

Note méthodologique et de synthèse documentaire

« Sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures
– Établissement d'une *check-list* »

Cette note documentaire est téléchargeable sur :

www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service communication – information des publics

2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Liste des abréviations.....	5
Introduction	6
La demande.....	6
Le contexte	6
Objectif	7
Méthode d'élaboration.....	8
Identification des questions qui se posent pour l'établissement d'une <i>check-list</i> de sortie d'hospitalisation – recherche documentaire HAS et réunion des parties prenantes	8
Sources documentaires.....	8
Déroulement du projet.....	9
Parties prenantes.....	9
Positionnement du groupe de travail	13
Présentation des travaux du groupe de travail (GT) au groupe parties prenantes (PPn)	14
Analyse de la littérature	15
1. Analyse de la littérature - France.....	15
1.1. Réglementation.....	15
1.2. Circulaire DGOS/RH4/2012/206 du 22 mai 2012	16
1.3. Recommandations et certification HAS.....	17
1.4. En région	22
2. Analyse de la littérature internationale.....	23
Contenu des documents de <i>check-list</i> sortie d'hospitalisation	23
3. Analyse documentaire complémentaire.....	25
3.1. Interventions associées à la prévention des réhospitalisations évitables	25
3.2. Modèles de prédiction du risque de réhospitalisation	27
Propositions.....	43
Participants	44

Représentants des parties prenantes	44
Groupe de travail	44
Pour la HAS.....	45
Annexe. Proposition d'outils pour le repérage du risque de réhospitalisation	46
Échelle des activités de la vie quotidienne (ADL de Katz)	47
Échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL de Lawton)	48
Échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne	49
Index LACE (Kaiser Permanente).....	50
<i>Charlson Comorbidity Index</i>	51
Exemple de questionnaire sur les conditions de vie du patient	52
Bibliographie.....	53
Introduction.....	53
Analyse de la littérature - France.....	54
Bibliographie complémentaire.....	55

Liste des abréviations

ARS	Agence régionale de santé
AVC	Accident vasculaire cérébral
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CRH	Compte rendu d'hospitalisation
ECR	Étude contrôlée randomisée
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
GT	Groupe de travail
HR	<i>Hazard Ratio</i>
IC	Intervalle de confiance
MA	Méta-analyse
NHS	<i>National Health Services</i>
NICE	<i>National Institute for Clinical Excellence</i>
RR	Risque relatif
RS	Revue systématique de la littérature
SMACDAM	Service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades

Introduction

La demande

L'utilisation d'un outil de type *check-list* est préconisée par la plupart des recommandations concernant l'organisation de la sortie des patients. La HAS a identifié l'organisation de la sortie des patients à haut risque de réhospitalisation comme un sujet de travail prioritaire et a publié plusieurs travaux sur ce sujet qui font référence à des démarches de type *check-list* : [fiche Points clés et solutions - Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ?](#), [fiche Points clés et solutions - Comment prévenir les réhospitalisations après une exacerbation de bronchopneumopathie chronique obstructive ?](#)

Par ailleurs, le Programme national sécurité du patient (PNSP), dans lequel la HAS est engagée, réfère précisément à l'action 10 : « Amélioration de l'organisation de la sortie : utilisation par les professionnels d'une *check-list* de sortie adaptée au type de prise en charge (ex. : *discharge check-list*) ».

Le contexte

Optimiser le parcours du patient en établissement de santé contribue à améliorer sa qualité de prise en charge et à améliorer l'efficacité des soins. En France, comme dans la plupart des pays, des démarches d'amélioration de la qualité et de gestion des risques dans les établissements de santé sont promues et encadrées par la loi. Leur objectif est de promouvoir la mise en place de bonnes pratiques en stimulant la réflexion des établissements de santé sur l'organisation de leurs services, comme par exemple l'évolution des modalités de travail concernant le découplage de l'organisation et le développement de la transversalité. Des critères globaux de la qualité de prise en charge peuvent être mesurés : taux d'effets indésirables, temps moyen d'hospitalisation.

Des études françaises et internationales désignent la sortie du patient comme le point le plus critique de la continuité de la prise en charge¹. La préparation de la sortie du patient hospitalisé apparaît donc comme un élément essentiel de la continuité des soins. En effet, l'organisation de la transition du patient de l'hôpital vers son domicile permet d'éviter la rupture de continuité des soins et de réduire la survenue d'événements de santé défavorables, incluant les réhospitalisations évitables.

Dans un établissement de santé, cette préparation à la sortie du patient consiste à mettre en place un plan de sortie pour chaque patient. Celui-ci doit être en place dès l'entrée du patient dans la structure de soins. Cette planification doit permettre d'assurer que les services de soins extérieurs à l'hôpital (MT, préparation du retour à domicile, etc.) soient mis en place et effectifs à la sortie du patient.

Des études ont montré que des interventions visant à améliorer l'organisation de la sortie pouvaient avoir des résultats positifs sur la qualité des soins, notamment sur la fréquence des réhospitalisations².

C'est dans ce cadre que s'inscrit ce document qui propose un état des lieux des mesures prises quant à la planification de la sortie du patient, et de l'opportunité de constituer pour les professionnels une *check-list* de sortie adaptée au type de prise en charge.

¹ François P, Boussar B, Fourny M, Seigneurin A. Qualité des services rendus par un centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. *Santé Publique* 2014;26(2):189-97; Mesteig M, Helbostad JL, Sletvold O, Rosstad T, Saltvedt I. Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study. *BMC Health Serv Res* 2010;10:1.

² Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademan P, Kalkman C, et al. Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012;157(6):417-28; Mistiaen P, Francke AL, Poot E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. *BMC Health Serv Res* 2007;7:47.

Objectif

L'objectif de ce travail est de déterminer les éléments constitutifs et les conditions d'utilisation optimales d'une *check-list* « générique », celle-ci pouvant être personnalisée en fonction des différentes maladies dont souffre le patient.

Afin de préciser le contenu de la *check-list* de sortie, une analyse de l'existant et de la littérature a été réalisée. Elle permet de :

- faire un état des lieux de l'existant en France en termes de réglementation, recommandations et mise en œuvre ;
- identifier les rubriques des *check-lists* de sortie proposées dans la littérature ou utilisées par les équipes de soins, et les éléments les justifiant ;
- identifier les bénéfices et inconvénients des *check-lists* de sortie et les conditions d'une mise en œuvre réussie.

Proposer un nouvel outil n'a de sens que si chaque professionnel se l'approprie. Ce travail est donc de définir quel type de *check-list* de sortie pourrait être proposée aux professionnels de santé.

Méthode d'élaboration

La méthode d'élaboration utilisée pour le guide d'utilisation de la *Check-list* de sortie d'hospitalisation est celle des fiches Points clés & solutions, décrite sur le site de la HAS³. Elle comprend les étapes suivantes.

Identification des questions qui se posent pour l'établissement d'une *check-list* de sortie d'hospitalisation – recherche documentaire HAS et réunion des parties prenantes

Une note de problématique a été rédigée à partir d'une analyse des pratiques, d'une identification des enjeux professionnels et de santé publique, d'un recensement des recommandations nationales et internationales et autres publications pertinentes.

La note de problématique et les questions proposées ont été soumises aux parties prenantes. Ont été sollicités :

- Conseil national professionnel de cardiologie
- Conseil national professionnel de pneumologie (Fédération française de pneumologie)
- Conseil national professionnel de psychiatrie (Fédération française de psychiatrie)
- Conseil national professionnel de gériatrie (Société française de gériatrie et gérontologie)
- Conseil national professionnel d'endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques
- Conseil national professionnel de neurologie (Fédération française de neurologie)
- Collège de la médecine générale
- Fédération française des maisons et pôles de santé
- Union nationale de réseaux de santé
- CISS et associations de patients
- Collège des masseurs-kinésithérapeutes
- UNPS (Union nationale des professionnels de santé)
- Collège infirmier
- Collège de la pharmacie
- SOFCOT (Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique)
- ACFM (Association confédérale pour la formation médicale)

Sources documentaires

Les sources documentaires ont été :

- les recommandations HAS depuis 2001, et nationales et internationales de moins de 5 ans ;
- lorsque les recommandations ne répondaient pas à la question, les méta-analyses et revues systématiques datant de moins de 5 ans ;
- les sites Internet des agences internationales ;
- la littérature grise, sur les expériences locales de mise en place de *check-lists*.

L'analyse des données de la littérature a été réalisée selon la méthode de l'Anaes 2000⁴.

³ HAS, 2013. Haute Autorité de Santé. Guide méthodologique fiches Points clés et solutions organisation des parcours. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718270/fr/guide-methodologique-fiches-points-cles-et-solutions-organisation-des-parcours?xtmc=&xtcr=1

⁴ HAS, 2000. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/analiterat.pdf>

Déroulement du projet

► Bibliographie initiale – dégagement des problématiques – préparation des questions à adresser au groupe parties prenantes

► Groupes d'experts

- Première réunion du groupe parties prenantes (20 mai 2014) : formalisation des questions – orientation du travail.
- Deux réunions du groupe de travail (19 juin et 18 novembre 2014) : rédaction de la *check-list* et de son guide d'utilisation à partir des questions reformulées par la réunion des parties prenantes avec un groupe de travail (GT).
- Deuxième réunion du groupe Parties prenantes (15 janvier 2015) : présentation des résultats – discussion – prise en compte des remarques.

► Validation Collège (04 février 2015)

Parties prenantes

La première réunion avec les parties prenantes s'est tenue le 20 mai 2014. Les questions suivantes ont été proposées à la validation des parties prenantes :

- **Peut-on préciser les groupes de patients (situations, pathologies) où le bénéfice d'une *check-list* a été le mieux démontré ?**
- **Sur quels résultats l'utilisation d'une *check-list* est-elle susceptible d'être efficace : indicateurs de sécurité du patient, résultats de soins, recours aux soins (réhospitalisation et services d'accueil des urgences [SAU]) ?**
- **Faut-il promouvoir l'utilisation d'une *check-list* pour tous les patients appartenant à ces groupes ou seulement pour des sous-groupes à haut risque ?**
- **Cette *check-list* a-t-elle vocation à être utilisée dans tous les modes d'hospitalisation et dans tous les types d'établissement de santé ?**
- **Quels doivent être les composants d'une *check-list* « générique » utilisable pour planifier la sortie d'hospitalisation ?**
- **Quelles sont les conditions optimales d'utilisation de cette *check-list* (temporalité, personne chargée de son administration, implication du patient, etc.) ?**

► Les points suivants ont été définis

Une finalité de la *check-list* a été formulée. La *check-list* permet de regrouper les informations essentielles, afin :

- d'optimiser le séjour hospitalier en termes de sécurité du patient et de durée de séjour (ni sortie prématurée, ni allongement de séjour non justifié) et de diminution du risque de prise en charge inappropriée ;
- d'optimiser le retour du patient à domicile ;
- de permettre d'éviter certaines réhospitalisations.

La *check-list* doit pouvoir rendre compte des éléments à recueillir pendant toute la durée de l'hospitalisation, voire si possible vérifier des éléments d'intérêt avant l'hospitalisation en cas d'hospitalisation programmée. L'idée est que la *check-list* permet d'anticiper les problèmes en lien avec la sortie prochaine du patient.

Le groupe parties prenantes souhaite que la *check-list* soit un outil :

- global ;
- simple, afin qu'elle soit réalisable : 10 à 15 items maximum ;
- centré sur le patient ;
- adaptable par les équipes.

La *check-list* ne doit pas « faire loi » : si un patient présente une complication imprévue, la prise en charge doit s'y adapter et la *check-list* doit être révisée.

► Les questions présentées ont été reformulées

Q1. Quels patients peuvent bénéficier d'une *check-list* ?

Efficacité potentielle d'une *check-list* ? Sur quels types de résultats/outcomes.

Les critères d'évaluation d'efficacité d'une *check-list* le plus souvent retrouvés dans la littérature sont :

- durée d'hospitalisation ;
- sécurité du patient ;
- qualité de vie du patient ;
- taux de réhospitalisations.

Actuellement, l'intérêt de l'apport d'une *check-list* afin d'améliorer la planification de la sortie du patient de l'hôpital n'est démontré que pour des populations spécifiques (personnes âgées, BPCO, etc.) et sur le critère de réhospitalisation. En gériatrie, il est démontré qu'en cas de patients complexes, une *check-list* permet de diminuer significativement le risque de réhospitalisation.

De même, des études ont montré qu'en cas d'exacerbation aiguë de BPCO, l'établissement d'une *check-list* avait permis de diminuer le taux de réhospitalisations dans les 90 jours suivant la sortie.

Sur ces 4 critères, celui portant sur le taux de réhospitalisations paraît le plus discriminant. Les 2 études ayant prouvé l'intérêt de l'établissement d'une *check-list* ont utilisé ce critère d'évaluation.

La question de l'intérêt de la mise en place d'une *check-list* de planification de la sortie pour tous les patients a été posée au groupe parties prenantes. Celui-ci était divisé entre une majorité souhaitant ne mettre en place de *check-list* que pour les patients en état de vulnérabilité, et une minorité préférant que la *check-list* soit systématique.

L'option retenue a été de proposer une *check-list* de type algorithmique à tous les patients, *check-list* limitée dans un premier temps à des critères de repérage de vulnérabilité. La *check-list* peut s'arrêter à ce stade lorsque le patient ne présente pas de vulnérabilité, dans le cas contraire elle se poursuit. Cela permet d'évaluer systématiquement tout patient hospitalisé afin de réduire au maximum le risque de rupture de continuité des soins.

Réflexions sur les critères de vulnérabilité à définir avec le groupe de travail :

- sur le plan médical : patients complexes (présence de comorbidité)/fragiles (grand âge), plutôt que définis maladie par maladie, ou ayant un pronostic fonctionnel altéré à la sortie (par exemple AVC, suite d'intervention orthopédique, etc.) ;
- sur le plan social : patients isolés ;
- sur le plan territorial : organisation des soins en aval de la sortie, disponibilité des professionnels de santé en fonction du lieu de vie, etc.

Bibliographie

Efficiency de la *check-list*

Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademan P, Kalkman C, *et al.* Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012;157(6):417-28.

Mistiaen P, Francke AL, Poot E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. *BMC Health Serv Res* 2007;7:47.

Hopkinson NS, Englebretsen C, Cooley N, Kennie K, Lim M, Woodcock T, *et al.* Designing and implementing a COPD discharge care bundle. *Thorax* 2012;67(1):90-2.

Vulnérabilité :

HAS, 2013 - Fiche Points clés et solutions - Organisation des parcours. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ? (questions portant sur la fragilité – les personnes âgées).

Q2. Rubriques de la *check-list*

Ces rubriques sont à définir. Le nombre d'items dépend de la vulnérabilité du patient, évaluée sur les premiers critères.

Les éléments de la liste ci-dessous ont été cités, sans être exhaustifs, ni chronologiques :

- évaluation de l'autonomie du patient, notamment le différentiel avant-après ;
- évaluation du risque de réhospitalisation ;
- coordonnées du MT dès l'entrée le contacter ;
- récupération des prescriptions d'entrée, puis comparatif traitement d'entrée/traitement de sortie ;
- prévoir les éléments de continuité nécessaires, au niveau prescriptions médicamenteuses (conciliation par le pharmacien hospitalier, lien entre le pharmacien hospitalier et de ville), infirmière, kiné, etc. ;
- penser aux programmes de retour à domicile type PRADO, ARDH, etc. ;
- contact avec l'aidant ;
- que les informations nécessaires pour la/les maladies considérées ont bien été données aux patients ou à l'entourage (la question de communiquer la CHK à la sortie au patient et à la famille a été posée) ;
- soutiens sociaux en place ;
- désignation d'une personne de confiance/mise sous protection juridique ;
- s'enquérir du projet du patient ;
- documents de sortie remis aux patients ;
- n° de tél. donnés aux patients.

Bibliographie

Art. R. 1112-2 sur le dossier patient.

Anaes, 2001. Préparation de la sortie du patient hospitalisé, suivi par HAS, 2006. Audit clinique ciblé appliqué à la préparation de la sortie du patient hospitalisé – Rapport de l'expérimentation nationale

Anaes, 2003. Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations

HAS, 2010. Manuel de certification 2010, notamment 24a, Sortie du patient

Department of Health, Strategic Planning Leadership Group. Ready to go? Planning the discharge and the transfer of patients from hospital and intermediate care. Leeds Department of Health; 2010

Ireland's Health Services. Integrated Care Guidance: A practical guide to discharge and transfer from hospital - Appendix 1: Nine Step *check-list* Naas: Ireland's Health Services

Soong C, Daub S, Lee J, Majewski C, Musing E, Nord P, *et al.* Development of a *check-list* of safe discharge practices for hospital patients. *J Hosp Med* 2013;8(8):444-9.

Q3. Qui coordonne la *check-list* ?

À l'hôpital, ce sont en général les IDE qui gèrent les flux. Le groupe parties prenantes, pour ne pas limiter cette fonction aux infirmières (les cadres de santé peuvent aussi jouer ce rôle), propose d'utiliser le terme de **responsable de l'organisation de la sortie du patient**.

Bibliographie

Francisco C, Daverat E, Marcilloux C, Michelon S, Pigeon JF, Cueille JF. L'infirmier organisateur de la sortie, le chaînon manquant aux urgences. *Rev Infirm* 2013(188):33-50.

Guttman A, Afilalo M, Guttman R, Colacone A, Robitaille C, Lang E, *et al.* An emergency department-based nurse discharge coordinator for elder patients: does it make a difference? *Acad Emerg Med* 2004;11(12):1318-27.

Houghton A, Bowling A, Clarke KD, Hopkins AP, Jones I. Does a dedicated discharge coordinator improve the quality of hospital discharge? *Qual Health Care* 1996;5(2):89-96.

Lainscak M, Kadivec S, Kosnik M, Benedik B, Bratkovic M, Jakhel T, *et al.* Discharge coordinator intervention prevents hospitalizations in patients with COPD: a randomized controlled trial. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14(6):450 e1-6.

Q4. Quand mettre en place la *check-list* ?

Les recommandations HAS et internationales recommandent que la *check-list* débute dès le premier jour d'hospitalisation, voire si possible avant l'hospitalisation en cas d'hospitalisation programmée, et se termine le jour du départ du patient.

Certains auteurs proposent cependant de téléphoner dans les 48 heures après la sortie afin de vérifier que ce qui a été programmé par l'équipe hospitalière est effectivement en place.

Bibliographie

Grandes recommandations HAS et internationales (cf. Q2).

Q5. Interventions associées à la *check-list*

Cette question pour être traitée exhaustivement équivaut à définir le suivi post-hospitalisation, certaines actions faisant l'objet de documents complémentaires (document de sortie d'hospitalisation. Service évaluation et amélioration des pratiques, 2014), ou se situant en aval du temps hospitalier. Dans le cadre de ce document, il sera proposé des principes qui nécessiteront un travail complémentaire :

- coordination à l'hôpital par un responsable de l'organisation de la sortie du patient ;
- transmission – à l'idéal le jour de la sortie – des informations sur le séjour (cf. document de sortie) ;
- à l'hôpital, annuaire des médecins traitants et autres correspondants externes ;
- pour les médecins traitants qui adressent les patients, visibilité (annuaire) des médecins hospitaliers et cadres de santé ;
- implication du médecin traitant ;
- formation médicale continue ville – hôpital ?

Bibliographie

François P, Boussar B, Fourny M, Seigneurin A. Qualité des services rendus par un centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. *Santé Publique* 2014;26(2):189-97.

Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademan P, Kalkman C, *et al.* Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012;157(6):417-28.

Mistiaen P, Francke AL, Poot E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. *BMC Health Serv Res* 2007;7:47.

Positionnement du groupe de travail

► Réunions du 19 mai et du 18 novembre 2014

- **Sur la justification de proposer une *check-list* de sortie d'hospitalisation**

L'objectif premier d'une *check-list* de sortie est de diminuer les risques de rupture de continuité des soins. La diminution du taux de réhospitalisations évitables, une meilleure sécurité des soins et/ou de la qualité de vie sont, dans le parcours de soins des patients, des marqueurs de la qualité de prise en charge à l'hôpital.

L'augmentation de l'offre de soins en ambulatoire, ainsi que les fermetures de lits, des restrictions budgétaires à l'hôpital donnent une tendance à diminuer la DMS (durée moyenne de séjour) à l'hôpital (réf. IRDES <http://www.irdes.fr/enseignement/chiffres-et-graphiques/donnees-de-cadrage/hopital/nombre-de-lits-journees-et-durees-moyennes-de-sejour.html>). La *check-list* de sortie permettrait d'optimiser la durée de séjour hospitalier du patient, notamment en diminuant l'écart entre sortie médicale et sortie effective du patient.

La sortie du patient est un acte de soin à part entière, pas suffisamment reconnu à l'heure actuelle.

La *check-list* doit aider à promouvoir une culture de la bonne sortie du patient de l'hôpital, c'est-à-dire du passage de la structure de soins hospitalière à la structure de soins ambulatoire.

L'utilisation d'une *check-list* de sortie est un des éléments de la démarche qualité et de gestion des risques destinées à améliorer la prise en charge globale des patients qui nécessitent une hospitalisation. Pour diminuer le risque de rupture de continuité des soins, il est aussi souhaitable de promouvoir une fonction de coordinateur de l'organisation de la sortie du patient, ainsi que l'appel téléphonique après la sortie du patient.

- **Sur les caractéristiques d'une *check-list* de sortie**

L'enjeu de ce travail est de proposer une *check-list* suffisamment simple (courte) de façon qu'elle puisse être appliquée **systématiquement à chaque patient hospitalisé**. Ce modèle peut être adapté en fonction des caractéristiques/contraintes des différents services hospitaliers :

- une *check-list* est toujours l'aboutissement d'un travail effectué en amont, elle n'a pas vocation à s'y substituer :
 - ▶ la *check-list* récapitule ce qui doit avoir été fait avant la sortie effective du patient,
 - ▶ une *check-list* a la vertu pédagogique d'un pense-bête, d'une vérification systématique,
 - ▶ le détail des actes, qui les a effectués..., ces informations sont dans le dossier du patient ;
- la *check-list* de sortie se fait à un moment donné, la veille ou le jour de la sortie du patient :
 - ▶ il ne faut pas confondre *check-list* et outil(s) de suivi de la qualité de réalisation des différents soins/actes nécessaires,
 - ▶ la *check-list* a une vertu anticipatrice, progressivement, sachant que celle-ci doit être remplie avant le départ du patient, les professionnels hospitaliers systématiseront d'avantage leurs actions ;
- les items de la *check-list* ne comportent que trois cases de réponse : « oui », « non », ou « non applicable » :
 - ▶ tous les critères (applicables) doivent être cochés « oui » pour que le patient puisse sortir,
 - ▶ toute case cochée « oui » implique que l'information est retrouvée et si nécessaire détaillée dans le dossier du patient ;
- il n'y a pas de case « commentaires », en revanche un guide explicatif/d'utilisation est nécessaire.

À l'issue de ces deux réunions de travail, une *check-list* de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures » comportant 21 items ainsi qu'un guide d'utilisation de la *check-list* ont été rédigés.

Présentation des travaux du groupe de travail (GT) au groupe parties prenantes (PPn)

Les 3 documents élaborés avec le GT ont été envoyés au groupe parties prenantes (PPn) : note méthodologique et de synthèse documentaire « Sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures – Établissement d'une *check-list* », la *check-list* et son guide d'utilisation. Les 2 derniers ont été particulièrement discutés lors de la réunion du 15 janvier 2015.

Le groupe PPn a particulièrement commenté le premier critère, de repérage et d'évaluation de la complexité. La proposition de mise en annexe de 2 scores validés : LACE de la HMO Kaiser Permanente et 8Ps du projet BOOST a été discuté. Le groupe PPn a estimé qu'il était plus judicieux de ne proposer que le score 8Ps en annexe. En effet, l'index LACE est plus long à réaliser et n'est en pratique réalisé qu'en milieu spécialisé, notamment du fait du calcul du *Charlson Comorbidity Index* (cf. annexe).

En revanche le groupe PPn a demandé de rajouter les évaluations (échelles validées) ADL et IADL en annexe pour la mesure des activités de la vie quotidienne (AVQ).

Le groupe PPn a trouvé la liste trop longue : un travail a été effectué pour limiter le nombre de critères, afin que la liste soit plus courte et donc plus faisable. Ce travail a permis de passer de 21 à 18 critères :

- suppression du critère « appel téléphonique post-hospitalisation » pour la raison que celui-ci ne concerne qu'une faible proportion de patients. Il peut avoir cependant son utilité dans certains cas, ce qui a été repris dans le guide au critère : « Une visite ou une consultation du médecin traitant a été organisée après la sortie (selon le besoin) », en insistant sur son aspect non systématique (ciblage des patients), et sur sa faisabilité dépendant d'une organisation interne à l'établissement ;
- le critère : « Le transport adapté a été prévu » a intégré le critère précédent qui devient : « La date et l'heure de sortie sont compatibles avec l'accueil du patient à domicile ou en structure de suite. Le transport adapté a été prévu » ;
- de même, les critères suivants ont été fusionnés : « Le patient a reçu une information ou une éducation afin de lui permettre d'assurer ses soins, sa surveillance et de contacter la personne appropriée en cas de problème » et « La compréhension par le patient de ses traitements a été vérifiée ».

Le groupe PPn a aussi demandé de préciser que pour les patients étant venus à l'hôpital avec un traitement personnel qui puisse interférer – interactions, doublons – avec le traitement reçu pendant leur séjour hospitalier, celui-ci ne leur soit pas rendu (pour raison de sécurité).

Le groupe PPn entérine les orientations dégagées dès la première réunion :

- le choix de 2 premiers critères qui permettent d'évaluer la complexité/risque de réhospitalisation des patients ;
- une liste volontairement généraliste qui puisse être adaptée en fonction des services.

Le groupe PPn est d'accord également avec les choix proposés d'implémentations, c'est-à-dire insérés à la politique d'établissement visant à organiser la sortie des patients.

Après cette réunion, l'UNPS a adressé à la HAS la contribution suivante : « L'UNPS œuvre à une réorganisation des professionnels de santé libéraux, dont la vocation est de se coordonner au mieux autour de chacun de leur patients, pour leur garantir, le cas échéant, une sortie d'hospitalisation organisée et efficiente, permettant de réduire le risque de réhospitalisation et respectant le libre choix du patient. » Le guide d'utilisation « Sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures – Établissement d'une *check-list* » tient compte des remarques de l'UNPS visant à renforcer les informations hôpital-ambulatoire.

Analyse de la littérature

1. Analyse de la littérature - France

1.1. Réglementation

1.1.1. Article R. 1112-2

Modifié par [décret n°2006-119 du 6 février 2006 - art. 2 JORF 7 février 2006](#)

Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

1. Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :

- a) La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;
- b) Les motifs d'hospitalisation ;
- c) La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;
- d) Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- e) Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- f) La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- g) Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens paracliniques, notamment d'imagerie ;
- h) Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4 ;
- i) Le dossier d'anesthésie ;
- j) Le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;
- k) Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
- l) La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 1221-40 ;
- m) Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
- n) Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
- o) Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- p) Les correspondances échangées entre professionnels de santé ;
- q) Les directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.

2. Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

- a) Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
- b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;

- c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
- d) La fiche de liaison infirmière.

3. Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Sont seules communicables les informations énumérées aux 1° et 2°.

1.1.2. Article R. 1112-1 CSP

[...] À la fin de chaque séjour hospitalier, copie des informations concernant les éléments utiles à la continuité des soins est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande, au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné, dans un délai de huit jours maximum.

1.2. Circulaire DGOS/RH4/2012/206 du 22 mai 2012

Relative aux axes et actions de formation nationales prioritaires à caractère pluriannuel, elle concerne l'ensemble des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi N° 89-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Elle précise les orientations nationales de formation 2013 et le plan de formation des établissements relevant de la fonction publique hospitalière

Dans le cadre de l'orientation : Améliorer la qualité des soins et soutenir le développement de prises en charge innovantes et efficaces. Interfaces « ville/hôpital » : préparer la sortie du patient hospitalisé, l'annexe 1 précise :

Objectifs de la formation :

- acquérir une culture de qualité et de sécurité des soins, en particulier concernant la continuité efficace des soins ;
- s'approprier les outils existants permettant d'analyser et élaborer un parcours de soins (ou « chemin clinique ») ;
- développer la prise en compte de l'environnement habituel du patient (familial, médical, social, financier, culturel, etc.) pour améliorer la sécurisation de la continuité des soins ;
- se sensibiliser au développement d'une communication et d'une coordination plus efficace entre professionnels de santé de l'établissement de santé et du milieu de soins ambulatoires (« de ville »), en amont comme en aval d'une hospitalisation, dans l'intérêt du patient et de sa prise en charge globale et dans le respect de la confidentialité nécessaire.

Éléments du programme :

- rappel du nouveau cadre mis en place par la loi HPST et des outils utilisables pour l'amélioration de la qualité des soins (coordination des soins, contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, etc.) ;
- méthodologies d'analyse en qualité et sécurité des soins, chemin clinique, en lien avec le sujet continuité et coordination des soins ;
- analyse et préparation d'un maillage entre professionnels de soins (médecins hospitaliers et traitants, pharmaciens, IDE, paramédicaux, aidants et travailleurs sociaux), favorisant une communication efficace en amont et en aval d'une hospitalisation ; et mise en œuvre de réseaux ville-hôpital et filières de soins prévues par les plans de santé publique (cancer, Alzheimer, maladies rares, hépatites, etc.) ;
- sensibilisation à l'éducation thérapeutique du patient, compréhension des prescriptions par le patient et son entourage ;
- prise en compte des situations pathologiques et/ou sociales susceptibles d'interférer avec la sortie (Alzheimer et autres troubles mnésiques ou cognitifs, difficultés liées à l'environnement et au contexte socio-culturel, précarité, etc.) ;

- analyse et élaboration de procédures, *check-lists* ou parcours de soins pour l'amélioration de la qualité : de la suite de prise en charge, des prescriptions et de leur réalisation, de la transmission du compte-rendu d'hospitalisation, de l'information du médecin traitant et des professionnels de santé concernés en amont de la sortie puis au moment de celle-ci.

1.3. Recommandations et certification HAS

La HAS a produit de nombreuses publications abordant la planification de la sortie, que ce soit par la certification ou les services de l'actuelle direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ces documents contribuent à préciser le cadre dans lequel s'inscrit la *check-list* « Sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures ».

1.3.1. « Préparation de la sortie du patient hospitalisé »

La HAS a publié en 2001, dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, un document sur la « Préparation de la sortie du patient hospitalisé ». Ce document avait pour objectif de proposer aux professionnels un outil qui leur permette d'améliorer le processus de préparation de la sortie du patient d'un établissement de santé.

L'état des connaissances actuelles sur la préparation et les conditions de sortie d'un patient hospitalisé a été réalisé. Il est présenté selon 3 axes : l'organisation, l'information et la continuité des soins.

Les points suivants sont soulignés :

- la préparation de la sortie du patient se fait très en amont de l'acte de sortie, puisque comme nous l'avons présenté précédemment elle devrait commencer dès l'admission voire la préadmission ;
- il s'agit donc d'un processus complexe, comportant de nombreux segments et impliquant de nombreux acteurs de différentes professions. Son amélioration ne peut donc s'envisager que dans une approche pluriprofessionnelle. Les critères d'une sortie « réussie » diffèrent en fonction de l'acteur : le patient, son entourage, les médecins et les professionnels soignants de l'établissement de soins, les médecins et les professionnels soignants ambulatoires, les professionnels administratifs, les professionnels sociaux, etc. ;
- compte tenu de la diversité des services impliqués, l'amélioration touche aussi bien les actes professionnels que les interfaces organisationnelles entre les différents intervenants (par exemple : l'ordonnance bien rédigée est un acte professionnel, l'envoi du compte rendu d'hospitalisation relève de l'interface organisationnelle) ;
- l'amélioration globale du processus de sortie ne peut donc se limiter à l'amélioration d'une pratique professionnelle, mais doit s'intéresser aux liens formels et informels existant entre les professionnels et les services concernés.

Ce document consacre un chapitre à la « Continuité de l'information médicale : le compte rendu d'hospitalisation ou lettre de sortie ». Celui-ci est repris en détail dans le document « **Sortie d'hospitalisation. Vers un format électronique** ».

On retiendra que les informations jugées les plus importantes par les médecins correspondants sont⁵ :

- le détail du traitement de sortie (comprenant la fréquence d'administration, le dosage et la durée de traitement proposée) ;
- les résultats significatifs des examens réalisés durant l'hospitalisation (résultats positifs, mais aussi négatifs) ;
- les modalités de suivi conseillées ou proposées ;
- les informations données au patient concernant le diagnostic de sa pathologie.

⁵ Solomon JK, Maxwell RB, Hopkins AP. Content of a discharge summary from a medical ward: views of general practitioners and hospital doctors. J R Coll Physicians Lond 1995;29(4):307-10.

Les médecins traitants souhaitent également être informés du pronostic de la pathologie présentée, les patients les interrogeant souvent à ce propos. Ils voudraient également que la destination du patient (domicile, institution...) soit précisée.

1.3.2. « Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations »

La HAS a publié en 2003 dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé « **Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations** ».

Chaque contact avec l'établissement doit conduire à un compte rendu de consultation ou d'hospitalisation. Ce compte rendu gagne à être structuré de façon homogène au sein d'un établissement pour faciliter l'exploitation de son contenu par les différents professionnels intervenant dans le dossier.

1.3.3. Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 h

La HAS a publié en octobre 2014 « Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 h », référentiel des informations relatives au séjour et nécessaires à la continuité et à la sécurité des soins en sortie d'hospitalisation.

Ce référentiel s'applique à tout document, quelle qu'en soit sa dénomination, remis au patient à la sortie d'une hospitalisation supérieure à 24 heures et adressé aux professionnels de santé amenés à prendre en charge le patient en aval du séjour.

Il vise à créer un seul « document de sortie » qui vaut « compte rendu d'hospitalisation » : il est remis le jour de la sortie, soit dans sa version complète, soit dans une version intermédiaire qui sera complétée dans un deuxième temps avec les résultats non disponibles le jour de la sortie.

1.3.4. « Audit clinique ciblé appliqué à la préparation de la sortie du patient hospitalisé – Rapport de l'expérimentation nationale »

La HAS a publié en 2006 dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles « **Audit clinique ciblé appliqué à la préparation de la sortie du patient hospitalisé – Rapport de l'expérimentation nationale** ». Cet audit clinique ciblé (ACC) a été organisé pour évaluer l'impact du document sur la « Préparation de la sortie du patient hospitalisé » de 2001.

L'ACC a montré la nécessité de préciser, d'adapter ou de reformuler certains critères de certification HAS. Le choix de structuration du guide 2001 a été conservé autour des 3 axes majeurs définis : organisation, information du patient et des professionnels, continuité des soins.

PSPproj : assurer une organisation adaptée pour accueillir le patient après sa sortie

1. La sortie a fait l'objet d'un projet actualisé tout au long du séjour en lien avec l'entourage du patient.
2. Les échanges autour du projet de sortie du patient ont associé le patient et/ou son entourage.
3. Les démarches sociales liées au projet de sortie sont notées.
4. Les différents services à domicile ont été proposés.
5. L'aménagement du domicile du patient a été proposé.
6. Le matériel spécialisé a été prescrit et commandé à l'avance afin d'être disponible au domicile le jour de la sortie.
7. L'autorisation écrite des parents (ou du tuteur) figure dans le dossier si une tierce personne vient chercher le mineur à sa sortie.
8. Les date et heure de sortie choisies sont compatibles avec l'accueil du patient à son domicile ou en établissement de suite et tiennent compte des modalités de transport.

9. Les coordonnées téléphoniques du service sont remises au patient et une date de consultation est indiquée si besoin.

PSPinf : assurer la transmission des informations nécessaires à la sortie du patient

1. Une concertation entre les intervenants extérieurs et les soignants hospitaliers a permis de préciser les objectifs de l'hospitalisation.
2. Les coordonnées complètes du praticien désigné par le malade figurent dans le dossier.
3. Les intervenants extérieurs habituels ou la structure d'accueil ont été prévenus du jour de la sortie.
4. La compréhension des informations délivrées au patient sur les modalités de suivi et de surveillance ultérieures est vérifiée.

PSPcnt : assurer la continuité de la prise en charge après la sortie du patient

Le praticien, les intervenants extérieurs et/ou l'établissement d'accueil sont prévenus du retour à domicile ou du transfert dans un délai permettant la continuité des soins.

L'éducation dispensée au patient au cours de son séjour lui permet d'assurer les soins et la surveillance qu'il doit réaliser lui-même.

Les ordonnances sont remises au patient et/ou à son entourage lors de sa sortie.

La lettre de sortie comportant les conclusions diagnostiques et le traitement de sortie est remise au patient ou adressée à sa demande au médecin qu'il désigne.

Un document de synthèse paramédical est confié au patient ou joint à son dossier en cas de transfert.

1.3.5. Dans le cadre de la certification : extraits du Manuel de certification 2010 en rapport avec la planification de la sortie

E1 : Prévoir E2 : Mettre en œuvre E3 : Évaluer et améliorer

14a. Gestion du dossier du patient

E1
Les règles d'accès au dossier, comprenant les données issues de consultations ou hospitalisations antérieures, par les professionnels habilités sont formalisées et diffusées.

E2
Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient - sont tracés en temps utile dans le dossier du patient.

17a. Évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisés

E1
La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et prend en compte l'ensemble de ses besoins.

E2
Un projet de soins personnalisés est élaboré avec les professionnels concernés (projet de vie en USLD).
La réflexion bénéfice-risque est prise en compte dans l'élaboration du projet de soins personnalisés.

Le projet de soins personnalisés est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient en impliquant le patient et s'il y a lieu l'entourage.

18a. Continuité et coordination de la prise en charge des patients

E1
Des mécanismes de coordination permettent d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps plein) et avec les partenaires extérieurs.
Des modalités de transmission d'information entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont définies.

19a. Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

E1
Un projet de prise en charge spécifique est formalisé et comprend, notamment, un repérage et une évaluation des besoins.

E3
Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.
L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.

20a. Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

E1
L'établissement de santé a formalisé sa politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient, en concertation avec les professionnels concernés.
Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information hospitalier, est défini.
Des outils d'aide à la prescription (selon les données de référence) et à l'administration, actualisés et validés, sont mis à la disposition des professionnels.

E2
Des actions de sensibilisation et de formation des professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses sont menées.
L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est engagée.

E3
Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont assurés avec les professionnels concernés.
Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs avec rétro-information des professionnels.

20a bis. Prescription médicamenteuse du patient

E1
La continuité du traitement médicamenteux est organisée, de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.
Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont définies.
Les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée.

E2
Les professionnels de santé assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments.
La traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée.

23a. Éducation thérapeutique du patient

E1
L'offre de programmes d'éducation thérapeutique au sein de l'établissement et au sein du territoire de santé est identifiée.

Les maladies ou situations nécessitant l'élaboration d'une démarche structurée d'éducation thérapeutique du patient (ETP) intégrée à sa prise en charge sont identifiées.

Une coordination avec les professionnels extrahospitaliers et les réseaux est organisée.

E2
Selon la nature des besoins et des attentes des patients, des programmes d'ETP autorisés sont proposés aux patients et mis en œuvre ; si l'établissement de santé ne met pas en œuvre de programme autorisé, il lui est demandé de proposer au patient une inscription dans un programme autorisé dans son environnement proche en lui ayant présenté l'intérêt de l'ETP pour la gestion de sa maladie.

L'établissement définit dans son plan de formation une formation à l'ETP (sensibilisation des professionnels impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques et acquisition de compétences pour ceux qui mettent en œuvre un programme d'ETP).

24a. Sortie du patient

E1
La sortie ou le transfert du patient est organisé en fonction du type de prise en charge et de l'état clinique du patient.

Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.) lorsque la situation le nécessite.

Le patient et son entourage sont associés à la planification et à la préparation de la sortie ou du transfert.

E2
Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité.

Les documents nécessaires à son suivi sont remis au patient.

Un courrier de fin d'hospitalisation est transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires.

E3
La qualité de la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge en aval est évaluée.

La pertinence des orientations à la sortie ou lors du transfert est évaluée.

Des actions d'amélioration sont mises en place.

28b. Pertinence des soins

E1
Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.

E2
Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées et permettent la mise en œuvre d'actions d'amélioration.
Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.

1.3.6. Le SMACDAM a produit récemment plusieurs recommandations sous le format et la méthode fiche Parcours de soins, qui abordent la question de la sortie du patient :

HAS, 2013. Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ?

Cette fiche précise les conditions optimales de prise en charge aux 3 étapes de la transition entre les établissements hospitaliers et la ville : pendant l'hospitalisation, au moment de la sortie et après la sortie.

Elle met l'accent sur :

- le repérage dès l'admission des patients à haut risque de réhospitalisation ;
- la préparation de leur sortie en lien avec leur médecin traitant ;
- la mise à disposition des documents de sortie le jour même de la sortie ;
- les rôles respectifs de l'équipe de soins primaires et de la coordination d'appui dans le suivi post-sortie.

HAS, 2013. Plan personnalisé de santé (PPS)

La HAS a élaboré un modèle de plan personnalisé de santé (PPS), à la demande du ministère des Affaires sociales et de la Santé, dans le cadre de la mise en œuvre des expérimentations « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (PAERPA).

Le PPS est un plan d'action concernant les personnes âgées en situation de fragilité et/ou atteintes d'une (ou plusieurs) maladie(s) chronique(s), et nécessitant un travail formalisé entre acteurs de proximité. Il s'agit de favoriser la prise en charge en équipe pluriprofessionnelle dans un cadre de coopération non hiérarchique. Ce plan d'action fait suite à une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne afin d'identifier les situations à problèmes. Il débouche sur un suivi et une réévaluation.

Le modèle de PPS élaboré par la HAS est un support qui peut être adapté par les professionnels pour tenir compte des spécificités de leur démarche.

1.3.7. Exemple de *check-list* spécifique: la BPCO

BPCO (SMACDAM)

Une recherche systématique a été réalisée pour la BPCO dans la [note méthodologique et de synthèse documentaire : Comment éviter les réhospitalisations après une exacerbation chez les patients BPCO](#). Fiches Points clés et solutions, SMACDAM, 2014.

Au Royaume-Uni, les audits sur la BPCO ont révélé qu'un tiers des patients hospitalisés pour la prise en charge d'une exacerbation aiguë de BPCO étaient réadmis dans les 90 jours suivant la sortie (RCPL, 2008).

Hopkinson *et al.* (Hopkinson, 2012) ont dans un premier temps élaboré une *check-list*, au sein d'un groupe de travail, dont les items ont été choisis en fonction des *guidelines* nationaux et internationaux (*Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease – GOLD, 2010 ; American Thoracic Society – ATS- and European Respiratory Society Task Force - ERS ; National Institute for Clinical Excellence - NICE, 2004*), des revues systématiques de la littérature et par une équipe pluridisciplinaire (comprenant médecins spécialistes et généralistes, kinésithérapeutes, infirmiers et groupe de patients).

L'élaboration par le groupe de travail a permis de retenir les items suivants.

La désignation d'un infirmier coordinateur de sortie : la plupart des hôpitaux employaient des infirmiers spécialisés qui aidaient à la gestion des patients avec problèmes respiratoires (RCPL, 2008). Matthews en 2013 a proposé de mettre en pratique une *check-list* de sortie (dont les items sont repris de l'étude précédente) à laquelle a été associée une éducation thérapeutique (connaissance de la maladie, apprentissage de la détection des signes d'une exacerbation, vérification de la prise des traitements inhalés avant la sortie) et un plan d'action personnalisé (ordonnance de médicaments d'urgence en cas d'EABPCO (exacerbation aiguë de BPCO) : 7 jours d'antibiotiques et de corticostéroïdes par voie orale). 298 patients ont été inclus. Le taux de réadmissions à 30 jours avant la mise

en place du protocole était de 23,21 % et est descendu à 1,78 % après mise en place du protocole. Les limites concernaient une absence de patients témoins et de test statistique poussé (étude observationnelle).

Conclusion : la mise en place d'une *check-list* d'actions à réaliser fait partie des interventions efficaces pendant l'hospitalisation pour prévenir le risque de réadmission (avec l'éducation thérapeutique).

Par ailleurs, l'**essai contrôlé randomisé de Lainscak et al.** (Lainscak, 2013) évaluait l'apport d'un coordinateur de sortie sur le risque de réadmission, concluant que celui-ci, pour les patients complexes, diminue le nombre de réadmissions pour exacerbation de BPCO, sans modification de la mortalité ni de la qualité de vie.

BPCO - Check-list des actions à réaliser pour les patients pendant l'hospitalisation

Établie d'après une liste de questions élaborée pour les patients par des professionnels anglais à partir des recommandations internationales, d'une revue de la littérature et de l'avis d'un groupe de travail.

Avant de rentrer chez vous, passez en revue cette liste avec un professionnel de santé et si vous ne pouvez pas cocher toutes les cases, il interviendra pour combler les manques :

	Oui	Non	Non concerné
• Vous utilisez sans difficulté les dispositifs d'inhalation pour prendre vos médicaments			
• Vous vous sentez capable de prendre vos médicaments incluant les corticoïdes sans difficulté			
• L'infirmière, le médecin ou le kinésithérapeute vous a vu utiliser le(s) dispositif(s) d'inhalation et s'est assuré(e) que vous le faites correctement			
• Les bénéfices de la réhabilitation respiratoire vous ont été expliqués et on vous a proposé le cas échéant de suivre un stage au décours de l'hospitalisation			
• Si vous êtes fumeur, on vous a proposé de l'aide pour arrêter de fumer			
• Vous avez reçu une information écrite vous expliquant la BPCO, ses traitements, l'évolution et la gestion de la maladie au quotidien			
• Vous connaissez la nécessité d'anticiper en cas d'éloignement des professionnels de santé			
• Vous connaissez les modalités du suivi que vous aurez après votre sortie et des consultations qui sont planifiées avec votre médecin généraliste et votre pneumologue			
• Vous disposez d'un plan d'action personnalisé écrit à suivre en cas d'aggravation aiguë ³ ;			
• Vous disposez de l'ensemble des coordonnées téléphoniques pertinentes pour votre suivi : médecin traitant, pneumologue, masseur-kinésithérapeute, infirmière, pharmacien, service d'urgence...			

1.4. En région

De nombreux services hospitaliers ou de SSR ont produit un outil de type *check-list* de sortie d'hospitalisation. Ces outils sont spécifiques de la spécialité du service. À l'échelle régionale, par exemple en Aquitaine, le CCECQA (comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine) a lancé une réflexion à partir du projet PACSA (programme d'amélioration de la continuité des soins du sujet âgé) autour de la continuité des soins dans le parcours de soins des personnes âgées⁶.

⁶ Domecq S, Rongère J, Seguin N, Piscarel M, Vialle S, Michel P. Préparation de la sortie du patient âgé. Rev Hosp Fr 2014;(557):68-70.

Les 4 points discriminants repérés étaient :

- l'accueil du patient ;
- l'élaboration de son projet individualisé ;
- l'organisation de sa sortie ;
- la transmission d'informations avec les personnes relais.

2. Analyse de la littérature internationale

Contenu des documents de *check-list* sortie d'hospitalisation

- Department of Health, Strategic Planning Leadership Group. Ready to go? Planning the discharge and the transfer of patients from hospital and intermediate care Leeds. Department of Health; 2010. http://www.thinklocalactpersonal.org.uk/_library/Resources/Personalisation/EastMidlands/PandEI/Ready_to_Go_-_Hospital_Discharge_Planning.pdf

Ce guide décrit 10 principes pour mener à bien les étapes essentielles à la planification de la sortie du patient. Le principe 9 est intitulé « *Use a discharge check-list* », qui se décline en 4 points :

1. Vérifiez la planification du transfert avant que le transfert de soin ait lieu : le praticien responsable doit s'assurer que le plan de soin est satisfaisant 24-48 heures avant la sortie ou le transfert du patient. Cela implique de s'assurer (vérification) que les actions nécessaires ont eu lieu 24-48 heures avant la date (le rendez-vous) de sortie. Une *check-list* peut être utilisée au cours du séjour du patient pour enregistrer les actions lorsqu'elles ont lieu. Dans le cas d'un transfert de soin complexe, le praticien responsable doit assurer que le timing spécifique et que l'organisation des services permettront la continuité des soins.
2. Cela demande la mise en lien effective du patient (et de sa famille) avec les équipes médico-paramédicales externes mais aussi sociales, si approprié. Les informations écrites quant au soin et au traitement, les médicaments, les pansements et appareillages devront être préparés à l'avance, prêts pour le transfert du patient.
3. Utilisez un dossier de transfert et une *check-list* pour collecter et communiquer les informations appropriées afin d'assurer la visibilité de la planification et d'éviter les malentendus. Toute modification doit être communiquée aux structures concernées dès que possible et documentée en conséquence. Si les plans de sortie – notamment les dates – sont changés, il est important d'alerter les structures de soin et de leur confirmer les nouvelles dispositions dès que possible.
4. Classez la documentation de transfert dans le dossier du patient et considérez l'opportunité d'un envoi d'une copie à la maison avec le patient. Il y a beaucoup de bons exemples de *check-lists* qui pourraient être adaptées à l'utilisation locale, une *check-list* de base est fournie sur une clé USB d'accompagnement.

► **Ireland's Health Services. Integrated Care Guidance: A practical guide to discharge and transfer from hospital - Appendix 1: Nine Step check-list** Naas: Ireland's Health Services.

- <http://www.hse.ie/eng/about/Who/qualityandpatientsafety/safepatientcare/integratedcareguidance/IntegratedCareGuidance9stepcheck-list.pdf>

		Y	N
STEP 1 Begin planning for discharge or transfer before or on admission	Pre-admission assessments conducted for planned admissions to hospital e.g. elective procedures, or alternatively at first presentation to the hospital for unplanned admissions.		
	Most accurate pre-admission medication list should be identified prior to administration of medication in the hospital.		
	Prior history of colonization with a multidrug resistant organism (e.g. MRSA) or healthcare associated infection should be recorded in healthcare record and healthcare staff informed as per local hospital policy.		
	Timely Referrals are made to multidisciplinary team and receipt of referrals recorded on integrated discharge planning tracking form within 24 Hours of receiving referral. <i>NOTE: this includes referrals from hospital to primary care services (homelessness services where relevant).</i>		
STEP 2 Identify whether the service user has simple or complex need	Each Service user should have an Estimated Length Of Stay/Predicted Date Of Discharge (ELOS/PDD) identified within 24 hours of admission and documented in the healthcare record related to the estimated length of stay required (SDU, 2013).		
	The service users needs are assessed either prior to admission or on first presentation and indicates whether the service user has simple or complex needs.		
	The ELOS/PDD is determined by whether the service needs are simple or complex.		
STEP 3 Develop a treatment plan within 24 hours of admission	The service user is placed on an appropriate clinical care programme care pathway relevant to the service users diagnosis to support seamless care and management.		
	All service users have a treatment plan documented in their healthcare record within 24 hours of admission, which is discussed and agreed with the service user/carers and family.		
	The treatment plan includes a review of pre-admission against admission medication list with a view to reconciliation.		
STEP 4 Work together to provide comprehensive service user assessment and treatment	Changes to the treatment plan are communicated to the service user and relevant primary care services as appropriate and documented in the healthcare record.		
	The multidisciplinary team comprises of the appropriate healthcare professionals to proactively plan service user care, set goals and adjust timeframes for discharge where necessary.		
	Regular Multidisciplinary team meetings or case conferences for complex care cases are held where appropriate.		
	Roles and responsibilities for proactive management of discharge are clarified.		

► **Halasyamani L, Kripalani S, Coleman E, Schnipper J, van Walraven C, Nagamine J, et al. Transition of Care for Hospitalized Elderly Patients—Development of a Discharge Check-list for Hospitalists. J Hosp Med 2006;1(6):354–360**

Aux États-Unis, la *Society of Hospital Medicine's Hospital Quality* et le *Patient Safety committee* ont rassemblé un panel de professionnels des transitions hôpital-ville, coordinateurs, logisticiens et médecins hospitaliers, afin de développer - à partir d'une revue de la littérature une *check-list* des éléments nécessaires pour l'optimisation de la sortie du patient hospitalisé. Cette *check-list* de sortie a été critiquée et révisée par plus de 120 médecins hospitaliers, infirmières, coordinateurs des soins et pharmaciens.

Les grands axes qui se dégagent de cette *check-list* sont :

- la sécurité du médicament ;
- les plans de suivi ;

- l'éducation du patient.

Cette *check-list* finale a été approuvée par la *Society of Hospital Medicine's Hospital Quality*.

- ▶ **Soong C, Daub S, Lee J, Majewski C, Musing E, Nord P, et al. Development of a *check-list* of safe discharge practices for hospital patients. *J Hosp Med* 2013;8(8):444-9**

Extension de l'utilisation de la *check-list* : cette équipe canadienne (de l'Ontario) propose une *check-list* qui se remplit progressivement, dès le premier jour de l'hospitalisation jusqu'à la sortie, pour éviter les problèmes de discontinuité des soins.

Elle aborde :

- le motif de l'hospitalisation ;
- les soins primaires ;
- la sécurité du médicament ;
- les plans de suivi ;
- le référent pour le retour à domicile ;
- la communication avec le personnel en ambulatoire ;
- l'éducation du patient.

- ▶ **Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;Issue 1:Cd000313**

La planification de la sortie consiste à créer un plan de sortie individuel pour chaque patient avant qu'il quitte l'hôpital dans le but de limiter les coûts et d'améliorer les résultats des patients. La planification de la sortie doit permettre de s'assurer que les patients sortent de l'hôpital au bon moment et que d'autres services de soins peuvent être mis en place suffisamment à l'avance.

Une revue des effets des différents plans de sortie a été effectuée. Lors de la recherche des études pertinentes, 21 études comparant des plans de sortie créés « sur mesure » pour chaque patient à des processus de sortie non individualisés ont été identifiées.

Cette revue indique qu'un plan de sortie structuré et adapté à chaque patient permet probablement de réduire légèrement la durée du séjour à l'hôpital et les taux de réadmissions et d'accroître la satisfaction des patients. L'impact sur les résultats cliniques n'est pas établi avec certitude.

3. Analyse documentaire complémentaire

Afin d'éclairer les conditions d'utilisation d'une *check-list* de sortie d'hospitalisation, il est apparu utile de réaliser une recherche et une analyse documentaire limitée mais complémentaire sur 2 questions :

- les interventions associées à la prévention des ré hospitalisations évitables ;
- les modèles de prédiction du risque d'hospitalisation.

3.1. Interventions associées à la prévention des réhospitalisations évitables

Les bases de données Medline et *Cochrane Library* ont été interrogées en se limitant à la recherche de méta-analyses et revues systématiques à partir de l'équation de recherche suivante : ("Patient Readmission"[Mesh] Or rehospitaliz* Or rehospitalis* or readmission* [title]) AND ("Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis "[Publication Type] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR "Meta Analysis" OR "systematic Review" OR "Literature review" Or "Quantitative Review" OR "pooled analysis" Field: Title/Abstract).

Cent références ont été obtenues en anglais ou français sur la période 2004-2014. Onze revues systématiques portant sur les interventions associées à la prévention des réhospitalisations évitables ont été retenues.

La littérature grise a également été recherchée sur les sites Internet pertinents.

Les programmes de prévention des réadmissions comprennent, avec une occurrence variée, les interventions suivantes :

- **la planification exhaustive de la sortie** : compte tenu de la courte durée de séjour (DMS) de la plupart des patients celle-ci doit être entreprise dès le début de l'hospitalisation. Elle consiste à préparer la sortie en identifiant les besoins du patient (par une évaluation globale) et en mobilisant les ressources sanitaires et sociales nécessaires pour répondre à ces besoins après la sortie, en lien avec les soignants du domicile et les services médico-sociaux. Elle est associée à un appel du patient ≤ 3 jours après la sortie avec comme objectifs : s'assurer de la mise en œuvre effective des services prévus, s'enquérir d'éventuels problèmes, répondre aux questions du patient et compléter son éducation ;
- **la transmission complète et en temps utile (≤ 1 à 2 jours après la sortie) de l'information aux soignants du domicile** grâce à des documents de sortie standardisés comprenant les diagnostics, les résultats des examens pratiqués, les résultats en attente, la liste des traitements avec la justification des changements, les directives anticipées, le statut des aidants naturels, la manière dont le médecin hospitalier responsable peut être contacté et les suites à donner. La production en temps utile de ce document nécessite en général l'utilisation d'un dossier informatisé du patient en intra-hospitalier, incluant les prescriptions ;
- **la conciliation médicamenteuse** fondée sur la détermination précise des traitements pris par le patient à l'entrée et de leur posologie (ce qui nécessite en général plusieurs sources d'information) et sur le bilan comparatif des médicaments à chaque transition, en particulier lors de la sortie, avec l'identification des discordances non intentionnelles et la justification des changements volontaires ;
- **l'éducation du patient et de son entourage avec la méthode du *teach back*** qui consiste à demander au patient de reformuler les consignes et explications qui lui ont été fournies, avec ses propres mots. Les principales cibles de l'éducation sont les diagnostics qui affectent le patient, les modifications de traitement, les rendez-vous de suivi programmés, les compétences d'autosoins particulièrement en ce qui concerne la prise des médicaments, les signes d'alerte et les modes de recours en cas de problèmes. Pour être efficace, l'éducation débutée à l'hôpital doit être poursuivie après la sortie ;
- **une communication ouverte entre les soignants** : cela suppose une détermination claire des responsabilités entre les équipes hospitalières et les soignants du domicile, les premières conservant la responsabilité du suivi jusqu'à la prise de relais par les derniers, la notification de la sortie aux soignants du domicile (médecin traitant ou infirmière responsable) par téléphone ou messagerie sécurisée et la possibilité de joindre rapidement les médecins hospitaliers responsables du patient ;
- **une visite/consultation dans un délai court après la sortie par un soignant du domicile** : cette consultation doit être programmée avant la sortie par l'équipe hospitalière. Elle est recommandée en général ≤ 7 jours après la sortie, mais ce délai peut varier entre 3 et 14 jours selon la sévérité de la pathologie et le risque de réadmission.

L'organisation de la transition hôpital-domicile a montré son efficacité sur la réduction des réadmissions (en général ≤ 30 jours) dans environ la moitié des études qui lui ont été consacrées, avec un niveau de preuve modéré à faible (Rennke, 2013 ; Shepperd, 2013 ; Verhaeg, 2014 ; McMartin, 2013). Les études ont été principalement réalisées chez des patients âgés admis pour raison médicale.

Aucune intervention isolée n'a montré son efficacité et il faut associer des interventions multiples aux 3 étapes de la transition : **pendant l'hospitalisation, au moment de la sortie, après la sortie** (Hansen, 2011 ; Hesselink 2012 ; Leppin 2014)). Les interventions le plus fréquemment associées à la réduction des réadmissions (Burke 2014 ; Leppin 2014 ; Verhaeg 2014) sont :

- l'éducation des patients et de leur entourage pour augmenter leurs compétences d'autosoins ;
- l'envoi aux soignants du domicile le jour même de la sortie d'un document de sortie standardisé ;

- le suivi et la prise en charge précoce après la sortie, le plus souvent par visites à domicile ;
- la fourniture d'aides sociales en réponse aux besoins des patients.

Le suivi par appels téléphoniques ou par télémedecine peut contribuer à la transition, mais ne réduit en général pas le risque de réhospitalisation lorsqu'il est utilisé comme seule intervention (Crocker, 2012).

Une des conditions du succès est la désignation d'une personne responsable de la transition pour chaque patient : ce peut être un médecin, un infirmier, un pharmacien, ou encore un « assistant parcours ».

Trois programmes de transition ont montré une efficacité dans des études randomisées et contrôlées (réduction d'1/3 des réadmissions) en association à une réduction des coûts globaux : *The care transition intervention* (Coleman, 2006), *The Transitional care model* (Naylor 2004), le projet RED (Jack, 2009). Ces programmes ont pour points communs, outre le recours à des interventions multiples, **le ciblage sur les patients à haut risque de réhospitalisation et la mobilisation d'assistants parcours ou « infirmières de pratiques avancées »** qui rencontrent les patients avant la sortie et supervisent leur suivi par des visites à domicile et par téléphone pendant 1 à 3 mois. Des pharmaciens peuvent également appeler les patients à propos de leurs traitements.

Les programmes visant à réduire les réhospitalisations actuellement en cours aux États-Unis ont mis en place des supports et des ressources. Cela recouvre :

- en intra-hospitalier, une réorganisation du travail des équipes soignantes, un outil de repérage des patients à risque, l'appui de personnels dédiés à l'organisation de la transition (soignants et travailleurs sociaux), l'utilisation de moyens informatiques pour la prescription, la gestion du dossier des patients, la production de documents standardisés de sortie et la communication avec l'extérieur ;
- en soins de ville, la rémunération spécifique du suivi post-sortie par les soignants du domicile, et la possibilité d'intervention à la demande de *case managers*, qui dans le contexte français peuvent être des assistants parcours provenant d'une MSP, d'un réseau de santé ou d'une plate-forme d'appui.

On peut identifier certaines barrières qui contribuent à la survenue de complications après la sortie :

- concernant les professionnels : le manque de temps, la routine, la priorisation des tâches cliniques par rapport aux activités liées à la transition, une communication insuffisante entre équipes hospitalières et médecins traitants, les sorties imprévues ou en fin de semaine ;
- concernant les patients : la sévérité des pathologies, les problèmes liés aux déplacements, les barrières financières, les difficultés d'accès aux soignants et une éducation thérapeutique insuffisante avant et après la sortie.

Les études sur la transition hôpital- EHPAD ou SSR ou HAD sont rares : ces transitions doivent donc être organisées selon les mêmes principes que le retour au domicile. Le programme Evercare appliqué dans des structures analogues aux EHPAD (maisons de retraite médicalisées) consiste en l'intervention d'infirmières de soins primaires pour suivre les patients à risque d'hospitalisation ou de réhospitalisation et communiquer avec les médecins traitants ; il a montré dans 2 études contrôlées une réduction de 50 % des hospitalisations (Kane, 2003). Cela souligne que la qualité du suivi ambulatoire est un déterminant important des réhospitalisations.

3.2. Modèles de prédiction du risque de réhospitalisation

Une recherche a été effectuée avec les mots clés suivants : (« *Risk Prediction Models* » OR « *Hospital Readmission* »)[*fulltext*] sans limite de date ou de langue.

Quatre-vingts références ont été obtenues et 2 revues systématiques ont été retenues.

La littérature grise a également été recherchée sur les sites Internet pertinents.

Le repérage des patients à risque de réhospitalisation a pour but d'adapter l'intensité des interventions à la gravité du risque et de concentrer les efforts sur les patients les plus à risque, en poursuivant des objectifs de faisabilité et d'efficacité.

L'annexe montre les composantes de 7 scores ou modèles de prédiction du risque de réadmission < 30 jours les plus utilisés. Les variables retenues comme facteurs de risque de réadmission sont communes à la plupart des scores : le recours aux urgences ou une hospitalisation non programmée depuis 6 mois, certaines pathologies comme l'insuffisance cardiaque, la poly médication, la précarité ou l'isolement social, des difficultés à réaliser une ou plusieurs activités de la vie quotidienne (AVQ), la présence de troubles thymiques ou cognitifs ...

Ces scores sont validés sur différentes populations, médicales ou chirurgicales, aux urgences (Bissett, 2013 ; Cousins 2013) ou en hospitalisation (Hasan 2010 ; Van Walraven 2010 ; Billings 2012). Le score HARP, qui porte sur le risque d'hospitalisation à 12 mois, a été développé et validé au Canada sur une base de données de patients hospitalisés en service de médecine à l'exclusion des services de santé mentale, obstétrique, pédiatrie et chirurgie (*Canadian institute for Health Information*, 2014).

Il est impossible de recommander un score en particulier, en raison d'une validation dans des systèmes de soins différents du système français et de performances discriminatives en général modestes, avec une c statistique⁷ qui dépasse rarement le seuil de 0,70 (Kansagara 2011). Cependant 2 scores se distinguent en raison de leur utilisation dans de larges projets ayant montré une réduction du risque de réhospitalisation :

- l'index LACE (van Walraven, 2010) qui peut être calculé de façon simple à partir de 4 variables, chacune étant assortie de points (cf. annexe). Il a été validé sur plusieurs populations, dont les personnes âgées (Gruneir, 2011) et il a été utilisé avec succès par la HMO californienne Kaiser Permanente dans un projet organisant la sortie des patients hospitalisés âgés ≥ 65 ans (Medicare) dans 13 établissements de soins : après mise en œuvre du projet, le taux de réadmissions < 30 jours a été réduit de 12,8 % à 11 % (Tuso, 2013) ;
- l'outil 8Ps qui comprend 8 variables à la fois sanitaires et psychosociales [Risk Assessment Tool: the 8Ps](#) . Il a été utilisé dans le projet BOOST, mis en place dans 11 établissements hospitaliers aux États-Unis, et qui a résulté en une réduction absolue des réhospitalisations < 30 jours de 2 % *versus* les sites contrôles ($p = 0,05$) et en une réduction relative avant-après de 13,6 % ($p = 0,01$) (Hansen, 2013).

Deux approches peuvent donc être proposées :

- soit une approche globale de stratification du risque, en utilisant par exemple l'index LACE : l'objectif est de séparer les patients à bas risque et à risque élevé de réadmission et de réserver certaines interventions aux patients ayant un risque élevé, comme un appel téléphonique post-sortie ou une visite précoce du médecin après la sortie ou encore une consultation de soins palliatifs permettant de discuter des directives anticipées ;
- soit une approche plus analytique fondée sur l'identification des facteurs de risque de réadmission, à l'image du 8Ps : l'objectif n'est pas alors de calculer un score mais de proposer des interventions appropriées pour réduire chaque risque identifié et de communiquer à ce sujet avec les soignants du domicile. L'annexe propose une liste de 10 facteurs de risque de réadmission issue des critères proposés en 2013 par la fiche Points clés [HAS - Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ?](#) et auxquels ont été ajoutés en adaptation du 8Ps :
 - ▶ la prise régulière de ≥ 10 médicaments par jour ou la prise de ≥ 5 médicaments dont un médicament à risque iatrogène élevé : anticoagulant, double anti-agrégant, diurétique, benzodiazépine, insuline, sulfamides hypoglycémiant, digoxine ;
 - ▶ un cancer métastasé ou la nécessité potentielle de soins palliatifs dans l'année ;
 - ▶ une incapacité à comprendre son traitement attestée par l'échec au *teach back* (reformulation des explications données).

⁷ Une c statistique à 0,50 indique que le score n'a pas une performance supérieure à ce que donnerait le hasard.

► Interventions associées à la prévention des réhospitalisations évitables

Auteurs Année de publication (type de l'étude)	Recherche systématique de la littérature Période de la recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusion des auteurs
Hansen <i>et al.</i> , 2011 RS	Oui 1975-2011	Oui	Oui	Oui	43 études 16 RCT (4 375 patients), 20 études de cohorte comparatives non randomisées et 7 études avant-après non contrôlées	Niveau 1 Niveau 2 Niveau 3	Cette RS évalue les résultats des interventions visant à réduire le risque de réadmission < 30 jours des patients âgés de plus de 65 ans (Medicare). Cinq RCT sur 16 montrent une réduction des réhospitalisations ; 4 mettent en œuvre des appels téléphoniques post-sortie et la délivrance aux patients de consignes personnalisées dans les domaines sanitaire et social ; le cinquième recourt à une planification exhaustive de la sortie. Neuf études de cohorte et 2 des études avant-après rapportent également une réduction des réadmissions. La mise en œuvre isolée d'une seule intervention ne réduit en général pas le risque de réhospitalisation : pour cela des interventions multiples fondées sur les preuves sont nécessaires.
Hesselink <i>et al.</i> , 2012 RS	Oui 1990-2011	Oui	Oui	Oui	36 RCT 14 175 patients	Niveau 1	Cette RS évalue les effets des interventions organisant la transition hôpital-domicile. Vingt-cinq RCT rapportent au moins un résultat positif, le résultat le plus fréquent étant la réduction des réhospitalisations. Toutes les études décrivent des interventions multiples. Dix-neuf de ces études comprennent un aspect d'assistance au parcours (<i>care management</i>) par des personnels de liaison ou des équipes multidisciplinaires. Parmi les nom-

Auteurs Année de publication (type de l'étude)	Recherche systématique de la littérature Période de la recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusion des auteurs
							breuses interventions contribuant à réduire le risque de réadmission des patients figurent : la conciliation médicamenteuse conduite par un pharmacien ou un autre clinicien, la planification de la sortie, l'élaboration informatisée de résumés de sortie courts et structurés, un suivi partagé entre soignants hospitaliers et de ville, l'accès des généralistes au CR de sortie par Internet, la programmation des rendez-vous de suivi après la sortie, l'appel des patients après la sortie ; compte tenu de la complexité et de l'hétérogénéité des interventions, il est impossible de déterminer lesquelles sont efficaces en particulier.
Burke <i>et al.</i> , 2014 RS	Oui 1975-2013	Oui	Oui	Oui	66 articles 42 RCT, 12 études de cohorte, 12 comparaisons avant-après 263 patients en moyenne par étude	Niveau 1 Niveau 2	Cette RS catégorise les interventions visant à réduire le risque de réadmission selon les 10 domaines du modèle <i>Ideal Transition Care</i> (ITC) et évalue les domaines associés à la réduction des réadmissions. Ces domaines sont : - exhaustivité de l'information communiquée au médecin traitant - communication en temps utile d'une information claire - sécurité des médicaments (conciliation médicamenteuse) - éducation des patients afin qu'ils participent activement à leur traitement

Auteurs Année de publication (type de l'étude)	Recherche systématique de la littérature Période de la recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusion des auteurs
							<ul style="list-style-type: none"> - surveillance et prise en charge après la sortie (télé médecine, appels, visites à domicile avec un référent en cas de problèmes) - fourniture d'aides sociales en réponse aux besoins - directives de soins anticipées - coordination entre les membres de l'équipe - planification des interventions avant la sortie - préparation du suivi avec les soignants du domicile <p>42 % des études rapportent une réduction significative des réadmissions par rapport au groupe contrôle, parmi lesquelles 61 % portent sur des pathologies spécifiques plutôt que sur des patients en général.</p> <p>Les interventions comprennent en moyenne 3,5 domaines et 23 % comprennent ≥ 5 domaines. La réduction des réadmissions est associée à un plus grand nombre de domaines</p> <p>Les 3 domaines significativement associés avec la réduction des réadmissions sont d'abord la surveillance et prise en charge après la sortie (le plus souvent par visites à domicile) puis la fourniture d'aides sociales en réponse aux besoins et l'éducation des patients pour les impliquer dans leurs soins.</p>

Auteurs Année de publication (type de l'étude)	Recherche systématique de la littérature Période de la recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusion des auteurs
Verhaeg <i>et al.</i> , 2014 RS	Oui 1980-2013	Oui	Oui	Oui	26 RCT 7 932 patients Dans 17 études/26 les patients sont âgés > 60 ans	Niveau 1	<p>L'objectif de cette RS est de déterminer si les interventions de transition hôpital-domicile des patients atteints de maladie chronique sont associées à une réduction des réhospitalisations à court terme (≤ 30 jours), à moyen terme (1 à 6 mois), à long terme (6 à 12 mois).</p> <p>La durée de suivi après hospitalisation varie de 7 à 17 mois. Les composantes des interventions pendant l'hospitalisation sont : éducation du patient (21/26), coordination des soins par infirmière (18/26), évaluation globale du patient à l'admission (14/26), renforcement des compétences en soins des aidants informels (14/26). À la sortie seule 7 études incluent l'envoi d'un courrier aux soignants du domicile < 7 jours (7/26). Après la sortie, les études programmaient en moyenne 3 visites au domicile par infirmière et 2 appels téléphoniques.</p> <p>L'analyse montre une réduction de 5 % du risque de réhospitalisation à moyen terme (NNT : 20) et de 13 % à long terme (NNT : 8). À court terme (< 30 jours) seules les interventions de haute intensité sont associées à une réduction des réhospitalisations (NNT : 20) avec comme composants la coordination par infirmière (souvent de pratique avancée), l'envoi d'un courrier de sortie à l'équipe de soins primaires < 8 jours, une visite au domicile par infirmière</p>

Auteurs Année de publication (type de l'étude)	Recherche systématique de la littérature Période de la recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusion des auteurs
							<p>dans les 3 jours qui suivent la sortie (d'autant plus qu'une conciliation médicamenteuse est réalisée à cette occasion).</p> <p>Les interventions sont plus efficaces pour les patients > 60 ans et ceux admis en service de médecine interne.</p>
Leppin <i>et al.</i> , 2014 MA	Oui 1990-2013	Oui	Oui	Oui	42 RCT	Niveau 1	<p>Cette MA a pour objectifs d'évaluer l'efficacité des interventions visant à réduire les réhospitalisations précoces (< 30 jours) après une hospitalisation médicale ou chirurgicale > 24 h, et d'identifier les caractéristiques associées à l'efficacité des interventions.</p> <p>Le risque de réadmission précoce non programmée est réduit de 18 % (RR 0,82, IC 95 % 0,73-0,91). Les interventions testées après 2002 sont moins efficaces. Les interventions incluant de nombreuses composantes, impliquant plus de soignants et renforçant les compétences des patients aux autosoins sont respectivement 1,4 1,3 et 1,3 plus efficaces que les autres interventions. L'apport d'un soutien aux patients et à leurs aidants après la sortie paraît être d'une efficacité supplémentaire.</p> <p>La conclusion des auteurs est que, pour réduire les réadmissions, les interventions doivent être complexes, comprendre plusieurs stratégies et augmenter les compétences des patients aux autosoins. L'éditorial associé (Chokshi, JAMA 2014) suggère que la qualité des soins pendant</p>

Auteurs Année de publication (type de l'étude)	Recherche systématique de la littérature Période de la recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusion des auteurs
							l'hospitalisation peut influencer sur le risque de réadmission.
McMartin <i>et al.</i> , 2013 RS	Oui 2004-2011	Oui	Oui	Oui	7 revues systématiques dont 2 méta-analyses de bonne qualité 4 RCT non inclus dans les RS (882 patients)	Niveau 1	Cette revue systématique recherche si la planification de la sortie (incluant les activités et services débutés à l'hôpital et qui relie l'hôpital et la ville) réduit le recours ultérieur aux soins (réadmissions et visites aux urgences) et la DMS, et améliore la qualité de vie et la satisfaction des patients atteints de maladies chroniques. Une méta-analyse (Shepperd, 2010, 21 RCT 7 234 patients) compare la planification aux soins usuels et montre une réduction des réadmissions (RR 0,85 IC 95 % 0,74-0,97, 11 RCT) et des DMS ; la satisfaction des patients est améliorée dans 3 études ; la majorité des études inclut une composante d'éducation. Une méta-analyse (Phillips, 18 RCT) compare la planification avec soutien post-sortie aux soins usuels pour des patients âgés atteints d'insuffisance cardiaque et montre aussi une réduction des réadmissions (RR 0,74 IC 95 % 0,64-0,88 mais présence d'hétérogénéité statistique). Aucune ne montre d'effet sur la mortalité. Trois des RCT portent sur des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque : 2 rapportent une réduction des réadmissions. Un RCT portant sur des patients hospitalisés pour maladie coronarienne inaugurale et ne montre pas de réduction des réadmissions à 3 mois. Les auteurs concluent à

Auteurs Année de publication (type de l'étude)	Recherche systématique de la littérature Période de la recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusion des auteurs
							un niveau de preuve modéré à bas pour la prévention des réadmissions grâce à la planification personnalisée de la sortie. Il est difficile de distinguer la contribution relative des différentes interventions.
Shepperd <i>et al.</i> , 2013 RS et MA	Oui → 2012	Oui	Oui	Oui	24 RCT 8 039 patients	Niveau 1	Cette actualisation de la revue Cochrane de 2010 sur l'efficacité de la planification de la sortie ajoute 3 nouveaux RCT <i>versus</i> soins usuels (dont l'étude OMAGE) : 16 études chez des patients âgés admis pour raison médicale, 4 études chez des patients admis pour des raisons médicales ou chirurgicales, 2 études en service de psychiatrie, 2 études chez des patients âgés admis suite à une chute. Le risque de réadmission des patients âgés admis pour raison médicale est réduit de 18 % (RR 0,82, IC 95 % 0,73-0,92, 12 RCT) et leur DMS est également réduite. Leur mortalité n'est pas réduite (5 RCT). Les preuves sur les coûts sont insuffisantes pour conclure.
van Walraven, 2012 MA	Oui	Oui	Oui	Oui	16 études de cohorte	Niveau 2	La proportion de réhospitalisation évitables est de moins d'1/4 du total des réadmissions.
Allen <i>et al.</i> , 2013 RS	Oui 2000-2009	Oui	Oui	Oui	15 études d'observation	Niveau 3	L'amélioration de la communication entre professionnels réduit le taux de réadmissions et la DMS des patients. Cela suggère l'efficacité de cette intervention.

► Scores ou modèles prédictifs de réhospitalisation

Auteurs Année de publication (type de l'étude)	Recherche systématique de la littérature Période de la recherche	Critères d'inclusion des articles	Critères d'exclusion des articles	Analyse des articles explicités (grille de lecture)	Nombre d'articles inclus Type d'étude (nombre total de patients ou bornes inférieures et supérieures)	Niveau de preuve	Conclusion des auteurs
Bisset <i>et al.</i> , 2013 RS	Oui 1996-2011	Oui	Oui	Oui	43 articles et 14 scores	Niveau 3	En fonction de leur validité psychométrique 4 scores peuvent être recommandés : TRST et ISAR pour le repérage, OARS et ESAS-ED pour l'évaluation.
Kansagara <i>et al.</i> , 2011 RS	Oui → 2011	Oui	Oui	Oui	26 modèles de prédiction des réadmissions, en général < 30 jours 173 à 2 700 000 patients	Niveau 2	La valeur discriminative appréciée par la c statistique est > 0,70 pour seulement 6 modèles ce qui témoigne d'une performance modérée, une valeur de 0,5 indiquant que le modèle ne fait pas mieux que le hasard. La plupart des modèles incorporent des critères de recours antérieur aux urgences ou d'hospitalisation non programmée et de comorbidités, mais peu incorporent des critères sociaux, fonctionnels ou de sévérité des pathologies.

► Scores prédictifs de réhospitalisation < 30 jours ou de décès

HASAN –US 2009 Réadmission < 30 jours	PARR – UK 2006 Réadmission < 30 jours Score informatisé avec estimation du risque	LACE – Canada 2012 Réadmission ou décès < 30 jours (stratification du risque)	8Ps – Projet Boost 2014 Identifie les risques de réadmission pour les réduire et communiquer	ISAR – EU 2011 Risque de déclin ou de réhospitalisation < 30 jours Âge ≥ 65 ans	TRTS - EU 2003 Validé aux urgences pour le risque de réhospitalisation < 30 jours et d'événements indésirables Âge ≥ 65 ans	HARP – Canada 2013 Risque d'hospitalisation < 12 mois – score simplifié Services de médecine
DMS actuelle > 2 jours		DMS actuelle				Sortie du patient en EHPAD vs autres modes de sortie
	Âge du patient					Âge 65-84 ou ≥ 85 ans vs autres âges
Nombre d'hospitalisations depuis 1 an	Nombre d'hospitalisations en urgence depuis 1 an O/N	Recours aux urgences < 6 mois O/N	Hospitalisation non programmée depuis 6 mois (avant l'hospitalisation index)	Hospitalisation ≥ 24 h depuis 6 mois O/N	Antécédent d'hospitalisation < 3 mois ou d'admission aux urgences < 30 jours O/N	Nombre d'hospitalisations en urgence depuis 6 mois Nombre de recours aux urgences depuis 6 mois
	Sortie d'hospitalisation depuis 30 jours O/N					
	Hospitalisation en urgence O/N	Admission en urgence O/N				

HASAN –US 2009 Réadmission < 30 jours	PARR – UK 2006 Réadmission < 30 jours Score informatisé avec estimation du risque	LACE – Canada 2012 Réadmission ou décès < 30 jours (stratification du risque)	8Ps – Projet Boost 2014 Identifie les risques de réadmission pour les réduire et communiquer	ISAR – EU 2011 Risque de déclin ou de réhospitalisation < 30 jours Âge ≥ 65 ans	TRTS - EU 2003 Validé aux urgences pour le risque de réhospitalisation < 30 jours et d'événements indésirables Âge ≥ 65 ans	HARP – Canada 2013 Risque d'hospitalisation < 12 mois – score simplifié Services de médecine
Type d'assurance maladie	Index de précarité selon le lieu de résidence		Absence d'aidant fiable pour l'assister dans ses soins (ou isolement social)		Isolement social d'après l'évaluation réalisée par un soignant	
Charlson comorbidity index	Antécédent depuis 2 ans d'une des 11 principales pathologies du <i>Charlson Index</i>	Comorbidités (<i>Charlson Index</i>) ⁸	Patient hospitalisé pour cancer, AVC, complication du diabète, BPCO ou IC			Présence d'une de ces pathologies : BPCO, insuffisance cardiaque, MICI, occlusion intestinale, cirrhose, diabète
			Prise régulière ≥ 10 médicaments ou de médicaments à haut risque : anticoagulants, double antiagrégant, ADO, insuline, di-	Prise > 3 médicaments différents par jour O/N	Prise > 5 médicaments par jour	

⁸ Mode de calcul : 1 point pour antécédent d'IDM, d'AVC, d'artérite ou de diabète non compliqué ; 2 points pour antécédent d'IC, BPCO, hépatopathie, cancer ; 3 points si démence ou connectivite ; 4 points pour hépatopathie sévère ou HIV; 6 points si cancer métastatique.

HASAN –US 2009 Réadmission < 30 jours	PARR – UK 2006 Réadmission < 30 jours Score informatisé avec estimation du risque	LACE – Canada 2012 Réadmission ou décès < 30 jours (stratification du risque)	8Ps – Projet Boost 2014 Identifie les risques de réadmission pour les réduire et communiquer	ISAR – EU 2011 Risque de déclin ou de réhospitalisation < 30 jours Âge ≥ 65 ans	TRTS - EU 2003 Validé aux urgences pour le risque de réhospitalisation < 30 jours et d'événements indésirables Âge ≥ 65 ans	HARP – Canada 2013 Risque d'hospitalisation < 12 mois – score simplifié Services de médecine
			goxine, BZD			
Statut marital (présence d'un conjoint)			Patient fragile ou ne pouvant assurer ses soins ou ayant une anomalie d'au moins une AVQ	Besoin régulier d'aide avant l'hospitalisation O/N	Anomalie antérieure à l'hospitalisation d'au moins une AVQ	
Avoir un médecin traitant				Besoin de plus d'aide avant l'hospitalisation O/N	Trouble de la marche, des transferts ou chute récente	
Composante physique du SF-12 score				Problème de vue O/N		
			Incapacité du patient à comprendre son traitement, attestée par un échec au <i>teach back</i>	Problème de mémoire O/N	Troubles cognitifs O/N	
			Dépression ou antécé-			

HASAN –US 2009 Réadmission < 30 jours	PARR – UK 2006 Réadmission < 30 jours Score informatisé avec estimation du risque	LACE – Canada 2012 Réadmission ou décès < 30 jours (stratification du risque)	8Ps – Projet Boost 2014 Identifie les risques de réadmission pour les réduire et communiquer	ISAR – EU 2011 Risque de déclin ou de réhospitalisation < 30 jours Âge ≥ 65 ans	TRTS - EU 2003 Validé aux urgences pour le risque de réhospitalisation < 30 jours et d'événements indésirables Âge ≥ 65 ans	HARP – Canada 2013 Risque d'hospitalisation < 12 mois – score simplifié Services de médecine
			dent de dépression (ou anxiété ou addiction)			
			Besoin potentiel de soins palliatifs (maladie grave + risque de décès < 1 an)			

► Calcul du score LACE

CRITÈRES	VALEURS	POINTS
Durée de séjour (jours)	< 1	0
	1	1
	2	2
	3	3
	4 - 6	4
	7 - 14	5
	≥ 14	7
Admission en urgence	Oui	3
Charlson Comorbidity Index	0	0
	1	1
	2	2
	3	3
	≥ 4	5
Recours aux urgences depuis 6 mois	0	0
	1	1
	2	2
	3	3
	≥ 4	4

Interprétation : 0 à 6 risque faible, 7 à 10 risque moyen, 11 à 19 risque élevé de réadmission ou de décès < 30 jours.

► Liste des principaux facteurs de risque d'hospitalisation utilisée par le programme BOOST

FACTEURS DE RISQUE	PRÉSENCE	INTERVENTIONS VISANT À RÉDUIRE LE RISQUE
1. Admission pour insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	
2. Admission pour pneumopathie ou exacerbation de BPCO	<input type="checkbox"/>	
3. Admission pour syndrome coronarien aigu	<input type="checkbox"/>	
4. Cancer métastasé ou probabilité de soins palliatifs dans un délai < 1 an (pathologie sévère, risque de décès < 1 an)	<input type="checkbox"/>	
5. Antécédent d'hospitalisation non programmée < 6 mois	<input type="checkbox"/>	
6. Syndrome gériatrique selon la présence d'un de ces facteurs : dénutrition, dépression, chute, troubles cognitifs, escarre	<input type="checkbox"/>	
7. Situation sociale défavorable : précarité, isolement, veuvage récent ou instabilité de l'état de santé de l'aidant naturel	<input type="checkbox"/>	
8. Polymédication : prise régulière ≥ 10 médicaments/jour ou ≥ 5 médicaments dont 1 à risque élevé : anticoagulant, double anti-agrégant, diurétique, benzodiazépine, insuline, sulfamides hypoglycémiant, digoxine	<input type="checkbox"/>	
9. Diminution récente de la capacité à gérer seul les activités de la vie quotidienne, en particulier à se nourrir soi-même	<input type="checkbox"/>	
10. Incapacité à comprendre son traitement attestée par l'échec au <i>teach back</i> (reformulation des explications données)	<input type="checkbox"/>	

Propositions

La qualité des soins à l'hôpital fait l'objet de recommandations en France (encadrée par l'article L. 161-37 du Code de la sécurité sociale, modifié par la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 - art. 35 (V)) et à l'étranger.

La planification de la sortie est un des éléments de la qualité des soins.

La HAS a produit de nombreuses publications abordant la planification de la sortie, que ce soit par la certification ou les services de l'actuelle direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Toutes ces publications ne proposent pas de *check-list*, néanmoins elles en donnent les principes.

La revue de littérature n'aborde pas les points négatifs que peut provoquer la mise en place d'une procédure supplémentaire :

- une charge de travail supplémentaire ;
- des difficultés d'appropriation par les professionnels intervenant ;
- une personnalisation insuffisante en fonction des contextes très variés des différents secteurs hospitaliers.

Le but de ce travail sur une *check-list* est que chaque professionnel se l'approprie et la mette en pratique.

L'objectif de ce travail est de déterminer quels seraient les éléments constitutifs d'une *check-list* « générique », celle-ci pouvant être personnalisée en fonction des différentes maladies dont souffre le patient.

Un enjeu est de limiter de façon discriminante le nombre d'items afin que cette *check-list* soit opérante et adaptable aux différentes structures hospitalières et aux particularités de prise en charge.

Participants

Représentants des parties prenantes

D^r Éric PERCHICOT, Conseil national professionnel de cardiologie
P^r Gérard HUCHON, Conseil national professionnel de pneumologie
P^r Claude JEANDEL, Conseil national professionnel de gériatrie
P^r Olivier HANON, Société française de gériatrie et gérontologie
D^r Bernard ORTOLAN, Collège de la médecine générale
M. René MAZARS, Collectif interassociatif sur la santé
M^{me} Fanny RUSTICONI, Collège des masseurs-kinésithérapeutes
D^r Isabelle GOBE-MARCELLI, Conseil national professionnel de psychiatrie
D^r Christian-Michel ARNAUD, Union nationale des professionnels de santé
D^r Éric HENRY, Union nationale des professionnels de santé
M^{me} Florence AMBROSINO, Collège infirmier
P^r Norbert PASSUTI, Société française de chirurgie orthopédique et traumatologique
M^{me} Gaëlle LANCELLE-CHOLLIER, Fédération nationale des orthophonistes
D^r Thomas DE BROUCKER, Conseil national professionnel de neurologie
D^r Marie AUGÉ-CAUMON, Collège de la pharmacie

Groupe de travail

Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.

D^r Mourad AISSOU, anesthésiste-réanimateur, Paris
D^r Fouad AZIZ, psychiatre, Lagny
M^{me} Caroline BOUCHET-CARTERET, Cadre de santé SSR et soins palliatifs, Decize
D^r Jean-Pierre CEBRON, cardiologue, Nantes
D^r Philippe CHAMBRAUD, médecin généraliste – EHPAD, Paris
M. Pascal CHAUVET, infirmier, Aulnay-de-Saintonge
M^{me} Céline CREUZON, sage-femme, Tours
M. Jean-Michel DALLATORRE, kinésithérapeute, Dieppe
M^{me} Marine DELL'OVA, pharmacienne, Bordeaux
M^{me} Sandrine DOMECCQ, chef de projet statisticienne, Pessac
M. Nicolas GANDRILLE, médecin coordonnateur HAD, Paris
M. Éric GINESY, délégué national FNEHAD, Paris
D^r Isabelle GOBE-MARCELLI, psychiatre, Saint-Maurice

M^{me} Maryse GUILLAUME, infirmière, Castres

D^r Philippe LEBRET, médecin généraliste, Le-Grand-Luce

M^{me} Bertrice LOULIÈRE, pharmacien coordonnateur, Bordeaux

M^{me} Christelle MIQUEL, infirmière, cadre de santé, Belvès

M^{me} Annie MORIN, représentante des usagers

D^r Jacques PIQUET, pneumologue, Montfermeil

M^{me} Isabelle POUBLAN, infirmière coordinatrice 3C, Bordeaux

D^r Geneviève RICHARD-MEDAWAR, médecine générale, Paris

M. Philippe ROMANO, représentant des usagers, Limeil-Brévannes

M. Eric RUSPINI, pharmacien, Gerbeviller

P^r Nathalie SALLES, gériatre, Pessac

D^r Philippe TRACOL, chirurgien orthopédique, Cavaillon, membre du groupe ORTHORISQ Orange

M^{me} Guilaine WILKINS, cadre service social, Bordeaux

Pour la HAS

D^r Stéphane BEUZON, chef de projet, sous la responsabilité du Docteur Michel Varroud-Vial, chef de service, service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades (SMACDAM)

M^{me} Emmanuelle BLONDET, documentaliste, service documentation veille

M^{me} Renée CARDOSO, assistante-documentaliste, service documentation veille

M^{me} Isabelle LE PUIL, assistante de gestion, service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades

Annexe. Proposition d'outils pour le repérage du risque de réhospitalisation

FACTEURS DE RISQUE DE RÉHOSPITALISATION ADAPTÉS DU SCORE 8PS (PROJET BOOST)

1. Admission pour insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>
2. Admission pour pneumopathie ou exacerbation de BPCO	<input type="checkbox"/>
3. Admission pour syndrome coronarien aigu	<input type="checkbox"/>
4. Cancer métastasé ou probabilité de soins palliatifs < 1 an	<input type="checkbox"/>
5. Antécédent d'hospitalisation non programmée < 6 mois	<input type="checkbox"/>
6. Syndrome gériatrique : dénutrition, dépression, chute, troubles cognitifs, escarre	<input type="checkbox"/>
7. Situation sociale défavorable : précarité, isolement, veuvage récent ou instabilité de l'état de santé de l'aidant naturel	<input type="checkbox"/>
8. Polymédication : prise régulière ≥ 10 médicaments/jour ou ≥ 5 médicaments dont 1 à risque élevé : anticoagulant, double anti-agrégant, diurétique, benzodiazépine, insuline, sulfamides hypoglycémiants, digoxine	<input type="checkbox"/>
9. Diminution récente de la capacité à gérer les AVQ, en particulier à se nourrir soi-même	<input type="checkbox"/>
10. Incapacité à comprendre son traitement attestée par l'échec au <i>teach back</i> (reformulation des explications données)	<input type="checkbox"/>

Échelle des activités de la vie quotidienne (ADL de Katz)

Évalue de manière objective les activités de la vie quotidienne (AVQ).

Un score de 6 indique une autonomie complète. Un sujet âgé dont le score est inférieur à 3 est considéré comme dépendant.

ACTIVITÉS		État
Toilette (lavabo, bain ou douche)	1	Besoin d'aucune aide.
	0,5	Besoin d'aide pour une seule partie du corps (dos, jambes ou pieds).
	0	Besoin d'aide pour la toilette de plusieurs parties du corps, ou toilette impossible.
Habillage (prend ses vêtements dans l'armoire ou les tiroirs, sous-vêtements et vêtements d'extérieur compris ; utilise boutons et fermeture Éclair)	1	Besoin d'aucune aide.
	0,5	Besoin d'une aide uniquement pour lacer ses chaussures, boutonner, fermer une fermeture Éclair.
	0	Besoin d'aide pour prendre ses vêtements ou s'habiller, ou reste partiellement ou complètement déshabillé(e).
Aller aux W.-C. (pour uriner ou déféquer, s'essuyer et se rhabiller)	1	Besoin d'aucune aide (aide possible pour se rendre aux W.-C. : canne, fauteuil roulant, etc.).
	0,5	Besoin d'une aide.
	0	Ne va pas aux W.-C.
Locomotion	1	Besoin d'aucune aide pour entrer et sortir du lit, s'asseoir ou se lever d'une chaise (peut utiliser un support comme une canne ou un déambulateur).
	0,5	Besoin d'une aide.
	0	Ne quitte pas le lit.
Continence	1	Contrôle complet des urines et des selles.
	0,5	Accidents occasionnels.
	0	Incontinence totale, nécessité de sondage ou de surveillance permanente.
Alimentation	1	Besoin d'aucune aide.
	0,5	Besoin d'aide pour couper la viande ou beurrer le pain.
	0	Besoin d'aide complète ou alimentation artificielle.

Échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL de Lawton)

Évalue le comportement et l'utilisation des outils usuels.

Score de 0 à 5 pour les hommes et de 0 à 8 pour les femmes

ACTIVITÉS	DÉFINITIONS	COTATION HOMMES	COTATION FEMMES
Téléphone	Utilise le téléphone de sa propre initiative, compose le numéro	1	1
	Compose quelques numéros connus	1	1
	Décroche mais ne compose pas seul	1	1
	N'utilise pas le téléphone	0	0
Courses	Achète seul la majorité des produits nécessaires	1	1
	Fait peu de courses	0	0
	Nécessite un accompagnement lors des courses	0	0
	Incapable de faire ses courses	0	0
Cuisine	Prévoit et cuisine les repas seul		1
	Cuit les repas après préparation par une tierce personne		0
	Fait la cuisine mais ne tient pas compte des régimes imposés		0
	Nécessite des repas préparés et servis		0
Ménage	S'occupe du ménage de façon autonome		1
	Fait seul des tâches ménagères légères		1
	Fait les travaux légers mais de façon insuffisante		1
	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers		1
	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers quotidiens		0
Linge	Lave tout son linge seul		1
	Lave le petit linge		1
	Tout le linge doit être lavé à l'extérieur		0
Transports	Utilise les moyens de transport de manière autonome	1	1
	Commande et utilise seul un taxi	1	1
	Utilise les transports publics avec une personne accompagnante	0	0
	Parcours limités en voiture, en étant accompagné	0	0
	Ne voyage pas	0	0
Médicaments	Prend ses médicaments correctement et de façon responsable	1	1
	Prend correctement les médicaments préparés	0	0
	Ne peut pas prendre les médicaments correctement	0	0
Argent	Règle ses affaires financières de façon autonome	1	1
	Règle ses dépenses quotidiennes, aide pour les virements et dépôts	1	1
	N'est plus capable de se servir de l'argent	0	0

Échelle des activités instrumentales de la vie quotidienne

► Mini-IADL

Le Mini-IADL est une échelle simplifiée de l'IADL de Lawton. Elle est facilement utilisable en contexte ambulatoire et permet d'évaluer le comportement et l'utilisation des outils usuels.

Ce test peut être rempli par un proche du patient ou par un accompagnant.

Il comporte 4 items pour chacun desquels il y a 3 ou 4 propositions de réponse ; choisir la réponse qui correspond le mieux aux capacités du patient.

À chaque réponse, est attribué un score de 0 ou 1.

En fin de test, additionner les scores : le résultat du test d'autonomie est compris entre 0 et 4.

Capacité à utiliser le téléphone	
Je me sers du téléphone de ma propre initiative, cherche et compose les numéros, etc.	0
Je compose un petit nombre de numéros de téléphone bien connus	1
Je réponds au téléphone mais n'appelle pas	1
Je suis incapable d'utiliser un téléphone	1
Capacité à utiliser les moyens de transport	
Je peux voyager seul(e) de façon indépendante (par les transports en commun ou bien avec ma propre voiture)	0
Je peux me déplacer seul(e) en taxi, pas en autobus	1
Je peux prendre les transports en commun si je suis accompagné(e)	1
Je ne me déplace pas du tout	1
Responsabilité pour la prise des médicaments	
Je m'occupe moi-même de la prise : dosage et horaires	0
Je peux les prendre de moi-même à condition qu'ils soient préparés et dosés à l'avance	1
Je suis incapable de les prendre de moi-même	1
Capacité à gérer son budget	
Je suis totalement autonome (gérer le budget, faire des chèques, payer des factures, etc.)	0
Je me débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais j'ai besoin d'aide pour gérer mon budget à long terme (planifier les grosses dépenses)	1
Je suis incapable de gérer l'argent nécessaire à mes dépenses au jour le jour	1

Index LACE (Kaiser Permanente)

Index LACE de réadmission ou de décès < 30 jours

CRITÈRES	VALEURS	POINTS
Durée de séjour (jours)	< 1	0
	1	1
	2	2
	3	3
	4 - 6	4
	7 - 14	5
	≥ 14	7
Admission en urgence	Oui	3
Charlson Comorbidity Index	0	0
	1	1
	2	2
	3	3
	≥ 4	5
Recours aux urgences depuis 6 mois	0	0
	1	1
	2	2
	3	3
	≥ 4	4

- 0 à 6 : *risque faible*
- 7 à 10 : *risque moyen*
- 11 à 19 : *risque élevé*

Charlson Comorbidity Index

PATHOLOGIE	RISQUE RELATIF	POINTS
Infarctus du myocarde	$\geq 1,2$ et $< 1,5$	1
Insuffisance cardiaque congestive		
Maladie vasculaire périphérique		
Accident vasculaire cérébral sauf hémiparésie		
Démence		
Maladie pulmonaire chronique		
Connectivite		
Ulcère gastroduodénal		
Hépatopathie légère		
Diabète		
Hémiparésie	$\geq 1,5$ et $< 2,5$	2
Atteinte rénale modérée ou sévère		
Diabète avec atteinte d'organe cible		
Tumeur		
Leucémie		
Lymphome	$\geq 2,5$ et $< 3,5$	3
Hépatopathie modérée à sévère		
Cancer métastasé	$\geq 3,5$	6
Sida		

Exemple de questionnaire sur les conditions de vie du patient

Extrait de la fiche Points clés et solutions, HAS novembre 2014 « Comment prévenir les réhospitalisations d'un patient diabétique avec plaie du pied ? »

Il ne s'agit pas d'un questionnaire auto-administré, les questions pourront être reformulées si le patient ne les a pas comprises. Il est utile d'impliquer l'entourage avec l'accord du patient.

1. Vivez-vous en maison individuelle ou en appartement ?
2. L'immeuble est-il équipé d'un ascenseur ?
3. Avez-vous des marches au sein de votre logement ?
4. Avez-vous sur le même étage lit, salle d'eau, toilettes ?
5. Un fauteuil roulant peut-il circuler dans votre logement ?
6. Les toilettes et la salle d'eau sont-elles accessibles à un fauteuil roulant ?
7. Vivez-vous seul ?
8. Si oui, qui fait les courses ? La cuisine ? Le ménage ?
9. Avez-vous une téléalarme ?
10. Qui partage éventuellement votre logement ? Conjoint, enfant(s), fratrie, etc.
11. Votre entourage pourra-t-il assumer les courses, la cuisine, le ménage ?
12. Avez-vous des personnes à charge ?
13. Avez-vous des animaux domestiques ?
14. Qui s'en occupe en votre absence ?
15. Quelqu'un pourra-t-il ouvrir la porte aux différents intervenants de l'HAD ?
16. Votre médecin traitant assure-t-il des visites à domicile ?
17. Avez-vous déjà un(e) IDE pour les injections d'insuline ? Les pansements ?
18. Allez-vous chez le pédicure-podologue ? À quelle fréquence ?
19. Avez-vous une prise en charge par un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et/ou un service d'aide à domicile ?
20. Quelles sont vos ressources ?
21. Travaillez-vous ? Dans quel domaine ?
22. L'arrêt de travail pose-t-il problème ?
23. Quelles sont les contraintes qui vous semblent les plus insurmontables pour vous ?

Bibliographie

Introduction

Programme national sécurité du patient (PNSP), action 10 : « Amélioration de l'organisation de la sortie : utilisation par les professionnels d'une *check-list* de sortie adaptée au type de prise en charge (ex. : - *discharge check-list*) ».

François P, Boussar B, Fourny M, Seigneurin A. Qualité des services rendus par un centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. *Santé Publique* 2014;26(2):189-97.

Mesteig M, Helbostad JL, Sletvold O, Rosstad T, Saltvedt I. Unwanted incidents during transition of geriatric patients from hospital to home: a prospective observational study. *BMC Health Serv Res* 2010;10:1).

Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademan P, Kalkman C, *et al.* Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012;157(6):417-28.

Mistiaen P, Francke AL, Poot E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. *BMC Health Serv Res* 2007;7:47.

Question 1. Quels patients peuvent bénéficier d'une *check-list*

Efficience de la *check-list* :

- Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademan P, Kalkman C, *et al.* Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012;157(6):417-28.
- Mistiaen P, Francke AL, Poot E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. *BMC Health Serv Res* 2007;7:47.
- Hopkinson NS, Englebretsen C, Cooley N, Kennie K, Lim M, Woodcock T, *et al.* Designing and implementing a COPD discharge care bundle. *Thorax* 2012;67(1):90-2.

Vulnérabilité :

- (fragilité – personnes âgées) HAS, 2013. Fiche Points clés et solutions - Organisation des parcours. Comment repérer la fragilité en soins ambulatoires ?

Question 2. Rubriques de la *check-list*.

- Art. R. 1112-2 sur le dossier du patient
- Anaes, 2001. Préparation de la sortie du patient hospitalisé suivi par HAS, 2006. Audit clinique ciblé appliqué à la préparation de la sortie du patient hospitalisé – Rapport de l'expérimentation nationale
- Anaes, 2003. Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations
- HAS, 2010. Manuel de certification 2010, notamment 24a, Sortie du patient
- Department of Health, Strategic Planning Leadership Group. Ready to go? Planning the discharge and the transfer of patients from hospital and intermediate care Leeds Department of Health; 2010 http://www.thinklocalactpersonal.org.uk/library/Resources/Personalisation/EastMidlands/PandEI/Ready_to_Go_-_Hospital_Discharge_Planning.pdf
- Ireland's Health Services. Integrated Care Guidance: A practical guide to discharge and transfer from hospital - Appendix 1: Nine Step *check-list* Naas: Ireland's Health Services <http://www.hse.ie/eng/about/Who/qualityandpatientsafety/safepatientcare/integratedcareguidance/IntegratedCareGuidance9stepcheck-list.pdf>
- Soong C, Daub S, Lee J, Majewski C, Musing E, Nord P, *et al.* Development of a *check-list* of safe discharge practices for hospital patients. *J Hosp Med* 2013;8(8):444-9.

Question 3. Qui coordonne la *check-list* ?

- Farkas J, Kadivec S, Kosnik M, Lainscak M. Effectiveness of discharge-coordinator intervention in patients with chronic obstructive pulmonary disease: study protocol of a randomized controlled clinical trial. *Respir Med* 2011;105 Suppl 1:S26-30.
- Francisco C, Daverat E, Marcilloux C, Michelon S, Pigeon JF, Cueille JF. L'infirmier organisateur de la sortie, le chaînon manquant aux urgences. *Rev Infirm* 2013(188):33-5.
- Guttman A, Afilalo M, Guttman R, Colacone A, Robitaille C, Lang E, *et al.* An emergency department-based nurse discharge coordinator for elder patients: does it make a difference? *Acad Emerg Med* 2004;11(12):1318-27
- Houghton A, Bowling A, Clarke KD, Hopkins AP, Jones I. Does a dedicated discharge coordinator improve the quality of hospital discharge? *Qual Health Care* 1996;5(2):89-96.
- Lainscak M, Kadivec S, Kosnik M, Benedik B, Bratkovic M, Jakhel T, *et al.* Discharge coordinator intervention prevents hospitalizations in patients with COPD: a randomized controlled trial. *J Am Med Dir Assoc* 2013;14(6):450 e1-6.

Question 4. Quand mettre en place la *check-list* ?

Grandes recommandations HAS et internationales (cf. Q2).

Question 5. Interventions associées à la *check-list*

- François P, Boussar B, Fourny M, Seigneurin A. Qualité des services rendus par un centre hospitalier universitaire : le point de vue de médecins généralistes. *Santé Publique* 2014;26(2):189-97.
- Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademan P, Kalkman C, *et al.* Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012;157(6):417-28.
- Mistiaen P, Francke AL, Poot E. Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to home: a systematic meta-review. *BMC Health Serv Res* 2007;7:47.

Analyse de la littérature - France

► Réglementation

- **Article R. 1112-2** *modifié par* [décret n° 2006-119 du 6 février 2006 - art. 2 JORF 7 février 2006](#)
- **Article R. 1112-1 CSP**

► Circulaire DGOS/RH4/2012/206 du 22 mai 2012

► Recommandations et certification HAS

- Anaes, 2001. Préparation de la sortie du patient hospitalisé
- Anaes, 2003. Dossier du patient : amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Réglementation et recommandations
- HAS, 2006. Audit clinique ciblé appliqué à la préparation de la sortie du patient hospitalisé – Rapport de l'expérimentation nationale
- Dans le cadre de la certification : extraits du Manuel de certification 2010 en rapport avec la planification de la sortie
- Le SMACDAM a produit récemment plusieurs recommandations sous le format et la méthode fiche Parcours de soins, qui abordent la question de la sortie du patient :
 - HAS, 2013. Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ?
 - HAS, 2013. Plan personnalisé de santé (PPS)
 - HAS, 2014. Un exemple de *check-list* spécifique: [Comment prévenir les ré-hospitalisations après une exacerbation de BPCO ? - Fiche Points clés et Solutions](#)

Bibliographie complémentaire

1. Agrément Canada, Institut canadien d'information sur la santé, Institut canadien pour la sécurité des patients, Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada. Bilan comparatif des médicaments au Canada : hausser la barre. Progrès à ce jour et chemin à parcourir. Ottawa: Agrément Canada; 2012.

<https://accreditation.ca/sites/default/files/med-rec-fr.pdf>

2. Allen J, Ottmann G, Roberts G. Multi-professional communication for older people in transitional care: a review of the literature. *Int J Older People Nurs* 2013;8(4):253-69.

3. Billings J, Blunt I, Steventon A, Georghiou T, Lewis G, Bardsley M. Development of a predictive model to identify inpatients at risk of re-admission within 30 days of discharge (PARR-30). *BMJ Open* 2012;2(4).

4. Bissett M, Cusick A, Lannin NA. Functional assessments utilised in emergency departments: a systematic review. *Age Ageing* 2013;42(2):163-72.

5. Burke RE, Guo R, Prochazka AV, Misky GJ. Identifying keys to success in reducing readmissions using the ideal transitions in care framework. *BMC Health Serv Res* 2014;14:423.

6. Canadian Institute for Health Information, Health Quality Ontario. Early identification of people at-risk of hospitalization. Hospital admission risk prediction (HARP). A new tool for supporting providers and patients. Toronto: Health Quality Ontario; 2013.

<http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/qi/harp-a-new-tool-for-supporting-providers-and-patients.pdf>

7. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2006;166(17):1822-8.

8. Cousins G, Bennett Z, Dillon G, Smith SM, Galvin R. Adverse outcomes in older adults attending emergency department: systematic review and meta-analysis of the Triage Risk Stratification Tool. *Eur J Emerg Med* 2013;20(4):230-9.

9. Crocker JB, Crocker JT, Greenwald JL. Telephone follow-up as a primary care intervention for postdischarge outcomes improvement: a systematic review. *Am J Med* 2012;125(9):915-21.

10. Gruneir A, Dhalla IA, van Walraven C, Fischer HD, Camacho X, Rochon PA, *et al.* Unplanned readmissions after hospital discharge among patients identified as being at high risk for readmission using a validated predictive algorithm. *Open Med* 2011;5(2):e104-11.

11. Hansen LO, Greenwald JL, Budnitz T, Howell E, Halasyamani L, Maynard G, *et al.* Project BOOST: effectiveness of a multihospital effort to reduce re-

hospitalization. *J Hosp Med* 2013;8(8):421-7.

12. Hansen LO, Young RS, Hinami K, Leung A, Williams MV. Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review. *Ann Intern Med* 2011;155(8):520-8.

13. Hasan O, Meltzer DO, Shaykevich SA, Bell CM, Kaboli PJ, Auerbach AD, *et al.* Hospital readmission in general medicine patients: a prediction model. *J Gen Intern Med* 2010;25(3):211-9.

14. Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademant P, Kalkman C, *et al.* Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med* 2012;157(6):417-28.

15. Jack BW, Chetty VK, Anthony D, Greenwald JL, Sanchez GM, Johnson AE, *et al.* A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2009;150(3):178-87.

16. Kane RL, Keckhafer G, Flood S, Bershadsky B, Siadaty MS. The effect of Evercare on hospital use. *J Am Geriatr Soc* 2003;51(10):1427-34.

17. Kansagara D, Englander H, Salanitro A, Kagen D, Theobald C, Freeman M, *et al.* Risk prediction models for hospital readmission: a systematic review. *Jama* 2011;306(15):1688-98.

18. Leppin AL, Gionfriddo MR, Kessler M, Brito JP, Mair FS, Gallacher K, *et al.* Preventing 30-day hospital readmissions: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *JAMA Intern Med* 2014;174(7):1095-107.

19. McMartin K. Discharge planning in chronic conditions: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser* 2013;13(4).

20. Naylor MD. Transitional care for older adults: a cost-effective model. *LDI Issue Brief* 2004;9(6):1-4.

21. Rennke S, Nguyen OK, Shoeb MH, Magan Y, Wachter RM, Ranji SR. Hospital-initiated transitional care interventions as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med* 2013;158(5 Pt 2):433-40.

22. Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;Issue 1:Cd000313.

23. Tuso P, Huynh DN, Garofalo L, Lindsay G, Watson HL, Lenaburg DL, *et al.* The readmission reduction program of Kaiser Permanente Southern California-knowledge transfer and performance improvement. *Perm J* 2013;17(3):58-63.

24. van Walraven C, Dhalla IA, Bell C, Etchells E, Stiell IG, Zarnke K, *et al.* Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned read-

mission after discharge from hospital to the community. CMAJ 2010;182(6):551-7.

25. van Walraven C, Jennings A, Forster AJ. A meta-analysis of hospital 30-day avoidable readmission rates. J Eval Clin Pract 2012;18(6):1211-8.

26. Verhaegh KJ, MacNeil-Vroomen JL, Eslami S, Geerlings SE, de Rooij SE, Buurman BM. Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses. Health Aff 2014;33(9):1531-9.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr