

Revue de pertinence des journées d'hospitalisation

Dr François Houyengah

Note méthodologique et grille de recueil — enquête un jour donné
Septembre 2026

À quoi sert ce document

Ce document accompagne une enquête de pertinence des journées d'hospitalisation, conduite selon la méthode de revue de pertinence des soins de la Haute Autorité de santé et l'outil AEPf, version française de l'*Appropriateness Evaluation Protocol*. Il comprend deux parties : une note explicative destinée aux équipes des unités enquêtées, et la grille de recueil papier reproduite en fin de document, à titre d'information sur ce qui sera effectivement observé le jour de l'enquête.

La saisie du jour J se fait sur le classeur Excel joint, une ligne par patient et par journée. Les repères des critères (M1 à M10, S1 à S6, E1 à E8) sont identiques sur le papier et dans le tableur : une fiche remplie à la main se saisit sans retraitement.

1 Ce que l'enquête mesure, et ce qu'elle ne mesure pas

La revue de pertinence évalue l'adéquation entre les besoins du patient et le niveau technique de la structure qui l'héberge. Elle ne porte aucun jugement sur la qualité des soins délivrés, sur le diagnostic, ni sur la décision d'hospitaliser prise en son temps. Un patient parfaitement soigné peut occuper, un jour donné, un lit de médecine dont il n'a plus techniquement besoin : c'est exactement ce que l'enquête cherche à quantifier.

Mécanisme — pertinent, justifié, ni l'un ni l'autre

Trois situations doivent être distinguées, et elles n'appellent pas les mêmes suites.

Journée pertinente. Au moins un critère technique de la grille est présent, ou l'expert déclare la journée pertinente hors grille. Rien à analyser.

Journée non pertinente mais justifiée. Aucun critère technique n'est présent, mais l'hôpital reste le lieu le plus adapté, faute d'alternative existante ou disponible pour ce patient. La décision de l'équipe est adaptée à l'environnement ; c'est l'offre de soins du territoire qui est en cause.

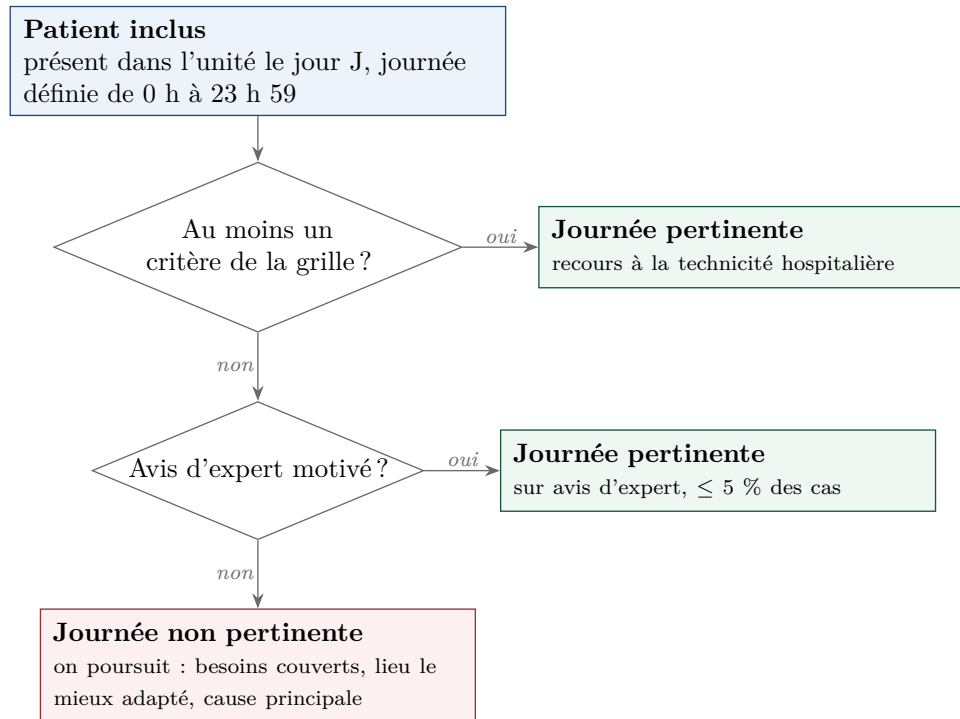
Journée non pertinente et non justifiée. Une prise en charge d'un niveau moins technique était possible et disponible, et elle n'a pas été mobilisée. C'est ici que se trouvent les marges d'organisation interne : anticipation de la sortie, délais de rendez-vous, circuits de décision.

Ce que l'outil n'est pas

L'AEPf n'est pas un outil de contrôle externe et ne se confond pas avec les contrôles de facturation ou les enquêtes de l'assurance maladie. Il ne comporte aucune valeur cible : les taux de journées non pertinentes publiés vont de 10 à plus de 30 % selon les études, les pays et les populations desservies, sans qu'un chiffre puisse être qualifié de bon ou de mauvais.

Comparer les unités entre elles ou en établir un palmarès est explicitement déconseillé par la HAS : à performance égale, le besoin de soins de la population change le résultat.

2 La méthode en trois questions



Première question : la grille. Vingt-quatre critères techniques, répartis en trois familles — soins médicaux, soins infirmiers et paramédicaux, état clinique du patient. Un seul critère présent suffit à rendre la journée pertinente ; il est donc inutile de cocher les vingt-quatre, mais la fiche prévoit de les parcourir tous, car la fréquence de chaque critère est elle-même une information.

Deuxième question : l'avis d'expert. Aucune grille ne décrit toutes les situations cliniques. L'expert — le médecin de l'unité ou le médecin enquêteur — peut déclarer la journée pertinente en dehors des critères : état clinique instable, évolution imprévisible, risque important de complication grave, besoin de surveillance. Le motif doit être écrit en clair. Ce recours ne devrait pas dépasser 5 % des journées : au-delà, c'est la grille qu'il faut adapter, en construisant un critère explicite là où le même motif revient.

Troisième question : les causes. Pour les seules journées non pertinentes, la grille enchaîne quatre questions, dans cet ordre. Tous les besoins de soins ou de services auxquels l'hôpital répond ce jour-là, d'abord — plusieurs réponses. Puis, parmi eux, le besoin principal, celui qui explique à lui seul la présence du patient : une seule réponse, et c'est elle qui sera analysée, car un patient qui reste pour une aide à la vie quotidienne et un patient qui reste pour une surveillance ne relèvent pas de la même filière. Ensuite le lieu d'hébergement qui serait le mieux adapté, compte tenu du contexte familial et social réel. Enfin la cause principale de sa présence — une seule, même lorsque plusieurs s'imbriquent.

Ces quatre questions correspondent aux questions B, C, D et E de la grille AEPf des journées d'hospitalisation. Passer directement des besoins à la cause fait perdre l'information la plus utile au plan d'actions : la nature du service que l'hôpital rend à défaut d'un autre.

3 Périmètre et déroulement du jour J

3.1 Qui est inclus

Sont inclus tous les patients adultes présents dans les unités enquêtées le jour de l'enquête, en hospitalisation complète de médecine ou de chirurgie.

Sont exclus l'hospitalisation de jour et la chirurgie ambulatoire, les séjours itératifs de séances (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse), la réanimation et l'obstétrique. La grille AEPf n'est pas non plus utilisable en l'état en pédiatrie, en psychiatrie et en soins médicaux et de réadaptation, qui relèvent de grilles spécifiques.

Les patients entrés ou sortis le jour même sont présents moins de vingt-quatre heures : soit ils sont exclus, soit ils sont inclus et analysés séparément. Le choix doit être arrêté avant l'enquête et s'appliquer à toutes les unités.

3.2 Qui remplit, quand, à partir de quoi

Le recueil est réalisé par un binôme — un médecin et un cadre de santé — avec l'appui du cadre de l'unité, qui établit la liste des patients présents et convient de l'heure de passage. L'enquêteur extérieur au service apporte de l'objectivité et de l'homogénéité ; l'enquêteur interne recueille plus vite et s'approprie mieux les résultats. Le binôme mixte règle la question.

Les éléments permettant de cocher un critère doivent être objectifs et figurer dans une pièce du dossier du patient. Une information recueillie oralement auprès de l'équipe est vérifiée avec le cadre. Un critère non tracé ne se coche pas.

Avant le jour J

Un test de la grille sur quelques dossiers, avec les mêmes évaluateurs, est indispensable. Il vérifie que les items sont compris de la même façon, mesure le temps réel de remplissage et repère les critères sans objet dans l'unité. Neutraliser un critère reste possible, mais avec parcimonie et de façon documentée : la version française a été validée avec la grille complète, et une étude portant sur plusieurs unités doit conserver tous les critères pour rester comparable.

4 Règles de cotation

Le jour évalué est la journée civile, de 0 h à 23 h 59, et non les vingt-quatre dernières heures. Un acte réalisé la veille ne coche pas le critère du jour, sauf mention contraire dans le libellé (les critères d'état clinique remontent à 48 heures).

Un critère se coche sur ce qui a eu lieu, non sur ce qui était prescrit. Une perfusion prescrite et non posée ne coche pas M4.

Les soins de confort et la surveillance de routine ne sont pas des critères. Une perfusion de garde-veine, une prise de constantes une à deux fois par jour, un pansement simple quotidien, une aide à la toilette : aucun de ces éléments ne justifie techniquement la journée, et c'est précisément le sens de l'outil.

L'attente ne coche aucun critère. Attendre un examen, un avis, une place en aval ou une décision est une cause de non-pertinence, pas un critère de pertinence. Ces situations se documentent dans la partie basse de la fiche.

Un effet pervers à connaître

Utilisé en routine et perçu comme un contrôle, l'outil peut conduire à multiplier les actes techniques pour justifier une hospitalisation. C'est la dérive la plus documentée de la méthode. Elle se prévient par ce qui est dit aux équipes avant l'enquête et par l'usage qui est fait des résultats : les règles de restitution se décident avant la mesure, pas après.

5 Ce qui sera fait des résultats

Les journées non pertinentes sont triées selon leur cause principale, et les causes selon qu'elles relèvent de l'établissement ou non.

Les causes internes — délai de programmation d'un examen, attente d'un avis spécialisé, sortie non anticipée, décision reportée à un staff hebdomadaire — appellent des actions concrètes, un responsable et une échéance. Les causes externes — absence de place en SMR, en EHPAD, en HAD, absence de structure adaptée sur le territoire — ne se corrigent pas au niveau du service, mais elles se chiffrent, et le chiffre argumente une demande auprès de l'agence régionale de santé ou une convention avec un partenaire.

Une cause externe masque souvent une cause interne : un patient en attente de place peut aussi être un patient dont la demande a été déposée tardivement. La question à poser systématiquement devant chaque journée en attente d'aval est celle de la date à laquelle la recherche de place a commencé.

Un second tour, avec la même grille et les mêmes modalités, mesure l'effet des actions engagées. Sans ce second tour, la première mesure ne sert à rien.

6 Calendrier type

Échéance	Étape	Qui
J - 30	Validation du périmètre, des unités enquêtées et de la grille adaptée	Groupe projet, CME
J - 15	Test de la grille sur quelques dossiers, harmonisation des évaluateurs	Binôme enquêteur
J - 7	Information des équipes : objet, méthode, usage des résultats	Chef de projet, cadres
J - 1	Tirage au sort du jour si l'enquête porte sur plusieurs jours ; édition des fiches	Chef de projet
Jour J	Recueil dans les unités, liste des présents, passage convenu avec le cadre	Binôme enquêteur
J + 7	Saisie terminée, contrôle de cohérence, premiers taux	DIM
J + 30	Analyse des causes en équipe, hiérarchisation, plan d'actions	Groupe projet et unités
J + 45	Restitution aux unités enquêtées, puis aux instances	Chef de projet
M + 6	Second tour, même grille, mêmes modalités	Binôme enquêteur

La restitution aux professionnels qui ont participé précède toute diffusion institutionnelle. C'est une condition d'acceptabilité de la méthode, et la principale raison pour laquelle certaines enquêtes de pertinence ne donnent jamais lieu à un second tour.

Grille de recueil — une fiche par patient et par journée

Document de travail — à photocopier en autant d'exemplaires que de patients présents. Report ensuite sur le classeur de saisie, onglet Saisie, une ligne par fiche.

Unité _____	Date du jour J _____	N° fiche _____
N° séjour / IPP _____	Âge _____	Entrée Jour de séjour _____
	le _____	
Mode d'entrée _____	Évaluateurs _____	

A. Critères liés aux soins médicaux délivrés ce jour

- ☐ **M1** — Intervention chirurgicale ou geste sous anesthésie réalisé ce jour, ou programmé pour le lendemain avec préparation ou consultation pré-anesthésique effectuée.
- ☐ **M2** — Acte diagnostique ou thérapeutique invasif nécessitant le plateau technique hospitalier (endoscopie, biopsie, cathétérisme, radiologie interventionnelle).
- ☐ **M3** — Examen nécessitant une préparation, un jeûne, un contrôle des apports ou une surveillance incompatibles avec une réalisation en ambulatoire.
- ☐ **M4** — Traitement par voie intraveineuse, continu ou discontinu, hors perfusion de garde-veine.
- ☐ **M5** — Traitement à adaptation quotidienne sous surveillance médicale ou biologique rapprochée (anticoagulation, insulinothérapie IV, antiarythmiques, titration morphinique).
- ☐ **M6** — Surveillance médicale au moins trois fois dans la journée, tracée, avec adaptation de la prise en charge.
- ☐ **M7** — Prise en charge en soins intensifs ou en surveillance continue ce jour.
- ☐ **M8** — Assistance ventilatoire, ou oxygénothérapie avec adaptation et surveillance des débits.
- ☐ **M9** — Transfusion de produits sanguins labiles ce jour.
- ☐ **M10** — Prise en charge d'une complication survenue dans les 48 heures, imposant une reprise de la démarche diagnostique ou thérapeutique.

B. Critères liés aux soins infirmiers et paramédicaux

- ☐ **S1** — Surveillance des paramètres vitaux au moins toutes les quatre heures, tracée, sur prescription.
- ☐ **S2** — Soins infirmiers techniques répétés au moins trois fois par jour (injections, aspirations, sondages, gestion de dispositifs invasifs).
- ☐ **S3** — Soins de plaie complexes : pansement d'une plaie étendue ou drainée, ou au moins deux réfections par jour.
- ☐ **S4** — Mesure et interprétation des entrées et sorties, bilan hydrique ou diurèse surveillée.
- ☐ **S5** — Rééducation intensive : au moins deux séances de trente minutes dans la journée, en présence d'un professionnel.
- ☐ **S6** — Nutrition entérale ou parentérale, ou alimentation orale sous surveillance rapprochée d'un trouble de la déglutition.

C. Critères liés à l'état clinique du patient

- ☐ **E1** — Impossibilité de s'alimenter ou de s'hydrater par voie orale, apparue dans les dernières 24 heures.
- ☐ **E2** — Fièvre $\geq 38,5$ °C ou hypothermie, dans les dernières 48 heures.
- ☐ **E3** — Instabilité hémodynamique ou respiratoire dans les dernières 48 heures (pression artérielle, fréquence cardiaque ou respiratoire, saturation).
- ☐ **E4** — Trouble du rythme aigu ou signes électriques d'ischémie dans les dernières 48 heures.
- ☐ **E5** — Trouble de la conscience, confusion aiguë ou déficit neurologique d'apparition récente (48 heures).
- ☐ **E6** — Hémorragie active ou déglobulisation documentée dans les dernières 48 heures.
- ☐ **E7** — Anomalie biologique aiguë sévère nécessitant une correction hospitalière (troubles ioniques, acidose, insuffisance rénale aiguë, hypoglycémies répétées).
- ☐ **E8** — Désunion de plaie, éviscération ou complication locale imposant une surveillance hospitalière.

Nombre total de critères cochés _____

Conclusion ☐ Journée pertinente (au moins un critère) ☐ Journée pertinente sur avis d'expert
☐ Journée non pertinente

Motif de l'avis d'expert, en clair _____

D. Journée non pertinente — analyse des causes

Cette partie n'est remplie que si aucun critère n'a été coché et qu'aucun avis d'expert n'a été retenu.

D1 et D2. Besoins de soins ou de services auxquels l'hôpital répond ce jour

Cocher en colonne « tous » chacun des besoins couverts ce jour, puis en colonne « principal » celui qui, à lui seul, explique la présence du patient — une seule croix dans cette colonne.

Tous	Principal	Besoin de soins ou de service
☐	☐	Avis diagnostique ou thérapeutique
☐	☐	Procédure diagnostique ou thérapeutique
☐	☐	Surveillance thérapeutique ou clinique
☐	☐	Éducation sanitaire
☐	☐	Rééducation fonctionnelle, kinésithérapie
☐	☐	Soutien psychologique
☐	☐	Aide sociale
☐	☐	Aide à la vie quotidienne
☐	☐	Aucun soin ni aucun service

D3. Lieu d'hébergement le mieux adapté compte tenu de l'état clinique et du contexte familial et social réel — une seule réponse

- ☐ Domicile, sans aide particulière
- ☐ Domicile avec aides non médicalisées
- ☐ Domicile avec SSIAD ou infirmier libéral
- ☐ Domicile avec HAD

- | | |
|---|---|
| ☐ SMR (hospitalisation complète) | ☐ Autre structure d'hébergement |
| ☐ EHPAD ou USLD | ☐ L'hôpital de court séjour reste le lieu adapté |

Si l'hôpital reste le lieu le mieux adapté, l'analyse s'arrête ici : la journée est non pertinente mais justifiée.

D4. Cause principale de la présence du patient ce jour *une seule cause, la principale*

Organisation des soins

- ☐ Attente d'un examen complémentaire ou d'un rendez-vous de plateau technique
- ☐ Attente du résultat d'un examen déjà réalisé
- ☐ Attente d'un avis spécialisé ou d'une consultation
- ☐ Attente d'un acte thérapeutique programmé plus tard

Structures d'aval ou de relais

- ☐ Absence de place disponible en SMR
- ☐ Absence de place disponible en EHPAD ou USLD
- ☐ Délai de mise en place de l'HAD, du SSIAD ou des aides à domicile
- ☐ Absence de structure adaptée sur le territoire
- ☐ Demande d'admission en aval déposée tardivement *(cause interne masquée)*

Décision médicale

- ☐ Attente d'une décision médicale, d'un staff ou d'un avis collégial
- ☐ Sortie non anticipée, devenir non préparé
- ☐ Habitude de service, prudence de principe, sortie reportée sans motif tracé
- ☐ Absence du médecin référent, week-end ou jour férié

Patient ou entourage

- ☐ Refus du patient de sortir ou de la structure proposée
- ☐ Désaccord ou indisponibilité de la famille
- ☐ Logement inadapté, hébergement momentanément impossible
- ☐ Mesure de protection juridique en cours d'instruction

D5. Depuis combien de jours cette journée est-elle non pertinente ? _____ Date de la première démarche d'aval _____

Commentaire libre _____

Rappel — Cette fiche décrit une journée, pas un séjour, et encore moins une équipe. Elle est anonymisée à la saisie : seuls le numéro de séjour et l'unité sont conservés, et les résultats sont restitués à l'ensemble des unités enquêtées avant toute diffusion institutionnelle.

Références. Haute Autorité de santé (Anaes). *Revue de pertinence des soins — application aux admissions et aux journées d'hospitalisation*, novembre 2004 (grilles AEPf et guides d'utilisation en annexes 2 et 3). Haute Autorité de

santé, *Revue de pertinence des soins*, fiche méthode, novembre 2017. Robain M. *et al.*, validation française de l'AEP, *Rev Epidemiol Sante Publique* 1999 ; Lombard I. *et al.*, causes de non-pertinence, *Rev Epidemiol Sante Publique* 2001.

Les libellés des 24 critères ci-dessus constituent une adaptation locale de la grille AEPf des journées d'hospitalisation, conservant ses trois familles et son nombre d'items. Cette adaptation est prévue par la HAS ; elle doit être validée par le groupe projet avant le premier tour et rester identique au second tour.