



HAL
open science

Profil et freins à la sortie de l'hôpital des patients “ bed-blockers ” au CHU de Nantes : étude descriptive au sein de l'unité de parcours social et médical (UPSM)

Claudy Mannoury

► To cite this version:

Claudy Mannoury. Profil et freins à la sortie de l'hôpital des patients “ bed-blockers ” au CHU de Nantes : étude descriptive au sein de l'unité de parcours social et médical (UPSM). Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04524334

HAL Id: dumas-04524334

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04524334>

Submitted on 28 Mar 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.



UNIVERSITÉ DE NANTES

NANTES UNIVERSITÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année : 2024

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES DE SANTE PUBLIQUE

par

Claudy MANNOURY

Présentée et soutenue publiquement le 30 janvier 2024

« Profil et freins à la sortie de l'hôpital des patients « bed-blockers » au CHU de Nantes : étude descriptive au sein de l'unité de parcours social et médical (UPSM) »

Président : Professeur Leila MORET

Directeur de thèse : Dr Anne JOLIVET



UNIVERSITÉ DE NANTES

COMPOSITION DU JURY

Président : Professeur Leila MORET

Membres : Dr Jean-Benoît HARDOUIN
Dr Marielle BERLIOZ-THIBAL

Directeur de thèse : Dr Anne JOLIVET



REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes ayant contribué au succès de mes études et qui m'ont aidée lors de la rédaction de cette thèse. Ainsi, j'adresse des remerciements particuliers :

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY

Pour le grand honneur qu'ils nous font en acceptant de juger ce travail.

Je voudrais dans un premier temps remercier, ma directrice de thèse, Dr Anne JOLIVET, pour son encadrement de ce travail de thèse, sa disponibilité, l'aide fournie et surtout ses précieux conseils pour la réalisation de ce travail. Je te remercie très sincèrement, tout en me laissant la liberté du sujet et de la manière de le traiter.

Je tiens également à remercier le Professeur Leila MORET, cheffe du service de santé publique au CHU de Nantes, pour m'avoir proposé ce sujet de thèse, ses nombreux conseils pour bien débuter le troisième cycle universitaire dont cette thèse est l'accomplissement ainsi que de me faire l'honneur de présider le jury de ma thèse.

Je tiens à remercier le Dr Jean-Benoît HARDOUIN, maître de Conférences des Universités et praticien hospitalier à Nantes, pour avoir accepté participer à ce jury et pour l'intérêt pour ce travail.

Je remercie le Dr Marielle BERLIOZ-THIBAL, gériatre au CHU de Nantes, pour l'intérêt porté au sujet de ce travail et pour avoir accepté de le juger.

Un grand merci aussi à tous les membres du service de santé publique du CHU de Nantes et en particulier à Pascal CAILLET qui a eu la gentillesse de réaliser et de m'expliquer l'analyse multivariée.



A MA FAMILLE

À ma famille, et en particulier à ceux qui sont déjà partis dont ma maman, Marcelle MANNOURY, Docteur en pharmacie, à qui je souhaite rendre hommage et dédier cette thèse. Maman, merci pour ton amour, ton éducation et ton soutien sans faille qui m'ont aidé à grandir et à me construire. Tu as su m'accompagner tout au long de ces études longues et parfois difficiles, me guider dans mon travail, me soutenir et me remotiver dans les moments de doute. Je t'aime fort maman et me manque chaque jour.

Je remercie aussi de tout cœur mon papa, Florent MANNOURY, pour son soutien indéfectible, pour son aide et ses conseils. Donc merci Maman et Papa, je suis fière de vous montrer ce que j'ai réussi à devenir grâce à vous. Je vous suis plus que reconnaissante, pour tout ce que vous m'avez transmis, appris et pour ce que vous m'apportez encore chaque jour. Merci maman et papa de croire en moi, je sais que vous êtes fiers de moi. Votre encadrement est l'une des plus belles choses qui me soit arrivé. Je vous aime.

A MES AMIS

Je souhaite également remercier tous mes amis qui ont su m'apporter confiance et écoute dans les bons comme les mauvais moments.

Enfin, à tous ceux que j'oublie, qui ont fait un bout de chemin avec moi et qui m'ont soutenue. Je vous dis merci.



LISTE DES ABREVIATIONS

ACE	Acute Care for Elders
AOMI	Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
BPCO	Bronchopathie Chronique Obstructive
CAPPA	Centre Ambulatoire Pluridisciplinaire de Psychiatrie et d'Addictologie
CAARUD	centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues
CSAPA	Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CLIC	Centre local d'information et de coordination
COSELI	Commission des Séjours Longs et Inadaptés
DAC	Dispositifs d'Appui à la Coordination
DIM	Département d'Information Médicale
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DROM	Départements et Régions d'Outre-Mer
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EHPA	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMPP	Équipes mobiles psychiatrie-précarité
EMSS	Équipe mobile sociale et de santé
EPICES	Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les centres d'examen de santé
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé



UNIVERSITÉ DE NANTES

GIR	Groupe iso-ressources
HAD	Hôpital à Domicile
HELP	Hospital Elder Life Program
HTA	Hypertension Artérielle
IC	Intervalle de Confiance
IDEL	Infirmière Diplômée d'Etat Libérale
IV	Intraveineux
LAM	Lits d'Accueil Médicalisés
LHSS	Lits Haltes Soins Santé
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MMSE	Mini Mental
MPR	Médecine Physique et Réadaptation
NICHE	Nurses Improving Care for Health
PASS	Permanences d'accès aux soins de santé
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RAD	Retour à Domicile
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SDF	Sans Domicile Fixe
SFGG	Société Française de Gériatrie et Gérontologie
SSIAD	Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarifcation à l'activité
UPAD	Unité pour Personnes Agées Désorientées
UPSM	Unité de Parcours Social et Médical
USLD	Unité de Soins de Longue Durée



TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION.....	8
2. METHODES.....	7
2.1. ETUDE QUANTITATIVE	7
2.1.1. <i>Population</i>	7
2.1.2. <i>Recueil de données</i>	7
2.1.3. <i>Analyse statistique</i>	10
2.2. ETUDE QUALITATIVE	11
2.3. CADRE ETHIQUE ET REGLEMENTAIRE.....	11
3. RESULTATS.....	12
3.1. ANALYSE QUANTITATIVE.....	12
3.1.1. <i>Caractéristiques démographiques des patients par catégories</i>	12
3.1.2. <i>Caractéristiques sociales des patients par catégories</i>	12
3.1.3. <i>Données cliniques des patients par catégories</i>	13
3.1.4. <i>Lieux de sortie des patients, et obstacles à la sortie</i>	16
3.1.5. <i>Impact sur la durée de séjour :</i>	18
3.2. ANALYSE QUALITATIVE	22
3.2.1. <i>Parcours de demande de mesure de protection juridique</i>	22
3.2.2. <i>Admission en EHPAD/USLD/Unités protégées</i>	23
3.2.3. <i>Organisation du retour à domicile</i>	24
3.2.4. <i>Admission en FAM/MAS et foyer de vie</i>	24
3.2.5. <i>Admission en famille d'accueil</i>	25
3.2.6. <i>Prise en charge des patients souffrant d'addiction</i>	25
3.2.7. <i>Prise en charge des patients en situation d'isolement socio-familial</i>	26
4. DISCUSSION.....	27
4.1. PROFILS DE PATIENTS.....	27
4.2. FREINS A LA SORTIE LIES AU PATIENT ET A SON ENVIRONNEMENT	29
4.2.1. <i>L'âge</i>	29
4.2.2. <i>La précarité sociale</i>	30
4.2.3. <i>Les addictions</i>	31
4.2.4. <i>Dispositifs innovants</i>	32
4.3. OBSTACLES A LA SORTIE LIES AUX STRUCTURES D'AVAL OU A DES MANQUES EN AMONT DE L'HOSPITALISATION	33
4.3.1. <i>Absence d'inscription en amont de l'hospitalisation</i>	33
4.3.2. <i>Délais d'admission dans les structures d'aval adaptées</i>	34
4.3.3. <i>Inexistence, insuffisance, indisponibilité des structures d'aval adaptées</i> ...	35
4.3.4. <i>Retour à domicile</i>	37
4.3.5. <i>Délais d'obtention des mesures de protection</i>	37
4.3.6. <i>Refus du projet de sortie par le patient et/ou la famille</i>	38
4.4. LIMITES.....	39
5. CONCLUSIONS.....	40



1. INTRODUCTION

La mission de l'hôpital public est de prodiguer des soins préventifs, curatifs ou palliatifs adaptés aux patients (1). En France, depuis la tarification à l'activité ou T2A, le financement de l'hôpital est calculé, en grande partie, selon le nombre et le type de séjours qu'il prend en charge, un tarif étant associé à chaque maladie et soins apportés. Cette tarification incite les hôpitaux à rechercher la meilleure productivité, avec une tendance à accroître ses activités rémunératrices, plus rentable que d'autres, comme la chirurgie, en délaissant les longues prises en charge moins bien rémunérées (comme les soins aux personnes âgées, la psychiatrie, les maladies chroniques). En France, d'ici 2030, la population de personnes âgées, souvent complexes et polypathologiques, devrait augmenter de 43% pour atteindre 8,34 millions d'individus avec un impact sur l'hôpital, puisqu'elle sera à l'origine de 5 millions d'hospitalisations, soit 1 prise en charge sur 3 (2). Par conséquent, les besoins en infrastructures hospitalières, en hébergement de longue durée et en ressources à consacrer à l'aide et aux soins à domicile devraient augmenter (3). Or selon une enquête de la SFGG (Société Française de Gériatrie et Gérontologie), menée sur l'ensemble de la France en janvier 2023, 34,7% des unités gériatriques (courts séjours gériatriques, SSR gériatriques, USLD, EHPAD...) sont touchées par des fermetures et dans ces unités, 25,7% des lits sont fermés (4). La DREES souligne qu'entre 2003 et 2019, le nombre de lits d'hospitalisation complète installés, tous établissements, toutes disciplines et tous secteurs confondus, est passé de 468 000 à 393 000, soit 75 000 lits de moins en 16 ans (5). Face à une augmentation des besoins associée à la fermeture de lits, les principaux enjeux pour les hôpitaux seront donc d'éviter les hospitalisations inutiles et de diminuer le plus possible la durée des séjours. Une autre problématique posée à l'hôpital public est celle des séjours longs, d'abord soulevé par les gérontologues dans la littérature au début des années 1970, sous le terme de « bed blocking » (6). Puis, suite à un glissement sémantique péjoratif qui ne décrit plus la situation, mais les personnes qui y sont impliquées, l'expression « bed-blockers » est apparue et désigne des patients avec un état médical stable, mais dont la présence en hospitalisation aigue n'est plus justifiée pour des raisons diagnostiques ou



thérapeutiques, et sont en attente d'une solution d'accueil en structures extrahospitalières ou de soutien à domicile (7).

Dans les différentes études nationales et internationales conduites sur ce sujet, la prévalence des patients « bed blockers » est difficilement évaluable et très variable selon les pays et les services, allant de 15% à 50% (8,9). Les taux les plus fréquemment relevés se situent dans la fourchette 20 à 30%, soit des taux d'inadéquations élevés. Ceci s'explique en partie par le manque d'une définition conventionnelle des « bed-blockers » (10) et de l'hétérogénéité des services étudiés, des méthodologies adoptées (durée du recueil, des différents modes de calcul...) (11). Les données au niveau de la population sont donc limitées et les grandes enquêtes sont rares (12). Selon la DRESS, en France, 10% des lits de médecine et chirurgie sont occupés de façon inadéquate un jour donné (5 % en chirurgie, 17,5% en médecine) (9), c'est-à-dire les lits occupés de manière non pertinente et non justifiée (13). Ceci peut être problématique devant le recul continu de la capacité d'accueil en hospitalisation complète (comptée en lits) et une progression en hospitalisation partielle (comptées en places). En 2020, la France métropolitaine et les DROM comptaient 2 983 structures hospitalières disposant de 387 000 lits et 80 000 places (14).

Bien que les séjours prolongés soient susceptibles d'être une conséquence plutôt qu'une cause des défaillances fonctionnelles, l'inverse est observé. Des études ont montré que l'hospitalisation prolongée est associée à une forte augmentation des risques de iatrogénie (15), de déclin fonctionnel et cognitif, de complications de décubitus (infection nosocomiale, thrombose, escarre...) (16).

Selon la littérature, les séjours hospitaliers prolongés exercent une influence négative sur le système de santé et sont souvent considérés comme le reflet de l'inadéquation sous-jacente entre les besoins des patients et leur accès à des services de soins de santé appropriés (12). Le « bed-blocking » diminue l'offre d'accès à l'hospitalisation et les retombées économiques pour l'établissement (7) car un lit occupé par un patient bed-blocker ne peut pas être proposé à un autre patient en attente dans un lit d'amont et la « rentabilité » du lit de court séjour diminue avec la durée moyenne de séjour (DMS) qui s'allonge. En effet, en 2023, les lits de court séjour coûtent en moyenne 1345 euros par nuit, ceux de SSR 695 euros par nuit et sont financés en grande partie par la Sécurité Sociale (17) alors que le prix d'un EHPAD est en moyenne à 2 224 euros par mois en 2022 (18) (financé par le patient pour la partie hébergement et le reste à charge par l'APA,



soit par le Conseil Départemental pour la partie autonomie et par la Sécurité Sociale pour la partie soins).

De nombreuses études internationales (12,19,20), mais peu en France (21), ont été menées ces dernières années afin de mettre en évidence les déterminants de ces impasses hospitalières et d'identifier les différentes caractéristiques médicales et sociales de ces patients complexes. Malgré les différences entre les études, la plupart d'entre elles s'accordent sur certaines caractéristiques des bed-blockers, généralement décrits comme des personnes âgées (7), en manque de soutien social (beaucoup ont récemment perdu un conjoint ou vivent seuls), fragiles, atteintes de troubles cognitifs ou neurologiques (22) et dépendantes pour leurs activités de la vie quotidienne. Les causes les plus fréquentes de ces séjours prolongés étaient le besoin de soins infirmiers et les problèmes sociaux notamment financiers ou de logement (7). Alors que les caractéristiques des patients âgés hospitalisés associés à des durées de séjour élevées ont été examinées de manière approfondie (20,21), peu d'études ont spécifiquement pris en compte d'autres facteurs importants tels que la situation de vie, le statut socio-économique ou cognitif des patients bed-blockers et peu d'études ont abordé les patients plus jeunes (6).

L'examen de la littérature britannique en 2006 sur la problématique des bed-blockers a conclu que la grande majorité des études n'a pas permis d'identifier des solutions optimales (23), malgré la proposition de différentes pistes telles que le bed management (24), le développement des établissements de soins de transition ou des soins de longue durée à domicile...

Au CHU de Nantes les termes « patients ou cas complexes » ou « cas bloquants » sont privilégiés par rapport au terme « bed-blockers ». Nous avons toutefois utilisé dans cette thèse le terme utilisé dans la littérature internationale.

Le CHU de Nantes est composé de neuf sites où sont proposés des soins de courte durée (1 653 lits dont 998 lits de médecine, 553 lits de chirurgie et 102 lits de gynécologie-obstétrique), des soins de suite et de réadaptation (372 lits) et des soins de longue durée (218 lits d'EHPAD, 168 lits pour l'USLD et 518 lits de psychiatrie) (25). Au total le CHU de Nantes disposait en 2022 de 2 464 lits et 496 places. En 2022, le CHU avait 1,17 milliards d'euros de recettes contre 1 148 112 136 euros de dépenses soit 24 303 439 euros de bénéfices. En 2023, environ 10 % des lits de médecine étaient occupés par des patients médicalement sortant, certains pendant plusieurs mois (26).



UNIVERSITÉ DE NANTES

Le CHU de Nantes multiplie les actions pour fluidifier les parcours de soins avant et après l'hospitalisation. En effet, le CHU a développé en 2022, son réseau de partenaires avec les acteurs sanitaires de l'agglomération nantaise et avec les structures médico-sociales dans les secteurs du vieillissement, de la précarité et du handicap. Il a renforcé sa collaboration rapprochée avec les services judiciaires (Tribunal de justice et parquet) afin d'accélérer la sortie des patients complexes sous protection juridique.

Pour répondre de manière plus efficiente et globale à la problématique des patients complexes, le CHU de Nantes a ouvert le 4 octobre 2021 sur le site de l'hôpital Saint-Jacques, l'unité de parcours social et médical (UPSM), une structure originale et unique en France de 30 lits. Elle a pour missions de prendre en charge les patients complexes ou bloquants des services de médecine et de chirurgie, afin de les accompagner sur un projet de sortie adapté à leur situation sociale complexe et à leurs profils divers et d'être un relai entre l'hospitalisation et les structures d'aval. Elle a reçu le soutien financier de l'Agence régionale de Santé des Pays de Loire et du Conseil départemental en tant qu'expérimentation entre 2021 et 2023. Elle est financée par la T2A (tarification MCO) depuis octobre 2023. Le CHU a eu la volonté de renforcer la collaboration des équipes sanitaires et sociales. C'est pourquoi l'UPSM est composée d'une équipe médico-soignante différente dans sa composition des autres unités avec une présence renforcée des professionnels aux missions transversales et la création de deux postes d'assistante sociale. L'équipe pluridisciplinaire a pour mission la construction d'un projet de sortie adapté aux situations des patients en prenant en compte leur complexité et leur singularité. Le service social hospitalier de l'UPSM a pour missions la co-construction du projet social personnalisé dans l'intérêt des patients, en étroite collaboration avec leur entourage et les partenaires extérieurs, l'élaboration de solutions innovantes et personnalisées aux situations complexes, le renforcement et développement du travail en réseau et enfin une mission d'observatoire (veille sociale, extraction et analyse de données quantitatives et qualitatives).

En 2022, cette unité aurait permis de libérer l'équivalent de 10 000 journées d'hospitalisation, ce qui équivaut à autant de lits débloqués en médecine pour des patients nécessitant une hospitalisation et des soins médicaux au CHU de Nantes (26).



Les conditions d'admission dans ce service sont les suivantes :

1. Provenir d'un service de médecine ou de chirurgie adultes du CHU de Nantes (ou par exception d'un service de SSR gériatrique du CHU de Nantes).
2. Appartenir à l'une des 3 catégories de profils patients suivants (les volumes de lits prévus pour chaque catégorie étant différents) :
 - Catégorie 1 (15 lits) : les patients ayant un projet de sortie défini, initié (dossiers d'admission vers les structures de destination) et estimé réalisable avant 45 jours (patients en attente de places en EHPAD, en USLD, mise en place aide à domicile ou retour à domicile). Il s'agit de situations « simples » sur le plan social.
 - Catégorie 2 (10 lits) : les patients en situations sociales complexes et/ou longues à solutionner, avec projet de sortie défini et estimé réalisable entre 45 jours et 6 mois, et pour lesquels des démarches sociales, administratives et juridiques, en cours ou à mettre en place, doivent être réalisées préalablement à l'orientation vers une structure ou le retour à domicile (ex : attente mesures de protection pour EHPAD ou autre).
 - Catégorie 3 (5 lits) : les patients en attente d'une structure médico-sociale spécialisée avec des délais d'admission longs, souvent supérieurs à 6 mois (ex : FAM-MAS-SAMSAH).
3. Ne pas être concerné par l'un des critères médicaux d'exclusion suivants :
 - Patient ayant besoin de soins aigus, de soins de rééducation/ réadaptation entrant dans la définition du SSR, d'une surveillance rapprochée
 - d'une perfusion IV, de pansements complexes et de soins complexes (ex : trachéotomie)
 - ou pour lequel il est observé une instabilité des comorbidités

Afin de compléter l'analyse médico-économique conduite par le DIM du CHU de Nantes, le Directeur Parcours Patients et Relations avec la Médecine Libérale du CHU de Nantes, a sollicité le service de santé publique en octobre 2022, afin de conduire une étude permettant de mieux caractériser la complexité des patients pris en charge à l'UPSM et leurs parcours de soins, notamment dans la dimension sociale, et de contribuer à mettre en lumière les éléments innovants de la prise en charge à l'UPSM. Nous avons donc conduit une étude dont l'objectif principal était de décrire le profil des patients hospitalisés à l'UPSM lors de sa première année d'ouverture. Les objectifs secondaires



UNIVERSITÉ DE NANTES

étaient d'identifier les freins à la sortie (liés patient ou à son environnement, aux structures d'aval ou à des manques en amont de l'hospitalisation), d'identifier les facteurs associés à la durée moyenne de séjour au CHU, et enfin de décrire les actions mises en place par les assistantes sociales afin de réduire le temps de séjour.



Une étude quantitative rétrospective et monocentrique sur dossier médical a été conduite, complétée d'une étude qualitative par entretiens.

2.1. ETUDE QUANTITATIVE

2.1.1. Population

Nous avons inclus tous les patients hospitalisés à l'UPSM entre le 4 octobre 2021 et le 30 novembre 2022, soit 153 patients.

Lorsqu'il y avait un transfert de l'UPSM vers les services de médecine ou de chirurgie et que le patient revenait à l'UPSM au bout de quelques jours, nous avons considéré que le séjour ne faisait qu'un.

2.1.2. Recueil de données

Toutes les données relatives aux séjours hospitaliers à l'UPSM, ayant débuté entre le 4 octobre 2021 et le 30 novembre 2022, ont été extraites à partir du fichier de suivi des patients de l'UPSM (document Excel interne au service), des dossiers patients du CHU de Nantes (comptes-rendus d'hospitalisation, notes de suivi du service social), accessibles via le serveur intra-hospitalier Powerchart Prod®, et des données du DIM.



Construction de la grille des variables

La grille de recueil des données a été élaborée avec l'équipe de l'UPSM : 3 réunions avec la cadre de santé et les assistantes sociales du service ont été conduites afin de répondre à leurs attentes en termes de variables à recueillir.

La construction des variables sociales s'est inspirée du score de précarité EPICES (27).

L'ensemble des données a été collecté sur un fichier Excel faisant office de masque de saisie en conformité avec le protocole et les réglementations actuellement en vigueur (fichier sur un serveur de l'hôpital, pseudonymisé pendant la collecte puis anonymisé, et protégé par un mot de passe).

L'ensemble des variables et des modalités de réponse recueillies sont détaillées en Annexe 1.

Les variables suivantes ont été recueillies à partir des dossiers patients :

- La situation socio-économique/administrative : âge, sexe, nationalité, complémentaire santé, titre de séjour, problèmes de logement ou de revenus, protection juridique.
- Le support social : notion d'isolement socio-familial, de problèmes avec l'aidant, de conflit familial/conjugopathie
- L'autonomie : mesure de l'autonomie selon la grille GIR (Annexe 2), notion de perte d'autonomie, présence d'un aidant à domicile, présence d'un handicap
- La présence des comorbidités suivantes (remplies de manière binaire) : cardiovasculaire (infarctus du myocarde, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, fibrillation atriale, insuffisance cardiaque, hypertension artérielle, pacemaker), respiratoires (Insuffisance respiratoire, BPCO, asthme...), neurologique (pathologies neurodégénératives, encéphalopathie, neuropathie, AVC, épilepsie...), psychiatriques (troubles anxio-dépressif, bipolarité, schizophrénie, syndrome de Diogène, tentative de suicide), cancer, cirrhose, diabète, troubles neurocognitifs majeurs, pathologies neurodégénératives, chutes à répétition (au moins deux chutes sur une période de 12 mois) (28), polymédication (au moins 5 médicaments) (29).
- Le score de Charlson (Annexe 3) qui est un index pondéré de comorbidités construit pour prédire la mortalité à un an (30) a été calculé pour chaque patient.



UNIVERSITÉ DE NANTES

- Le suivi du patient : présence d'un médecin traitant, fréquence des passages aux urgences avant cette hospitalisation (dans l'année précédant l'hospitalisation), notion d'hospitalisations itératives (au moins 2 hospitalisations dans l'année).
- Le comportement du patient : addictions (alcool, cannabis, amphétamines, héroïnes, autres...), notion de mauvaise observance thérapeutique, notion de refus du projet de vie par le patient et/ou l'aidant/la famille, fugues, troubles du comportement.

Les données suivantes étaient issues du PMSI :

- Le motif d'hospitalisation

Les données suivantes étaient issues du fichier de suivi de l'UPSM :

- Le parcours du patient : date d'entrée au CHU, modalités d'admission (urgences, entrée directe), la ré hospitalisation dans l'année et le motif, la date de demande d'admission à l'UPSM, le nombre jours entre la demande et l'entrée à l'UPSM, la date d'entrée à l'UPSM, la dégradation de l'état de santé au cours de l'hospitalisation à l'UPSM, la catégorie (1/2/3), le nombre de jours de dépassement à l'UPSM, la date de sortie de l'UPSM, le nombre de jours à l'UPSM et total, le lieu de sortie (EHPAD/UPAD/USLD, retour à domicile, décès...). Ces données ont été recueillies jusqu'au 30 septembre 2023. Si des patients étaient encore présents à l'UPSM à cette date, il a été noté pour la variable « lieu de sortie », la modalité « encore à l'UPSM ».

Les données suivantes étaient issues des notes des assistantes sociales et des dossiers médicaux. Plusieurs items pouvaient être collectés pour chaque patient.

- Les freins à la sortie identifiés en amont de l'hospitalisation : absence d'inscription en EHPAD, de demande de mesure de protection en amont et manque de structures adaptées au patient (complété par le type de structure manquante)
- Les freins à la sortie identifiés au cours de l'hospitalisation : les refus ou délais d'admissions des structures (EHPAD, FAM/MAS...), le refus du projet de sortie par le patient et/ou la famille, les délais d'obtention de la mesure de protection, un changement de projet de sortie au cours de l'hospitalisation, des délais pour l'obtention des aides à domicile, la recherche de logement ou sa réhabilitation.



Afin de mettre en cohérence l'ensemble des variables recueillies, un schéma résumant les freins à la sortie d'hospitalisation, qu'ils soient liés au patient, à son environnement ou à sa prise en charge, et les facteurs favorisant la sortie incluant les solutions apportées par l'UPSM a été créé (Annexe 4).

Validation des données

Des réunions hebdomadaires ont été organisées avec le cadre et les assistantes sociales de l'UPSM afin de vérifier et valider les données recueillies pour les cinquante premiers patients, notamment les principaux obstacles à la sortie et actions menées par l'UPSM. Puis ces données ont été revues pour les patients les plus complexes, soit 20 dossiers supplémentaires.

2.1.3. Analyse statistique

L'ensemble des données ont été analysées avec le logiciel RStudio® version 2022-04-12. Les variables ont été décrites (effectif, pourcentage pour les variables qualitatives, minimum, maximum, médiane, pour les variables quantitatives).

Les comparaisons de moyenne ont été effectuées avec un test t de Student (si les variables suivaient une loi normale), sinon par un test de Mann-Whitney. Les comparaisons de proportions entre les modalités des variables ont été réalisées à l'aide d'un test du Chi² (après vérification des conditions de validité) ou d'un test de Fisher sinon. Le seuil de significativité était fixé à 5 % pour l'ensemble des analyses sauf pour les modèles de régression linéaire univariés.

Afin d'analyser les facteurs associés à la DMS totale (c'est à dire la DMS dans le service de soins aigus et la DMS à l'UPSM), une analyse de régression de comptage avec une distribution binomiale négative a été appliquée pour déterminer l'influence des facteurs indépendants sur les variables dépendantes retenues. Les modèles linéaires généralisés sur données de comptage, sont employés lorsque la variable à analyser résulte d'un processus de comptage (comme par exemple le nombre de jour d'hospitalisation). Ces modèles sont utilisés lorsque les hypothèses des modèles linéaires classiques ne sont



pas satisfaites (31). Le modèle de régression binomial négatif est utile pour traiter la surdispersion des données de comptage (32). Au cours de cette analyse, la variable « lieu de sortie » a été modifiée avec une fusion des modalités « Encore à l'UPSM » avec « Autres » (car $n=3$) et la variable « âge » a été mise en quintile pour prise en compte de la relation non-linéaire.

Pour ajuster sur les facteurs de confusion, les variables introduites dans les modèles étaient celles les plus pertinentes pour lesquelles la valeur p était inférieure à 0,20 lors de l'analyse univariée. Les coefficients ajustés, leurs intervalles de confiance (IC) à 95% et la valeur p ont été calculés pour le modèle retenu.

2.2. ETUDE QUALITATIVE

L'étude qualitative comprenait un entretien semi-dirigé, réalisé deux mois après l'analyse quantitative, auprès des deux assistantes sociales de l'UPSM. Les questions avaient pour objectifs d'identifier les freins à la sortie liés aux structures d'aval, d'interroger l'équipe sur les démarches nécessaires pour la réalisation du projet de sortie et les difficultés qui en découlent.

L'entretien a été enregistré, retranscrit dans un fichier Word puis une analyse descriptive des verbatims a été effectuée.

2.3. CADRE ETHIQUE ET REGLEMENTAIRE

Cette étude non-interventionnelle et les données recueillies entrent dans le cadre de la Méthodologie de Référence MR004. Il s'agit d'une étude hors loi Jardé sur des données déjà collectées dans le cadre de la prise en charge médicale, qui a été réalisée dans le respect de la législation française et des lignes directrices éthiques (recueil des données sur un serveur de l'hôpital, fichier pseudonymisé pendant la collecte puis anonymisé, et protégé par un mot de passe).



3. RESULTATS

3.1. ANALYSE QUANTITATIVE

3.1.1. Caractéristiques démographiques des patients par catégories

Parmi les 153 patients admis à l'UPSM d'octobre 2021 à novembre 2022, 151 ont été retenus pour analyse et 2 ont été retirés de l'étude (les 2 patients avaient été admis à l'UPSM, alors qu'ils avaient des besoins de soins de rééducation/réadaptation entrant dans la définition du SSR ou de la MPR). Parmi les 151 patients de l'étude, 114 appartenaient à la catégorie 1, 27 à la catégorie 2 et 10 à la catégorie 3.

La population comprenait une légère prédominance d'hommes (55%) avec un sexe ratio (H/F) de 1,2. Les catégories 2 et 3 comportaient plus d'hommes que de femmes (63% et 90%). L'âge moyen des patients était de 78 ± 13 ans avec des extrêmes de 39 et 100 ans ([Tableau 1](#)). 70% avaient plus de 75 ans et 8% avaient moins de 65 ans. L'âge moyen était plus élevé dans la catégorie 1 que dans les catégories 2 et 3 (81 vs 75 vs 58 ans, $p < 0,001$).

3.1.2. Caractéristiques sociales des patients par catégories

Pour 77% des patients, il n'a pas été retrouvé de notion de difficulté financière dans le dossier médical ou social, tandis qu'une minorité de patients, appartenant surtout à la catégorie 3, était en situation de surendettement ou percevait des revenus faibles. En effet, sur l'ensemble des patients, pour 16% et 7% d'entre eux, il était rapporté respectivement la présence de revenus faibles ou d'un surendettement.

Certains patients avaient des problématiques liées au logement. En effet, sur les 151 patients, 7% n'avaient pas ou plus de logement, 26% possédaient un logement incurique



ou insalubre et 3% vivaient dans une habitation non adaptée à leur handicap. Pour la plupart des patients de catégorie 1, aucune difficulté de logement ni financière n'a été rapportée dans le dossier patient, tandis que pour les patients des catégories 2 et 3, il existait une notion de domicile insalubre et/ou incurie.

Sur les 122 patients à domicile avant l'hospitalisation, 25 patients (21%) vivaient seuls et sans aidant. 76% des patients avaient un aidant ou une personne de référence (enfant ou conjoint), mais dans les catégories 2 et 3, il y avait une proportion plus importante de patients pour lesquels une situation d'isolement socio-familiale était retrouvée dans le dossier ($p = 0,01$). Les patients des catégories 2 et 3 ne bénéficiaient pas pour la plupart d'une mesure de protection juridique en amont de l'hospitalisation.

A noter que 15% des patients étaient sous protection juridique au moment de l'étude (tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice), contre 47% avec une demande en cours de l'hospitalisation au CHU et 41% qui n'en avaient pas.

Pour quelques patients, l'information d'une nationalité étrangère (5%) a été retrouvée.

Les caractéristiques socio-démographiques de l'ensemble de la population et selon les catégories de patients étudiées sont présentées dans la première colonne du [Tableau 1](#).

3.1.3. Données cliniques des patients par catégories

Les diagnostics d'admission les plus fréquents étaient les pathologies neurologiques et neurovasculaires (43%) (dont accident ischémique transitoire ou constitué (13%), pathologies neuro-dégénératives (6%) et épilepsie (3%)) et les traumatismes (11%). Les pathologies infectieuses et psychiatriques étaient moins fréquentes. L'ensemble des problèmes somatiques et des problèmes de maintien à domicile ou perte d'autonomie motivant l'hospitalisation sont résumés dans le [Tableau 1](#).

Au moment de l'admission, il n'y avait pas de différence significative du nombre de pathologies chroniques ($p = 0,31$). Cependant, il y avait une différence significative du score moyen de comorbidité de Charlson (4,4 vs 2,4 vs 4,8, $p < 0,001$ pour les patients des catégories 1, 2 et 3, respectivement) ([Tableau 1](#)).

Les antécédents étaient cardio-vasculaires chez 82 patients (54%), neurologiques chez 68 patients (45%), respiratoires chez 13 patients (9%) et psychiatriques chez 34 patients



(23%). La maladie d'Alzheimer et les démences apparentées étaient courantes, mais les autres affections neurologiques étaient plus rares.

Il n'y avait pas de différence significative de la proportion de patients avec une polymédication entre les trois catégories (95% vs 96% vs 100% $p = 0,25$). Une dépendance moyenne (GIR 3-4) et forte (GIR 1-2) avant l'admission à l'hôpital était présente chez respectivement 64 % et 28% des patients. De plus, les patients avec une faible autonomie avaient tendance à avoir un score MMSE très faible (<10) plus fréquemment que les patients avec une plus forte autonomie ($p < 0,001$). Des problèmes de comportement et de fugues étaient présents chez respectivement 33% et 5% des personnes. Les patients de catégorie 1 étaient plus touchés par des troubles cognitifs modérés (MMSE de 11-20) à sévères (MMSE ≤ 10) contrairement à ceux de la catégorie 2 qui étaient touchés par des troubles cognitifs légers (MMSE 21-26) ([Tableau 1](#)).

Contrairement à la catégorie 1, il y avait plus d'addictions rapportées pour les patients des catégories 2 et 3 (18% vs 44% vs 80% respectivement, $p < 0,001$). Les addictions étaient essentiellement à l'alcool (98%). De plus, 72% des patients sans domicile fixe de notre étude avaient une addiction. En plus des addictions, les patients de catégorie 3 étaient significativement plus handicapés (70%) que les autres ($p < 0,001$) ([Tableau 1](#)).

Quelle que soit la catégorie, la majorité des patients était suivie par un médecin traitant. Concernant la fréquence de passage aux urgences (du CHU de Nantes), plus de la moitié n'y avait pas recouru au cours de l'année précédant l'hospitalisation, 19% y avaient recouru une fois, près de 10 % deux fois et plus 8 % plus de deux fois.

L'admission dans les services de soins aigus du CHU de Nantes s'était déroulée dans la majorité des cas par un passage par les urgences (95%), plus rarement par une entrée directe (5%). Plus de 20% des patients ont eu des hospitalisations itératives, c'est-à-dire au moins deux hospitalisations dans l'année passée.

Tableau 1 : *Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des 151 patients inclus dans l'étude, par catégories*

<i>Variables</i>	Catégorie 1 n=114	Catégorie 2 n=27	Catégorie 3 n=10	Total n=151	p-value*
Données démographiques					
Age (moyenne ± écart-type) (ans)	81 ± 13	75 ± 12	58 ± 10	78 ± 13	< 0,001
Hommes	57 (50%)	17 (63%)	9 (90%)	83 (55%)	0,03
Données sociales					
Logement :					< 0,001
Pas ou perte du logement	6 (5%)	3 (11%)	2 (20%)	11 (7%)	
Insalubrité/Incurie	23 (20%)	13 (48%)	3 (30%)	39 (26%)	
Inadapté par rapport au handicap	3 (3%)	0 (0%)	2 (20%)	5 (3%)	
Revenus :					< 0,001
Revenus faibles	14 (12%)	7 (26%)	3 (30%)	24 (16%)	
Surendettement	3 (3%)	3 (11%)	4 (40%)	10 (7%)	
Support social :					
Isolement social	21 (18%)	12 (44%)	4 (40%)	37 (25%)	0,01
Problème avec l'aidant	26 (23%)	5 (19%)	1 (10%)	32 (21%)	0,78
Conflit familial	5 (4%)	6 (22%)	1 (10%)	12 (8%)	0,01
Suivi médical					
Suivi par un médecin traitant	111 (97%)	26 (96%)	9 (90%)	146 (97%)	0,22
Nombre de passages aux urgences avant l'hospitalisation					
0	73 (64%)	17 (63%)	5 (50%)	95 (63%)	0,70
1	19 (17%)	6 (22%)	3 (30%)	28 (19%)	
2	13 (11%)	1 (4%)	1 (10%)	15 (10%)	
Plus de 2	9 (8%)	3 (11%)	1 (10%)	13 (9%)	
Admission aux CHU par les urgences	113 (99%)	21 (78%)	7 (70%)	144 (95%)	1
Antécédents					
Handicap	11 (10%)	3 (11%)	7 (70%)	21 (14%)	< 0,001
Addiction	20 (18%)	12 (44%)	8 (80%)	40 (27%)	< 0,001
Score de Charlson	5,1 ± 1,8	4,4 ± 1,9	2,4 ± 0,8	4,8 ± 1,9	< 0,001
Diagnostic principal (motif d'hospitalisation)					
Pathologies neurologiques	46 (40%)	14 (52%)	5 (50%)	65 (43%)	0,05
Traumatismes	13 (11%)	3 (11%)	0 (0%)	16 (11%)	
Pathologies infectieuses	9 (8%)	2 (7%)	2 (20%)	13 (9%)	
Problème de maintien à domicile	8 (7%)	2 (7%)	0 (0%)	10 (7%)	
Pathologies psychiatriques	3 (3%)	2 (7%)	0 (0%)	5 (3%)	
Addiction	2 (2%)	0 (0%)	2 (20%)	4 (3%)	
Autres (pathologies respiratoire, cirrhose, dénutrition, diabète...)	33 (29%)	4 (15%)	1 (10%)	38 (25%)	

* Comparaison des catégories : Test du Chi2 ou de Fisher pour les variables qualitatives, ANOVA pour les variables quantitatives.



3.1.4. Lieux de sortie des patients, et obstacles à la sortie

Les principaux lieux de sortie sont par ordre décroissant les EHPAD et USLD (52%) et le retour domicile (13%). Au 30 septembre 2023, 3 patients (2%) étaient encore présents à l'UPSM. Dans l'ensemble, 11 patients (7%) sont décédés pendant le séjour à l'UPSM. Il n'y avait pas de différence significative selon l'âge ni selon le niveau de dépendance. Les patients décédés pendant le séjour à l'UPSM avaient significativement plus de pathologies chroniques (5,3 versus 4,5), un score de Charlson significativement plus élevé (5,1 versus 4,8) correspondant à un risque de mortalité à 1 an plus important. Leur durée de séjour était significativement moins élevée (88,1 +/- 63,7 jours versus 149,5 +/- 138,2 jours). Sur les 151 patients, 10 patients admis à l'UPSM, ont été réhospitalisés dans l'année suivante (6,6%) dont un pour problème de maintien à domicile et les autres pour des problèmes somatiques.

Nous avons identifié des obstacles freinant ou empêchant la sortie des patients. Les deux principaux freins à la sortie relevés dans les dossiers ou par l'équipe de l'UPSM, étaient la notion de délais d'admission en EHPAD/UPAD/USLD (74% des séjours), et la notion d'opposition au projet de sortie par le patient ou la famille du patient (48%). Viennent ensuite l'absence d'inscriptions en EHPAD avant l'hospitalisation (70%) et l'absence de demande de mesure de protection (47%).

Il a été ensuite identifié un problème de délais d'obtention de la mesure de protection (14%) surtout pour les catégories 2 et 3, de changement de projet de sortie (13%) au cours de l'hospitalisation, des délais d'admission importants dans les autres structures (13%) comme les FAM/MAS, ou des problèmes d'organisation du retour à domicile par exemple, l'obtention des aides à domicile (8%) ou une réhabilitation du lieu de vie (5%). L'étude a également pointé un problème de disponibilité de place ou d'offre de soins adéquate notamment pour les patients jeunes (13%), souffrant de troubles du comportement (20%), d'addiction (19%), ou de handicap (3%). En effet, cet obstacle a été cité comme freinant la sortie pour 32% des patients (n=151).

Le délai de prise en charge sociale en MCO était de 14 jours en moyenne avec une médiane à 8 jours. Les patients présentant un isolement social n'avaient pas un délai de prise en charge sociale significativement plus important que les patients entourés (20 vs 12 jours, p= 0,06).



Tableau 2 : Durées de séjour et obstacles à la sortie des 151 patients inclus dans l'étude, selon les catégories

	Catégorie 1 n=114	Catégorie 2 n=27	Catégorie 3 n=10	Total n=151	p-value**
Durée de séjour à l'UPSM (en jours)	62 +/- 63	157 +/- 122	254 +/- 159	92 +/- 101	< 0,05
Durée de séjour total (en jours)	108 +/- 84	210 +/- 129	403 +/- 257	146 +/- 136	< 0,05
Lieux de sortie					0,001
• EHPAD/USLD	65 (57%)	12 (44%)	2 (20%)	79 (52%)	
• Retour à domicile	14 (12%)	3 (11%)	2 (20%)	19 (13%)	
• Encore à l'UPSM	0 (0%)	0 (0%)	3 (30%)	3 (2%)	
• Décès/Réhospitalisation	25 (22%)	6 (22%)	2 (20%)	33 (22%)	
• Autres	10 (9%)	6 (22%)	1 (10%)	17 (11%)	
Obstacles en amont de l'hospitalisation					
Nombre limité de structures adaptées pour :	31 (27%)	10 (37%)	7 (70%)	48 (32%)	0,02
• Troubles cognitifs sévères	15 (13%)	3 (11%)	1 (10%)	2 (20%)	0,82
• Addiction	22 (19%)	2 (7%)	4 (40%)	28 (19%)	0,07
• Troubles du comportement	21 (18%)	1 (4%)	1 (10%)	23 (15%)	0,14
• Pathologies neurodégénératives/Epilepsie	18 (16%)	2 (7%)	1 (10%)	21 (14%)	0,64
• Patients jeunes (< 65 ans)	8 (7%)	6 (22%)	6 (60%)	20 (13%)	< 0,001
• Handicap	3 (3%)	0 (0%)	1 (10%)	4 (3%)	0,37
Pas d'inscription en EHPAD	48 (74%*)	12 (100%*)	2 (100%*)	62 (70%*)	0,18
Pas de mesure de protection	44 (39%)	21 (78%)	6 (60%)	71 (47%)	0,15
Obstacles pendant l'hospitalisation					
Refus du projet de sortie par le patient/famille	53 (47%)	15 (56%)	4 (40%)	72 (48%)	0,65
Délais d'obtention de la mesure de protection	44 (39%)	21 (78%)	6 (60%)	71 (47%)	0,15
Changement de projet de sortie	11 (10%)	6 (22%)	3 (30%)	20 (13%)	0,65
Retour à domicile					
• Délais d'obtention des aides à domicile	10 (9%)	1 (4%)	1 (10%)	12 (8%)	0,65
• Changement dans ou du logement	5 (4%)	1 (4%)	1 (10%)	7 (5%)	0,47
Délais d'admission de la structure d'accueil					
• EHPAD	89 (78%)	18 (67%)	5 (50%)	112 (74%)	0,08
• Autres structures (ex : FAM/MAS...)	14 (12%)	2 (7%)	4 (40%)	20 (13%)	0,05
Refus de la structure d'accueil					
• EHPAD	13 (11%)	5 (19%)	3 (30%)	21 (14%)	0,14
• Autres structures (ex : FAM/MAS...)	2 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1%)	1

* Parmi patients sortants en EHPAD

** Comparaison des catégories : Test de Fisher pour les variables qualitatives, ANOVA pour les variables quantitatives.



3.1.5. Impact sur la durée de séjour :

La durée moyenne de séjour depuis l'admission en soins aigus jusqu'à la sortie de l'UPSM était de 146 +/- 136 jours allant de 16 à 1064 jours, et la DMS à l'UPSM était de 92 +/- 101 jours variant de 2 à 551 jours.

D'après l'analyse de régression linéaire bivariée, la durée moyenne de séjour totale était augmentée significativement pour les patients de moins de 60 ans (138 jours \pm 36 par rapport aux patients de plus de 75 ans), étrangers (140 \pm 49), handicapés (68 \pm 32), isolés (119 \pm 24), sans complémentaire santé (276 \pm 37), avec des problèmes de logement (98 \pm 22) ou financiers (110 \pm 26), ayant certains comportements à risque dont les addictions (103 \pm 24) ou une mauvaise observance thérapeutique (78 \pm 30).

La durée de séjour totale était plus élevée lorsqu'étaient notifiés dans le dossier du patient ou par l'équipe des délais d'obtention de la mesure de protection (117 \pm 35) et un changement de projet de sortie (99 \pm 32). Les refus de projet de sortie n'augmentaient pas de façon significative la durée moyenne de séjour ($p = 0,60$) ([Tableau 3](#)).



Tableau 3 : Modélisation *univariée* de la DMS totale selon les *variables socio-démographiques et cliniques (régression linéaire)*

Variables et modalités	Effectif (n = 151)	Coefficient (β1)	Ecart-type (σ)	p-value
Age (en année)				
> 75	44	ref	/	/
60-75	91	52	24	0,04
< 60	16	138	36	< 0,001
Nationalité				
Français	143	ref	/	/
Etranger	8	140	49	0,01
Complémentaire santé				
Oui	140	ref	/	/
Non	11	276	37	< 0,001
Problème de logement				
Non	96	ref	/	/
Oui	11	98	22	< 0,001
Problème de revenus				
Non	117	ref	/	/
Oui	24	110	26	< 0,001
Isolement				
Non	114	ref	/	/
Oui	37	119	24	< 0,001
Problème avec l'aidant				
Non	119	ref	/	/
Oui	32	-63	27	0,02
Handicap				
Non	130	ref	/	/
Oui	21	68	32	0,04
ATCD neurologiques				
Non	83	ref	/	/
Oui	68	31	23	0,18
ATCD endocriniens : diabète				
Non	122	ref	/	/
Oui	29	-40	29	0,16
Addiction				
Non	111	ref	/	/
Oui	40	103	24	< 0,001
Mauvaise observance thérapeutique				
Non	126	ref	/	/
Oui	25	78	30	0,01
Délais d'obtention de la mesure de protection				
Non	130	ref	/	/
Oui	21			
Changement de PEC/de projet de sortie				
Non	131	ref	/	/
Oui	20	99	32	0,003
Refus du projet de sortie				
Non	79	ref	/	/
Oui	72	13	25	0,60
Lieu de sortie				
EHPAD	79	ref	/	/
RAD	18	-13	32	0,83
Réhospitalisation/décès	32	-2	26	0,95
Encore à l'UPSM	3	354	52	< 0,001
Autre	16	19	34	0,57



Les variables retenues dans le modèle final de régression de comptage comme augmentant ou diminuant significativement la durée moyenne de séjour à l'UPSM sont présentées dans le [Tableau 4](#).

Les résultats de l'analyse multivariée ([Tableau 4](#)) ont fait ressortir, qu'indépendamment des autres facteurs, une situation d'isolement socio-familial augmentait de 25 jours la durée moyenne de séjour totale (par rapport à un patient non isolé) avec un résultat à la limite de la significativité ($p=0,053$). Les patients souffrant d'une addiction passaient en moyenne 29 jours de plus à l'hôpital par rapport à ceux qui n'en avaient pas ($p=0,048$). Les patients en attente de mesure de protection restaient en moyenne 57 jours de plus hospitalisés au CHU ($p=0,001$).

En revanche, l'âge, l'origine des patients, les problèmes de logement et de revenus, le lieu de sortie, le changement de projet de sortie ainsi que les antécédents du patient (handicap et pathologies neurologiques) n'augmentaient pas de façon significative la durée moyenne de séjour à l'hôpital, après ajustement sur les autres variables.



Tableau 4 : *Modèle final de régression de comptage analysant les facteurs associés à l'augmentation de la durée moyenne de séjour totale au CHU*

Variable	Modalité	Durée de séjour			
		Incidence Rate Ratios (sauf intercept)*	CI	p-value	Effet moyen (nb jours)**
(Intercept)	/	72,85	57,64 – 93,40	<0,001	/
	89.5,100	ref	/	/	/
Age quint	39-68	1,36	0,87 – 2,15	0,17	26,1
	68-80	1,15	0,82 – 1,62	0,43	10,9
	80-89.5	1,23	0,89 – 1,69	0,20	16,5
Isolement	Non	ref	/	/	/
	Oui	1,34	1,00 – 1,82	0,05	24,7
Problème de logement	Non	ref	/	/	/
	Oui	1,15	0,85 – 1,57	0,38	10,9
Origine étrangère	Non	ref	/	/	/
	Oui	1,27	0,77 – 2,21	0,36	19,4
Problème de revenus	Non	ref	/	/	/
	Oui	1,15	0,81 – 1,63	0,44	10,8
Lieux de sortie	EHPAD	ref	/	/	/
	Autres	1,14	0,77 – 1,73	0,50	10,5
	DCD/Réhospitalisation	0,95	0,71 – 1,29	0,73	-3,7
	RAD	0,79	0,55 – 1,16	0,25	-15,0
Changement de projet de sortie	Non	ref	/	/	/
	Oui	1,29	0,91 – 1,86	0,15	21,3
Délais d'obtention de la mesure de protection	Non	ref	/	/	/
	Oui	1,78	1,27 – 2,55	0,001	56,8
Addiction	Non	ref	/	/	/
	Oui	1,4	1,00 – 1,97	0,05	29,4
Handicap	Non	ref	/	/	/
	Oui	0,97	0,64 – 1,49	0,88	-2,2
Antécédents neurologiques	Non	ref	/	/	/
	Oui	1,21	0,95 – 1,55	0,10	15,7

Observations n=151

R² Nagelkerke = 0.562 ***

*** Pourcentage de variance expliqué par les variables



3.2. ANALYSE QUALITATIVE

Les analyses qualitatives ont retrouvé que l'organisation de la sortie correspondait à un processus complexe régi par des facteurs dont certains paraissaient déterminants.

3.2.1. Parcours de demande de mesure de protection juridique

Avant la demande de mesure de protection juridique, il y a une phase d'entretiens avec une évaluation par le CHU de la nécessité de la mesure, suivi d'un signalement ou d'une requête. Les demandes de mesure auprès du tribunal peuvent être effectuées par requête ou par saisine.

- *La requête* est formulée soit par le patient, soit par la famille ou par le procureur de la République du tribunal de grande instance. En cas de requête, plusieurs entretiens ont lieu, le premier pour la présentation des mesures de protections à la famille et/ou le patient, le deuxième pour le remplissage de la requête plus ou moins suivi d'un troisième entretien pour les renseignements supplémentaires.
- En cas de refus du patient et de mise en danger, il y a une saisine du Parquet, établie par le juge, pour réquisitionner un médecin expert. Le juge s'auto-saisit et peut décider d'ouvrir la procédure d'examen de la demande.

Dans tous les cas, le juge sollicite un avis médical avec expertise, coutant 160 euros, pour connaître l'altération des facultés mentales ou physiques des personnes concernées pour se prononcer sur l'opportunité et le niveau de mesure. Après plusieurs relances auprès du tribunal, le patient est accompagné à l'audience par la famille et/ou l'assistante sociale avec la nécessité de réserver un transport adapté pour un coût de 60 euros. Le patient participe au procès-verbal. Après des relances pour avoir le jugement, si la mesure de protection est accordée, un mandataire est nommé. Pour cela, les assistantes sociales doivent relancer les associations de mandataires, réaliser des entretiens de présentation de la situation du patient. Une fois le mandataire nommé, il y a un passage de relais au nouveau mandataire. Après la mise en place de la mesure de protection juridique, il est possible de mettre en œuvre le projet de sortie sur le plan financier et administratif.



Il a été souligné que les mesures de protection juridique étaient parfois indispensables pour l'entrée en structure sachant que les délais sont longs, jusqu'à 9 mois en Loire-Atlantique. Mais ces démarches sont plus rapides dans d'autres régions en France, notamment en région parisienne et en Bretagne. Ces délais peuvent être rallongés par des erreurs du tribunal (perte de dossier, erreur d'orientation...), un défaut d'information des familles en amont et des difficultés pour trouver des médecins experts pouvant venir au domicile (jusqu'à 2 mois). A cette problématique de délais, s'ajoute des coûts des démarches importants et les difficultés de déplacements.

3.2.2. Admission en EHPAD/USLD/Unités protégées

La première étape correspond à une discussion du projet de vie par échange en équipe de la pertinence de l'orientation (EHPAD/UPAD/USLD) et étude de la faisabilité sur le plan financier avant la sélection des établissements (privé/public).

La deuxième étape consiste au démarchage des établissements nécessitant de transmettre de nombreuses pièces pour l'entrée (responsabilité civile, relevé de compte, signature du contrat de séjour...), l'organisation de rencontre dans le service entre les équipes des EHPAD et le patient ou l'organisation de visites dans les structures avec une présentation des patients sur tous les actes de la vie quotidienne. Ensuite, les assistantes sociales relancent les EHPAD voire élargissent les demandes d'EHPAD et mettent à jour le dossier du patient si nécessaire.

Si le patient est accepté dans un EHPAD, il faut organiser le transfert du patient avec constitution du dossier d'admission, une sollicitation, si nécessaire, d'aides financières et des démarches en lien avec la résiliation du lieu de vie antérieur.

Puis la sortie du service est planifiée avec une information des différents acteurs du déroulé de la sortie, une transmission des ordonnances de sortie à l'EHPAD et une organisation du transport.

L'ensemble de ces étapes a des délais longs. En plus de cette problématique, il a été mis en évidence que l'outil informatique Via trajectoire n'améliore que très partiellement les démarches administratives d'entrée en établissement (les appels des structures restent indispensables). A cela s'ajoute une stigmatisation à la lecture des dossiers par les EHPAD (ex : démence...) c'est pourquoi une actualisation du dossier patient constante est indispensable. Des EHPAD refusent des patients sans aides financières en cas de



difficulté budgétaires et d'autres exigent le paiement des jours avant admission en EHPAD et une signature des contrats d'hébergements par les patients.

Actuellement, le nombre de place en unités protégées reste limité avec la libération d'une nouvelle place tous les quatre mois, d'où la nécessité de bien présenter le patient et l'organisation de visites. C'est pourquoi les délais d'admission en unité protégée sont de 2 mois en moyenne même si une place est disponible.

3.2.3. Organisation du retour à domicile

Comme pour les projets d'EHPAD, il faut d'abord évaluer la faisabilité du retour à domicile en faisant un point avec le patient, la famille et l'équipe de soins en ce qui concerne le plan d'aide, l'autonomie du patient, l'état du logement et le budget.

Puis si lieu de vie requiert une remise en état, les assistantes sociales doivent organiser le nettoyage par une société et/ou de l'adapter au handicap avec l'aide d'un ergothérapeute. Elles recherchent aussi des aides à domicile et personnels paramédicaux (IDEL, kinésithérapeutes...) et organisent la poursuite des soins avec une coordination sanitaire (HAD, SSIAD, médecin traitant...) et entre les différents intervenants (Divadom, CLIC, cellule de coordination de sortie du CHU, DAC).

Mais les délais d'obtention de place en SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile) et des aides à domicile sont importants avec une absence de relais sur le territoire.

3.2.4. Admission en FAM/MAS et foyer de vie

Les structures d'hébergement médicalisé pour les adultes handicapés regroupent entre autres les MAS (maison d'accueil spécialisée), les FAM (foyer d'accueil médicalisé) et les foyers de vie pour les patients de plus de 60 ans sans activité professionnelle adaptée.

Le délai moyen d'admission dans ces structures en Loire-Atlantique est de 5-7 ans, avec moins de fluidité qu'en Bretagne et en Vendée où les délais sont de 3 à 5 ans. Ceci s'explique par des délais de traitement de dossier et d'admission, le manque de places, la priorité pour les patients jeunes et le manque de visibilité des foyers de vie.

Pour être admis dans ces structures, il faut faire une demande ou une mise à jour du dossier MDPH avec orientation FAM/MAS, avec un passage en commission et la



constitution souvent longue du dossier d'inscription qui est unique par établissement. Une fois le dossier MDPH créé, les établissements sont contactés avec des délais de réponse variables selon les établissements. Ensuite sont organisés des accueils de jour temporaires puis des hébergements avec la coordination avec le service de soins, avec les mandataires et l'entourage, la validation du projet avec les structures d'accueil et l'UPSM et la relance des structures jusqu'à l'obtention des places.

3.2.5. Admission en famille d'accueil

L'admission en famille d'accueil passe par les étapes de cheminement du patient, de constitution du dossier (tout le parcours de vie : familial, professionnel...), d'échange avec le référent du département avant présentation en commission, d'organisation de la rencontre patient/famille d'accueil si acceptation du dossier et d'organisation du relais des soins (recherche de médecin traitant, organisation des soins infirmiers...).

Il s'agit d'un projet de vie difficilement réalisable sans mesure de protection, avec des coûts élevés (2000 euros/mois). Le patient ayant un statut d'employeur, des démarches administratives sont mises en place. Il y a peu de place disponible en Loire-Atlantique.

3.2.6. Prise en charge des patients souffrant d'addiction

La prise en charge sociale des patients souffrant d'addiction dépend de la volonté d'arrêt du comportement addictif et des besoins du patient, évalués lors d'entretiens médico-sociaux. Ces entretiens permettent également d'évaluer l'impact du comportement addictif, de mettre en place des actions de prévention, de diminution du risque ou encore de sécurisation de la consommation.

Si les patients conservent une consommation de substances, ils peuvent être orientés vers des structures spécialisées dans leur prise en charge. En France, il existe un seul EHPAD acceptant de prendre en charge des patients avec une addiction à l'alcool.

Pour les patients acceptant le sevrage, un dossier d'admission doit être constitué par l'équipe sociale pour bénéficier d'une prise en charge dans un SSR post-cure. Il faut en général plusieurs mois d'attente pour y être admis, ce qui entraîne des risques de rupture de sevrage, responsable d'une nouvelle prise en charge en addictologie. C'est pourquoi



UNIVERSITÉ DE NANTES

l'équipe sociale de l'UPSM travaille en réseau avec d'autres services notamment d'addictologie.

Les patients, avec un projet de retour à domicile, sont suivis lors de consultation CSAPA ou CAPPa en hôpital de jour. Mais il y a en général un délai d'un mois avant la première consultation et leur fréquence n'excède souvent pas une consultation par mois. Cette problématique peut être à l'origine d'une rupture de suivi du patient qui sont souvent isolé au domicile et reprenant leur consommation. Des groupes de paroles peuvent constituer une alternative mais limitée.

3.2.7. Prise en charge des patients en situation d'isolement socio-familial

L'isolement socio-familial est une situation complexe à identifier au cours de l'hospitalisation. En effet, peu de patients déclarent à l'équipe médico-sociale leur isolement. Il est la plupart du temps identifié devant le faible nombre, voire l'absence de visites. Ces patients sont également vus en entretiens médico-sociaux, où l'équipe médico-sociale est particulièrement vigilante sur l'autonomie du patient. Selon l'autonomie du patient, des mesures de protection juridique et/ou des aides à domicile peuvent être nécessaires. Dans certains cas, grâce à l'échange avec des partenaires, des associations peuvent être interpellées comme les Petits frères des pauvres qui interviennent souvent pour un soutien moral. Pour les patients en situation de grande précarité, ils peuvent être orientés vers des haltes de jour et des restaurants solidaires. Les patients en situation de défaillance familiale peuvent bénéficier, grâce à l'équipe sociale de l'UPSM, d'une médiation familiale et/ou d'une prise en charge psychologique.



L'objectif de notre étude était de décrire les profils des patients hospitalisés à l'UPSM, d'identifier les obstacles à leur sortie, liés au patient ou à son environnement, aux structures d'aval ou à des manques en amont de l'hospitalisation, d'identifier les facteurs associés à la durée moyenne de séjour au CHU, et enfin de décrire les actions mises en place par les assistantes sociales afin de réduire le temps de séjour.

4.1. PROFILS DE PATIENTS

Au sein de notre étude, plusieurs profils de patients complexes sont à distinguer selon les trois catégories de patients de l'unité relais.

Les patients appartenant à la catégorie 1 sont des patients dont le projet de sortie est initié et quasiment abouti, mais avec des problématiques de délais d'admission dans les structures, surtout des EHPAD. Le profil type était une femme ou un homme (50%), âgé de 81 ans, rarement isolé (18%), vivant à domicile avant l'hospitalisation (82%) avec plus ou moins d'aides, sans notion de difficultés financières (85%), peu autonomes (avec un GIR aux alentours de 3), avec de nombreuses comorbidités (> 4 en moyenne), en particulier des troubles cognitifs modérés à sévères (60%), et en attente d'une institutionnalisation (78%). Ces résultats s'approchent de ceux d'autres études (11,19–21), où les personnes âgées constituent un groupe spécifique de patients « bed-blockers » (33) parce qu'ils présentent plusieurs problèmes spécifiques comme une dépendance fonctionnelle (20), des troubles cognitifs ou de la marche (20) qui peuvent nécessiter une réadaptation, des services à domicile ou une certaine forme de soins institutionnels, pas toujours immédiatement disponibles à la sortie (11). L'entrée en institution est en général motivée par une perte d'autonomie liée à l'âge ou à l'état de santé, mais aussi par l'impossibilité d'un maintien à domicile qui serait lié à l'épuisement de l'aidant ou à l'absence d'entourage (34). Pour anticiper l'institutionnalisation, il semble nécessaire de repérer précocement les patients à risque (35), et de proposer une évaluation spécifique et une prise en charge adaptée.

Notre étude se singularisait par la caractérisation d'autres profils avec des patients plus jeunes. Concernant la catégorie 2, il s'agissait majoritairement d'hommes (63%), âgés de



65 à 74 ans (56%), avec des comportements addictifs surtout à l'alcool (44%), des problèmes de revenus (37%) ou de logement (53%), dont le projet de sortie était souvent l'entrée en EHPAD (67%), à construire et à personnaliser avec souvent la nécessité de demander une mesure de protection (33%) avec un délai moyen de 9 mois.

Les patients de la catégorie 3 étaient aussi surtout des hommes (90%), de moins de 65 ans (60%), avec aussi des problématiques financières (70%), de logement (70%) et d'addiction (80%). Ils étaient plus susceptibles d'avoir des déficiences physiques et d'être médicalement complexes avec des troubles neurologiques responsables de handicap (70%), mais moins susceptibles d'avoir des troubles cognitifs. Ils étaient en attente d'admission dans une structure spécialisée (par exemple FAM-MAS-SAMSAH) avec des délais d'admission longs en moyenne 5 à 7 ans. Certaines caractéristiques de ces deux profils sont retrouvées dans l'étude canadienne menée par Costa *et al.*, c'est-à-dire des hommes âgés de 65 à 74 ans, avec un accident vasculaire cérébral, qui avaient des durées de séjour significativement plus longues (12). Cette population semblait créer plus de retards en raison du manque de structures appropriées qui pourraient répondre à leurs besoins.

Les principaux motifs d'hospitalisation des patients inclus dans l'étude étaient les pathologies neurologiques et neuro-vasculaires dont les accidents vasculaires cérébraux, des troubles liés au système musculo-squelettique ou des traumatismes, et les troubles psychiatriques. Bien que non exclusifs, ils sont généralement associés aux personnes âgées aussi souvent atteintes de troubles cognitifs (12).

Tous ces résultats nous amènent à penser que les bed blockers sont des patients présentant à la fois plusieurs pathologies, des limitations fonctionnelles importantes sur le plan physique et cognitif, et cela dans un contexte socio-environnemental qui retarde la ré-inclusion sociale.



4.2. FREINS A LA SORTIE LIES AU PATIENT ET A SON ENVIRONNEMENT

Après avoir caractérisé les patients « bed-blockers », il est important de s'attacher à comprendre les déterminants de ces situations pour essayer d'identifier et d'y apporter des solutions potentielles.

4.2.1. L'âge

Nous avons identifié l'âge comme dans plusieurs études notamment sur les populations âgées (12,20,23). Mais il faut aussi être prudent sur l'interprétation des résultats de ces études, du fait de différences méthodologiques. Parmi les 151 patients de notre étude, la majorité d'entre eux (135 patients) avaient plus de 60 ans. Ceci peut s'expliquer par le fait que les personnes âgées ont statistiquement un nombre d'admission à l'hôpital plus élevé, une augmentation des handicaps et des besoins sociaux (33).

Mais le problème de bed-blocking ne concerne pas que les personnes âgées puisque dans notre analyse univariée, les patients de moins de 60 ans restaient en moyenne 138 jours de plus que les patients de plus de 75 ans. Une hypothèse pourrait être que certains patients âgés de 75 ans et plus accèdent plus facilement à certaines structures d'aval dont les EHPAD avec un âge minimum de 60 ans.

Plusieurs solutions ont été proposées dont la création de services de gériatrie spécialisés comme les équipes mobiles de gériatrie et unités de gériatrie (36) et d'ortho-gériatrie (37), les gérontopôles (38), les unités de soins aigus pour personnes âgées et les programmes HELP (Hospital Elder Life Program) et NICHE (Nurses Improving Care for Health) aux États Unis (11). Ils ont été efficace pour prévenir un déclin fonctionnel significatif, limiter les risques d'iatrogénie et d'isolement social réduire le coût des soins et la durée du séjour à l'hôpital, et augmenter la sortie à domicile (39) par rapport à la prise en charge dans les services de médecine ou de chirurgie classiques (40).



4.2.2. La précarité sociale

La précarité est « le résultat d'un enchaînement d'évènements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale » (41).

Dans notre étude, l'analyse univariée a mis en évidence que des déterminants sociaux comme les problèmes de revenus et financiers et l'isolement social augmentaient significativement les durées moyennes de séjours respectivement de 98, 110 et 119 jours. Selon *Victor et al.*, le besoin de places dans des maisons de retraite ou des problèmes sociaux ou de logement sont responsables de l'utilisation inappropriée de lits de soins aigus à Londres (42). Les patients socialement défavorisés, dont la prise en charge est souvent plus lourde, peuvent avoir des durées de séjour plus longues à cause d'un état général moins bon, d'un environnement social moins favorable à la sortie et de difficultés plus importantes à trouver une maison de repos ou des soins à domicile notamment en lien avec des problèmes financiers (43). En effet dans notre analyse multivariée, nous avons identifié l'isolement social comme facteur pouvant allonger de façon significative la durée moyenne de séjour (25 jours en moyenne, $p=0,05$). Selon plusieurs études (44), un manque de soutien social voire l'isolement social, le répit de l'aidant ou du conjoint (en particulier pour les patients atteints de troubles cognitifs sévères ou porteur d'un handicap lourd) et aussi parfois le bénéfice secondaire d'une prise en charge à moindre frais pour la famille via une hospitalisation pourraient constituer des facteurs de risque de retard de sortie. Ces situations peuvent nécessiter la mise en place, par les assistantes sociales de l'UPSM, de médiation familiale, de mesure de protection juridique ou d'aides à domicile adaptées aux besoins du patient.

Devant la prépondérance des patients complexes en lien avec des problèmes sociaux, l'ensemble des patients de notre étude a eu une prise en charge sociale pendant l'hospitalisation. Dans notre étude, le délai de prise en charge sociale en MCO était en moyenne de 14 jours avec une médiane à 8 jours ce qui suggère que les 151 patients ont eu une prise en charge sociale tardive avec huit jours perdus au minimum et dont les raisons étaient inconnues. Ce délais pourrait être plus important pour les patients isolés socialement avec une moyenne de 20 jours (résultat à la limite de la significativité, $p=0,06$). Ce phénomène pourrait s'expliquer par la difficulté de solliciter les familles dès le début de l'hospitalisation ou l'absence de famille pour discuter de l'orientation du patient, souvent instable médicalement, sachant que l'entrée en institution est souvent



vécue avec une certaine appréhension. Plusieurs études soulignent une diminution possible de la DMS si une planification de la sortie est mise en place rapidement dans le service (45) et lorsqu'il y a une bonne coordination entre les services hospitaliers et sociaux (11). Ces données soulignent l'intérêt de services comme l'UPSM, où la prise en charge sociale occupe une place importante.

4.2.3. Les addictions

Notre étude retrouve une association significative entre la présence de troubles addictifs et une durée moyenne de séjour augmentée (29 jours en moyenne dans le modèle final de régression de comptage, $p=0,05$). Il n'y a pas, à notre connaissance, d'autres études sur l'association entre le bed-blocking et les comportements comme les addictions. Une hypothèse pourrait être que la prévalence des addictions est sous-estimée du fait d'une sous-déclaration de la part des patients ou qu'aucune étude n'a été réalisée sur le sujet. En France, les addictions les plus fréquentes sont celles relatives aux substances psychoactives réglementées (tabac, alcool...), détournées de leur usage (médicaments...) ou illicites (cannabis...). Ces addictions concernent plusieurs millions de personnes en France (46). Selon l'Office français des dépendances et toxicomanies (OFDT), 8% de la population adulte présenterait un risque chronique d'addiction à l'alcool (données 2014) et un quart (27%) une addiction au tabac (données 2019) (46).

De plus les problématiques d'addictions sont plus importantes pour les personnes vivant dans la précarité (47). En effet, la majorité des patients des catégories 2 et 3 correspond à des hommes souffrant d'addiction, associée à une précarité sociale telle que les problèmes de logement (59% et 70%) ou financiers (37% et 70%) et l'isolement social (44% et 40%). Ce constat est retrouvé dans l'étude de Beck et al, montrant que la sur-consommation d'alcool est associée avec le fait d'être un homme, de vivre seul, d'être âgé, et français (48). En 2014, l'enquête RECAP-OFDT2 sur les personnes accueillies en CSAPA a montré que 36% des usagers de drogues illicites bénéficient de revenus de solidarité. D'autre part, 72% des patients sans domicile fixe de notre étude avaient une addiction. D'après la HAS, les personnes vivant dans la rue ont plus fréquemment des consommations à risque par rapport à la population générale. Ceci s'explique par la



complexité de leurs situations (pauvreté, isolement...) et de leurs parcours de vie (événements de vie, âge de début de consommation...) (49).

Par ailleurs, dans notre étude, 57% des patients handicapés souffrent d'une addiction. Des études ont mis en évidence qu'une consommation de tabac, d'alcool, de médicaments et de substances psychoactives illicites était plus fréquente chez les personnes en situation de handicap que dans le reste de la population française, mais est très variable selon les l'âge des personnes et la situation de handicap (49).

Dans notre étude, 14% des patients se voient refuser leur admission en EHPAD. Un des principaux motifs de ces refus est la présence d'une addiction. L'offre de soins en addictologie est aujourd'hui structurée autour de la médecine de ville, du secteur hospitalier (hospitalisation de jour ou complète, SSR) et des structures médico-sociales avec 385 CSAPA, 540 lieux de consultations jeunes consommateurs, 146 centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction de risques pour usagers de drogues (CAARUD) (50). Certains EHPAD se sont spécialisés dans la prise en charge de personnes âgées en souffrance avec l'alcool (51). L'UPSM propose aux patients avec des addictions une prise en charge adaptée à leur consommation (consultation de suivies, admission dans des structures adaptées ou en SSR post-cure).

4.2.4. Dispositifs innovants

Une alerte de l'équipe sociale dès l'admission de ces patients, comme à l'UPSM du CHU de Nantes, pourrait ainsi éviter certains retards de la sortie, entraînant un accès plus précoce à des services plus adaptés à leurs besoins avec des démarches précoces. Mais l'identification des patients potentiellement « bed-blocker », est souvent limitée à l'appréciation et l'expérience du clinicien. Un rapport de l'EHESP suggère qu'un indicateur synthétique simple à partir de données connues à l'admission participant de la complexité psychosociale, comme le «score de la complexité biopsychosociale » INTERMED, pourrait être expérimenté en l'associant à un protocole d'actions (24). A l'hôpital de Chartres et au CHU de Nîmes, la commission des séjours longs et inadaptés (COSELI) a pour mission de repérer les bed-blockers, de proposer collectivement des actions d'accélération du processus de sortie, de sensibilisation des acteurs et d'étudier les possibilités de sortie (24). Le SSR des Hauts de Seine propose la mise en place d'alerte en cas de séjours hospitaliers trop longs et la création de comité médico-sociaux



afin de discuter des dossiers les plus compliqués (21). Un autre moyen est le développement des équipes mobiles notamment de gériatrie permettant de déterminer et d'anticiper dès l'aigu les difficultés à venir pour obtenir un aval adapté. Parmi ses 4 missions (24) figure « l'évaluation, l'expertise et l'intervention sur site », c'est-à-dire les EHPAD, les établissements psycho-sociaux ou à domicile, en lien avec le médecin traitant et les intervenants à domicile.

4.3. OBSTACLES A LA SORTIE LIES AUX STRUCTURES D'AVANT OU A DES MANQUES EN AMONT DE L'HOSPITALISATION

Notre étude a identifié d'autres facteurs allongeant la DMS, tels que les délais de demande de mesure de protection, les délais d'admission dans les structures d'accueil et le refus du projet de vie par les patients et leurs familles.

4.3.1. Absence d'inscription en amont de l'hospitalisation

L'analyse du motif d'hospitalisation des patients inclus dans l'étude a montré que 7% des hospitalisations des patients complexes ne le sont pas pour des motifs somatiques mais pour des problèmes de maintien à domicile. Ainsi, il existe un possible manque d'anticipation pour au moins 7% des patients. Dans une étude rétrospective française de 2003, seuls 40% des médecins généralistes avaient participé au projet d'entrée en EHPAD de leur patient (52) et 64% reconnaissaient avoir utilisé l'hôpital pour placer leur patientèle âgée dépendante (53). Il arrive que le médecin se sente isolé face à une personne qui refuse l'idée d'une institutionnalisation souvent douloureuse pour le futur résident et son entourage familial (54). C'est aussi dans ces situations que l'intervention d'une assistante sociale, par l'intermédiaire d'un réseau, peut constituer un réel soutien pour le médecin où des concertations pluridisciplinaires, en présence de la famille et de tous les professionnels participant à la prise en charge. Ainsi ce type de réunion peut parfois permettre de réaliser des demandes d'admission le jour-même, permettant ainsi de gagner du temps.



4.3.2. Délais d'admission dans les structures d'aval adaptées

En plus de cette problématique en amont de l'hospitalisation, les données de notre étude concernant les projets de sortie des patients ont permis d'identifier divers obstacles à la sortie des patients. La plupart de ces obstacles à la sortie correspondaient à l'attente de place en structure post-hospitalière avec en premier lieu l'attente de place en institution (74%) ou en structure d'aval médicalisée (par exemple les FAM/MAS) (13%). C'est le cas notamment des patients âgés, admis le plus souvent via les urgences, qui sont contraints à la suite d'une perte d'autonomie importante, de ne plus rejoindre leur domicile et d'être transférés directement de l'hôpital vers un EHPAD (patients de la catégorie 1).

Dans l'analyse qualitative, il a été rapporté qu'il existait des délais longs pour l'ensemble des démarches nécessaires à l'admission en EHPAD dont le démarchage des établissements, l'organisation du transfert du patient, des démarches en lien avec la résiliation du lieu de vie antérieur et une sollicitation d'aides financières, réalisés par les équipes sociales. Pour faciliter voire accélérer ces démarches d'inscription des patients, l'outil via trajectoire, qui est un service public, gratuit et sécurisé, propose une aide à l'orientation personnalisée en structures sanitaires (SMR, HAD) ou en structures médico-sociales (EHPAD, EHPA) par la constitution d'un dossier pour le patient en ligne (55). Cependant, il n'améliore que très partiellement les démarches administratives d'entrée en établissement, les appels des structures restent indispensables par les assistantes sociales. De plus, les assistantes sociales doivent souvent relancer les EHPAD voir élargir les demandes d'admission dans ces structures, plus ou moins avec mise à jour du dossier du patient. A cela s'ajoute une stigmatisation à la lecture des dossiers par les EHPAD (ex : démence...), c'est pourquoi les assistantes sociales actualisent constamment les dossiers patients et organisent des rencontres dans le service entre les équipes des EHPAD et le patient ou des visites dans les structures avec une présentation des patients sur tous les actes de la vie quotidienne.



4.3.3. Inexistence, insuffisance, indisponibilité des structures d'aval adaptées

Les délais d'admission varient d'une structure à une autre et peuvent être extrêmement longs, jusqu'à plusieurs années pour les FAM/MAS. Une des explications possible est l'inexistence, l'insuffisance ou l'indisponibilité de structures d'aval adaptées aux patients. En France avec près de 600 000 lits fin 2020, une place en EHPAD est disponible pour 10 personnes de plus de 75 ans, âge moyen d'entrée en établissement (56). Ceci est valable également pour les hébergements pour adultes handicapés (FAM/MAS), dont le nombre de personnes accueillies a plus que doublé entre 2006 et 2018 (+115 %), tout comme le nombre de structures et de places proposées (57). Selon la DREES, en France, 2,6 millions et 7,6 millions de personnes de 15 ans ou plus vivant en logement ordinaire, sont handicapées ou dépendantes et plus de 140 000 personnes de 16 ans ou plus sont hébergées en établissement spécialisé dans la prise en charge du handicap (57). Malgré cette augmentation, comme soulignée dans l'analyse qualitative, les demandes sont également à réaliser très précocement en raison des délais d'attente de 5 à 7 ans en Loire-Atlantique, avec moins de fluidité qu'en Bretagne et en Vendée où les délais sont de 3 à 5 ans. Ceci pourrait s'expliquer par des délais de traitement de dossier et d'admission, le manque de places, la priorité pour les patients les plus jeunes et le manque de visibilité des foyers de vie. Le manque de place peut être lié d'une part à l'allongement de la durée de vie des adultes handicapés qui une fois admis restent hébergés à vie et d'autre part aux patients vieillissants qui ne sont pas prioritaires lorsqu'une place se libère et avec une candidature souvent délaissée au profit de personnes handicapées plus jeunes (58).

Face au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques (cancer, maladies cardiovasculaires, diabète...), il est estimé qu'il faudrait doubler les capacités de prise en soins des personnes (59) afin d'éviter l'engorgement des hôpitaux et de maintenir la qualité des soins. Les projections de la DREES suggèrent que le nombre de séjours hospitaliers augmenterait de plus de 2 millions et les besoins en lits d'hospitalisation complète de 28 % d'ici 2030 (60). D'autres solutions seraient d'éviter les hospitalisations inutiles et de diminuer la durée des séjours notamment par la création de structures de soins intermédiaires (maisons de santé, foyers médicalisés...) pour



maintenir l'autonomie des personnes âgées, et ainsi retarder leur entrée en institution où les places sont rares et coûteuses (61).

En plus du manque de structures d'aval, certaines d'entre elles refusent des profils de patients. En effet, dans notre étude, l'offre d'aval était non-adaptée aux patients dans 32% des cas. Par exemple, pour 13% des patients de notre étude, il existe une structure pouvant potentiellement prendre en charge le patient mais celui-ci est trop jeune pour y être admis, notamment dans les EHPAD et les USLD où l'âge minimum est respectivement de 60 ans et 75 ans (24). Pour 19% des patients de l'UPSM, un des obstacles à leur sortie est lié à un manque de structures adaptées pour les addictions. En effet, certains EHPAD acceptent moins facilement une personne âgée souffrant d'addiction à l'alcool, voire refusent leur admission (51), ce qui peut poser problème, puisqu'environ un quart des personnes âgées accueillies en maison de retraite en 2005 souffraient d'addiction à l'alcool (62). Ceci peut expliquer en partie les durées de séjours prolongées pour nos patients souffrant d'addiction des catégories 2 et 3. Ces données suggèrent que l'offre d'aval serait insuffisante ou discordante par rapport aux besoins réels (20), surtout en période estivale avec une rareté de l'offre.

Face à ces difficultés d'admission dans ces structures ou à des structures non adaptées, et par conséquent des hospitalisations prolongées, les services sociaux doivent parfois changer les projets de sortie avec souvent de nouvelles démarches à initier, allongeant ainsi l'hospitalisation. Cette problématique concerne 13% de patient dans notre étude. Bien que face à ce problème, une solution serait d'augmenter l'offre de lits dans ces structures et de créer des solutions transitoires dans l'attente d'une place disponible, comme l'UPSM au CHU de Nantes dont est issue la population de notre étude. En Île-de-France, les Unités de Soins Prolongés Complexes (USPC) et Services de Réadaptation Post-Réanimation (SRPR) ont été créés pour adapter l'offre à des parcours complexes. Ces unités concernent des patients trop lourds pour une prise en charge à domicile et qui ne sont pas acceptés dans des établissements médico-sociaux (24).

Dans d'autres pays, d'autres initiatives ont vu le jour, notamment dans le secteur extrahospitalier. C'est le cas par exemple de la Suède, où une réforme a établi une incitation financière pour contraindre les municipalités à trouver des solutions de prise en charge en aval au plus tard trois mois après la sortie médicale. Dans le cas contraire, l'hôpital facture à la municipalité le coût de la prise en charge à un tarif majoré désincitatif. Cette réforme, au bilan positif, a permis « l'émergence de nouvelles maisons de proximité



appelées « centres pour séniors » et donc un mode de financement indirect des structures médico-sociales, peu nombreuses en France par rapport aux besoins (24). Les Intermediate Care Services au Pays Bas et les After Care Areas en Autriche pratiquent le « buffer management » pour gérer les transferts hôpital-EHPAD grâce à des « services tampons » ou des bâtiments dédiés dont la fonction est d'accueillir les bed-blockers (63).

4.3.4. Retour à domicile

L'organisation du retour à domicile, qui correspond à 13% des sorties dans notre étude, présente aussi quelques difficultés à la sortie d'hospitalisation. En effet, nous avons rapporté que les assistantes sociales doivent souvent rechercher des aides à domicile et personnels paramédicaux et organiser la poursuite des soins avec une coordination sanitaire et entre les différents intervenants. Or les délais d'obtention de place en SSIAD et des aides à domicile (8% des patients) sont importants avec une absence de relais sur le territoire. Face à cette difficulté, le Community Care Act au Royaume Uni a instauré des amendes que les hôpitaux font payer aux services de soins à domicile pour chaque jour de retard de prise en charge du patient sortant médicalement (64).

4.3.5. Délais d'obtention des mesures de protection

Si la difficulté de l'accueil post-hospitalier dans les structures ou à domicile joue un rôle important, il est nécessaire de s'intéresser aux autres motifs de séjours prolongés. Dans notre étude, les délais d'obtention de mesures de protections, parfois indispensables pour entrer en institution, représentaient un motif de séjours prolongés. Lors de la période d'étude, ces délais pouvaient aller jusqu'à 9 mois en Loire-Atlantique, d'après les assistantes sociales. Ceci peut être expliqué par un manque de magistrats avec une difficulté à trouver un juge des tutelles disponible, ou par l'attente, allant jusqu'à 2 mois, de la constatation médicale de l'altération des facultés. Une autre explication possible est l'augmentation depuis plusieurs années du nombre de patients sous mesure de protection (713 700 majeurs sous curatelle ou sous tutelle, fin 2021) avec le vieillissement de la population, la précarité et l'exclusion, le handicap et l'évolution de la prise en charge de la maladie psychiatrique (65). En effet, entre 2019 et 2021, le nombre de demandes d'ouverture d'une mesure de protection a augmenté de 4,5% (66). Pour essayer de



réduire les délais, l'UPSM essaye de mettre en place une meilleure coordination entre professionnels judiciaires, sanitaires et sociaux. A cette problématique de délais, s'ajoute des coûts des démarches importants et les difficultés de déplacements. C'est pourquoi l'équipe du service social de l'UPSM peut accompagner le patient à l'audience et pour cela réserver un transport adapté.

Notre étude montre aussi que la majorité des patients ne pouvant plus défendre leurs intérêts n'avaient aucune démarche entamée ou n'en avait pas besoin avant l'évènement aigu ayant conduit à l'hospitalisation (65%). Au sein de l'UPSM, avant la demande de mesure de protection juridique, il y a une phase d'entretiens avec une évaluation de la nécessité de la mesure, plus ou moins suivie d'un signalement ou d'une requête. Un des enjeux serait également de sensibiliser à cette démarche les médecins traitants qui hésitent souvent à mettre leurs patients sous mesure de protection (65).

4.3.6. Refus du projet de sortie par le patient et/ou la famille

Dans notre étude, le refus du projet de sortie pour des raisons familiales ou personnelles a été fréquemment identifié dans les dossiers médicaux (48%). Ceci peut être expliqué par la difficulté psychologique à accepter un nouvel état dû à la maladie et la perte d'autonomie et le changement de lieu de vie qui en découle (21) avec quelques renoncements, comme ne plus être propriétaire, vivre en collectivité, être dépendant du personnel soignant (67). C'est pourquoi durant ce temps nécessaire à l'acceptation de ce changement de vie, au sein de l'UPSM, des points avec le patient et la famille sont réalisés pour les accompagner dans leur cheminement pour le projet de vie.



4.4. LIMITES

Notre étude présente plusieurs limites à prendre en compte. En effet, il s'agit d'une étude analytique monocentrique réalisée au cours d'une période donnée, dans un seul centre hospitalier et un seul pôle prenant en charge des patients « bed-blockers » issus des services aigus de médecine mais pas de gynécologie obstétrique ni de MPR ni de psychiatrie. La population qui s'y présente n'est donc pas représentative de l'ensemble de la population des « bed-blockers ». Nos résultats ne sont pas toujours comparables avec les autres données de la littérature, par le manque de définition arrêtée et acceptée d'un « bed-blocker » (68), les différences méthodologiques des études (sur un temps donné, dans un service donné ou sur un hôpital ou une région...), des durée moyenne de séjour selon les services, les différences de capacité d'accueil en aval entre les différents pays et structures (69). Bien que le système de santé français partage nombreuses caractéristiques avec les systèmes de soins d'autres pays développés, la généralisation de nos résultats à d'autres contextes et juridictions doit être faite avec prudence.

De plus, l'étude étant réalisée rétrospectivement, des données sont manquantes et d'autres étaient imprécises et ont pu être interprétées de manière subjective, entraînant alors un biais d'information. Ces données manquantes ont pour conséquences de diminuer la taille et la puissance de l'étude (70). Cependant ce phénomène a été limité par la relecture et correction des données récoltées avec l'équipe de l'UPSM. De plus ce type d'étude présente un faible niveau de preuve scientifique. Notre étude ne permet pas d'évaluer l'intérêt de l'UPSM, c'est-à-dire de diminuer les DMS et d'offrir une meilleure prise en charge des patients. Pour cela, il aurait été idéal de réaliser une étude comparative entre des patients pris en charge à l'UPSM face à des patients hospitalisés dans d'autres services.

Concernant l'analyse statistique, la régression linéaire présente aussi des limites. En effet, elle donne des mauvaises performances s'il n'y a pas une relation linéaire. La plupart des phénomènes réels ne correspondent pas à la supposition du modèle linéaire (71). Nous avons également fait le choix de réaliser une modélisation de la durée moyenne de séjour totale plutôt que celle à l'UPSM. Ce choix nous a semblé plus pertinent car prenant en compte l'intégralité des parcours des patients au CHU. De plus il faut être prudent dans l'interprétation des résultats de la modélisation car il peut exister



un manque de puissance pour cette analyse. Pour identifier les facteurs associés à une durée moyenne de séjour élevée, il pourrait être pertinent de répéter l'étude auprès de l'ensemble des patients du CHU de Nantes.

5. CONCLUSIONS

Malgré ces limites, nous pensons que nos résultats ont des implications importantes. En effet, le système de santé est amené à faire face à une croissance de la prévalence des maladies chroniques et un vieillissement de la population avec un impact sur les hôpitaux. Il faut globalement s'attendre à devoir augmenter les capacités de prise en charge de ces personnes en infrastructures hospitalières, en hébergement de longue durée ou à domicile avec la mise en place d'aides. Cette étude soulève la question de savoir si l'offre d'aval est suffisante sur les plans quantitatif (nombre de lits) et qualitatif (structures pour patients jeunes, précaires, patients avec troubles du comportement, couples, ...), pour éviter l'engorgement des hôpitaux, maintenir la qualité d'accueil des personnes âgées à l'hôpital et assurer la continuité de la filière de soin.

Contrairement à une idée reçue, notre étude suggère que, tous les patients avec des parcours complexes ne sont pas des patients âgés en attente d'EHPAD, mais aussi des patients plus jeunes souffrant d'un handicap et/ou d'une addiction, souvent accompagnés de précarité sociale (isolement social, difficultés financière et problème de logement). Ces résultats étendent les connaissances antérieures sur les caractéristiques des patients bed-blockers et les principaux obstacles à leur sortie d'hospitalisation. Ainsi les caractéristiques des patients identifiées dans cette étude pourraient permettre de mieux repérer les patients potentiellement à risque de bed-blocking, et donc d'adapter au mieux leur prise en charge, notamment par un service comme l'UPSM. Le fait qu'environ 50% des patients refusent le projet de sortie pourrait souligner l'intérêt de disposer d'un service comme l'UPSM, où les patients et leurs familles peuvent prendre le temps d'accepter leur état de santé et leur perte d'autonomie associée.



6. REFERENCES

1. Bonnet X, Ponchon F. Fiche 23. Les missions de service public hospitalier. In: L'usager et le monde hospitalier [Internet]. Rennes: Presses de l'EHESP; 2018 [cité 28 oct 2023]. p. 120-4. (Fondamentaux; vol. 7e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-usager-et-le-monde-hospitalier--9782810906536-p-120.htm>
2. Observatoire Cap Retraite « L'hôpital face au vieillissement de la population française » [Internet]. Kozh Ensemble. 2017 [cité 10 janv 2024]. Disponible sur: <https://kozhensemble.fr/observatoire-cap-retraite-lhopital-face-vieillissement-de-population-francaise/>
3. L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 8 janv 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communiquede-presse/les-dossiers-de-la-drees/letat-de-sante-de-la-population-en>
4. Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) [Internet]. 2023 [cité 18 déc 2023]. Soins gériatriques : La débandade - 35% des unités gériatriques touchées par des fermetures de lits en France (chiffres de l'enquête SFGG 2023) – SFGG. Disponible sur: <https://sfgg.org/espace-presse/communiquede-presse/soins-geriatriques-la-debandade-35-des-unites-geriatriques-touchees-par-des-fermetures-de-lits-en-france-chiffres-de-lenquete-sfgg-2023/>
5. Les établissements de santé - édition 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 18 déc 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference-communiquede-presse/panoramas-de-la-drees/les-etablissements>
6. Gansel Y, Danet F, Rauscher C. Long-stay inpatients in short-term emergency units in France: A case study. Soc Sci Med 1982. févr 2010;70(4):501-8.
7. Manzano-Santaella A. Measuring and costing delayed discharges: conceptual and methodological challenges. Clin Med. août 2012;12(4):308-9.



8. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results - PubMed [Internet]. [cité 6 déc 2023]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10996065/>
9. Baillot A, Yaala MB, Blanchard N, Coquelet F, Dangremont A, Evain F, et al. Le panorama des établissements de santé - édition 2011.
10. Hall D, Bytheway B. The blocked bed. Definition of a problem. Soc Sci Med 1982. 1982;16(22):1985-91.
11. Lenzi J, Mongardi M, Rucci P, Di Ruscio E, Vizioli M, Randazzo C, et al. Sociodemographic, clinical and organisational factors associated with delayed hospital discharges: a cross-sectional study. BMC Health Serv Res. 15 mars 2014;14:128.
12. Costa AP, Poss JW, Peirce T, Hirdes JP. Acute care inpatients with long-term delayed-discharge: evidence from a Canadian health region. BMC Health Serv Res. 22 juin 2012;12(1):172.
13. Juillet 2016 | La préfecture et les services de l'État en région Pays de la Loire [Internet]. [cité 18 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.prefectures-regions.gouv.fr/pays-de-la-loire/DOCUMENTS-PUBLICATIONS/Publications-legales/Recueil-des-actes-administratifs-RAA/RAA-prefecture-de-region-des-Pays-de-la-Loire/RAA-prefecture-de-region-des-Pays-de-la-Loire-2016/Juillet-2016/#titre>
14. Entre fin 2019 et fin 2020, la capacité d'accueil hospitalière a progressé de 3,6 % en soins critiques et de 10,8 % en hospitalisation à domicile | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 5 sept 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/entre-fin-2019-et-fin-2020-la-capacite-daccueil-hospitaliere>
15. Permpongkosol S. Iatrogenic disease in the elderly: risk factors, consequences, and prevention. Clin Interv Aging. 2011;



UNIVERSITÉ DE NANTES

16. Hirsch CH, Sommers L, Olsen A, Mullen L, Winograd CH. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. *J Am Geriatr Soc.* déc 1990;38(12):1296-303.
17. GHU Paris psychiatrie & neurosciences [Internet]. [cité 29 août 2023]. Tarifs des prestations. Disponible sur: <https://www.ghu-paris.fr/fr/tarifs-des-prestations-0>
18. Quel est le prix d'un EHPAD ? (Mise à jour 2023) [Internet]. Coover. [cité 28 août 2023]. Disponible sur: <https://www.coover.fr/assurance-dependance/prix-ehpad>
19. Becchi MA, Pescetelli M, Caiti O, Carulli N. Characteristics of patients in a ward of Academic Internal Medicine: implications for medical care, training programmes and research. *Intern Emerg Med.* juin 2010;5(3):205-13.
20. Bo M, Fonte G, Pivaro F, Bonetto M, Comi C, Giorgis V, et al. Prevalence of and factors associated with prolonged length of stay in older hospitalized medical patients. *Geriatr Gerontol Int.* mars 2016;16(3):314-21.
21. Couilliot MF, Gryson N, Gouignard S. Relations entre la durée de séjour et les difficultés sociales en service de soins de suite et réadaptation gériatrique. *Rev Gériatrie.* avr 2014;(tome 39 n°4):pp.215-221.
22. Lewis H, Purdie G. The blocked bed: a prospective study. *N Z Med J.* 14 sept 1988;101(853):575-7.
23. Glasby J, Littlechild R, Pryce K. All dressed up but nowhere to go? Delayed hospital discharges and older people. *J Health Serv Res Policy.* janv 2006;11(1):52-8.
24. Hass J, Ecole des hautes études en santé publique (EHESP). L'hôpital public au défi des parcours complexes et des enjeux psychosociaux. Quelles réponses au problème bed-blockers ? l'exemple du Groupe hospitalier Nord-Essonne [Internet]. 2021. 71p. Disponible sur: https://documentation.ehesp.fr/memoires/2021/edh/jonathan_hass.pdf
25. Dubois E. CHU de Nantes. [cité 6 déc 2023]. Le CHU de Nantes en chiffres. Disponible sur: <https://www.chu-nantes.fr/activite-et-chiffres-cles>



26. webmaster chunantes. CHU de Nantes. [cité 6 déc 2023]. CP - Du parcours de soin au parcours de vie : l'Unité de Parcours Social et Médical (UPSM) du CHU de Nantes fête ses deux ans. Disponible sur: <https://www.chu-nantes.fr/cp-du-parcours-de-soin-au-parcours-de-vie-lunite-de-parcours-social-et-medical-upsm-du-chu-de-nantes-fete-ses-deux-ans>
27. Labbé É, Moulin JJ, Guéguen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. L'expérience des Centres d'examens de santé de l'Assurance maladie. Rev Ires. 2007;53(1):3-49.
28. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 29 août 2023]. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_793371/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-personnes-agees-faisant-des-chutes-repetees
29. Cossec CL, Sermet C, Perronnin CM. Mesurer la polymédication chez les personnes âgées : impact de la méthode sur la prévalence et les classes thérapeutiques. 2015;
30. SPF. Surveillance épidémiologique de la multimorbidité. Revue bibliographique [Internet]. [cité 29 août 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/surveillance-epidemiologique-de-la-multimorbidite.-revue-bibliographique>
31. Tutoriel : GLM sur données de comptage (régression de Poisson) avec R - DellaData [Internet]. 2018 [cité 28 oct 2023]. Disponible sur: <https://delladata.fr/tutoriel-glm-sur-donnees-de-comptage-regression-de-poisson-avec-r/>
32. Jourdan A, Kokonendji CC. Surdispersion et modèle binomial négatif généralisé.
33. Manzano A. From bed-blocking to delayed discharges: Precursors and interpretations of a contested concept. Health Serv Manag Res Off J Assoc Univ Programs Health Adm HSMC AUPHA. 1 août 2010;23:121-7.



34. PUZOS P. Régimes de protection des biens : principes d'utilisation. Rev Prat. 1 janv 1991;(25 vol 41):2657-9.
35. Masson E. EM-Consulte. [cité 29 août 2023]. Conférence de Consensus - Prise en charge de la personne âgée de plus de 75 ans aux urgences. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/110007/conference-de-consensus-prise-en-charge-de-la-pers>
36. Somme D, Lazarovici C, Dramé M, Blanc P, Lang PO, Gauvain JB, et al. The geriatric patient: use of acute geriatrics units in the emergency care of elderly patients in France. Arch Gerontol Geriatr. 2011;52(1):40-5.
37. González-Montalvo JI, Alarcón T, Mauleón JL, Gil-Garay E, Gotor P, Martín-Vega A. The orthogeriatric unit for acute patients: a new model of care that improves efficiency in the management of patients with hip fracture. Hip Int J Clin Exp Res Hip Pathol Ther. 2010;20(2):229-35.
38. Gouvernement.fr [Internet]. [cité 10 janv 2024]. Vieillesse de la société française : réalité et conséquences. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/vieillesse-de-la-societe-francaise-realite-et-consequences>
39. Mason A, Goddard M, Weatherly H, Chalkley M. Integrating funds for health and social care: an evidence review. J Health Serv Res Policy. juill 2015;20(3):177-88.
40. Craen KV, Braes T, Wellens N, Denhaerynck K, Flamaing J, Moons P, et al. The effectiveness of inpatient geriatric evaluation and management units: a systematic review and meta-analysis. In: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet] [Internet]. Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2010 [cité 29 août 2023]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK78861/>
41. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé [Internet]. [cité 20 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/ouvrage?clef=15>



42. Victor C, Nazareth B, Hudson M, Fulop N. The inappropriate use of acute hospital beds in an inner London District Health Authority. *Health Trends*. 1993;25(3):94-7.
43. Closon MC, Perelman J. L'impact des facteurs sociaux sur les dépenses de santé : comment éviter que la recherche de l'efficience ne se fasse au détriment de l'équité et de l'accessibilité aux soins ? *Reflets Perspect Vie Économique*. 2003;XLII(1):47-58.
44. Landeiro F, Leal J, Gray AM. The impact of social isolation on delayed hospital discharges of older hip fracture patients and associated costs. *Osteoporos Int J Establ Result Coop Eur Found Osteoporos Natl Osteoporos Found USA*. févr 2016;27(2):737-45.
45. Meschi T, Nouvenne A, Maggio M, Lauretani F, Borghi L. Bed-blockers: an 8 year experience of clinical management. *Eur J Intern Med*. mars 2012;23(2):e73-74.
46. Inserm [Internet]. [cité 3 nov 2023]. Addictions - Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/addictions/>
47. Wright C. Fédération Addiction. 2019 [cité 20 déc 2023]. Addictions et précarité : accueillir, accompagner, innover ! Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/thematiques/publics-specifiques/addictions-et-precarite-rencontre-et-partenariat-entre-les-secteurs-de-laddictologie-et-de-linclusion-sociale/>
48. L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype – *Économie et Statistique* n° 391-392 - 2006 | Insee [Internet]. [cité 20 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1376423?sommaire=1376427>
49. Haute Autorité de Santé - Addictions : des recommandations pour outiller les professionnels des structures sociales et médico-sociales [Internet]. [cité 21 déc 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3405749/en/addictions-des-recommandations-pour-outiller-les-professionnels-des-structures-sociales-et-medico-sociales



UNIVERSITÉ DE NANTES

50. Le dispositif de soins en addictologie | MILDECA [Internet]. [cité 3 nov 2023].
Disponible sur: <https://www.drogues.gouv.fr/le-dispositif-de-soins-en-addictologie-0>
51. La prise en charge de l'alcoolisme en Ehpad [Internet]. 2022 [cité 29 août 2023].
Disponible sur: <https://www.capretraite.fr/choisir-une-maison-de-retraite/le-quotidien/la-prise-en-charge-de-lalcoolisme-en-ehpad/>
52. Depoers M. Attentes des personnes âgées autonomes vivant au domicile et perception du rôle du médecin traitant dans la perte d'autonomie.
53. Lahaye S. La place du médecin généraliste picard dans l'entrée en institution de la personne âgée dépendante. 20 févr 2015;54.
54. Masson E. EM-Consulte. [cité 29 août 2023]. T. Darnaud. L'entrée en maison de retraite. Collection « Art de la Psychologie ». ESF Éditeur; (2008). 192 pp., € 22, ISBN : 978-2-7101-1911-1. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/188692/t-darnaud-lentree-en-maison-de-retraite-collection>
55. ViaTrajectoire | Site officiel | Orientation sanitaire et médico-sociale [Internet]. [cité 21 déc 2023]. Disponible sur: <https://trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/default.aspx>
56. Conseil dependance [Internet]. 2021 [cité 29 août 2023]. Panorama 2020 des EHPAD () (). Disponible sur: <https://www.conseildependance.fr/panorama-2020-des-ehpad-en-france/>
57. Bellamy V, Lenglard F, Bauer-Eubriet V, Castaing É. Le handicap en chiffres – Édition 2023. 2023;
58. FICHE QUESTION [Internet]. [cité 26 août 2023]. Disponible sur: <https://questions.assemblee-nationale.fr/q13/13-140QOSD.htm>
59. Monod S. Défis du vieillissement et enjeux de santé publique. Gérontologie Société. 2018;40 / 157(3):47-52.
60. Projections d'activité hospitalière à l'horizon 2030 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 21 déc 2023]. Disponible



UNIVERSITÉ DE NANTES

sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/projections-dactivite-hospitaliere-lhorizon-2030>

61. Hygiene GM&. Le vieillissement de la population bouscule le système de santé - Planete sante. [cité 21 déc 2023]. Le vieillissement de la population bouscule le système de santé. Disponible sur: <https://www.planetesante.ch/Magazine/Personnes-agees/Soins-des-aines/Le-vieillissement-de-la-population-bouscule-le-systeme-de-sante>
62. Brennan PL. Functioning and health service use among elderly nursing home residents with alcohol use disorders: findings from the National Nursing Home Survey. *Am J Geriatr Psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. juin 2005;13(6):475-83.
63. Mur-Veeman I, Govers M. Buffer management to solve bed-blocking in the Netherlands 2000-2010. Cooperation from an integrated care chain perspective as a key success factor for managing patient flows. *Int J Integr Care*. janv 2011;11(Spec 10th Anniversary Ed):e080.
64. Bryan K. Policies for reducing delayed discharge from hospital. *Br Med Bull*. 1 sept 2010;95(1):33-46.
65. Caron-Dégliose A. État des lieux de la protection des majeurs en France. Des principes à la réalité. *Inf Soc*. 2007;138(2):48-61.
66. Références Statistiques Justice 2022 | Ministère de la justice [Internet]. 2023 [cité 21 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.justice.gouv.fr/documentation/etudes-et-statistiques/references-statistiques-justice-2022>
67. Alzheimer et maladies apparentées. Traiter, soigner et accompagner au quotidien - Robert Moulias, Marie-Pierre Hervy, Catherine Ollivet [Internet]. [cité 29 août 2023]. Disponible sur: <https://www.decitre.fr/livre-pod/alzheimer-et-maladies-apparentees-9782294013690.html>



68. Manzano A. From bed-blocking to delayed discharges: Precursors and interpretations of a contested concept. *Health Serv Manag Res Off J Assoc Univ Programs Health Adm HSMC AUPHA*. 1 août 2010;23:121-7.
69. Challis D, Hughes J, Xie C, Jolley D. An examination of factors influencing delayed discharge of older people from hospital. *Int J Geriatr Psychiatry*. févr 2014;29(2):160-8.
70. Anthonisen NR. Les études rétrospectives. *Can Respir J J Can Thorac Soc*. 2009;16(4):117-8.
71. Introduction à l'apprentissage automatique [Internet]. [cité 7 déc 2023]. Chapitre V: Régression. Disponible sur:
https://projeduc.github.io/intro_apprentissage_automatique/regression.html



LISTE DES ANNEXES

- ❖ *Grille de recueil des variables*
- ❖ *Signification du GIR auquel le patient est rattaché*
- ❖ *Score de Charlson*
- ❖ *Schéma résumé des facteurs qui complexifient la sortie d'un patient et des solutions apportées par l'UPSM*



ANNEXE 1 : GRILLE DE RECCUEIL DES VARIABLES

	Catégories	Variables	Modalités
FREINS IDENTIFIES A LA SORTIE			
Liés à la situation sociale et/ou médicale des patients (= Profil problématique)	Situation socio-économiques/administrative	Sexe	Homme Femme
		Age (en année)	Variable continue
			< 60
			60-75 > 75
		Etranger	Oui/Non
		Complémentaire santé	Oui/Non
	Absence de titre de séjour	Oui/Non	
	Logement (critère majeur)	Logement	- Pas ou perte du logement - Logement inadapté par rapport au handicap - Incurie/insalubrité dans le logement (danger pour soi-même ou autres) - Adapté
	Revenus		- Instabilité ou insuffisance des revenus - Difficultés financières/surendettement - Aucune difficulté
	Protection juridique		Non nécessaire En place En cours
	Support social	Isolement socio-familial	Oui/Non
		Problème avec l'aidant	Oui/Non
		Conflit familial/conjugopathie	Oui/Non
Autonomie	Handicap à l'entrée	Oui/Non	
	GIR	1 à 6	

		Perte d'autonomie	Oui/Non	
		Aides à domicile	Oui/Non	
	Etat de santé (critère majeur)	ATCD :	<ul style="list-style-type: none"> - cardio-vasculaire (Infarctus du myocarde, AOMI, fibrillation atriale, Insuffisance cardiaque, HTA, pacemaker) - respiratoires (Insuffisance respiratoire, BPCO, asthme...) - neurologique (pathologies neurodégénératives, encéphalopathie, neuropathie, AVC, épilepsie...) - psychiatrique : troubles anxio-dépressif, bipolarité, schizophrénie, syndrome de Diogène, tentative de suicide - cancer - digestifs : cirrhose - endocriniens : diabète 	Oui/Non (pour chaque ATCD)
		Nombre de pathologies chroniques	Variable quantitative discrète	
		Score de Charlson	Variable quantitative discrète	
		Troubles cognitifs	MMSE \geq 27 : Absence MMSE 21-26 : légers MMSE 11-20 : modérés MMSE \leq 10 : sévères NA	
		Pathologie neurodégénérative	Oui/non	
		Chutes à répétition	Oui/Non	
		Polymédication	Oui/Non idem	
		Fréquence des passages aux urgences avant cette hospitalisation		
		Hospitalisations itératives		
		Comportement	Addiction : alcool, cannabis, amphétamines, héroïnes, autres...	Oui/Non
	Mauvaise observance thérapeutique		Oui/Non	
	Refus du projet de vie par le patient et/ou l'aidant/la famille		Oui/Non	
	Troubles du comportement		Oui/Non	
	Parcours de soins	Entrée CHU	Date	
		Modalités d'admission	Urgences	



			Entrée directe
		Diagnostic principal (motif d'hospitalisation)	
		Début de la PEC sociale MCO	Date
		Nbre j entre admission et PEC sociale MCO	
		Ré hospitalisation dans l'année	Oui/Non
		Motifs	
		Date d'entrée UPSM	Date
		Catégorie	1, 2, 3
		Dégradation de l'état de santé au cours de l'hospitalisation à l'UPSM	Oui/Non
		Nombre de jours de dépassement à l'UPSM	
		Lieu de sortie finale	
		Sortie d'UPSM	Date
		Nbre j UPSM	
		Nbre j total	
Problèmes en amont	Nombre limité de structures adaptées	- Patients jeunes - Addiction - Handicap - Pathologies neurodégénératives/Epilepsie - Troubles du comportement - Troubles cognitifs sévères - Avec place de couple - Avec financement aides sociales	Oui/Non Idem
		Absence d'inscription par précaution en EHPAD	Oui/Non
		Absence de mesure de protection avant l'hospitalisation	Oui/Non
Problème en aval	Délais d'admission	- en EHPAD/UPAD - dans les autres structures	Oui/Non
	Refus des structures	- EHPAD/UPAD - autres structures	Oui/Non
	Délais d'obtention de la mesure de protection		Oui/Non
	Délais d'obtention des aides à domicile		Oui/Non
	Changement de PEC/de projet de sortie		Oui/Non



UNIVERSITÉ DE NANTES

	Obtention d'un nouveau logement	Oui/Non
--	---------------------------------	---------



UNIVERSITÉ DE NANTES

ANNEXE 2 : SIGNIFICATION DU GIR AUQUEL LE PATIENT EST RATTACHE

Gir: Gir : Groupe iso-ressources	Degrés de dépendance
Gir 1	Demandeur confiné au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants
Gir 2	<ul style="list-style-type: none">- Demandeur confiné au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante- Ou demandeur dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
Gir 3	Demandeur ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
Gir 4	<ul style="list-style-type: none">- Demandeur n'assumant pas seul ses transferts mais qui, une fois levé, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage- Ou demandeur n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidé pour les soins corporels et les repas
Gir 5	Demandeur ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
Gir 6	Demandeur encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

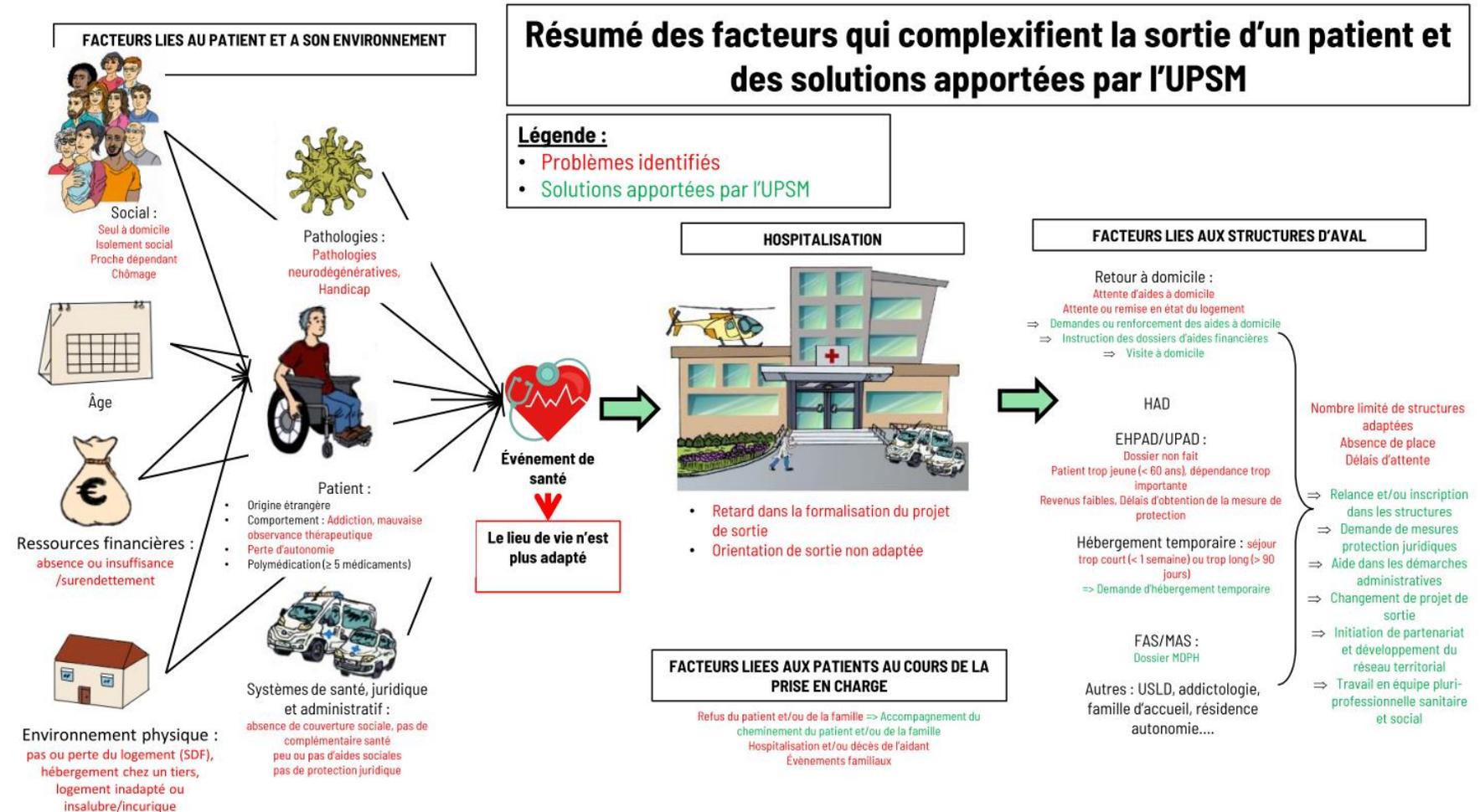


ANNEXE 3 : SCORE DE CHARLSON

Maladie	Pondération initiale (Charlson, 1987)
Infarctus du myocarde	1
Insuffisance cardiaque	1
Maladie vasculaire	1
Maladie neuro vasculaire	1
Démence	1
Bronchopneumopathie chronique obstructive	1
Pathologie rhumatismale	1
Ulcère gastro-duodéal	1
Hépatopathie peu sévère	1
Diabète sans complications	1
Diabète avec complications	2
Hémiplégie, paraplégie	2
Néphropathie	2
Cancer (y compris lymphome ou leucémie)	2
Hépatopathie modérée à sévère	3
Tumeur maligne métastatique	6
VIH	6
Score maximal	29



ANNEXE 4 : SCHEMA RESUME DES FACTEURS QUI COMPLEXIFIENT LA SORTIE D'UN PATIENT ET DES SOLUTIONS APPORTEES PAR L'UPSM





UNIVERSITÉ DE NANTES

NOM : MANNOURY

PRENOM : Claudy

Titre de Thèse : « Profil et freins à la sortie de l'hôpital des patients « bed-blockers » au CHU de Nantes : étude descriptive au sein de l'unité de parcours social et médical (UPSM)

RESUME

Introduction. – Face à la problématique des patients « *bed-blockers* », le CHU de Nantes a créé l'Unité de Parcours Social et Médical (UPSM), dont l'originalité réside en une présence médicale allégée au profit d'un renforcement de l'accompagnement social. L'objectif de l'étude était de décrire les profils des patients hospitalisés à l'UPSM et les freins à leur sortie.

Méthodes. – Une étude rétrospective et descriptive des 151 premiers patients pris en charge dans cette unité (octobre 2021 – novembre 2022) a été conduite, complétée d'entretiens qualitatifs auprès des assistantes sociales de l'unité.

Résultats. – Nous avons identifié trois profils de patients avec des problématiques spécifiques. 75% (n=114) des patients appartenaient à la catégorie 1 et étaient majoritairement des personnes âgées de plus de 75 ans (70%), fragiles et en perte d'autonomie (81%). Le frein à la sortie le plus fréquemment retrouvé était le délai d'admission en EHPAD (78%) avec une durée de séjour moyenne (écart type) de 108 (+/- 84) jours au CHU dont 62 jours à l'UPSM. Les patients de la catégorie 2 (n=27), étaient surtout des hommes (63%), entre 60 et 75 ans (56%), en manque de soutien social (44%), atteints de troubles addictifs (44%), et avec des problèmes financiers (37%) ou de logement (53%). Ces patients avaient un projet de sortie à construire à l'admission à l'UPSM, avec dans la majorité des cas une demande de mesure de protection (78%). Ils avaient une durée moyenne de séjour de 210 jours dont 157 jours à l'UPSM. Les patients de la catégorie 3 (n=10) étaient quasiment tous des hommes (90%) de moins de 60 ans (60%), handicapés (70%), avec des problèmes financiers (70%), de logement (70%) et d'addiction à l'alcool (80%). Ces patients étaient en attente d'une structure spécialisée, avec des délais d'admission longs (ex : FAM-MAS-SAMSAH pour 50%). Ils avaient une durée moyenne de séjour significativement plus longue de 403 jours dont 255 jours à l'UPSM.

Discussion/Conclusions. – Des facteurs de complexité liés aux patients mais également des failles dans les parcours des patients en amont (absence de demande préalable de mesure de protection ou d'inscription en EHPAD) et en aval de l'hospitalisation (manque de structures adaptées, délais d'admission) ont été mis en lumière et justifient la pertinence de l'UPSM du fait de la prise en charge sociale renforcée.

MOTS-CLES

Bed-blockers ; Durée moyenne de séjour ; Obstacles à la sortie.