

*Annales de l'Université Marien NGOUABI, 2010 ; 11 (5) : 1-6*  
**Sciences de la Santé**  
**ISSN : 1815 – 4433**  
**www.annales-umng.org**



## **ETUDE DE LA NON PERTINENCE DES JOURNEES D'HOSPITALISATION DANS LE SERVICE DE GASTRO-ENTEROLOGIE ET DE MEDECINE INTERNE DU CHU DE BRAZZAVILLE**

*B.I. ATIPO-IBARA, DEBY GASSAYE, S.M. CAMENGO POLICE,  
M. OKOOU, J.R. IBARA, A. ITOUA-NGAPORO*  
*Service de gastro-entérologie et de médecine interne.*  
*CHU de Brazzaville, BP 32, Congo*  
*Correspondance : b.atipo-ibara@laposte.net*

### **RESUME**

**Objectifs :** Déterminer le nombre de journées non pertinentes d'hospitalisation dans le service de gastro-entérologie et de médecine interne du CHU de Brazzaville et préciser leurs causes.

**Matériel et méthodes :** Nous avons mené une étude prospective sur une période de 8 mois. La collecte des données a été faite à l'aide d'une fiche d'enquête individuelle basée sur les besoins de santé. L'analyse des données a été faite grâce au logiciel Epi info 3.3.2.

**Résultats :** 555 malades ont été hospitalisés pendant la période d'étude, représentant 3.640 journées d'hospitalisation dont 124 journées ont été non pertinentes. Parmi les malades du groupe des journées d'hospitalisation non pertinentes, 4 ont passé moins de 12 heures dans le service, 3 moins de 5 journées, soit 9 journées non pertinentes, et 9 au moins 5 journées, soit globalement 115 journées non pertinentes. Ces 16 malades, qui comprenaient 13 femmes (81,25 %) et 3 hommes (18,75 %), venaient des urgences médicales (14 cas, soit 87,5 %), du service de gynécologie et obstétrique du CHU de Brazzaville (1 cas, soit 6,25 %) et de l'intérieur du pays (1 cas, soit 6,25 %). Les causes de non pertinence d'hospitalisation ont été : diagnostic erroné (7 cas, soit 43,7 %), hospitalisation abusive (malade ne présentant plus de signes de maladie) (2 cas, soit 12,5 %), mauvaise orientation (7 cas, soit 43,7 %). L'horaire d'admission a également été un facteur, car 15 patients (93,75 %) ont été orientés la nuit. Les raisons évoquées pour justifier l'orientation dans le service ont été : attente d'une qualité de soins (4 cas, soit 25 %), refus du malade de se faire hospitaliser ailleurs (3 cas, soit 18,75 %), erreur diagnostique et/ou ignorance (9 cas, soit 56,2 %). La prise en charge dans le service a porté sur 12 malades (75 %) ; en revanche, les 4 autres malades (25 %) ont été réorientés immédiatement après arrivée dans le service : 1 cas aux urgences gynécologiques, 1 cas dans le service de pneumologie et 2 cas libérés parce qu'ils ne présentaient plus de signes de maladie). La prise en charge des malades dans le service a été justifiée par les raisons suivantes : attente des résultats d'examen (2 cas, soit 12,5 %), attente de place disponible dans le service indiqué (3 cas, soit 18,7 %), caractère urgent non chirurgical de la pathologie (2 cas, soit 12,5 %), diagnostic connu et traitement possible (5 cas, soit 31,2 %).

**Conclusion :** cette étude fait ressortir des dysfonctionnements hospitaliers dans la gestion des ressources hospitalières. La mauvaise orientation et le diagnostic erroné sont les principales causes de non pertinence des journées d'hospitalisation.

**Mots clés :** Hospitalisation non pertinente ; Gastro-entérologie ; Brazzaville.

## INTRODUCTION

L'hospitalisation d'un malade dans un service est une décision importante, car elle permet de fournir au patient les soins nécessaires non applicables en externe. La pertinence d'une hospitalisation se définit par la nécessité de recourir à des procédures de soins médicales et techniques disponibles exclusivement à l'hôpital, sans porter aucun jugement de valeur sur la pertinence de la prescription elle-même [1]. Outre son effet bénéfique (surveillance, mobilisation du personnel et des compétences, rapidité de recours aux explorations paracliniques), elle n'est pas toujours sans risque pour le malade. Il existe des risques de complications iatrogènes pouvant retentir sur le pronostic de la maladie. Une hospitalisation non pertinente entraîne des conséquences financières sur la prise en charge du malade.

Des études sur la non pertinence des journées d'hospitalisation ont été réalisées dans bien de pays d'Amérique et d'Europe grâce au protocole AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) et à la version modifiée de l'AEP [2, 3]. En revanche, en Afrique, des études y relatives sont quasi inexistantes.

Aussi, la présente étude avait pour objectifs de déterminer le nombre de journées d'hospitalisation non pertinentes dans le service de gastroentérologie et de médecine interne (GEMI) du CHU de Brazzaville et de préciser leurs causes.

## MATERIEL ET METHODES

Nous avons mené une étude prospective dans le service de GEMI du CHU de Brazzaville. Elle s'est déroulée du 1<sup>er</sup> janvier au 31 juillet 2007, soit une période de 8 mois.

Etaient inclus dans l'étude, les patients hospitalisés qui présentaient : des manifestations pathologiques de l'appareil digestif et admis dans le service au moment de la disparition des symptômes ; une pathologie digestive d'urgence chirurgicale ; une pathologie autre que celle de l'appareil digestif.

Etaient exclus de l'étude, les patients dont l'indication d'hospitalisation était justifiée : patients en admission programmée pour une exploration ; patients immunodéprimés par le VIH, suivis dans le service, dépourvus d'affections de l'appareil digestif et hospitalisés par les praticiens du service pour une prise en charge.

Une fiche d'enquête individuelle a été utilisée pour la collecte des données. Les renseignements ont été obtenus auprès du malade, d'un membre de la famille et du médecin consultant ayant décidé de l'hospitalisation.

La version française modifiée de l'AEP a été utilisée pour évaluer la non pertinence des journées d'hospitalisation [2, 6]. Les paramètres étudiés adaptés à ce protocole ont été les suivants : caractéristiques des malades (sexe, âge, profession); provenance des malades (service des urgences, consultations externes, transfert à partir d'un autre service hospitalier, évacuation) ; qualité du prestataire ; motifs d'admission ; profil académique du personnel ayant accueilli le malade ; raisons de la prise en charge ; réorientation du malade ; durée de séjour dans le service ; causes de non pertinence d'hospitalisation.

Le taux de non pertinence des journées d'hospitalisation, défini comme le rapport de la somme des journées non pertinentes sur le nombre total des journées d'hospitalisation pertinentes, a été calculé comme décrit dans [1].

L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel Epi info 3.3.2.

## RESULTATS

### 1. Caractéristiques de l'échantillon

Des 555 patients admis dans le service de GEMI qui totalisent 3640 journées d'hospitalisation, 16, soit un taux de 2,8 %, sont impliqués dans la non pertinence des journées d'hospitalisation. Ces dernières atteignent le nombre de 124, soit un taux de

non pertinence des journées d'hospitalisation de 3,4 %.

Les 16 patients se répartissant en 3 hommes et 13 femmes (sexe ratio : H/F = 0,23).

L'âge moyen des patients est de 41,25 ans avec des extrêmes de 16 et 70 ans. La distribution des patients selon l'âge révèle 3 groupes : le groupe des patients de moins de 30 ans (n = 4) ; le groupe des patients dont l'âge oscille entre 30 et 60 ans (n = 10) ; le groupe des patients d'au moins 60 ans (n = 2).

Les données sur le statut socioprofessionnel des patients indiquent la répartition suivante : 8 patients sans profession (50 %), 4 patients fonctionnaires (25 %), 4 élèves et/ou étudiants (25 %).

## 2. Organisation et prise en charge

### *Orientation des malades*

Parmi les 16 patients, 14 (87,5 %) venaient du service des urgences médicales, 01 (6,25 %) était transféré du service de gynécologie et obstétrique du CHU de Brazzaville et 01 (6,25 %) était évacué de l'intérieur du pays.

L'orientation de ces malades était faite par un médecin dans 11 cas (68,75 %) et un étudiant en stage interne de médecine dans 5 cas (31,25 %).

### *Les motifs d'hospitalisation*

Les motifs d'hospitalisation des patients dans le service sont rassemblés dans le tableau I.

*Tableau I : Symptômes présentés par les malades*

Les signes	Nombre de patients	Pourcentage
Douleurs abdominales	4	25
Vomissements	2	12,5
Diarrhée	3	18,75
Ictère	1	6,25
Ascite	1	6,25
Epigastralgies	1	6,25
Fièvre	8	50
AEG	3	18,75
Céphalées	2	12,5
Coma	5	31,25
Hémiplégie	3	18,75
Convulsion	2	12,5
Toux	2	12,5
Lombalgie	1	6,25

*Le service idéal d'hospitalisation*

Les services suivants devraient normalement accueillir les patients dont le séjour dans le service de GEMI est non pertinent : infectiologie (n = 6, soit 37,5 %) ; neurologie (n = 3, soit 18,75 %) ; pneumologie (n = 2, soit 12,5 %) ; gynécologie et obstétrique (n = 2, soit 12,5 %) ; rhumatologie (n = 1, soit 6,25 %) ; pas indispensable : retour à domicile sans traitement (n = 2, soit 12,5 %).

*Les raisons d'hospitalisation*

Les raisons évoquées pour justifier l'hospitalisation dans le service de GEMI étaient : l'attente d'une qualité de soins (n = 4, soit 25 %) ; le refus du malade de se faire hospitaliser dans un autre centre hospitalier (n = 3, soit 18,75 %) ; l'erreur diagnostique et/ou ignorance (n = 9, soit 56,25 %).

*Les horaires d'orientation des malades*

Sur les 16 malades dont l'hospitalisation dans le service de GEMI était non pertinente, 15 (93,75 %) étaient orientés la nuit (période où il n'y pas de médecin dans ledit service), 1 (6,25 %) y était arrivé le jour. Seul ce dernier avait été examiné par un

médecin à l'admission dans le service de GEMI. Les 15 autres avaient été reçus par des infirmiers.

*La réorientation des patients*

Des 16 patients, 12 (75 %) avaient été pris en charge dans le service de GEMI, 2 libérés parce qu'ils ne présentaient plus de signes de maladie et 5 (%) avaient été réorientés dans d'autres services du CHU : gynécologie et obstétrique (n = 2) ; pneumologie (n = 1) ; neurologie (n = 2)).

*Les raisons de prise en charge des patients dans le service de GEMI*

Les raisons, qui avaient motivé la prise en charge dans le service de GEMI, étaient : l'attente des résultats d'examen (n = 2, soit 12,5 %) ; l'attente de place disponible dans le service indiqué (n = 3, soit 18,7 %) ; le caractère urgent de la pathologie (n = 2, soit 12,5 %) ; le diagnostic connu et le traitement possible (n = 5, soit 31,2 %).

*Les diagnostics des maladies*

Les diagnostics posés dans le service sont rassemblés dans le tableau II.

*Tableau II : Distribution des diagnostics posés dans le service de GEMI*

Diagnostic	Nombre	Pourcentage
Intolérance alimentaire	3	18,75
Grossesse extra-utérine rompue	1	6,25
Pneumopathie bactérienne	2	12,5
Sepsis	1	6,25
Péritonite post partum	1	6,25
Encéphalite sur infection à VIH	3	18,75
Méningite bactérienne	1	6,25
AVC	3	18,75
Lombarthrose	1	6,25

### La durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation dans le service de GEMI des malades dont les séjours ont été non pertinents, était de 8,6 j.

Quatre patients (25 %) ont fait moins de 12 h dans le service de GEMI. Deux malades (12,5 %) ont fait moins de 5 jours d'hospitalisation et 10 malades (62,5 %) ont fait au moins 5 j jusqu'à 18 j.

### Les causes de non pertinence d'hospitalisation

Les causes de non pertinence d'hospitalisation dans le service de GEMI étaient : diagnostic erroné (n = 7, soit 43,75 %) ; hospitalisation abusive (malade ne présentant plus de signe de maladie, n = 2, soit 12,5 %) ; mauvaise orientation (n = 7, soit 43,75 %).

## DISCUSSION

L'étude devrait être réalisée par un enquêteur extérieur et nous ne devons participer que dans le cadre de l'avis par rapport à la pertinence. Néanmoins, nous avons pris la précaution de laisser les praticiens ayant reçu le malade et aux malades eux-mêmes de donner leur avis sur les causes de non pertinence des journées d'hospitalisation.

Nous n'avons pas étudié le nombre de jours non pertinents chez des malades dont l'hospitalisation était pertinente et qui ont du avoir des journées non pertinentes pour des raisons économiques (retardant les explorations biologiques et morphologiques) et les procédures administratives.

En étudiant la non-pertinence des journées d'hospitalisation, nous avons implicitement étudié la pertinence des journées d'hospitalisation à partir des critères AEP (Appropriateness Evaluation Protocol) adaptés [5, 6].

Parmi les critères retenus dans la version française de l'AEP, certains paramètres comme l'ascite importante, les hémorragies digestives, l'altération de l'état général à

l'origine des hospitalisations doivent être ajoutés.

Les paramètres tels que le cathétérisme cardiaque, l'angiographie et la procédure de diagnostique invasive du système nerveux central ne peuvent pour l'instant être retenus au Congo, car ils ne sont pas réalisables.

Pour étudier les raisons à l'origine d'une journée d'hospitalisation non pertinente [2], nous estimons qu'il soit inclus dans la rubrique hébergement idéal, le service de spécialité médicale le plus approprié pour prendre en charge le malade, et dans la rubrique, raisons de la présence à l'hôpital, d'ajouter les raisons liées au praticien.

En 8 mois, nous avons enregistré un taux de non pertinence d'hospitalisation de 3,4 %. Ce taux est inférieur à ceux de : Menu-Branthomme *et al.* (41 %) [1]; Merom D. *et al.* (18,1 %) [3]; Panis L *et al.* (26,8 %) [4]. Le faible taux de non pertinence des journées d'hospitalisation peut s'expliquer par le fait qu'au Congo, d'une part la sécurité sociale ne supporte pas les dépenses de santé, et d'autre part les patients ne fréquentent les structures de santé que lorsqu'ils sont à un stade avancé de leur maladie.

La plus part des malades (87,5 %) dont les journées d'hospitalisation sont non pertinentes ont été adressés par le service des urgences. Menu-Branthomme *et al.* [1] ont remarqué dans leur série que, plus fréquemment, les malades étaient adressés par un autre service que le service des urgences pour le groupe de non pertinence de courte durée, alors que l'orientation est fréquemment faite par le service des urgences pour le groupe de non pertinence de longue durée.

Dans notre série, la durée moyenne de séjour est de 8,6 j. Ce résultat corrobore celui de Merom D. *et al.* [3] qui ont trouvé une durée moyenne de séjour pour des journées inappropriées allant de 8,6 à 12,2 j.

La durée d'hospitalisation la plus longue a été de 18 jours dans notre étude. Elle est plus longue dans la série de Menu-Branthomme *et al.* (de 1 à 52 j) [1] où les

malades restaient pour attendre la disponibilité du service de relais ou la réalisation d'un examen au sein du CHU.

Les patients du groupe non pertinence de longue durée avaient moins de 60 ans, tandis que Menu-Branthomme *et al.* [1] ont remarqué que leurs patients étaient plus âgés, vivant seuls. La différence d'âge pourrait s'expliquer par l'espérance de vie qui est de 49 ans pour les Congolais et 82 ans pour les français.

Nous avons remarqué que l'admission des malades dont le séjour est non pertinent se faisait la nuit dans 93,75 % des cas. Alors que Menu-Branthomme *et al.* [1] font observer que l'hospitalisation avait plus lieu le Week-end. Les praticiens se laissaient influencer par les malades sur leur prise en charge, ce qui augmente le taux de non pertinence.

Les erreurs diagnostiques et/ou l'ignorance sont à l'origine de non pertinence des journées d'hospitalisation dans 9 cas (56,25 %). Elles pourraient s'expliquer par : une mauvaise prise en charge par les praticiens, l'expression abdominale des pathologies non digestives (gynécologiques, pulmonaires, infectieuses, rhumatologiques...), le défaut de matériels pouvant contribuer au diagnostic immédiat au service des urgences du CHU de Brazzaville.

Les causes de non pertinence des journées d'hospitalisation étaient dues à l'attente des procédures ou des consultations dans 62 % des cas dans la série de Merom D. *et al* [3], procédures internes à l'hôpital, et, dans l'étude de Panis L. *et al.* [1], à l'impossibilité de transférer les patients vers d'autres services de soins ou professionnels de santé dans 45,1 % des cas. Pour Menu-Branthomme *et al.* [1], les causes de non pertinence étaient liées essentiellement à l'attente d'un hébergement dans une structure de soins de suite. Nous avons remarqué que le

praticien se permet encore de poser un diagnostic erroné (43,75 %), de décider d'une hospitalisation sans indication (12,5 %), et de mal orienter le patient (43,75 %).

## CONCLUSION

Cette étude fait ressortir des dysfonctionnements hospitaliers dans la gestion des ressources hospitalières. La mauvaise orientation et le diagnostic erroné sont les principales causes de non pertinence des journées d'hospitalisation.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Menu-Branthomme A, Benamouzig R, Bejou B *et al.* Etude de la pertinence des journées d'hospitalisation dans un service de Gastroentérologie et de Médecine Interne et analyse des causes de non pertinence. *Gastroenterol Clin Biol* 2002 ; 26: 29-37.
2. Lombard I, Lamhmek P, Diène E *et al.* Etude de la concordance inter-observateur des raisons de la non pertinence des journées d'hospitalisation identifiée par la version française de l'AEP. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2001; 49: 367-75.
3. Merom D, Shohat T, Harari G *et al.* Factors associated with inappropriate hospitalization days in internal medicine wards in Israël a cross-national survey. *Int J Qual Health care* 1998; 10: 155-62.
4. Panis L., Verheggen F, Pop P. To stay or not stay. The assessment of appropriate hospital stay, a dutch report. *Int J Qual Health Care* 2001; 13 (4): 55-67
5. Davido A, Nicoulet I, Lévy A *et al.* Appropriateness of admission in an emergency department: reliability of assessment and causes of failure. *Qual Aassur Health Care* 1991; 3: 227-34.
6. Robain M, Lang T, Fontaine A *et al.* Reliability and validity of the french version of the first part of the Appropriateness Evaluation Protocol (AEPf): pertinent criteria of appropriateness of hospital days. *Rev Epidemiol Santé Publique* 1999 : 47: 139-49.