée, sans s'interroger sur l'opportunité de l'intervention elle-même.
- La substitution de l'hospitalisation classique par une hospitalisation de jour.

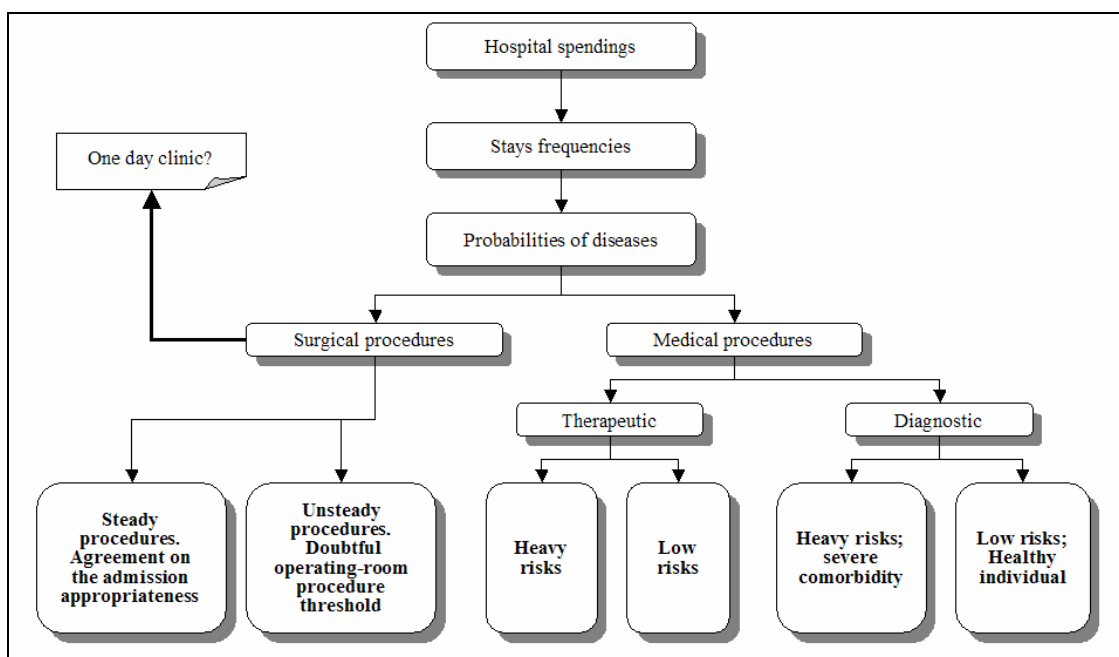


Figure 1 : Flowchart of hospital consumption

Résumé des PHASES précédentes

En ce qui concerne l'**hospitalisation de jour**, une analyse rétrospective d'un échantillon de dossiers médicaux, stratifié selon la pathologie et les critères retenus par le ministère de la Santé Publique pour les hospitalisations classiques inopportunes nous permet d'établir la sensibilité et la spécificité des critères déterminant les hospitalisations classiques substituables en hospitalisation de jour.

Les résultats de cette recherche permettent d'affirmer qu'au CHU de Liège pour l'année 2000, 34% des patients dont le séjour en hospitalisation classique est considéré comme substituables ("faux classiques") présentent des raisons d'être effectivement hospitalisés. Dans un cas sur trois, les critères d'exclusion à l'hôpital classique paraissent trop sévères et pénalisent injustement l'hôpital.

Pour l'**hospitalisation classique**, l'utilisation des outils existant au niveau international nécessite d'une part une adaptation aux spécificités belges (RIM, RCM, ...) et, d'autre part, un test dans nos hôpitaux de référence.

L'outil choisi pour juger de l'opportunité des séjours (admission et journée d'hospitalisation) est l'Appropriateness Evaluation Protocol (A.E.P.) Il s'agit d'un instrument permettant d'apprécier la pertinence d'une admission ou d'une journée d'hospitalisation au travers de critères explicites, prédéfinis, qui sont relatifs aux soins mais indépendants de la pathologie traitée (Winterhalter, 1991).

Dans une première phase, une pré-étude visant à confronter l'outil au contexte hospitalier belge a eu lieu lors du premier semestre 2002. Ce travail a permis, d'une part, de confirmer l'hypothèse suivant laquelle les résultats sont équivalents selon qu'ils résultent de l'enregistrement par le corps médical ou par le corps infirmier. D'autre part, il fut l'occasion de développer une partie supplémentaire, spécifique à notre étude, destinée à expliquer les causes des journées d'hospitalisation non-justifiées. Cette adjonction fournit à l'hôpital un outil d'audit interne permettant de mettre en évidence les lacunes organisationnelles et structurelles endogènes et exogènes.

Suite à ce test, dans la deuxième phase de l'étude, l'enquête a été réalisée à plus grande échelle en vue de constituer une base de données suffisamment représentative, tant pour les journées d'hospitalisation (AEP séjour) que pour les jours d'admission (AEP admission). Pour ce faire, l'enregistrement du protocole a été réalisé pour tous les patients présents lors des jours d'enquête (coupe transversale).

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. L'outil AEP leur fournit non seulement une analyse de leur niveau de performance en terme de journées et d'admissions justifiées, mais également des causes engendrant les séjours non justifiés.

Cette dernière partie s'est avérée être particulièrement intéressante pour les gestionnaires des hôpitaux participants, celle-ci montrant tant les facteurs organisationnels endogènes à l'hôpital, que les facteurs exogènes à l'hôpital, 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-hospitalière et revêt de ce fait un intérêt particulier pour les pouvoirs publics.

Une première analyse descriptive a fait l'objet d'un rapport transmis au SPF Santé Publique, en juin 2003. On y observe que la part d'injustification liée aux journées d'hospitalisation (27%) est plus importante que celle liée aux admissions (18%). Il paraît dès lors judicieux d'axer le financement hospitalier sur les admissions plutôt que sur les journées d'hospitalisation.

Méthode statistique et traitement des résultats

En vue du traitement statistique, l'ensemble des données collectées a été regroupé en une seule base de données de type Microsoft Excel®. Le classeur ainsi réalisé a pu servir de fichier d'importation au logiciel statistique (SPSS® 11.0).

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.

Les comparaisons de moyennes de 2 groupes ont été testées par le t de Student après vérification de l'homoscédasticité évaluée par le test de Levene. En cas où ce dernier est significatif, le test de Student à variance séparée a été utilisé.

Lorsque les conditions de normalité ne sont pas respectées pour les distributions d'échantillonnage des variables quantitatives, on a préféré avoir recours à un test non paramétrique comme le test de Mann-Whitney.

Couplage AEP – RCM (analyse des données de la phase II)

Pour ce premier couplage des données AEP avec les données RCM, six hôpitaux sur huit nous ont communiqué leurs RCM. Nous venons de recevoir les données RCM de l'hôpital G mais trop tard pour les intégrer dans le présent rapport. L'analyse des données complètes fera l'objet d'une prochaine communication.

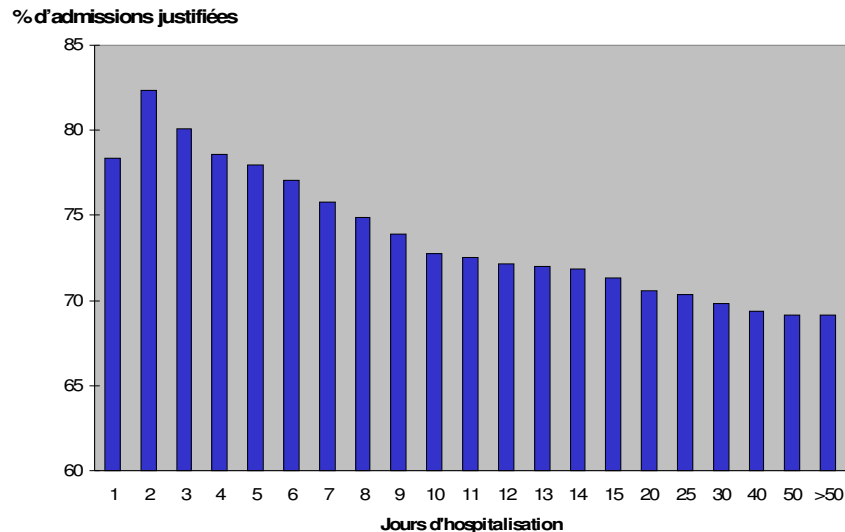
Pour les hôpitaux dont les données sont disponibles, nous obtenons un taux de couplage moyen de 89.5% (3271 RCM sur 3656 AEP). Dans le tableau ci-dessus, nous avons exclu les données pour lesquelles le jour d'enregistrement correspond à un jour de sortie (item X0).

SITE	AEP	RCM	Couplage (%)
A	470	425	90.4
B	1241	1127	90.8
C	711	622	87.5
D	619	542	87.6
E	189	164	86.8
F	426	391	91.8
G	756	0	0.0
H	409	0	0.0
Total	4821	3271	67.8

Redéfinition des critères d'échantillonnage de l'admission

Jusqu'ici nous avons choisi comme critère de sélection de l'échantillon servant à définir l'admission, les cas pour lesquels le jour d'enregistrement est le premier jour d'hospitalisation. Pour éviter de considérer les séjours pré-opératoires comme inappropriés, nous avons ajouté aux critères A, B, C et AD, les critères D1, D2-1 et D2-2.

On peut s'intéresser à l'évolution du taux d'admissions justifiées en fonction des jours d'hospitalisation.



On remarque plus particulièrement que le J2 présente un taux d'admissions justifiées supérieur de près de 7% par rapport au J1.

J	Total	Non justifiés	Justifiés	% Justifiés
1	300	65	235	78.33
2	456	68	388	85.09
Total	756	133	623	82.41
p_x	0.01702015			

Lors de nos précédentes présentations de nos résultats devant des comités d'experts et notamment devant la « **Commission Multipartite** », il nous a été demandé d'évaluer la possibilité d'étendre les critères d'admission à d'autres journées du séjour et donc de ne pas se limiter au premier jour de l'hospitalisation.

Il est évident que par son caractère transversal, ce type d'échantillonnage peut nous amener à se poser la question de la justification ultérieure d'une admission qu'on a considérée inappropriée au J1. Si l'on étend l'échantillon au deuxième jour de l'hospitalisation, on va inévitablement se reposer la même question. Mais de plus, on peut aussi se demander si les séjours considérés comme inappropriés ce jour, n'étaient pas justifiés la veille. La réflexion peut même s'étendre à l'ensemble du séjour en considérant comme une admission justifiée tout séjour ayant comporté au moins une journée justifiée dans sa durée. Il faut garder à l'esprit que cette méthode de sélection pourrait amener à renforcer la part des faux positifs en classant comme non justifiés des cas dont on ne connaît pas la situation les autres jours du séjour à l'hôpital.

Dans le cadre de l'outil AEP, on ne peut appréhender ce type d'interrogation qu'en réalisant des enquêtes longitudinales ; ce qui est lourd à mettre en pratique et peu rentable vis-à-vis des renseignements que l'on peut en tirer.

Par contre, grâce aux informations contenues dans le RCM, on peut analyser, pour ces séjours inappropriés ; quelles procédures ICD9 ont été réalisées ou encore quelles prestations INAMI ont été facturées.

Dans le tableau ci-dessous, nous pouvons observer les procédures ICD-9-CM réalisées lors des séjours des patients dont l'admission a été déclarée injustifiées au J1 et au J2, au sens de l'AEP. Ces procédures ont été sélectionnées par couplage des séjours avec le fichier RCM « PROCICD9 ».

Proc	Libellés	J1	J2	Total	Just
0331	PONCTION DE MOELLE EPINIERE		1	1	1
064	THYROIDECTOMIE TOTALE		1	1	1
1291	EVACUATION THERAPEUTIQUE DE LA CHAMBRE ANTERIEURE DE L'OEIL		1	1	1
1341	PHACOEMULSIONNEMENT ET ASPIRATION DE CATARACTE	1		1	1
1371	INSERTION DE PROTHESE DE CRISTALLIN INTRAOCULAIRE AVEC EXTRACTION DE CATARACTE SIMULTANEE	1		1	1
1919	STAPEDECTOMIE, AUTRE		1	1	1
2051	EXCISION DE LESION DE L'OREILLE MOYENNE		1	1	1
3322	BRONCHOSCOPIE PAR FIBRE OPTIQUE		1	1	0
3324	BIOPSIE DE BRANCHE, FERMEE, PAR ENDOSCOPIQUE	1	1	2	0
3605	ANGIOPLASTIE CORONAIRE PERCUTANEE TRANSLUMINALE DE PLUSIEURS VAISSEAUX EN UNE SEULE OPERATION OU ATHERECTOMIE CORONAIRE, AVEC OU SANS MENTION D'AGENT THROMBOLYTIQUE		1	1	1
3606	INSERTION DE STENT D'ARTERE CORONAIRE		1	1	1
3722	CATHETERISME CARDIAQUE GAUCHE	1	1	2	1
3821	BIOPSIE DE VAISSEAU SANGUIN		1	1	1
3893	CATHETERISME DE VEINE, AUTRE		3	3	0
3995	HEMODIALYSE		1	1	0
4059	EXCISION RADICALE DE GANGLION LYMPHATIQUE, AUTRE	1	1	2	1
4223	OESOPHAGOSCOPIE, AUTRE	1		1	0
4281	INSERTION D'UN TUBE PERMANENT DANS L'OESOPHAGE	1		1	0
4391	GASTRECTOMIE TOTALE AVEC INTERPOSITION INTESTINALE		1	1	1
4414	BIOPSIE ENDOSCOPIQUE DE L'ESTOMAC, FERMEE		1	1	0
4513	ENDOSCOPIE DE L'INTESTIN GRELE, AUTRE	8	5	13	0
4516	OESOPHAGOGASTRODUODENOSCOPIE AVEC BIOPSIE, FERMEE	2	1	3	0
4523	COLONOSCOPIE	2	4	6	0
4525	BIOPSIE ENDOSCOPIQUE DU GROS INTESTIN, FERMEE	1	1	2	0
4551	ISOLATION DE SEGMENT D'INTESTIN GRELE		1	1	1
4863	RESECTION ANTERIEURE DU RECTUM, AUTRE	1		1	1
4869	RESECTION DU RECTUM, AUTRE	1		1	1
4901	INCISION D'ABCES PERIANAL		1	1	0

Proc	Libellés	J1	J2	Total	Just
4931	EXCISION OU DESTRUCTION DE LESION OU DE TISSU DE L'ANUS, PAR ENDOSCOPIE		1	1	0
4959	SPHINCTEROTOMIE ANALE, AUTRE		1	1	1
5011	BIOPSIE PERCUTANEE DU FOIE, FERMEE	1		1	0
5122	CHOLECYSTECTOMIE		1	1	1
5123	CHOLECYSTECTOMIE PAR LAPAROSCOPIE	1		1	1
5421	LAPAROSCOPIE	1		1	0
5491	PONCTION ABDOMINALE PERCUTANEE		1	1	0
5497	INJECTION D'AGENT THERAPEUTIQUE LOCAL DANS LA CAVITE PERITONEALE		1	1	0
5794	INSERTION D'UN CATHETER URINAIRE CONSTANT	1	1	2	0
580	URETROTOMIE		1	1	1
7736	DIVISION OSSEUSE, AUTRE, ROTULE	1		1	1
7911	REDUCTION FERMEE DE FRACTURE AVEC FIXATION INTERNE, HUMERUS		1	1	1
7912	REDUCTION FERMEE DE FRACTURE AVEC FIXATION INTERNE, RADIUS ET CUBITUS	2	1	3	1
7971	REDUCTION FERMEE DE LUXATION, CEINTURE SCAPULAIRE ET EPAULE		1	1	1
8021	ARTHROSCOPIE, CEINTURE SCAPULAIRE ET EPAULE	1		1	0
8026	ARTHROSCOPIE, GENOU		1	1	0
806	EXCISION DE CARTILAGE SEMI-LUNAIRE DU GENOU		1	1	0
8086	EXCISION OU DESTRUCTION LOCALE DE LESION ARTICULAIRE, AUTRE, GENOU		1	1	0
8154	PROTHESE TOTALE DE GENOU	1		1	1
835	BURSECTOMIE	1		1	1
8387	OPERATION PLASTIQUE DE MUSCLE, AUTRE	1		1	1
8521	EXCISION LOCALE DE LESION DU SEIN		1	1	0
8607	INSERTION DE MATERIEL D'ACCES VASCULAIRE TOTALEMENT IMPLANTABLE		1	1	0
8622	DEBRIDEMENT DE PLAIE, INFECTION OU BRULURE, PAR EXCISION		1	1	1
8624	CHIMIOCHIRURGIE DE LA PEAU	1		1	1
863	EXCISION OU DESTRUCTION LOCALE DE LESION OU DE TISSU CUTANE OU SOUS-CUTANE, AUTRE	1		1	0
864	EXCISION RADICALE DE LESION CUTANEE	1		1	1
8683	ADIPECTOMIE, PANICULECTOMIE	1		1	1
8684	CORRECTION DE CICATRICE RETRACTEE OU DE BRIDE CICATRICIELLE	1		1	0
8703	TOMOGRAPHIE AXIALE COMPUTERISEE DE LA TETE		1	1	0
8753	CHOLANGIOGRAPHIE PEROPERATOIRE	1		1	1
8801	TOMOGRAPHIE AXIALE COMPUTERISEE DE L'ABDOMEN		1	1	0
8838	TOMOGRAPHIE AXIALE COMPUTERISEE, AUTRE		4	4	0
8854	ANGIOCARDIOGRAPHIE COMBINEE DE STRUCTURE GAUCHE ET DROITE DU COEUR	1		1	1

Proc	Libellés	J1	J2	Total	Just
8856	ARTERIOGRAPHIE CORONAIRE AVEC DEUX CATHETERS	1	1	2	1
8872	ULTRA-SON DIAGNOSTIQUE DU COEUR		1	1	0
8891	IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE, CERVEAU ET TRONC CEREBRAL	1		1	0
8898	ETUDES DE LA DENSITE MINERALE OSSEUSE	1		1	0
8917	ENREGISTREMENT POLYSOMNOGRAPHIQUE	3		3	1
8954	MONITORING ELECTROCARDIOGRAPHIQUE		1	1	0
9219	SCINTIGRAPHIE, AUTRE		1	1	0
9396	ENRICHISSEMENT EN OXYGENE, AUTRE	1	1	2	1
9643	INSTILLATION DU TRACTUS DIGESTIF, SAUF LAVAGE GASTRIQUE		1	1	0
966	PERFUSION INTESTINALE DE SUBSTANCES NUTRITIVES CONCENTREES	1		1	0
9902	TRANSFUSION DE SANG OU DERIVES AUTOLOGUE, COLLECTE PREOPERATOIRE	1		1	0
9904	TRANSFUSION DE GLOBULES ROUGES CONCENTRES	1		1	0
9909	TRANSFUSION D'ELEMENT DU SANG, AUTRE	1	1	2	0
9915	PERFUSION PARENTERALE DE SUBSTANCES NUTRITIVES CONCENTREES		2	2	0
9921	INJECTION D'ANTIBIOTIQUE		1	1	0
9985	HYPERTHERMIE POUR TRAITEMENT DE CANCER		1	1	0
Total		51	64	115	71

Sur les 133 admissions non justifiées constatées aux premier et deuxième jour d'enregistrement, pour 39 d'entre-elles on observe aucun enregistrement ICD-9, pour le reste, on relève 115 procédures ICD-9-CM.

En ayant recours à un groupe d'experts, on pourrait déterminer parmi les codes observés, ceux pour lesquels une admission serait justifiée. Néanmoins, en première analyse nous avons requalifié en justifié une série d'admissions pour lesquels, en cours de séjour, une procédure ne pouvant être réalisée en ambulatoire ou en hôpital de jours, a été effectuée (colonne « Just » du tableau). Ainsi, sur les 115 codes présents, **71 (61.7%) ont été a posteriori considérés comme justifiés. Sur les 756 admissions étudiées, il ne reste donc plus que 62 non justifiées soit un taux de 8.2%.**

Une autre technique consiste à catégoriser chaque code ICD selon qu'il puisse être qualifier de « non-operating room procedure (NOR) » et de « operating room procedure (OR) ». Ce caractère peut se trouver dans la classification ICD-9-CM sous la forme de code couleur, bleu pour le NOR et gris pour l'OR.

Dans le tableau ci-dessous, on observe que sur les 115 codes de procédures, 37 c'est-à-dire 32.2% sont des « operating room procedures ». Si l'on considère que la mise en œuvre de telles procédures implique automatiquement la justification de l'admission, dès lors, des 133 admissions **inopportunes (17.6%) du départ, 43 sont requalifiées, ce qui nous amène à un taux de 11.9% d'admissions non justifiées sur les 756 admissions étudiées..**

	Observed N	Expected N	Residual	Test Statistics	
NOR	78	57.5	20.5	Chi-Square	14.62
OR	37	57.5	-20.5	p	0.00013
Total	115				

On peut réaliser le même exercice en recherchant dans le fichier RCM « PROCRIZI » les prestations INAMI réalisées au cours du séjour des admissions non justifiées. On relève en ce faisant 749 procédures INAMI. La même remarque sur le recours à un groupe d'experts peut être faite comme pour les codes ICD. Le nombre très important de codes de nomenclature nous amène à utiliser des méthodes de regroupement des codes. Les tableaux suivants illustrent deux méthodes de classement habituellement utilisées lorsque l'on manipule les codes de nomenclature. Ainsi, le tableau ci-après utilise le classement sous la forme du « **Modèle C** ». On observe que grâce à ce regroupement, il est déjà plus facile de distinguer les procédures qui demandent, a priori, l'hospitalisation du patient.

ModC	Libellés	J1	J2	Total
305	SOINS PAR KINESITHEAPEUTES	20	40	60
413	PRESTATIONS SPECIALES GENERALES		1	1
414	PONCTIONS	4	5	9
439	IMAGERIE MEDICALE - RADIOLOGIE	2	2	4
440	IMAGERIE MEDICALE RADIOLOGIE	120	148	268
441	IMAGERIE MEDICALE ECHOGRAPHIE	15	21	36
442	PREST. INT. PERCUT. SOUS CONTROLE D'IMAGERIE MED.		3	3
447	MEDECINE NUCLEAIRE : 2) TESTS OU DOSAGES : A) IN VIVO	17	15	32
448	MEDECINE NUCLEAIRE : 2) TESTS OU DOSAGES : B) IN VITRO	18	29	47
451	MEDECINE INTERNE : PNEUMOLOGIE	21	13	34
452	MEDECINE INTERNE : GASTRO-ENTEROLOGIE	12	11	23
453	HON. DIALYSE RENALE, HON. DIALYSE RENALE PEDIATRIE		9	9
455	MEDECINE INTERNE : CARDIOLOGIE	8	12	20
456	MEDECINE INTERNE : NEUROPSYCHIATRIE	8	6	14
457	MEDECINE INTERNE : EXAMENS ELECTROCARDIOGRAPHIQUES AVEC PROTOCOL	19	29	48
459	DERMATO-VERERELOGIE	3		3
514	ANESTHESIOLOGIE	26	24	50
516	AIDE OPERATOIRE - ACCREDIT. Art. 14 ET 15	8	3	11
517	REANIMATION	3	7	10
531	CHIRURGIE ABDOMINALE N 600 ET PLUS	2	1	3
532	CHIRURGIE ABDOMINALE N 126 A N 599	2	1	3
533	CHIRURGIE ABDOMINALE N 125 ET MOINS		1	1
543	CHIRURGIE THORACIQUE N 125 ET MOINS		1	1
552	CHIRURGIE VAISSEAUX N 126 A N 599		1	1
562	OPHTALMOLOGIE N 126 A N 599	1		1
563	OPHTALMOLOGIE N 125 ET MOINS	8	19	27
571	OTO-RHINO-LARYNG. K 400 ET PLUS		1	1
572	OTO-RHINO-LARYNG. K 76 A K 399		1	1
573	OTO-RHINO-LARYNG. K 75 ET MOINS	5	2	7
582	UROLOGIE K 76 A K 399		1	1

ModC	Libellés	J1	J2	Total
583	UROLOGIE K 75 ET MOIN	1		1
596	ORTHOPEDIE N 599 ET MOINS	4	4	8
597	ORTHOPEDIE N 600 ET PLUS	1		1
Total		332	417	749

Une autre technique de classement consiste à regrouper les codes de nomenclature en **articles**, conformément au texte de l'INAMI.

Articles	Libellés	J1	J2	Total	Qual
Missing		49	73	122	non justifié
Art. 3	Prestations techniques médicales	4	6	10	non justifié
Art. 11	Prestations spéciales générales	4	6	10	justifié
Art. 12	Anesthésiologie	26	24	50	justifié
Art. 13	Réanimation	3	7	10	justifié
Art. 14 d)	Chirurgie abdominale	4	3	7	justifié
Art. 14 e)	Chirurgie thoracique		1	1	justifié
Art. 14 f)	Chirurgie des vaisseaux		1	1	justifié
Art. 14 h)	Ophthalmologie	9	19	28	justifié
Art. 14 i)	Oto-rhino-laryngologie	5	4	9	justifié
Art. 14 j)	Urologie	1	1	2	justifié
Art. 14 k)	Orthopédie	5	4	9	justifié
Art. 14 m)	transplantations	8	3	11	justifié
Art. 17	Radiologie	92	117	209	non justifié
Art. 17 bis	Echographie	14	20	34	non justifié
Art. 17 ter	Radiodiagnostic	2	2	4	non justifié
Art. 18	Radiothérapie et radiumthérapie - Médecine nucléaire	35	43	78	non justifié
Art. 20 a)	Médecin spécialiste pathologie interne - a) Médecine interne		9	9	non justifié
Art. 20 b)	Médecin spécialiste pathologie interne - b) Pneumologie	21	13	34	non justifié
Art. 20 c)	Médecin spécialiste pathologie interne - c) Gastro-entérologie	12	11	23	non justifié
Art. 20 e)	Médecin spécialiste pathologie interne - e) Cardiologie	27	41	68	non justifié
Art. 20 f)	Médecin spécialiste pathologie interne - f) Neuropsychiatrie	8	6	14	non justifié
Art. 21	Dermato-vénéréologie	3		3	non justifié
Art. 34	Prestations interventionnelles percutanées sous contrôle d'imagerie médicale		3	3	non justifié
Total		332	417	749	

Une première remarque est que 122 codes de nomenclatures ne peuvent être classés dans aucun article. On s'aperçoit néanmoins, en recherchant le modèle C de ces codes, que l'on peut les considérer comme non justifiés.

ModC	Libellés	Fréquence
305	SOINS PAR KINESITHEAPEUTES	60
440	IMAGERIE MEDICALE RADIOLOGIE	59
441	IMAGERIE MEDICALE ECHOGRAPHIE	2
448	MEDECINE NUCLEAIRE : 2) TESTS OU DOSAGES : B) IN VITRO	1
Total		122

Dans le tableau de regroupement par article, nous avons tenté de qualifier les différents articles en justifié et non justifié au niveau de l'opportunité de l'admission à l'hôpital. Par cette méthode nous obtenons une justification a posteriori de 138 codes sur 749, soit 18.4%.

On constate donc une certaine divergence entre la méthode partant des codes ICD-9-CM, qui justifiait 32.2% des codes, alors que la nomenclature INAMI semble ne justifier que 18.4% des procédures.

Néanmoins, on remarque qu'il est toujours plus facile de justifier a posteriori les admissions des séjours chirurgicaux que médicaux. Il est évident qu'une analyse plus approfondie, avec recours aux experts, des codes de nomenclature est indispensable. Il faudra aussi lui ajouter une analyse des codes diagnostics obtenus après liaison des séjours avec le fichier RCM « DIAGNOSE ». Ces codes ICD-9, isolés ou combinés, devraient également être riches en renseignements sur la sévérité de l'état du patient même s'il n'est qu'en observation.

Dans ce rapport, nous avons voulu exposer certaines pistes qu'il faudra évidemment valider par la suite lorsque notre base de données sera complétée par le RCM de l'hôpital G ainsi que par les RCM de l'enquête réalisée lors de la phase III.

Type de séjour hospitalier (Champ 5 du fichier STAYHOSP)

Séjours :

		Total	Justifiés	% Justifiés
C	Hospitalisation de jour chirurgicale	2	2	100.00
D	Hospitalisation de jour	1	1	100.00
F	Séjours de longue durée	63	53	84.13
H	Hospitalisation classique	3205	2290	71.45
Total		3271	2346	71.72
	p_{x²}	0.0155		

Par la présence des codes C et D, on s'aperçoit que l'analyse des RCM peut être un contrôle de qualité de l'enregistrement AEP. En effet, nous sommes en présence ici de 3 séjours dont l'item X0 aurait du être validé.

Cette analyse montre une différence significative entre le taux de justification des séjours de longues durées (84.1%) par rapport à l'hospitalisation classique (71.4%).

Comme il n'y a, a priori, aucune raison objective pour que les séjours de longues durées soient plus appropriés que l'hospitalisation classique, une tentative d'explication pourrait être que comme l'AEP a été enregistré à trois reprises, dans les mêmes unités, la probabilité de rencontrer les mêmes patients est plus importante, et ce d'autant plus si le séjour est de longue durée.

Les effectifs sont tels qu'il n'est pas possible de réaliser la même analyse pour les admissions.

Code réadmission (Champ 9 du fichier STAYHOSP)

Séjours :

		Total	Justifiés	% Justifiés
0	Inconnu	1	1	100.00
1	Réadmission	1256	925	73.65
2	Pas de réadmission	2014	1420	70.51
Total		3271	2346	71.72
	p_{x²}	N.S.		

Admissions :

		Total	Justifiées	% Justifiées
1	Réadmission	241	204	84.65
2	Pas de réadmission	514	418	81.32
Total		755	622	82.38
	p_{x²}	N.S.		

On constate que le fait pour un patient d'avoir eu une réadmission dans l'année, dans le même hôpital, n'influence pas le taux de journées justifiées ou encore le taux d'admissions justifiées.

Durée totale de séjour hospitalier (Champ 13 du fichier STAYHOSP)

Séjours :

		Séjours non justifiés	Séjours justifiés
N		925	2346
Mean		17.68	16.43
Std. Error		0.55	0.30
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	16.61	15.73
	Upper Bound	18.75	17.13
5% Trimmed Mean		15.71	14.18
Huber's M-Estimator		13.78	12.18
Median		13	11
Std. Deviation		16.60	17.24
Minimum		1	0
Maximum		123	162
Interquartile Range		15	14

On constate que la durée de séjour est légèrement plus courte lorsque les séjours sont justifiés, en moyenne 1.25 jours, ce qui est à la limite de signification statistique ($p_{\text{tStudent}} < 0.05$). On retrouve la distribution typique de cette variable avec une forte asymétrie droite. Il est donc plus judicieux d'utiliser un test non paramétrique comme le U de Mann-Whitney ($p_{\text{Mann-Whitney}} = 0.00117$)

Admissions :

		Admissions non justifiées	Admissions justifiées
N		133	623
Mean		6.67	5.25
95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	5.65	4.89
	Upper Bound	7.69	5.61
Std. Error		0.52	0.18
5% Trimmed Mean		6.07	4.76
Huber's M-Estimator		5.15	3.92
Median		4	3
Std. Deviation		5.96	4.58
Minimum		1	0
Maximum		29	23
Interquartile Range		7	6

Rappelons que pour étudier les admissions justifiées nous nous concentrons sur les enregistrements des deux premiers jours de l'hospitalisation. La sélection de cet échantillon particulier entraîne une diminution de la moyenne des durées de séjour, par contre leur différence en fonction du critère de justification donne une valeur sensiblement identique aux séjours avec 1.43 jours. Cette différence est également significative ($p_{t\text{Student}} < 0.02$; $p_{\text{Mann-Whitney}} < 0.02$).

Durée de séjour en index de lit (Champ 7 du fichier STAYINDEX)

On obtient ce paramètre en reliant les séjours avec le fichier « STAYINDEX » et on somme les durées de séjours en fonction de l'index de lit. Il peut être intéressant de vérifier si la décomposition des séjours dans les différents index de lit rencontrés durant le séjour peut donner des indications sur la justification de ces mêmes séjours. Nous poserons la même question en terme de la justification des admissions. On pourra aussi simplifier le problème au simple passage dichotomique dans l'indice de lit sans se préoccuper de la durée.

Durée de séjour en lit C (service de diagnostic et traitement chirurgical).

	Séjours		Admissions	
	non justifiés	justifiés	non justifiées	Justifiées
N	245	745	45	246
Mean	12.24	11.13	4.62	5.18
5% Trimmed Mean	10.12	10.01	4.22	4.74
Huber's M-Estimator	8.78	8.79	3.84	4.05
Median	8	8	4	4
Std. Deviation	14.91	9.82	3.76	4.26
Minimum	1	1	1	1
Maximum	108	67	20	23
Interquartile Range	10	10	4.5	6
p_{Mann-Whitney}	N.S.		N.S.	

Passage en lit C (service de diagnostic et traitement chirurgical).

	Séjours			Admissions		
	Total	Justifiés	% Justifiés	Total	Justifiées	% Justifiées
Non	2281	1601	70.19	465	377	81.08
Oui	990	745	75.25	291	246	84.54
Total	3271	2346	71.72	756	623	82.41
p_{X²}	0.00313			N.S.		

On voit que la durée en lit C n'est pas un bon indicateur de la justification tant des séjours que des admissions. On observe toutefois une augmentation d'environ 5% des séjours justifiés quand les patients ont eu un passage en lit C. Cette constatation étant le simple reflet que les séjours chirurgicaux sont plus facilement justifiés que les médicaux.

Durée de séjour en lit D (service de diagnostic et de traitement médical).

	Séjours		Admissions	
	non justifiés	justifiés	non justifiées	justifiées
N	317	715	50	164
Mean	14.56	14.62	7.24	5.12
5% Trimmed Mean	13.20	13.04	6.78	4.55
Huber's M-Estimator	12.55	12.22	5.56	3.60
Median	12	11	4	3
Std. Deviation	12.27	13.74	6.30	4.87
Minimum	1	1	1	1
Maximum	82	123	22	22
Interquartile Range	12	12	8.25	5.75
p_{Mann-Whitney}	N.S.		0.00882	

La durée de séjour en lit D n'a aucune influence sur le caractère justifié, tant au niveau journées qu'au niveau admissions.

Passage en lit D (service de diagnostic et de traitement médical).

	Séjours			Admissions		
	Total	Justifiés	% Justifiés	Total	Justifiées	% Justifiées
Non	2239	1631	72.85	542	459	84.69
Oui	1032	715	69.28	214	164	76.64
Total	3271	2346	71.72	756	623	82.41
p_{χ²}	0.03554			0.00882		

Par contre, le critère passage en lit D est un facteur aggravant la non justification, et ce surtout au niveau des admissions. On peut ici tenir le raisonnement inverse de celui tenu lorsque l'on étudie le passage en lit C. On note toutefois que ce critère semble être nettement plus discriminant que le précédent. Ainsi, si on constate 3.6% de journées justifiées en moins lorsqu'il y a eu passage en lit D durant le séjour, on observe une chute de 8% des admissions justifiées dans la même situation. Il faudra vérifier si l'on peut conclure qu'il est encore plus difficile de justifier l'admission d'un séjour médical que le séjour lui-même.

Durée de séjour en lit G (service gériatrique).

	Séjours		Admissions	
	non justifiés	justifiés	non justifiées	justifiées
N	72	77	9	10
Mean	18.25	21.38	8.44	10.70
5% Trimmed Mean	16.86	20.41	7.88	10.83
Huber's M-Estimator	15.58	18.76	6.77	10.91
Median	15.5	19	7	10.5
Std. Deviation	14.25	13.02	8.32	5.58
Minimum	1	1	1	1
Maximum	67	56	26	18
Interquartile Range	15.5	10	11.5	8.75
p_{Mann-Whitney}	0.04059329		N.S.	

Passage en lit G (service gériatrique).

	Séjours			Admissions		
	Total	Justifiés	% Justifiés	Total	Justifiées	% Justifiées
Non	3122	2269	72.68	737	613	83.18
Oui	149	77	51.68	19	10	52.63
Total	3271	2346	71.72	756	623	82.41
p_{X²}	0.00000			0.00237		

Dans ce type d'index de lit, la faiblesse de l'effectif ne nous permet pas de tirer des conclusions sur les durées de séjour. Par contre, le tableau montrant les passages en lit G, illustre parfaitement le fait que les services gériatriques des hôpitaux généraux sont bipolarisés entre des soins aigus et une proportion importante de soins subaigus puisque l'AEP mesure des critères d'hospitalisation dans un hôpital aigu..

On aurait pu aussi trouver des explications dans l'étude des « séjours sociaux », c'est-à-dire les séjours pour lesquels un code V dit « social » a été encodé.

Les codes V dit « sociaux » sont les codes V600 à V639. On peut les décomposer en :

1. V60x : Raisons socio-économiques, conditions d'habitat,
2. V61x : Raisons familiales,
3. V62x : Raisons psychosociales,
4. V63x : Impossibilité d'accès aux soins médicaux

Malheureusement, l'encodage de ces codes n'est pas obligatoire et nous n'en avons relevé aucun dans notre base de données actuelle.

Durée de séjour en lit I (service de soins intensifs).

	Tous les séjours		DRG médicaux		DRG chirurgicaux	
	non justifiés	justifiés	non justifiés	justifiés	non justifiés	justifiés
N	53	161	24	54	29	107
Mean	9.15	11.33	4.96	11.24	12.62	11.37
5% Trimmed Mean	7.05	10.21				
Huber's M-Estimator	5.68	8.92				
Median	6	8				
Std. Deviation	12.47	10.79				
Minimum	1	1	1	1	1	1
Maximum	62	60	13	60	62	51
Interquartile Range	6	14				
P_{Mann-Whitney}	0.0474		0.0165		N.S.	

Passage en lit I (service de soins intensifs).

	Séjours		
	Total	Justifiés	% Justifiés
Non	3057	2185	71.48
Oui	214	161	75.23
Total	3271	2346	71.72
p_{χ²}	N.S.		

Les effectifs en présence ne nous permettent que l'analyse des séjours. On ne constate pas, comme on aurait pu s'y attendre, que le passage en soins intensifs renforce le caractère justifié. En ce qui concerne les durées de séjours en lit I, si on analyse l'ensemble des séjours, on est à la limite de la signification statistique avec une augmentation de 2.18 jours lorsque les séjours sont justifiés. Mais si on refait l'analyse en séparant les DRG chirurgicaux des DRG médicaux, on observe que la durée de séjour en soins intensifs est particulièrement basse dans les séjours médicaux non-justifiés. Il faut toutefois rappeler que vu la taille des effectifs cette tendance constatée demande vérification.

Lieu avant l'admission (Champ 20 du fichier STAYHOSP)

Séjours :

		Total	Justifiés	% Justifiés
0	Inconnu	324	226	69.75
1	A domicile	2655	1897	71.45
3	Autre hôpital: non universitaire	75	58	77.33
4	Autre hôpital: universitaire	7	6	85.71
5	Autre hôpital: psychiatrique	4	2	50.00
6	Maisons de repos et de soins	42	27	64.29
7	MSP et habitations protégées	1	1	100.00
9	Autres	163	129	79.14
Total		3271	2346	71.72

Pour pouvoir réaliser un test statistique de comparaison des pourcentages, nous appliquons le regroupement suivant :

		Total	Justifiés	% Justifiés
0	Inconnu	324	226	69.75
1	A domicile	2655	1897	71.45
2	Hôpital général	82	64	78.05
3	Hôpital psychiatrique, MRS, MSP	47	30	63.83
4	Autres	163	129	79.14
Total		3271	2346	71.72
	p_{x²}	N.S.		

Bien que les différences ne soient pas statistiquement significatives, on peut quand même noter que le taux de journées justifiées est particulièrement bas pour les patients provenant d'un hôpital psychiatrique, d'une MRS ou d'une MSP.

Type d'admission (Champ 21 du fichier STAYHOSP)

Séjours :

		Total	Justifiés	% Justifiés
0	Inconnu	12	9	75.00
1	Admission en urgence via 100	339	229	67.55
2	Admission en urgence	1255	878	69.96
3	Admission planifiée	1663	1228	73.84
4	Admission à partir de l'hospitalisation de jour	1	1	100.00
5	Retour transfert	1	1	100.00
Total		3271	2346	71.72

On remarque que les codes 4 et 5 sont en fait des erreurs d'encodage AEP, se sont des séjours qui devraient être codés X0 ; ils doivent être éliminés. De même que les codes inconnus pour lesquels on ne peut conclure. On réalise le regroupement suivant :

		Total	Justifiés	% Justifiés
1	Admission en urgence	1594	1107	69.45
2	Admission planifiée	1665	1230	73.87
Total		3259	2337	71.71
	p_{X2}		0.0050	

On constate que paradoxalement les séjours dont l'admission a été réalisée en urgence sont apparemment moins justifiés que ceux qui ont été programmés.

Si on subdivise le tableau précédent en DRG médicaux et en DRG chirurgicaux, on ne trouve plus de différence selon le type d'admission, comme on peut le voir au tableau suivant..

		DRG médicaux			DRG chirurgicaux		
		Total	Justifiés	% Justifiés	Total	Justifiés	% Justifiés
1	Admission en urgence	1144	769	67.22	450	338	75.11
2	Admission planifiée	543	350	64.46	1122	880	78.43
Total		1687	1119	66.33	1572	1218	77.48
	p_{X2}		N.S.		N.S.		

En fait, comme on le constate dans le tableau ci-dessus, on remarque une relation croisée entre le type d'admission, urgente ou programmée, et le type de séjour, médical et chirurgical.

		DRG médicaux		DRG chirurgicaux		Total
		Nb.	%	Nb.	%	
1	Admission en urgence	1144	71.8	450	28.2	1594
2	Admission planifiée	543	32.6	1122	67.4	1665
Total		1687	51.8	1572	48.2	3259
	p_{x²}	0.0000				

Cette signification apparente était le reflet que l'on admet en urgence surtout des séjours médicaux (71.8%) et que a contrario, les admissions programmées concernent davantage les séjours chirurgicaux (67.4%).

Admissions :

		Total	Justifiées	% Justifiées
1	Admission en urgence	176	129	73.30
2	Admission planifiée	580	494	85.17
Total		756	623	82.41
	p_{x²}	0.00029		

On observe dans le tableau ci-dessus que le taux d'admissions justifiées augmente de près de 14% si l'admission était planifiée.

Si on subdivise le tableau précédent suivant le type de DRG, on voit que seuls les DRG chirurgicaux conserve une différence significative avec une augmentation de plus de 14% du taux de justifiées.

En première approche, tout se passe comme si une admission en urgence impliquait un retard à l'acte chirurgical.

		DRG médicaux			DRG chirurgicaux		
		Total	Justifiées	% Justifiées	Total	Justifiées	% Justifiées
1	Admission en urgence	118	83	70.34	53	41	77.36
2	Admission planifiée	195	140	71.79	385	354	91.95
Total		313	223	71.25	438	395	90.18
	p_{x²}	N.S.			0.0008		

On réalise le même contrôle que précédemment. A savoir, 69% des séjours médicaux ont été admis en urgence, et 66.4% des séjours chirurgicaux sont programmés.

		DRG médicaux		DRG chirurgicaux		Total
		Nb.	%	Nb.	%	
1	Admission en urgence	118	69.0	53	31.0	171
2	Admission planifiée	195	33.6	385	66.4	580
Total		313	41.7	438	58.3	751
	p_{x²}	0.00001				

Adressé par (Champ 22 du fichier STAYHOSP)

Séjours :

		Total	Justifiés	% Justifiés
0	Inconnu	255	193	75.69
1	De sa propre initiative	507	352	69.43
2	Médecin généraliste	498	346	69.48
3	Médecin spécialiste de son propre hôpital	1883	1366	72.54
4	Médecin spécialiste en dehors de l'hôpital	84	63	75.00
6	Tiers	44	26	59.09
Total		3271	2346	71.72
	p_{x²}	N.S.		

Admissions :

		Total	Justifiées	% Justifiées
0	Inconnu	24	23	95.83
1	De sa propre initiative	77	53	68.83
2	Médecin généraliste	54	39	72.22
3	Médecin spécialiste de son propre hôpital	586	497	84.81
4	Médecin spécialiste en dehors de l'hôpital	10	9	90.00
6	Tiers	5	2	40.00
Total		756	623	82.41
	p_{x²}	0.0004		

Pour réaliser le test statistique, on exclut les items 0, 4 et 6 pour effectifs insuffisants. Si on ne constatait aucune différence pour les séjours, par contre, au niveau des admissions, on constate que lorsqu'un patient est admis de sa propre initiative, c'est-à-dire par les urgences, son admission est plus souvent non justifiée.

Destination (Champ 23 du fichier STAYHOSP)

Séjours :

		Total	Justifiés	% Justifiés
0	Inconnu	117	93	79.49
1	A domicile	2638	1926	73.01
3	Autre hôpital: non universitaire	71	49	69.01
4	Autre hôpital: universitaire	21	13	61.90
5	Autre hôpital: psychiatrique	12	7	58.33
6	Maisons de repos et de soins	247	121	48.99
7	MSP et habitations protégées	9	6	66.67
8	Décédé	115	99	86.09
9	Autres	41	32	78.05
Total		3271	2346	71.72

On réalise le regroupement suivant :

		Total	Justifiés	% Justifiés
0	Inconnu	117	93	79.49
1	A domicile	2638	1926	73.01
2	Hôpital général	92	62	67.39
3	Hôpital psychiatrique, MRS, MSP	268	134	50.00
4	Décédé	115	99	86.09
5	Autres	41	32	78.05
Total		3271	2346	71.72
	p_{x²}		0.00001	

Admissions :

La répartition donne des cellules contenant des effectifs trop faibles pour un calcul statistique.

		Total	Justifiées	% Justifiées
0	Inconnu	11	9	81.82
1	A domicile	704	580	82.39
2	Hôpital général	10	10	100.00
3	Hôpital psychiatrique, MRS, MSP	22	16	72.73
4	Décédé	6	6	100.00
5	Autres	3	2	66.67
Total		756	623	82.41

Tant au niveau des séjours que des admissions, on observe une diminution importante du taux de justifiés dans la catégorie de sortie vers l'hôpital psychiatrique, la MRS ou la MSP. On pourrait

conclure, en première approche que les patients, en provenance ou à destination, de ce type d'institutions, n'ont peut être pas toujours leur place dans un hôpital aigu. Sans aller jusque là, à tout le moins, il semble que la coordination entre l'hôpital et l'institution, pose problème, voire qu'il y a parfois un manque de ce type d'institutions dans notre pays.

Il faudra compléter cette analyse en croisant ces paramètres avec les items d'explication du caractère non justifié de l'AEP et plus particulièrement avec les critères D6.

type de sortie (Champ 24 du fichier STAYHOSP)

Séjours :

		Total	Justifiés	% Justifiés
	Missing	2	0	0.00
0	Inconnu	98	83	84.69
1	Sur avis médical	3032	2149	70.88
2	Sortie contre avis médical	21	12	57.14
3	Décédé avec autopsie	11	8	72.73
4	Décédé sans autopsie	104	91	87.50
5	Transfert vers une autre institution pour des soins spécialisés	3	3	100.00
Total		3271	2346	71.72
		p_{x^2}		0.00012

Quoique les effectifs soient trop faibles pour tirer des conclusions péremptoires, il est amusant d'émettre l'hypothèse que lorsqu'un séjour se termine par une sortie contre l'avis du médecin, le taux particulièrement bas de journées justifiées donne à penser que les patients n'avaient probablement pas tous tort d'avoir l'audace de refuser leur statut et de s'**impatier**.

Admissions :

La répartition donne des cellules contenant des effectifs trop faibles pour un calcul statistique.

Nombre de séjours en spécialité (Champ 6 - code de spécialité - du fichier STAYSPEC)

On obtient ce paramètre en reliant les séjours avec le fichier « STAYSPEC » et on calcule pour chaque séjour le nombre de spécialités différentes rencontrées.

Séjours :

Nb. de spécialités	Fréquence	%
1	2753	84.16
2	200	6.11
3	253	7.73
4	40	1.22
5	19	0.58
6	3	0.09
8	3	0.09
Total	3271	100.00

On constate que 84.2 % des séjours se sont déroulés dans une seule spécialité. Nous aurons recours au regroupement suivant :

	Séjours			Admissions		
	Total	Justifiés	% Justifiés	Total	Justifiées	% Justifiées
1 spécialité	2753	1943	70.58	726	595	81.96
2 spécialités et plus	518	403	77.80	30	28	93.33
Total	3271	2346	71.72	756	623	82.41
p_{x²}	0.00081			N.S.		

Cette variable n'est apparemment pas très discriminante bien que l'on constate un taux de justification moindre lors des séjours mono-spécialités. Mais cette distinction n'est significative que pour les séjours et disparaît si l'on subdivise les séjours en médicaux et chirurgicaux. Il faudra attendre confirmation quand nous disposerons des données RCM de la phase III.

Nombre de procédures ICD9 (liaison avec le fichier PROCICD9)

Pour calculer ce paramètre, on relie les séjours avec le fichier « PROCICD9 » et on recherche le nombre de procédures que le patient a subies.

Il faut toutefois souligner une particularité à savoir qu'on relève 16.9% des séjours pour lesquels aucune procédure n'a été trouvée. Ces séjours sans procédure sont tous des séjours médicaux. La moyenne du nombre de procédures sera donc calculée à l'exclusion de ces séjours.

	Séjours		Admissions	
	non justifiés	justifiés	non justifiées	justifiées
N	710	2008	94	557
Mean	3.82	4.05	1.82	2.16
5% Trimmed Mean	2.83	3.21	1.59	1.86
Huber's M-Estimator	2.21	2.32		
Median	2	2	1	2
Std. Deviation	5.93	5.49	1.42	2.05
Minimum	1	1	1	1
Maximum	61	56	9	22
Interquartile Range	3	3	1	2
Mean Difference		-0.23		-0.34
p_{Mann-Whitney}	0.0456		0.0169	

Bien que les différences ne soient pas très importantes, on constate cependant que lorsque le séjour et surtout l'admission est justifiée, on doit s'attendre à observer un nombre plus important de procédures réalisées durant le séjour.

Nombre de procédures INAMI (liaison avec le fichier PROCRIZI)

Comme pour le paramètre précédent, on calcule le nombre de procédures INAMI lorsque l'on relie les séjours avec le fichier « PROCRIZI ». On exclut 9 séjours pour lesquels on n'a pas trouvé de lien avec le fichier.

	Séjours		Admissions	
	non justifiés	justifiés	non justifiées	justifiées
N	925	2337	133	620
Mean	21.98	21.87	11.33	10.39
5% Trimmed Mean	17.33	17.79	10.48	9.37
Huber's M-Estimator	14.88	15.13	9.44	8.45
Median	14	14	9	8
Std. Deviation	32.53	27.51	8.00	8.28
Minimum	2	1	2	1
Maximum	347	303	38	81
Interquartile Range	16	18	10	6
Mean Difference	0.11		0.95	
t-test for Equality of Means		N.S.		N.S.
p_{Mann-Whitney}		N.S.		N.S.

Contrairement aux procédures ICD-9-CM, on ne relève pas, pour les codes de nomenclature, une augmentation significative en cas de justification. Cette étude toutefois devra être affinée en sélectionnant dans les codes INAMI, ceux qui sont plus déterminant dans le processus de l'hospitalisation.

Classement des séjours en groupes homogènes de maladies

Nous allons analyser une série de paramètres obtenus après passage des RCM dans le « grouper », c'est-à-dire dans un programme qui permet de classer les séjours dans des groupes homogènes de pathologies. Dans notre système de financement c'est le groupement en APRDRG qui est d'application.

Type d'APRDRG

	Séjours			Admissions		
	Total	Justifiés	% Justifiés	Total	Justifiées	% Justifiées
DRG médicaux	1692	1122	66.31	320	229	71.56
DRG chirurgicaux	1579	1224	77.52	441	398	90.25
Total	3271	2346	71.72	761	627	82.39
p_x²	0.00000			0.0000		

Il est indéniable que l'on doit s'attendre à un taux de justification beaucoup plus important dans les séjours chirurgicaux que dans les médicaux. On peut constater dans le tableau ci-dessus 11% de justifiés en plus pour les séjours. Quant aux admissions, le phénomène est encore beaucoup plus remarquable avec près de 20% d'augmentation du taux d'admissions justifiées.

Classement par MDC

Séjours justifiés

1. DRG médicaux

MDC	Total	justifiés	% justifiés
19 Troubles mentaux	55	23	41.8
25 Traumatismes multiples	2	1	50.0
03 Nez, gorge, oreilles	29	15	51.7
16 Sang et organes hématopoïétiques	54	29	53.7
23 Facteurs influençant la santé	26	14	53.8
08 Système musculaire et tissu conjonctif	133	73	54.9
21 Traumatismes, empoisonnements, effets tox. des médicaments	14	8	57.1
20 Alcoolisme et usage de drogues	37	23	62.2
01 Système nerveux	243	156	64.2
11 Reins et voies urinaires	71	46	64.8
09 Peau, tissu sous-cutané, sein	46	30	65.2
05 Système circulatoire	231	154	66.7
13 Organes génitaux féminins	3	2	66.7
24 Infections HIV	24	16	66.7
18 Maladies infectieuses et parasitaire	16	11	68.8

MDC	Total	justifiés	% justifiés
06 Système digestif	183	128	69.9
04 Système respiratoire	275	195	70.9
10 Maladies endocriniennes, nutritives et du métabolisme	95	69	72.6
02 Affections des yeux	12	9	75.0
07 Foie, bile et pancréas	63	50	79.4
17 Maladies myéloprolifératives, néoplasmes peu différenciés	59	50	84.7
12 Organes génitaux masculins	11	10	90.9
14 Grossesse et accouchement	2	2	100.0
22 Brûlures	8	8	100.0
Ensemble des cas	1692	1122	66.3

2. DRG chirurgicaux

MDC	Total	justifiés	% justifiés
22 Brûlures	7	2	28.6
25 Traumatismes multiples	7	4	57.1
02 Affections des yeux	45	31	68.9
03 Nez, gorge, oreilles	71	52	73.2
08 Système musculaire et tissu conjonctif	391	289	73.9
00 Groupe résiduel	71	53	74.6
07 Foie, bile et pancréas	51	39	76.5
01 Système nerveux	77	59	76.6
04 Système respiratoire	35	27	77.1
13 Organes génitaux féminins	62	48	77.4
10 Maladies endocriniennes, nutritives et du métabolisme	50	39	78.0
12 Organes génitaux masculins	50	39	78.0
05 Système circulatoire	287	226	78.7
16 Sang et organes hématopoïétiques	5	4	80.0
09 Peau, tissu sous-cutané, sein	80	66	82.5
06 Système digestif	180	150	83.3
23 Facteurs influençant la santé	6	5	83.3
21 Traumatismes, empoisonnements, effets tox. des médicaments	7	6	85.7
11 Reins et voies urinaires	72	62	86.1
17 Maladies myéloprolifératives, néoplasmes peu différenciés	18	16	88.9
14 Grossesse et accouchement	2	2	100.0
18 Maladies infectieuses et parasitaire	5	5	100.0
Ensemble des cas	1579	1224	77.5

Au niveau des séjours, la répartition par MDC montre de grandes disparités. Globalement si on excepte les MDC peu représentés, le χ^2 est hautement significatif ($p < 0.0001$). Si on sépare les MDC suivant le type de DRG, médicaux et chirurgicaux, les différences se voient encore renforcées. La simple distinction entre le type de DRG donne un pourcentage de justifiés de 66.3% pour les médicaux et de 77.5% pour les chirurgicaux ($p_{\chi^2} < 0.0001$).

Admissions justifiées (J1+J2)

1. DRG médicaux

MDC	Total	justifiés	% justifiés
12 Organes génitaux masculins	1	0	0.0
24 Infections HIV	3	1	33.3
16 Sang et organes hématopoïétiques	8	3	37.5
19 Troubles mentaux	9	4	44.4
18 Maladies infectieuses et parasitaires	2	1	50.0
06 Système digestif	37	23	62.2
04 Système respiratoire	27	17	63.0
08 Système musculaire et tissu conjonctif	28	18	64.3
01 Système nerveux	38	25	65.8
20 Alcoolisme et usage de drogue	3	2	66.7
10 Maladies endocriniennes, nutritives et du métabolisme	16	11	68.8
09 Peau, tissu sous-cutané, sein	7	5	71.4
21 Traumatismes, empoisonnements, effets tox. des médicaments	4	3	75.0
07 Foie, bile et pancréas	13	10	76.9
03 Nez, gorge, oreilles	10	8	80.0
11 Reins et voies urinaires	17	14	82.4
05 Système circulatoire	57	47	82.5
23 Facteurs influençant la santé	7	6	85.7
17 Maladies myéloprolifératives, néoplasmes peu différenciés	24	23	95.8
02 Affections des yeux	2	2	100.0
14 Grossesse et accouchement	1	1	100.0
22 Brûlures	1	1	100.0
Ensemble des cas	315	225	71.4

2. DRG chirurgicaux

MDC	Total	justifiés	% justifiés
21 Traumatismes, empoisonnements, effets tox. des médicaments	6	4	66.7
00 Groupe résiduel	4	3	75.0
09 Peau, tissu sous-cutané, sein	26	21	80.8
08 Système musculaire et tissu conjonctif	92	79	85.9
10 Maladies endocriniennes, nutritives et du métabolisme	23	20	87.0
06 Système digestif	59	52	88.1
07 Foie, bile et pancréas	9	8	88.9
13 Organes génitaux féminins	34	31	91.2
05 Système circulatoire	71	67	94.4
12 Organes génitaux masculins	19	18	94.7
02 Affections des yeux	39	37	94.9
03 Nez, gorge, oreilles	21	20	95.2
01 Système nerveux	11	11	100.0
04 Système respiratoire	8	8	100.0
11 Reins et voies urinaires	10	10	100.0
14 Grossesse et accouchement	2	2	100.0
17 Maladies myéloprolifératives, néoplasmes peu différenciés	3	3	100.0
18 Maladies infectieuses et parasitaires	1	1	100.0
23 Facteurs influençant la santé	3	3	100.0
Ensemble des cas	441	398	90.2

Les mêmes remarques sont d'application lorsque l'on étudie les admissions justifiées. Globalement on remarque que les MDC médicaux totalisent 71.4% d'admissions justifiées alors que les MDC chirurgicaux sont justifiés à 90.2% ($p_{\chi^2} < 0.0001$).

Cette étude des MDC et des APRDRG devra bien entendu être affinée, avec recours aux experts, on préférera attendre de compléter notre base de données pour ce faire.

Mais au regard de ces premiers résultats, on peut déjà apporter la réflexion suivante. Dans la littérature, on trouve souvent la notion que l'outil AEP est indépendant de la pathologie. Ce principe est en fait mal formulé. En effet, en analysant les tableaux qui précèdent, on constate que le taux de journées ou d'admissions justifiées varie fortement suivant la pathologie rencontrée. Mais en doutait-on vraiment ?

On devrait donc rectifier le principe d'indépendance de l'AEP vis-à-vis de la pathologie en précisant que par construction l'AEP s'enregistre de la même façon chez tous les patients, quelque soit la maladie dont ils souffrent.

Il n'en va pas de même pour toutes les échelles. Ainsi une échelle comme PATHOS, adapte ses programmes de soins en fonction de la pathologie rencontrée. Bien sûr, la question posée n'est pas la même, mais dans cet exemple, on peut dire que l'échelle de mesure varie en fonction de la pathologie, ce qui n'est pas le cas de l'AEP.

La phase III

La présente étude s'est associée à celle relative à l'élaboration d'un nouveau RIM (RIM II) menée conjointement par notre institution et la KUL. En effet, celui-ci est nettement plus détaillé et précis que la version actuelle. Dès lors, son couplage à l'AEP devrait permettre d'obtenir une qualité prédictive d'autant meilleure.

Mise au point du questionnaire

Le questionnaire AEP utilisé lors de cette enquête est tout à fait identique à celui utilisé lors de la phase II.

Procédure de choix des hôpitaux et échantillonnage

Comme lors de la phase précédente, appel a été fait aux hôpitaux désireux de participer à l'enquête. Toutefois, l'appel était cette fois limité aux hôpitaux participant simultanément à l'enregistrement du RIM II. Ces hôpitaux ont donc du faire face à trois enregistrements simultanés dans leurs unités de soins : le RIM, le RIM II, et l'AEP. Toutefois, la pertinence des résultats de la 1^{ère} enquête dans le contexte financier actuel (activité justifiée) nous a permis de recruter des hôpitaux sans trop de difficultés.

Déroulement de l'enquête

Tout comme dans les phases précédentes, 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.

Egalement comme lors de l'enquête précédente, et afin de pouvoir analyser de la manière la plus fine les facteurs justifiant un séjour ou une admission, il a été demandé aux observateurs de relever tous les critères correspondant à la réalité de chaque patient bien qu'un seul critère suffise à justifier ces derniers.

Des formations avaient été dispensées aux représentants de chaque hôpital, charge à lui de la répercuter dans son institution. Celles-ci portaient sur les instructions d'utilisation de l'instrument, l'explication de chaque critère et les exigences pour une évaluation correcte. De plus, chaque hôpital participant s'est vu remettre un manuel d'utilisation (présenté en annexe)

In fine, chaque hôpital a introduit ses enregistrements dans un programme d'encodage et de contrôle qui leur avait été préalablement fourni et qui, lui non plus, n'a pas évolué depuis l'enquête précédente. De ce fait, toutes les données collectées lors de cette étude étaient standardisées.

Résultats

Echantillonnage

Il a été proposé aux hôpitaux participant d'enregistrer l'AEP concomitamment au RIM II. Ainsi, 14 hôpitaux ont collaboré à un nouvel enregistrement AEP. Cette enquête a permis de collecter 5043 séjours, ce qui porte l'effectif total de la base de données AEP à 9800.

Toutefois, comme lors de l'enquête précédente, les journées d'enquête correspondant à la sortie du patient (critère X0) sont exclues de l'étude. On obtient dès lors le tableau suivant :

Hôpitaux	Journées	Admissions
I	493	58
J	216	35
K	74	2
L	231	16
M	1272	95
N	122	1
O	145	6
P	419	29
Q	140	3
R	412	33
S	278	23
T	113	40
U	83	7
V	341	3
W	214	9
Total	4553	360

Tableau 1 : échantillon de l'étude

L'enquête RIM II portant sur certains programmes de soins spécifiques, la collecte des données AEP a été réalisée dans les mêmes unités, à l'exception de l'hôpital M qui a respecté le même protocole que lors de la première enquête. La répartition par indice de lit est la suivante :

Indice	Journées	Admissions
C	671	44
D	1519	131
E	406	99
G	1045	45
H*	234	15
I	382	20
S2	120	2
S4	54	3
S5	122	1
Total	4553	360

Tableau 2 : répartition par indice de lit

Cependant, à la lecture du tableau supra, on constate que des indices de lits ont fait l'objet d'enregistrements alors qu'il n'y en a pas de recensés pour la première enquête pour ces mêmes indices. Il s'agit des journées ou admissions en lits E, I et S. Pour permettre la comparaison entre les phases II et III, ces indices seront momentanément exclus de l'analyse.

De plus, l'AEP n'est pas décrit dans la littérature comme pertinent pour ces indices, à moins qu'il n'y soit spécifique, ce qui n'est pas le cas dans la présente enquête. Si on les retire de l'échantillon, on obtient un total de 3469 journées et 235 admissions, réparties comme suit :

Hôpitaux	Journées				Total	Admissions				Total
	Indices					Indices				
	C	D	G	H*		C	D	G	H*	
I			285		285			10		10
J		112			112		26			26
L		188			188		14			14
M	486	509	170		1165	42	39	5		86
O	35	7	1		43	1				1
P			185	234	419			14	15	29
Q			140		140			3		3
R		215	197		412		20	13		33
S		186			186		21			21
T		2			2		2			2
V	150	124	67		341	1	2			3
W		176			176		7			7
Total	671	1519	1045	234	3469	44	131	45	15	235

Tableau 3 : répartition par indice de lit hors E, I et S

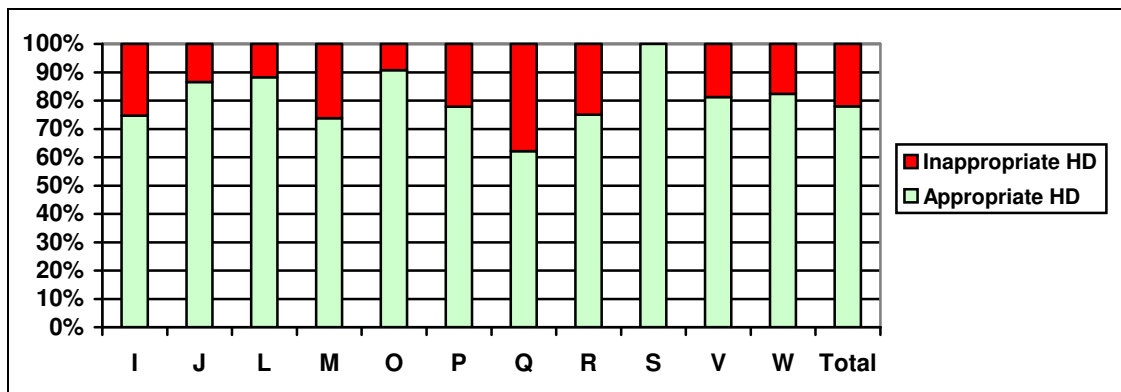
C'est sur cet échantillon que les différentes statistiques qui suivent ont été générées.

Les journées justifiées

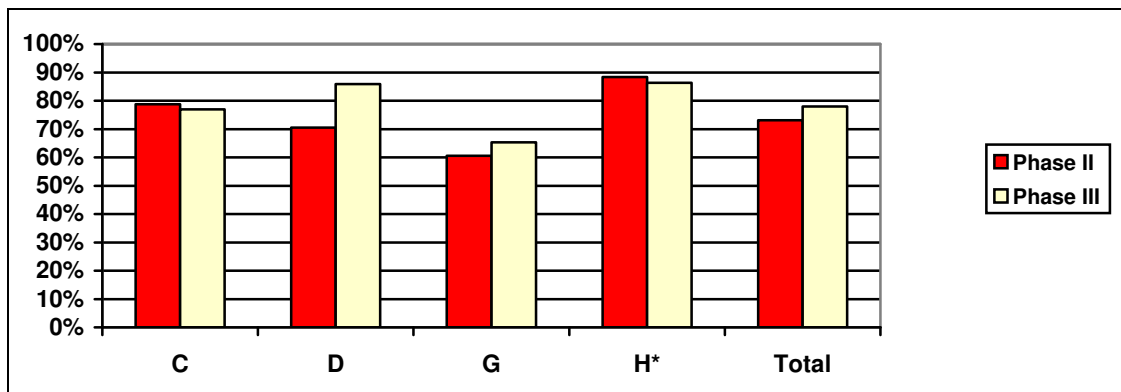
Pour rappel, est considérée comme justifiée, une journée pour laquelle au moins un des critères A, B, C, AD ou l'override a été validé.

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.

La proportion de journées justifiées, illustrée sur le graphique ci-dessous, est globalement de 78%, ce qui constitue a priori un bon score au vu des études réalisées dans d'autres pays, et de la première enquête (phase 1) qui avait 73% des journées justifiées.



Notons que l'hôpital T a été ôté de ce graphique en raison de son trop faible échantillonnage pour les indices considérés (cfr tableau 2). Il rentre cependant en ligne de compte pour le calcul du total.



On remarque une augmentation significative du taux de journées justifiées en médecine interne. Celle-ci est bien sûr liée à la spécificité des unités auditées en phase III (cardiologie et oncologie) qui sont des services plus lourds au niveau des soins aigus.

En revanche, les journées C et G ne changent pas de manière importante, les G étant toujours caractérisés par un taux de journées justifiées particulièrement bas.

Il nous paraît intéressant de montrer les variations régionales en terme de journées justifiées selon la région linguistique dont relève les hôpitaux participants.

Néanmoins, vu l'état actuel du taux de recrutement des AEP en Flandre et vu leurs spécificités de choix des programmes de soins, il nous semble prématuré d'analyser ces disparités. En effet, les hôpitaux néerlandophones n'ont pas participé au programme chirurgical, mais bien au médical et au gériatrique, quoique dans une nettement moins large mesure comme l'indique le tableau suivant :

	Francophones	Néerlandophones
C	771 (100%)	0 (0%)
D	1350 (80%)	339 (20%)
G	799 (73%)	302 (27%)
H*	256 (100%)	0 (0%)
Total	3176 (83%)	641 (17%)

Contrairement à l'enquête précédente, on ne constate pas d'effet jour en terme de taux de journées justifiées, selon que l'enregistrement se fait un vendredi ou un autre jour de la semaine.

Le tableau suivant nous renseigne sur le type des critères justifiant les journées d'hospitalisation.

Critères	Chirurgie		Médecine		Gériatrie		Mixte (H*)		Total	
	Phase II	Phase III	Phase II	Phase III	Phase II	Phase III	Phase II	Phase III	Phase II	Phase III
A: médicaux	44,89%	33,91%	43,26%	38,70%	18,24%	16,98%	0,00%	56,44%	43,02%	33,63%
B: nursing	70,95%	74,61%	71,72%	85,36%	66,04%	72,18%	0,00%	49,01%	70,37%	77,27%
C: état patient	15,67%	19,57%	21,44%	20,54%	44,65%	29,72%	0,00%	3,47%	20,48%	21,40%
VERRIDE	5,90%	4,26%	7,12%	5,67%	6,29%	6,73%	0,00%	1,98%	6,38%	5,40%

On y constate une progression de la proportion des critères nursing, au détriment des critères médicaux. On peut dès lors supposer que ce phénomène est lié à la spécificité des unités auditées lors de la phase III, mais aussi que les enquêteurs étaient peut-être plus sensibilisés à l'importance des critères nursing du fait que cette enquête se déroule concomitamment à celle du RIM II.

Notons également que le taux de recours à l'override reste stable et conforme à ce qui est recommandé dans la littérature.

Partie explicative des séjours non-justifiés

Pour rappel, cette partie du questionnaire (partie D) vise à expliquer pourquoi le patient réside à l'hôpital au jour de l'enquête, alors qu'aucun critère de justification n'a été rencontré et que donc un environnement hospitalier aigu n'était pas requis. Cette partie est particulièrement pertinente pour les hôpitaux ayant participé, puisque c'est elle qui va les renseigner sur les causes internes organisationnelles et externes extrahospitalières qui conduisent à garder un patient « non-justifié » et par conséquent à allonger inutilement la durée de séjour.

La partie D est divisée en 7 types d'explication. Le tableau ci-dessous montre dans quelle proportion chaque type d'explication intervient dans les journées non – justifiées, pour chaque hôpital.

	I	J	L	M	O	P	Q	R	V	W	Total
D1 Waiting for an operating room medical or surgical procedure	2,8%	6,7%	0,0%	8,2%	50,0%	0,0%	3,8%	7,8%	6,3%	3,2%	5,9%
D2 Waiting for a non operating room therapeutic or diagnostic procedure	15,3%	40,0%	45,5%	34,4%	50,0%	33,3%	7,5%	35,9%	20,3%	38,7%	30,3%
D3 Waiting for a medical opinion	15,3%	6,7%	9,1%	13,4%	0,0%	37,6%	5,7%	9,7%	9,4%	16,1%	15,0%
D4 Procedure or examination could have taken place today but...	0,0%	0,0%	0,0%	2,3%	25,0%	4,3%	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	1,7%
D5 Waiting for examination results	2,8%	6,7%	27,3%	7,2%	0,0%	7,5%	3,8%	10,7%	17,2%	6,5%	8,4%
D6 Patient could get out but the exit is delayed because...	84,7%	40,0%	18,2%	28,2%	25,0%	19,4%	77,4%	52,4%	40,6%	45,2%	40,8%
D7 Other explanations	1,4%	0,0%	0,0%	5,9%	0,0%	3,2%	9,4%	4,9%	6,3%	3,2%	4,9%

La même analyse par indice de lit va nous permettre de comparer ces résultats à ceux de la phase précédente.

Critères	Chirurgie		Médecine		Gériatrie		Mixte (H*)		Total	
	Phase II	Phase III	Phase II	Phase III	Phase II	Phase III	Phase II	Phase III	Phase II	Phase III
D1	28,05%	12,90%	3,74%	5,16%	1,03%	3,87%	0,00%	0,00%	11,09%	5,91%
D2	10,73%	21,94%	37,67%	46,48%	23,20%	24,59%	0,00%	28,13%	26,64%	30,31%
D3	6,59%	9,03%	13,45%	10,80%	19,59%	19,06%	14,29%	25,00%	12,19%	14,96%
D4	3,17%	3,87%	4,78%	0,94%	1,55%	0,28%	0,00%	12,50%	3,75%	1,71%
D5	6,34%	5,81%	8,97%	10,80%	19,59%	8,01%	14,29%	9,38%	9,77%	8,40%
D6	39,02%	31,61%	41,55%	30,05%	51,03%	52,76%	57,14%	21,88%	42,27%	40,81%
D7	13,66%	7,10%	5,38%	3,76%	7,22%	4,42%	0,00%	6,25%	8,28%	4,86%

On constate que les grandes tendances restent identiques, à savoir une prépondérance des critères D2 (*patient en attente d'une procédure thérapeutique ou diagnostique ne nécessitant pas le bloc opératoire*) et D6 (*le patient pourrait sortir, mais sa sortie est retardée*). On observe tout de même une forte diminution des critères d'explication D1 (*patient en attente d'une intervention chirurgicale ou médicale nécessitant le bloc opératoire*), caractéristique des admissions précoces la veille d'une intervention, alors que celles-ci pourraient se faire le jour même.

Si on considère les critères d'explication les plus représentatifs, soit les D2 et D6, selon la région où l'enquête a eu lieu, on observe des variations importantes. Ainsi, le critère D2 explique 32% et 19% des journées non-justifiées respectivement chez les francophones et les néerlandophones. Quant au critère D6, les proportions y sont de 36% chez les francophones et de 77% chez les néerlandophones.

Pour rappel, les raisons pour lesquelles un patient qui pourrait quitter l'hôpital y demeure encore au moins une nuit peuvent être liées à l'organisation de l'hôpital lui-même, mais également à d'autres éléments sur lesquels il a, en revanche, peu d'emprise. Il s'agit bien sûr des structures d'accueil extrahospitalières, mais également du patient lui-même ou encore de son entourage. Il importe donc de distinguer, comme lors du rapport précédent, 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 opère encore une autre distinction : ceux relevant directement de l'organisation de l'unité de soins (les causes « endo-endogènes »), et ceux dépendant de l'organisation des autres services, notamment les unités médico-techniques (les causes « endo-exogènes »).

Il existe, en plus des trois classes décrites ci-dessus, encore une catégorie de critères qui sont les « indéterminés », c'est-à-dire les critères d'explication dont il est impossible a priori de déterminer s'ils relèvent ou non de l'organisation de l'hôpital.

Enfin, une dernière catégorie intitulée « sans » reprend les journées non-justifiées pour lesquelles aucune explication n'a été mentionnée.

On obtient le tableau suivant :

Critères	Chirurgie		Médecine		Gériatrie		Mixte (H*)		Total	
	Phase II	Phase III	Phase II	Phase III	Phase II	Phase III	Phase II	Phase III	Phase II	Phase III
endo-endo	4,88%	5,81%	7,32%	0,47%	6,70%	1,93%	42,86%	0,00%	6,64%	2,23%
endo-exo	47,07%	45,16%	54,56%	65,73%	50,00%	48,62%	28,57%	62,50%	51,33%	53,28%
exo	24,63%	23,87%	26,91%	19,25%	29,38%	32,87%	14,29%	31,25%	26,48%	27,17%
indéterminé	38,54%	29,03%	22,27%	22,07%	36,60%	40,88%	0,00%	12,50%	29,53%	32,02%
sans	3,41%	17,42%	2,99%	3,76%	2,06%	1,38%	14,29%	0,00%	3,05%	5,25%

La répartition des critères reste stable par rapport à la phase II. Notons que la forte variation observée pour les critères endo-endogènes en indice H* n'est pas significative car elle porte sur un nombre très faible de journées (7 en phase II).

En revanche, si l'on réitère la distinction entre les régions linguistiques, on obtient le tableau ci-après :

Critères	Francophones	Néerlandophones	Total
endo-endo	2,22%	2,30%	2,23%
endo-exo	55,26%	37,93%	53,28%
exo	22,67%	62,07%	27,17%
indéterminé	30,81%	41,38%	32,02%
sans	5,93%	0,00%	5,25%

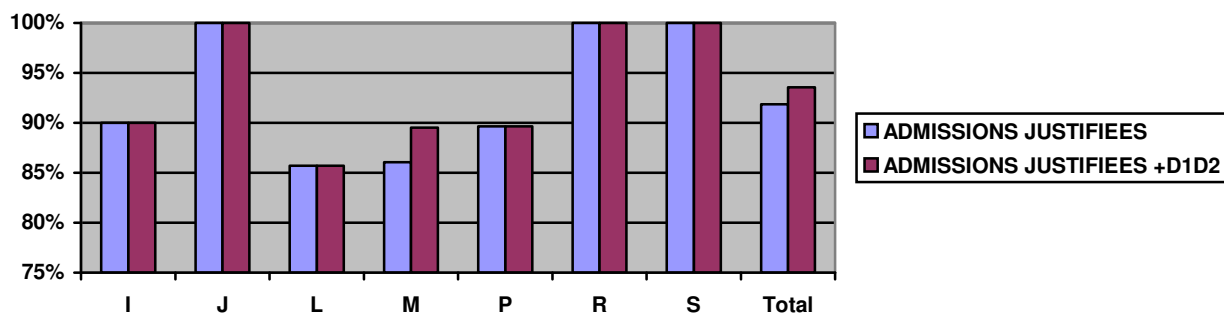
Les admissions justifiées

Pour rappel, l'AEP admission a été construit à partir du même questionnaire que l'AEP séjour dont certains critères ont été adaptés et d'autres exclus. Par contre, une partie supplémentaire a été ajoutée: la partie AD.

De plus, il a été décidé d'ajouter 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.
- D2-2 : patient en attente d'une procédure thérapeutique ou diagnostique ne nécessitant pas le bloc opératoire : coronarographie ou électrophysiologie.

Si on calcule le taux d'admissions justifiées par hôpital, on obtient le graphique suivant :



Comme évoqué en phase II, le différentiel entre les taux d'admission avec ou sans D1 et D2 nous renseigne sur l'importance des admissions précoces. On constate que pour tous les hôpitaux, à l'exception du M, cette différence est nulle. Ceci est bien entendu lié à la spécificité des spécialités auditées dans le cadre de la phase III. Pour l'hôpital M, comme évoqué supra, celui-ci a effectué l'enregistrement de manière strictement similaire à la phase II, soit dans toutes ses unités d'indices C, D et G, tous programmes de soins confondus.

Critères	Chirurgie		Médecine		Gériatrie		Mixte (H*)		Total	
	Phase II	Phase III	Phase II	Phase III	Phase II	Phase III	Phase II	Phase III	Phase II	Phase III
Admissions justifiées	57,40%	86,36%	57,61%	93,89%	72,73%	88,89%	100,00%	93,33%	58,39%	91,49%
Admissions justifiées +D1D2	91,93%	93,18%	70,65%	93,89%	72,73%	91,11%	100,00%	93,33%	82,27%	93,19%

On constate une forte augmentation du taux d'admissions justifiées en G et D, ce qui, pour la médecine, peut être expliquée en partie par les programmes de soins sélectionnés.

Par ailleurs, si on s'intéresse aux types de critères de justification des admissions, on obtient le tableau suivant :

Critères	C	D	G	H*	Total
A	65,9%	61,0%	9,8%	64,3%	52,5%
B	65,9%	65,9%	41,5%	42,9%	59,8%
C	9,8%	11,4%	31,7%	0,0%	14,2%
AD	0,0%	5,7%	4,9%	0,0%	4,1%
D1	7,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%
D2_1	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
D2_2	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	0,5%
OVERRIDE	0,0%	15,4%	36,6%	0,0%	15,5%

Il est particulièrement intéressant de noter que le taux de recours à l'override en G et en D est anormalement élevé, ce qui explique probablement un taux d'admissions justifiées excessif en G et en partie en D.

Conclusions et perspectives

Pour les données de la phase II, en ce qui concerne l'analyse du couplage entre l'AEP et le RCM, nous devons compléter le travail en ajoutant les RCM des deux hôpitaux qui tardent à nous les fournir. La même remarque doit être faite pour les données RIM.

Concernant la phase III, nous sommes actuellement occupés à l'analyse de la correspondance entre les données RIM I et RIM II. De cette analyse doit découler une adaptation des modèles de prédiction de l'AEP à partir des données RIM I, d'une part, et des données RIM II d'autre part.

Cette analyse débutera dans les prochaines semaines dès que nous aurons pu améliorer de manière satisfaisante le taux de couplage entre la base de données AEP et la base de données RIM.

L'analyse du couplage des données AEP et RCM de la phase III pourra, par ailleurs, débuter incessamment dès que la base de données RCM sera complétée par les derniers enregistrements de quelques hôpitaux retardataires.

Dès la fin de ces analyses, les résultats feront l'objet d'un rapport au SPF.

Dans l'immédiat, nous nous préoccupons également d'envoyer un feed-back personnalisé aux hôpitaux participant à la phase III.

Une quatrième phase de récolte de données a été réalisée en mars de cette année. Nous sommes en train de récolter les données RIM I, RIM II et AEP auprès des hôpitaux. En ce qui concerne les données AEP, on a privilégié un enregistrement des séjours surtout dans des unités de médecine interne et ce durant au moins trois jours de la période de l'enquête. De plus, il a été demandé aux hôpitaux d'enregistrer un AEP admission en continu pendant les dix jours de l'enquête.

L'analyse de ces données devrait démarrer dans le dernier trimestre 2005.