

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

Thèse n°

### **THESE**

#### **POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

#### **(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 17 février 2017 à Poitiers  
par **Madame Claire de Gaillard épouse Systchenko**

Prévalence des patients identifiés « bed-blockers »  
dans les unités de court séjour et de soins de suite et réadaptation du  
Pôle de Gériatrie du CHU de Poitiers : enquête un jour donné.

#### **COMPOSITION DU JURY**

**Président** : Monsieur le Professeur Pascal Roblot

**Membres** : Monsieur le Professeur Bertrand Debaene

Monsieur le Professeur Marc Paccalin

Monsieur le Docteur Jocelyn Barrier

**Directeur de thèse** : Monsieur le Professeur Marc Paccalin



Le Doyen,

Année universitaire 2016 - 2017

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (**surnombre jusqu'en 08/2019**)
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HERPIN Daniel, cardiologie
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (**surnombre jusqu'en 08/2017**)
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

**Maitres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FRASCA Denis, anesthésiologie – réanimation
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- HURET Jean-Loup, génétique
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

**Professeur des universités de médecine générale**

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

**Maître de conférences des universités de médecine générale**

- BOUSSAGEON Rémy

**Professeur associé des disciplines médicales**

- ROULLET Bernard, radiothérapie

**Professeurs associés de médecine générale**

- BIRAULT François
- VALETTE Thierry

**Maitres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- GIRARDEAU Stéphane
- GRANDCOLIN Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VICTOR-CHAPLET Valérie

**Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- DHAR Pujasree, maître de langue étrangère
- ELLIOTT Margaret, contractuelle enseignante

**Professeurs émérites**

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2017)
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

**Professeurs et Maitres de Conférences honoraires**

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

## Table des matières

1.	Introduction .....	1
2.	Généralités.....	3
3.	Méthode .....	5
4.	Résultats.....	8
5.	Discussion.....	14
6.	Conclusion.....	21
	Références bibliographiques.....	22
	Abréviations.....	26
	Annexes .....	27
	Résumé et mots clé .....	32
	Serment d'Hippocrate .....	33

# 1. Introduction

Apparue au début des années 1970 [1] sous le terme de « blocked-bed », la problématique des patients occupant des lits hospitaliers sans justification médicale n'est pas nouvelle. La sémantique a ensuite évolué pour désigner directement les patients impliqués dans cette situation : les « bed-blockers » [2]. De par la consonance trop péjorative de ce terme, une multitude de propositions ont émergé : « delayed discharge » au Royaume Uni en 2001 [2, 3,], « Alternate Level of Care patients » au Canada [4], « prolonged length of stay », « inappropriate hospital stay » [5] ... Aucun terme français n'a pour l'instant réuni de consensus pour aborder cette problématique et ces patients. Nous utilisons ainsi, à défaut, l'expression « bed-blockers » dans ce travail.

Un patient « bed-blocker » est un patient dont l'état médical permet la sortie et qui reste pourtant hospitalisé. Le traitement de l'épisode aigu est terminé ou en cours mais efficace et bien toléré, l'expertise médicale est finalisée, le patient présente une stabilité clinique qui permet la sortie d'hospitalisation avec une continuité des soins qui est assurée. Si le patient n'est pas totalement guéri, son état de santé ne nécessite plus une prise en charge hospitalière avec les soins, la technologie, l'expertise, l'observation et les coûts qui en découlent [6].

Le taux de patients « bed-blockers » rapporté dans les études est très variable du fait de l'hétérogénéité des Services étudiés, de la durée du recueil, des différents modes de calcul... Les résultats varient de 3% à 50% [7] ! Dans certains rapports, le patient peut être qualifié de « bed-blocker » pendant une période représentant jusqu'à 50% de la durée totale de son séjour [8].

Les causes du retard à la sortie et les caractéristiques des patients concernés ont été maintes fois étudiées dans la littérature internationale [4, 5, 7-13] mais peu dans la littérature française [14]. L'attente d'une place en institution ou d'aides à domicile, les problèmes familiaux, l'attente d'examen complémentaire ou d'avis spécialisé constituent les raisons principales. Les caractéristiques principales de ces patients sont : un âge avancé, un haut niveau de dépendance et l'existence de troubles cognitifs et fonctionnels.

L'objectif principal de cette étude est de calculer la prévalence des patients « bed-blockers » dans le Pôle de Gériatrie du CHU de Poitiers un jour donné. Les objectifs secondaires sont de préciser les caractéristiques socio-démographiques et médicales des patients, d'évaluer la durée de prolongation de leur hospitalisation et d'identifier les causes de cette prolongation.

## 2. Généralités

Les personnes de plus de 60 ans représentaient, en 2015, 24% de la population des pays développés avec une projection à 34% en 2050 selon le département des Affaires Economiques et Sociales des Nations Unies [15]. Dans le département de la Vienne (86), les plus de 60 ans représentaient, en 2015, 27% de la population totale, avec 10,7% âgés de plus de 75 ans soit 46 492 personnes [16, 17]. Une augmentation de 11% des plus de 75 ans a été constatée en l'espace de sept ans (46 492 personnes en 2015 et 41 746 en 2008 [17]). Une caractérisation du cadre de vie des personnes de plus de 75 ans vivant dans la Vienne a été réalisée en 2012 par la Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) [18] : 48,7% vivaient à domicile avec de la famille (époux(se) et/ou enfant(s)), 37% étaient seuls et 10,7% résidaient en institution (3,6% restant non caractérisés).

Les personnes âgées ont comme principale caractéristique un état de santé plus précaire que le reste de la population générale. Elles présentent de nombreuses comorbidités, de multiples pathologies chroniques plus ou moins intriquées et un risque de perte d'autonomie fonctionnelle [12]. De ce fait, elles sont des utilisateurs majeurs du système hospitalier et représenteraient actuellement entre 40 à 60% du total des patients hospitalisés dans les pays occidentaux [19, 20].

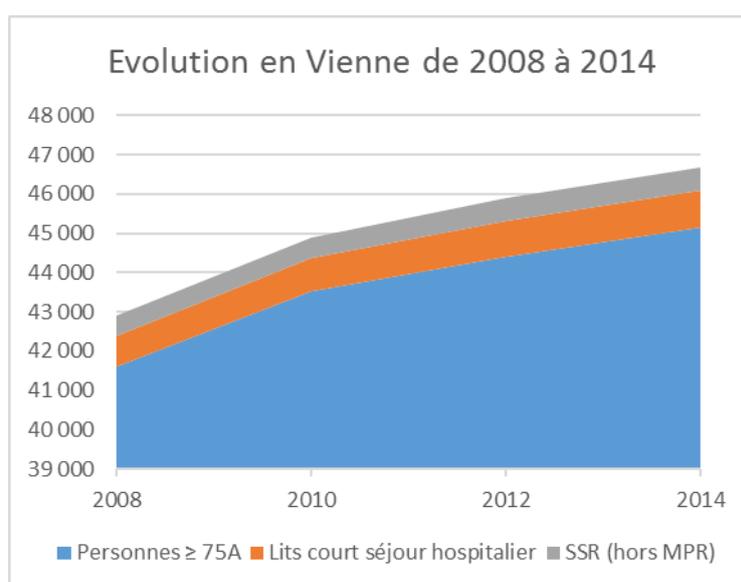
L'augmentation prévisible dans les années à venir de cette population à forte consommation de soins hospitaliers est donc un enjeu de santé publique. Par ailleurs, cette augmentation coïncide avec une période d'économie de santé marquée par le plan de redressement des finances publiques de 2015 à 2017 dans lequel l'Assurance Maladie doit supporter un effort de 10 milliards d'euros d'économie. Une partie sera assurée par les établissements de santé avec programmation d'une baisse du nombre de lits hospitaliers [21]. Cette tendance existe déjà au niveau national avec une baisse significative de 4% des lits installés en hospitalisation complète entre 2009 et 2014 (427 232 vs 410 921) [22]. Le développement de l'ambulatoire n'est pas forcément adapté à cette population. Les différentes études réalisées sur ces patients « bed-blockers » montrent ainsi une discordance entre les besoins de cette population et l'accès aux Services de soins (hospitaliers ou d'aval...) [9-11, 23]. Il faut faire aussi bien, voire mieux, avec parfois moins de

moyens en optimisant les ressources à notre disposition pour obtenir le meilleur service médical rendu.

La situation de la Vienne, jusqu'en 2014, était plutôt inverse. En effet, avant d'affronter les répercussions des nouvelles politiques de santé, le nombre de lits de court séjour hospitalier de médecine et de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) ont augmenté respectivement de 17% et 21% de 2008 à 2015, de concert avec le nombre d'habitants de plus de 75 ans qui a progressé de 9% [17, 18]. Concernant l'offre de structures médico-sociales pour les personnes âgées en Vienne, elle a évolué de manière adaptée par rapport à la population avec, en 2014, 166 places pour 1000 personnes de plus de 75 ans réparties entre les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les maisons de retraite, foyers-logement, Unités de Soins de Longue Durée (USLD) et services de soins à domicile (SSIAD + SPASAD) *versus* 153/1000 en 2008.

	2008	2010	2012	2014	2014 vs 2008
<b>Personnes ≥ 75ans</b>	41 591	43515	44 402	45143	<b>9%</b>
<b>Lits court séjour hospitalier</b>	800	863	916	937	<b>17%</b>
<b>SSR (hors MPR)</b>	505	497	593	609	<b>21%</b>
<b>Taux d'équipement PA</b>	152,82	168,1	169,6	165,9	<b>9%</b>

Recueil pour le département de la Vienne  
selon les données de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) [18]



Recueil pour le département de la Vienne selon la DREES [18]

## 3. Méthode

### Population

L'étude a été réalisée dans les unités sanitaires du pôle de Gériatrie du CHU de Poitiers qui comporte 2 sites hospitaliers. Le pôle est composé sur le site de La Milétrie de 187 lits sanitaires répartis dans 7 unités avec 86 lits de court séjour gériatrique (UGA) et 101 lits de Soins de Suite et Réadaptation (SSR) gériatrique (définis par des patients  $\geq 75$  ans et polyopathologiques). Le site de Lusignan comporte 30 lits de SSR polyvalents c'est-à-dire n'accueillant pas que des patients dits « gériatriques ». La durée moyenne actuelle de séjour dans le pôle est de 9,3 jours pour les UGA et de 18,4 jours pour les services de SSR. Le pôle de Gériatrie comporte également en aval plusieurs lits en unités médico-sociales : 74 lits de Soins de Longue Durée (USLD) sur le site de la Milétrie, 30 lits d'USLD et 164 lits d'EHPAD sur le site de Lusignan. En dehors de l'équipe médicale, soignante et paramédicale, du temps social à hauteur de 3,5 ETP (Equivalent Temps Plein) est dévolu au pôle.

L'étude proposée a été réalisée dans 5 unités sanitaires du site de la Milétrie et dans l'unité SSR de Lusignan et concernait un total de 190 patients, 86 d'UGA et 104 de SSR.

Il s'agit d'une étude transversale avec un recueil un jour donné (coupe transversale) : le 7 juin 2016 à Poitiers et le 9 juin 2016 à Lusignan sur la totalité des patients présents en hospitalisation. L'identification des patients « bed-blockers » a été obtenue après interrogation des médecins référents des différentes unités. Les données de chaque patient ont ensuite été collectées à partir de l'interrogatoire du personnel médical (médecins et internes), paramédical (infirmières et aides-soignantes) et social (assistantes sociales) et par l'étude du dossier médical.

### Recueil de données

Les données suivantes ont été recueillies (Annexe 1) :

- socio-démographiques : comprenant la date de naissance, le sexe, le mode de vie avant l'hospitalisation ;
- données concernant l'hospitalisation :

- motif d'hospitalisation classé en 2 catégories (problème somatique ou problème de maintien à domicile/perte d'autonomie),
  - mode d'admission dans le service (directement depuis le service des Urgences, après prise en charge temporaire dans l'Unité d'Hospitalisation d'Aval (UHA), ou hospitalisation programmée),
  - dates d'admission à l'hôpital et dans le service de gériatrie,
  - unité gériatrique d'accueil au moment de l'enquête (UGA ou SSR),
  - nombre d'hospitalisations dans les 6 derniers mois ;
- données sociales : traçabilité d'une prise en charge sociale au cours de l'hospitalisation et délai de sa mise en place par rapport au début de l'hospitalisation ;
- motif de qualification « bed-blocker » établi par les médecins responsables du patient et réparti en plusieurs catégories :
- raison sociale : attente d'institutionnalisation (EHPAD, foyer logements ...), attente du déblocage des aides à domicile/de livraison de matériel à domicile, raisons familiales ou personnelles (refus de sortir, pression familiale diverse, répit de l'aidant principal),
  - raison organisationnelle : attente de place en structures de soins d'aval (HAD, USLD et SSR), gestion de service hospitalier (manque de personnel soignant, diminution du personnel le week-end...), attente d'examens complémentaires paracliniques ou biologiques, d'avis spécialisé,
  - autre raison, à préciser ;
- données à caractère médical : recherche de critères de vulnérabilité, niveau d'autonomie par le score groupe isoressource (GIR) [24] et nombre de comorbidités grâce au score de Charlson [25].

Huit critères de vulnérabilité ont été recueillis : la polymédication ( $\geq 3$  traitements), la polypathologie ( $\geq 3$  pathologies chroniques), la présence de troubles cognitifs ou psychologiques, de troubles locomoteurs (troubles de la marche, chutes à répétition ou autre), de troubles sensoriels, la dénutrition (Indice de Masse Corporelle  $< 21$  ou hypoalbuminémie  $< 35\text{g/L}$ ) et l'isolement social.

Le score d'autonomie GIR (Annexe 2) est établi par l'équipe soignante et permet une catégorisation des patients de 6 (autonomie complète) à 1 (dépendance complète) en fonction de la capacité totale ou partielle ou de l'incapacité du patient en termes de : cohérence, orientation, habillage, toilette, alimentation, élimination, mobilisation et aptitude à faire les transferts lit-fauteuil. Ce score reflète ainsi l'autonomie sur les activités de la vie quotidienne et permet d'envisager un plan d'aides adapté. Au niveau de la prise en charge sociale, les patients ayant un score GIR  $\leq 4$  peuvent bénéficier de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) [26].

Le score de comorbidités de Charlson (0-5 ; Annexe 3) classe les patients en du nombre de comorbidités.

Un mois après la réalisation de la coupe transversale, un nouveau passage a été réalisé aux seins des unités afin de voir ce qu'il était advenu des patients identifiés initialement « bed-blocker ».

### Analyse statistique

Les valeurs moyennes ( $\pm$ écart-type) ont été calculées à l'aide du logiciel GraphPadPrism.

Les comparaisons des données quantitatives ont été effectuées avec le test T de Student (GraphPad Prism).

## 4. Résultats

### Prévalence de patients « bed-blockers »

Quarante-et-un patients ont été qualifiés, le jour donné, « bed-blockers » et représentaient 21,6% des patients hospitalisés, majoritairement en unité de SSR (Tableau 1).

	<b>Bed-blockers</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Court séjour gériatrique</b>	N=8/86	<b>9,3%</b>
<b>Unité SSR</b>	N=33/104	<b>31,7%</b>
<b>Total</b>	N=41/190	<b>21,6%</b>

Tableau 1 : Prévalence des bed-blockers

L'âge moyen des patients était de 81,4 ± 12 ans [50-95]. Le ratio homme/femme était de 0,64 (Tableau 2).

Le mode de vie avant l'hospitalisation était réparti de la manière suivante :

- 80% des patients vivaient à domicile (n=33) dont 46% seul(e) (n=19),
  - o 73% (n=24) d'entre eux bénéficiaient d'aides à domicile,
- 12% vivaient en EHPAD (n=5),
- deux étaient dans des situations autres (sans domicile fixe et vivant chez des amis).

A noter que 15% des patients étaient sous protection juridique au moment de l'enquête (tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice).

		Effectif (n=41)	Pourcentage
<b>Âge moyen</b>	81,4 ± 12	-	-
<b>Sex-ratio H/F</b>	0,64	16/25	39/61
<b>Mode de vie avant hospitalisation</b>	Domicile	33	80
	▪ Seul	19	46
	▪ Avec famille	14	34
	▪ Aides à domicile (n/33)	24	73
	Autres	8	20
	▪ Foyer logement	1	3
	▪ EHPAD	5	12
	▪ Divers	2	5
	Protection juridique	6	15
<b>Critères de vulnérabilité</b>	Moyenne [min-max] : 3,97 ± 0,23 [1-7]	-	-
	Médiane : 4	-	-
	- Polymédication	31	76
	- Polypathologie	25	61
	- Troubles cognitifs/psychiatriques	28	68
	- Troubles locomoteurs	29	71
	- Troubles sensoriels	16	39
	- Dénutrition	14	34
	- Isolement social	13	32
<b>Score d'autonomie GIR</b>	Moyenne [min-max] : 2,85 ± 0,16 [1-5]	-	-
	Médiane : 3	-	-
	- 6	0	0
	- 5	2	5
	- 4	11	27
	- 3	9	22
	- 2	17	41
- 1	2	5	
<b>Score de comorbidité de Charlson</b>	Moyenne [min-max] : 3,83 ± 0,33 [0-11]	-	-
	Médiane : 4	-	-
	- 0	2	5
	- 1-2	7	17
	- 3-4	18	44
<b>Nombre d'hospitalisations dans les 6 derniers mois</b>	▪ 0	23	56
	▪ 1	13	32
	▪ 2	2	5
	▪ ≥3	3	7

Tableau 2 : Caractéristiques des patients

Les motifs d'hospitalisation étaient les suivants (Tableau 3A) :

- Problème somatique : 34 patients. Les motifs étaient répartis de la manière suivante : 14 patients ont été hospitalisés à la suite d'une chute, 5 pour pathologie cardiaque, 5 pour sepsis, 4 pour un problème psycho-comportemental, 2 pour syndrome confusionnel, le reste pour des motifs divers (n=4),
- Problème de maintien à domicile ou perte d'autonomie : 7 patients.

L'admission dans le pôle de gériatrie était dans la majorité des cas programmée, directement par le service ou après acceptation de transfert depuis un autre service (53,3%).

		Effectif (n/41)	Pourcentage
<b>Motif d'hospitalisation</b>	Problème somatique	34	83
	Problème de maintien à domicile ou perte d'autonomie	7	17
<b>Type d'admission</b>	Hospitalisations non programmées	19	46,3
	▪ Via les urgences	11	26,8
	▪ Via l'UHA	8	19,5
	Hospitalisations programmées	22	53,7
	▪ Par le service	3	7,3
	▪ Transfert d'un autre service	19	46,3
<b>Prise en charge sociale</b>	Oui	31	75,6

Tableau 3A : Caractéristiques de l'hospitalisation

La durée moyenne de séjour au CHU de ces patients « bed-blockers » était, au moment de la coupe transversale, de  $48,7 \pm 11,0$  jours, dont  $37,1 \pm 7,0$  jours au sein du pôle de gériatrie (Tableau 4B).

La traçabilité d'une prise en charge par une assistante sociale a été trouvée pour les  $\frac{3}{4}$  des patients avec un délai moyen d'intervention de  $10,6 \pm 2,5$  jours [1-69] (médiane à 7 jours) (Tableau 4A et 4B).

		Moyenne [min-max] (en jours)	Médiane (en jours)
<b>Durée de séjour au moment de l'enquête</b>	▪ Au CHU de Poitiers	48,7 +/-11 [5-379]	20
	▪ Dans le pôle de gériatrie	37,1+/-7 [1-219]	19
<b>Délai de prise en charge sociale (si réalisée, soit 31 patients/41)</b>		10,6+/-2,5 [1-69]	7

Tableau 3B : Caractéristiques de l'hospitalisation

## Motifs déclaratifs de la qualification « bed-blocker » (Tableau 4)

Les différents motifs retrouvés lors du recueil ont été répartis en deux catégories :

- Les problèmes sociaux : cette catégorie représente 75,6% des « bed-blockers » du pôle. Les quatre principaux motifs étaient :
  - l'attente d'une institutionnalisation en EHPAD ou en foyer logement pour 15 patients, soit 36,6% des patients bed-blockers,
  - raisons familiales ou personnelles (pression familiale ou du patient, répit de l'aidant...) pour six patients (14,6%),
  - autres raisons : attentes de déblocage des dossiers administratifs (attente de tutelle, réponse de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), déblocage aide financière...) pour quatre patients « bed-blocker » (9,8%),
  - absence de solution pour quatre patients (9,8%), dépendants pour une période de temps limitée (par exemple : patiente avec manchette plâtrée des 2 bras) ;
- Les problèmes organisationnels avec deux principaux motifs :
  - l'attente d'une place en structure d'aval médicalisée de type HAD, SSR, ou USLD pour 5 patients (12,2%)
  - la gestion propre au service hospitalier, responsable du statut « bed-blocker » dans 4 cas (9,8%).

		Effectif (n/41)	Pourcentage
<b>Problèmes sociaux</b>	Au total	<b>31</b>	<b>75,6</b>
	▪ Attente de place en institution	15	36,6
	▪ Problème familial ou personnel	6	14,6
	▪ Attente de déblocage des dossiers administratifs	4	9,8
	▪ Offre d'aval non adaptée	4	9,8
	▪ Attente aides à domicile/livraison de matériel à domicile	2	4,8
<b>Problèmes organisationnels</b>	Au total	<b>10</b>	<b>24,4</b>
	▪ Attente de place en structure d'aval médicalisée (HAD, SSR, USLD)	5	12,2
	▪ Gestion de service hospitalier	4	9,8
	▪ Attente examen complémentaire, avis spécialisé	1	2,4

Tableau 4 : Motifs de qualification « bed-blocker »

## Réévaluation à 1 mois

Un mois après le recueil initial des données, un deuxième recueil a été effectué pour savoir si les « bed-blockers » identifiés lors du premier recueil étaient toujours présents dans le Pôle.

Le pourcentage des patients « bed-blockers » sortis d'hospitalisation était de 66% (n=27/41). La durée moyenne de séjour hospitalier de ces patients était de 38,3 ± 6,3 jours. Leur orientation d'aval se répartissait de manière homogène : 45% de retour à domicile et 45% d'institutionnalisation (EHPAD et foyer logement) (Tableau 5).

Pour les 14 patients encore présents dans le service la durée moyenne cumulée de leur séjour depuis leur admission au CHU était de 112,9 ± 29 jours. Un seul de ces patients avait eu ≥2 hospitalisations au cours des six mois précédents.

L'ensemble de ces données se trouve dans le tableau 5.

A posteriori, nous avons récupéré les dates de sortie définitives des patients « bed-blockers » encore présents lors du recueil à un mois. Leur DMS a été au final de 137,3 ± 108,4 [37-412] ; 9 sont entrés en institution, 4 à domicile et 1 en USLD.

<b>Réévaluation à M+1</b>		Effectif	Pourcentage
<b>Bed-blockers Sortis</b>	<b>TOTAL</b>	<b>27/41</b>	<b>66</b>
	▪ Durée de séjour d'hospitalisation (en jours)		
	Moyenne [min-max] : 38,3 +/- 6,3 [6-135]	-	-
	Médiane : 26	-	-
	▪ Orientation	(n/27)	
	- Domicile	12	45
	- Institutionnalisation	12	45
	- HAD et SSR	2	7
	- Décès	1	3
<b>Bed-blockers toujours présents</b>	<b>TOTAL</b>	<b>14/41</b>	<b>34</b>
	Moyenne [min-max] : 112,9 +/- 29 [36-409]	-	-
	Médiane : 72	-	-

Tableau 5 : ré-évaluation à 1 mois des patients bed-blockers

Les patients « bed-blockers » encore présents à un mois dans le service de Gériatrie étaient significativement moins polypathologiques que ceux sortis ( $p=0,02$ ). Les autres caractéristiques ne diffèrent pas de manière significative (Tableau 6).

Caractéristiques	Présents M+1 (n=14)	Sortis M+1 (n=27)	
Âge	77 [50-93]	84 [58-95]	NS
Antécédents d'hospitalisation	0,57 [0-4]	0,70 [0-3]	NS
Critères de vulnérabilité	3,85 [1-6]	4,03 [1-7]	NS
GIR	2,92 [1-5]	2,81 [1-5]	NS
Score de Charlson	2,78 [0-5]	4,37 [0-11]	<b>p = 0,02</b>

Tableau 6 : Comparaisons des principales caractéristiques des patients bed-blockers présents ou sortis à M+1

## 5. Discussion

Notre étude réalisée un jour donné a identifié 21,5% de patients « bed-blockers », dont un tiers avait encore ce statut 1 mois plus tard. La grande majorité d'entre eux (83%) a été admis pour un problème somatique et près de la moitié (46%) était en perte d'autonomie sévère (GIR 1-2). Plus d'un tiers (36%) attendait une institutionnalisation et 12% une filière d'aval (HAD, SSR, USLD).

Cette prévalence de patients « bed-blockers » présent dans le pôle de Gériatrie du CHU de Poitiers sur une coupe transversale correspond aux données retrouvées dans la littérature [7]. Ces patients « bed-blockers » ont une durée de séjour au minimum 2 fois plus importante que la DMS standard du pôle.

Notre étude est cependant difficilement comparable avec les autres données de la littérature pour plusieurs raisons. La principale est qu'il n'existe pas de définition arrêtée et acceptée d'un « bed-blocker » [3]. Cette notion de patient sortant « médicalement » est très subjective et à l'appréciation du clinicien responsable du patient. L'étude de Manzano-Santaella expliquait que suivant le rang hiérarchique et la spécialité du praticien, les conclusions pouvaient être discordantes pour un même patient [3]. Deuxièmement, chacune des études analysées a été réalisée dans des conditions différentes : sur un temps donné, dans un service donné ou sur un hôpital ou une région... Suivant le type de service (chirurgie, médecine, SSR ou long séjour), la durée moyenne de séjour n'est évidemment pas la même et notre étude ne fait pas exception lorsque l'on compare les DMS UGA et SSR. Enfin, le dernier élément qui rend les études difficilement comparables concerne les différences de capacité d'accueil en aval entre les différents pays et structures [11].

Il serait utile d'avoir une définition standardisée et universelle d'identification du patient « bed-blocker » et d'en repérer le risque précocement. La puissance de notre étude est malheureusement trop faible pour proposer un test robuste. Il pourrait être intéressant de réaliser une nouvelle étude prospective de tous les patients entrant dans notre pôle en recensant les principales caractéristiques des patients « bed-blockers » en les comparant à des non « bed-blockers ». Ceci serait néanmoins encore à l'appréciation des cliniciens et peut-être non objectif, car un patient jugé « non bed-blocker » un jour donné pourrait en définitive s'avérer être un réel « bed-blocker » ultérieurement au cours du séjour...

Un des objectifs secondaires de notre étude était de caractériser les patients « bed-blockers » présents dans le Pôle. Ceux-ci présentent des caractéristiques similaires à celles décrites dans la littérature [4, 5, 7, 12, 14] avec une moyenne d'âge aux alentours de 81 ans, une majorité de femme, des patients provenant de leur domicile avec plus ou moins d'aides préexistantes, des patients vulnérables (en moyenne presque 4 critères dans notre étude), peu autonomes (avec un GIR aux alentours de 3) et présentant de nombreuses comorbidités (>3 en moyenne), en particulier des troubles cognitifs (68%). L'isolement social, un des critères de vulnérabilité retenu, a la plus faible prévalence dans notre étude (tout de même présent chez 32% des patients) et semble être un critère à prendre en considération selon Landeiro et al. [27].

La plupart de nos patients « bed-blockers » n'ont pas recours en permanence à l'hospitalisation car 80% d'entre eux avaient moins d'une hospitalisation dans les six mois précédents et peu ont été adressés en USLD. Ces résultats rejoignent les données de l'étude de McCloskey *et al.* qui rapportaient 62% de patients « bed-blockers » sans hospitalisation antérieure au cours de l'année écoulée [4]. Cependant, même si l'étude montre certaines caractéristiques prédominantes, qui se retrouvent également dans la littérature, nous n'avons pas de facteurs de risque très distinctifs (patients ≥75ans et polypathologiques). Deux études corroborent cette hypothèse. L'étude de Sona *et al.*, concernant les recours à l'hospitalisation chez les personnes âgées, retrouve les facteurs de risque suivants : personnes vivant seules à domicile, dépendance pour les activités de la vie quotidienne, troubles cognitifs et présence de comorbidités [19]. Une autre étude rétrospective comparant un groupe de patients « bed-blockers » et un groupe de patients « non bed-blockers » montre l'absence de différence en termes de nombre d'hospitalisations l'année précédente et de motif d'hospitalisation entre les deux groupes [11].

Après avoir essayé d'identifier les patients à risque, il est important de s'attacher à comprendre les raisons de cette situation pour essayer d'y apporter une réponse. Dans notre étude, la plupart des motifs découlent de l'attente de place en structure post-hospitalière avec en premier lieu l'attente de place en institution (36,6%) ou en structure d'aval médicalisée (HAD, SSR, USLD) (12,2%). Ces données, associées à l'attente de la mise en place d'aide à domicile (4,8%) et à l'offre d'aval non adaptée (9,8%), représentent

quasiment les deux-tiers des raisons de prolongation du séjour hospitalier. Il est important de mettre en exergue que 17% des hospitalisations des « bed-blockers » de notre étude ne le sont pas pour des motifs somatiques mais pour des problèmes de maintien à domicile ou de perte d'autonomie ne nécessitant pas une hospitalisation. Ainsi, il existe un manque d'anticipation pour au moins 17% des patients et potentiellement plus si le problème somatique n'était pas la seule raison de non retour à domicile. Près de 10% des « bed-blockers » étaient en attente d'une filière d'aval dont un SSR, soulignant ainsi le ratio insuffisant MCO/SSR sur notre structure. Cette problématique de l'attente de structure médicalisée d'aval peut aussi concerner des patients vivant en EHPAD, en effet pour deux de ces patients, nous attendions une HAD et une place en USLD.

L'étude réalisée par Couillot et al. [14] dans un service de SSR des Hauts de Seine retrouve à peu près les mêmes résultats que nous : 29% d'attente de place en structure d'aval (vs 36% dans notre étude), 15% résultant d'un problème familial (vs 14,6%) et 9% d'attente de tutelle (vs 9,8% pour des attentes de validation de dossier). Ces données, retrouvées fréquemment dans la littérature [5, 7, 10, 11, 13, 23, 28], nous laissent penser que l'offre d'aval est insuffisante ou discordante par rapport au besoin réel [9, 12]. Dans la Vienne, la DREES décompte en 2014, 166 places pour 1000 personnes de plus de 75 ans réparties entre les EHPAD, maison de retraite, logements-foyers, USLD, services de soins à domicile (SSIAD + SPASAD). Une situation loin d'être chaotique comparée à la situation nationale où la population des plus de 75 ans a augmenté de 9% depuis 2008 (5 875 312 vs 5 373 701) alors que l'offre d'accueil des personnes âgées en aval n'a augmenté que de 3% (142,2 vs 137,89). La problématique de l'accueil post hospitalier est donc réelle et ne semble pas aller en s'améliorant au fil des années [18]...

Devant cette difficulté persistante des services « embolisés » par les patients « bed-blockers », diverses politiques ont été engagées dans différents pays dont certaines prenant le problème dans sa globalité. Par exemple, le Community Care Act au Royaume Uni [10] a mis en place un système d'amende que les hôpitaux font payer aux services de soins à domicile pour chaque jour de retard de prise en charge du patient lorsque celui-ci est sortant médicalement. De leur côté, les Intermediate Care Services au Pays Bas [29] ont créé le « buffer management » qui est un système de gestion des flux hôpital-EHPAD grâce à un « service tampon » géré par un manager. Ces différentes mesures politiques n'ont pas eu les

succès escomptés avec peu d'efficacité sur la prévalence des patients « bed-blockers », mais seulement un déplacement des différents problèmes. L'attente pour les structures d'aval s'est transformée en attente pour l'Intermediate Care Services avec une augmentation des réadmissions [10]. La mise en place de fonds communs pour la prise en charge médicale et sociale du patient a également été testée. Mason et al. [30], à travers une revue de la littérature, a évalué cette pratique et retrouvait des résultats mitigés sur la durée moyenne de séjour.

A côté de ces politiques globales, d'autres initiatives ont vu le jour. Depuis plusieurs années, des services de gériatrie spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées fragiles ont été créés : les Acute Care for Elders [31], les services d'ortho-gériatrie [32], les équipes mobiles de gériatrie et unités de gériatrie [33] et des programmes tels que HELP (Hospital Elder Life Program), NICHE (Nurses Improving Care for Health) [7, 34]. Toutes les études s'accordent sur le fait que la prise en charge globale et multidisciplinaire des patients âgés fragiles dans ces unités ou ces programmes permet une diminution du déclin fonctionnel par rapport à la prise en charge dans les services de médecine ou de chirurgie classiques [35]. La plupart d'entre elles montrent également des bénéfices en termes de diminution de durée de séjour, du nombre de réadmission hospitalière, de limitation des risques de iatrogénie et d'isolement social. Un article écrit par Meschi et al. [36] sur la prise en charge spécifique des patients « bed-blockers » dans une unité dédiée « long term critical unit » sur huit ans a montré effectivement une diminution de la DMS et du nombre de réadmission mais pas de la prévalence des « bed-blockers ». Un résultat similaire a été retrouvé par Caminiti et al. [8]. Ces résultats sont intéressants car l'efficacité du système de santé est actuellement souvent évaluée à travers la DMS mais nous pensons qu'il serait pertinent, sous réserve d'une définition consensuelle, d'ajouter la notion de « bed-blocking ». Les « bed-blockers » sont par définition des patients dont la DMS est supérieure à celle qu'elle devrait et ils ont une incidence directe sur ce critère [9]. En effet, il suffit de peu de patients « bed-blockers » présentant des durées de séjour très longues pour augmenter considérablement la DMS d'un service. Nous retrouvons cet effet dans notre étude de façon indirecte : les patients toujours présents lors du second recueil (donc probablement les plus « chroniques ») avaient une DMS de plus de 137 jours...

L'identification d'un « bed-blocker » est probablement limitée à l'appréciation et l'expérience du clinicien référent. Ainsi dans notre étude, l'attente d'un examen complémentaire ou d'un avis spécialisé était peu souvent rapportée comme motif d'identification « bed-blocker ». Ceci est satisfaisant mais peut-être pas objectif. Ce type de motif pour un patient donné n'est pas responsable d'une grande augmentation de la DMS, mais les conséquences de quelques jours d'attente pour un examen à l'échelon d'un établissement ne sont pas négligeables.

Si la problématique de l'accueil post-hospitalier joue un rôle majeur, il n'est pas moins important de se pencher sur les autres motifs de « bed-blocking ». Dans notre étude, deux autres problématiques regroupent un quart des motifs.

La première est représentée par les raisons familiales ou personnelles (14,6%) [7, 10]. La difficulté psychologique à accepter un nouvel état dû à la maladie (et la perte d'autonomie qui en découle) est présente pour 8% des patients « bed-blockers » de l'étude de Couillot et al. [14] On peut aussi évoquer 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. Cela nous rappelle que le patient avant d'être un « problème médical » est un être humain à part entière. Soigner le symptôme sans prendre en compte l'environnement et l'entourage conduit, en gériatrie, dans presque un cas sur six dans notre étude, à un échec. Cela nous rappelle également que dans ces situations de vulnérabilité pour le patient qu'est la vieillesse et la maladie (toutes deux responsables d'une plus grande dépendance), la prise en compte et en charge des proches et des aidants est primordiale.

L'autre problématique non négligeable est la gestion du service [6] responsable de 9,8% des causes de « bed-blocking » de notre étude. Les sorties d'hospitalisation sont décalées de quelques jours pour un manque de personnel ou parce que c'est le week-end. Elles sont souvent le fait de patients vivant déjà en EHPAD (n=3/5) dont la sortie peut-être facilement décalée de quelques jours. Heureusement, la prolongation du séjour est alors souvent faible. Mais si nous décidons de nous pencher sur toutes les problématiques, nous ne pouvons éliminer celle-ci sans y réfléchir en équipe pour améliorer le service rendu au patient en

diminuant la durée de séjour et potentiellement le risque de iatrogénie induite par un séjour hospitalier qui se prolonge [37].

En découle une dernière problématique, intriquée à toutes celles citées auparavant et probablement le meilleur levier d'action : la prise en charge sociale. Devant la prépondérance des « bed-blockers » secondaires à des problèmes sociaux, nous avons voulu connaître le taux et le délai de prise en charge par les assistantes sociales de l'hôpital. La majorité des patients ont eu une prise en charge sociale pendant l'hospitalisation (75,6%). Ceux qui n'en ont pas bénéficié (n=10) vivaient déjà en EHPAD (n=5), avait déjà une démarche en cours (n=1), étaient hospitalisés depuis peu (moins d'une semaine ; n=3) et le dernier pour une raison non retrouvée (n=1). Le délai de prise en charge était en moyenne de 10 jours avec une médiane à 7 jours. Il est alors tentant de penser que pour la moitié des patients, sept jours au minimum avaient déjà été perdus pour la prise en charge sociale qui est centrale. Cependant, nous ne connaissons pas les raisons de ce « retard » et au niveau éthique, il est difficile de solliciter les familles dès les premiers jours d'hospitalisation pour envisager l'orientation du patient alors que celui-ci est encore dans un état de santé jugé instable. Plusieurs études ou ébauches d'étude ont été réalisées montrant effectivement une diminution de la DMS si une planification de la sortie était mise en place rapidement dans le service [36] et lorsque la coordination entre les services hospitaliers et sociaux est bonne [7, 23, 29]. Mais est-il possible, avec les moyens humains actuels d'avoir une prise en charge sociale adaptée et précoce pour tous les patients ? La planification précoce de la sortie permettrait probablement de mettre à jour plus rapidement le risque social. Nous en revenons à l'intérêt de dépister précocement les patients à risque d'être « bed-blockers » pour leur proposer une prise en charge adaptée et optimisée. Certains services, comme celui du SSR des Hauts de Seine, proposent la mise en place d'alerte lorsque les séjours hospitaliers deviennent trop longs et la création de comité médico-sociaux afin de discuter des dossiers les plus compliqués [14].

Diminuer le nombre de patients « bed-blockers » est-il une fin en soi ? Bien sûr que non. Notre objectif en tant que médecin est de prodiguer le meilleur soin possible au

patient. Cependant le taux de patients « bed-blockers », même s'il n'est pas le seul, est un excellent marqueur d'efficacité de notre système de santé. Il est en effet question des coûts financiers mais aussi humains. Un coût financier car les lits de court séjour de médecine en 2015 coûtent 1013 euros par nuit, ceux de SSR 355 euros par nuit et sont financés en grande partie par la Sécurité Sociale [38] alors que le prix d'un EHPAD est en moyenne à 2200 euros par mois en 2009 [39] (financé par le patient pour la partie hébergement et le reste à charge ; par l'APA et donc le Conseil Départemental pour la partie autonomie et par la Sécurité Sociale pour la partie Soins). Un coût humain car un lit occupé par un « bed-blocker » est un lit qui ne peut être proposé à un autre patient en attente dans un lit d'amont et la « rentabilité » du lit de court séjour diminue avec la DMS qui s'allonge [40]. Ainsi le « bed-blocker » diminue l'offre d'accès à l'hospitalisation et les retombées économiques pour la structure. Il a également été validé que l'allongement de la durée d'hospitalisations augmentait fortement les risques de iatrogénie [37], de déclin fonctionnel et cognitif, de complications hospitalière/de décubitus (infection, thrombose, escarre...), d'isolement social et de répercussions psychologiques chez les personnes âgées. Mais attention de ne pas tomber dans l'excès inverse. Faire sortir les patients trop précocement pour satisfaire aux exigences de diminution de la DMS ne doit pas se faire au détriment de la santé du patient. Cela est parfois synonyme de mauvaise qualité de soins et de réadmission hospitalière précoce et n'est profitable ni pour le patient, ni pour l'institution au long terme [6, 23].

Notre étude présente de nombreuses limites à prendre en compte. Tout d'abord celle-ci est une étude analytique réalisée sur un jour donné dans un seul centre hospitalier et un seul pôle. La principale difficulté méthodologique est l'absence de définition ou d'échelle objective, valide et fiable permettant de caractériser un « bed-blocker ». Le terme « médicalement sortant » implique une décision médicale du médecin référent qui peut être parfois subjective.

## 6. Conclusion

L'identification d'un patient « bed-blocker » est une réelle problématique dans notre société occidentale où l'augmentation de la population des personnes âgées, à forte consommation de soins hospitaliers, se confronte à une période d'efficience de soins passant par des économies de santé majeures et responsables de fermetures de lits.

Les principales raisons ressortant de notre étude sont la difficulté à identifier précocement les patients à risque pour mettre en place les mesures adaptées, dont la prise en charge sociale et la problématique de l'accueil post hospitalier.

Différentes politiques ont été testées dans plusieurs pays. Aucune solution miracle n'a été trouvée pour régler cette problématique. Cependant, créer un lien durable et efficace entre les services médicaux et les services sociaux avec une prise en charge précoce et globale du patient et de sa famille semble être pour l'instant la piste à privilégier, en particulier pour les personnes âgées. Dans notre service, diminuer le délai de prise en charge par les assistantes sociales pourrait être une piste à étudier (en tenant compte évidemment de l'état de stabilité du patient et des ressources en assistance sociale). Il serait également intéressant de développer un système de repérage des patients à risque d'hospitalisation pour problème de maintien à domicile ou pour perte d'autonomie par les médecins traitants, les services d'aide à la personne et les infirmiers libéraux... afin de diminuer ces hospitalisations non nécessaires (qui représentent 17% des patients dans notre étude) en réglant les problèmes en amont. Le principal motif étant tout de même l'attente de place en structure, il semble important d'alerter les décideurs et politiques de l'importance d'augmenter les places en structure d'aval et de responsabiliser les citoyens pour une anticipation depuis le domicile, évitant de prendre l'hôpital en otage.

Enfin, un des points clés de notre étude est l'absence de critères spécifiques permettant de dépister rapidement et précocement les patients à risque de « bed-blocking » dès leur admission dans le service. Il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude prospective de tous les patients entrant dans notre pôle en recensant les principales caractéristiques de nos patients bed-blockers et ainsi essayer de dégager des critères de risque de bed-blocking.

## Références bibliographiques

1. Anonymous. The blocked bed. *Lancet* 1972;2:221-222
2. Gansel Y, Danet F, Rauscher C. Long stay inpatients in short-term emergency units in France: a case study. *Soc Sci Med* 2010;70:501-508
3. Manzano-Santaella A. From « bed-blocking » to delayed discharged. Precursors and interpretations of a contested concept. *Health Serv Manage Res* 2010;23:121-127
4. McCloskey R, Jarrett P, Stewart C, Nicholson P. Alternate Level of Care Patients in hospitals: what does dementia have to do with this? *Can Geriatr J* 2014;17:88-94
5. Becchi MA, Pescetelli M, Caiti O, Carulli N. Characteristics of patients in a ward of Academic International Medicine: implications for medical care, training programmes and research. *Intern Emerg Med* 2010;5:205-213
6. Manzano-Santaella A. Measuring and costing delayed discharges: conceptual and methodological challenges. *Clin Med* 2012;12:308-309
7. Lenzi J, Mongardi M, Rucci P et al. Sociodemographic, clinical and organisational factors associated with delayed hospital discharges: a cross-sectionnal study. *BMC Health Services Research* 2014;14:128
8. Caminiti C, Meschi T, Braglia L et al. Reducing unnecessary hospital days to improve quality of care through physician accountability: a cluster randomised trial. *BMC Health Services Research* 2013;13:14
9. Costa AP, Poss JW, Peirce T, Hirdes JP. Acute care inpatients with long-term delayed-discharge: an evidence from a Canadian health region. *BMC Health Services Research* 2012;12:172
10. Bryan K. Policies for reducing delayed discharge from hospital. *Br Med Bull* 2010;95:33-46
11. Challis D, Hughes J, Xie C, Jolley D. An examination of factors influencing delayed discharge of older people from hospital. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014;29:160-168
12. Bo M, Fonte G, Pivaro F et al. Prevalence of factors associated with prolonged length of stay in older hospitalized medical patients. *Geriatr Gerontol Int* 2016;16:314-321
13. Foer D, Ornstein K, Soriano TA, Kathuria N, Dunn A. Nonmedical factors associated with prolonged hospital length of stay in an urban homebound population. *J Hosp Med* 2012;7:73-78

14. Couilliot MF, Gryson N, Gougnard S. Relations entre la durée de séjour et les difficultés sociales en service de soins de suite et réadaptation gériatrique. Rev Geriatr 2014;39:215-220
15. United Nations Department of Economic and Social Affairs. World Population prospect: the 2015 revision. [https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/World\\_Population\\_2015\\_Wallchart.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/World_Population_2015_Wallchart.pdf). Site consulté le 05/10/2016
16. Institut National de la Statistique et de l'Etude Economique. INSEE et statistiques publiques. Estimation de population au 1er janvier 2015, par département, sexe et grande classe. [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=99&ref\\_id=TCRD\\_021](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=TCRD_021). Site consulté le 05/10/2016
17. Institut National de la Statistique et de l'Etude Economique. INSEE et statistiques publiques. Estimation de la population au 1er janvier, par département, sexe et âge de 1975 à 2015. [http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref\\_id=estim-pop&](http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=estim-pop&). Site consulté le 05/10/2016
18. Statiss. Statistiques et indicateurs de la santé et du social. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/default.htm>. Site consulté le 05/10/2016
19. Sona A, Maggiani G, Astengo M et al. Determinants of recourse to hospital treatment in the elderly. Eur J Public Health 2011;22:76-80
20. Fox MT, Persaud M, Maimets I et al. Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components: a systematic review and meta-analysis. J Am Geriatr Soc 2012;60:2237-2245
21. Communiqué de presse de Mme la Ministre de La Santé Mme TOURAINE du 03/03/2015 [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/040315 - CP Economies ES.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/040315_CP_Economies_ES.pdf). Site consulté le 06/11/2016
22. Institut National de la Statistique et de l'Etude Economique. INSEE et statistiques publiques. Lits installés en hospitalisation complète en 2014. [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATTEF06117](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06117). Site consulté le 30/10/2016
23. Hendy P, Patel JH, Kordbacheh T, Laskar N, Harbord M. In-depth analysis of delays to patient discharge: a metropolitan teaching hospital experience. Clin Med 2012;12:320-323
24. Grille AGGIR. Collège national des enseignants de neurologie CEN. [www.cen-neurologie.fr](http://www.cen-neurologie.fr) Site consulté le 05/10/2016

25. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chron Dis* 1987;5:373
26. Service Public. Qu'est ce que la grille AGGIR. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1229>. Site consulté le 30/10/2016
27. 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* 2016;27:737-745
28. Salonga-Reyes A, Scott IA. Stranded: causes and effects of discharge delays involving non-acute in-patients requiring maintenance care in a tertiary hospital medicine service. *Aust Health Rev* 2016
29. 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* 2011;11:80
30. Mason A, Goddard M, Weatherly H, Chalkley M. Integrating funds for health and social care: an evidence review. *J Health Serv Res Policy* 2015;20:177-188
31. Barnes DE, Palmer RM, Kresevic DM et al. Acute care for elders unit: produced shorter hospital stays at lower cost while maintaining patients' functional status. *Health Aff* 2012;31:1227-1236
32. Gonzalez-Montalvo JI, Alarcon T, Mauleon JL, Gil-Garay E, Gotor P, Martin-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* 2010;20:229-235
33. Somme D, Lazarovici C, Dramé M et al. The geriatric patients: use of acute geriatrics units in the emergency care of elderly patients in France. *Arch Gerontol Geriatr* 2011;52:40-45
34. Bakker FC, Robben SHM, Olde Rikkert MGM. Effects of hospital-wide interventions to improve care for frail older inpatients: a systematic review. *BMJ Qual Saf* 2011;20:680-691
35. Van Craen K, Braes T, Wellens N et al. The effectiveness of inpatient geriatric evaluation and management units: a systematic review and meta analysis. *J Am Geriatr Soc* 2010;58:83-92
36. Meschi T, Nouvenne A, Maggio M, Lauretani F, Borghi L. Bed-blockers: an 8 year experience of clinical management. *Eur J Intern Med* 2012;23:73-74

37. Permpongkosol S. Iatrogenic disease in the elderly: risk factors, consequences, and prevention. Clin Interv Aging 2011;6:77-85
38. CHU de Poitiers, tarifs en 2015. <http://www.chu-poitiers.fr/wp-content/uploads/2015/09/TARIFS-2015.pdf>. Site consulté le 07/11/2016
39. Inspection Générale des Affaires Sociales, Etat des lieux relatif à la composition des coûts mis à la charge des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/094000473/>. Site consulté le 07/11/2016
40. Majeed MU, Williams DT, Pollock R et al. Delay in discharges and its impact on unnecessary hospital bed occupancy. BMC Health Services Research 2012;12:410

## Abréviations

AGGIR : Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes et de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ETP : Equivalent Temps Plein

GIR : Groupe Iso Ressource

HAD : Hospitalisation A Domicile

IMC : Indice de Masse Corporelle

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

MDPH : Maison Départementales des Personnes Handicapées

MPR : Médecine Physique et Réadaptation

PA : Personnes Agées

SPASAD : Services Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile

SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

UGA : Unité de Gériatrie Aigue

UHA : Unité d'Hospitalisation d'Aval

USLD : Unités de Soins Longue Durée

# Annexes

Annexe 1 : fiche de recueil

## Fiche recueil Thèse Bed-blockers

**Bed-blocker** : patient considéré médicalement sortant sans prescription biologique en attente (les soins sont finis ou peuvent être poursuivis au domicile)

**Date du passage dans l'unité :**

unité : A B C D E

CSG  SSR

**Patient :**

Nom

Prénom

Sexe

Date de naissance

Age

1) **Motif d'hospitalisation :**

- problème de maintien à domicile, foyer logement, résidence service.../perte d'autonomie
- problème somatique : indication principale de l'hospitalisation :

2) **Admission via :**

- les urgences  passage par l'UHA
- transfert autre service (médecine-chirurgie) :
- consultation  hospitalisation programmée

3) **Dates :**

date d'admission à l'hôpital :

date d'admission dans l'unité :

durée du séjour dans l'hôpital au moment de l'enquête :

durée du séjour dans l'unité au moment de l'enquête :

4) **Mode de vie avant hospitalisation :**

- domicile :  avec aides  seul
- sans aides  en couple/avec enfant ou famille...
- famille d'accueil
- résidence personnes âgées
- foyer logement
- EHPAD
- Mesure de protection juridique
- Autre :

5) **Atcd d'hospitalisation**

Nombre d'hospitalisation au cours des 6 derniers mois :

Nombre d'hospitalisation en Gériatrie au CHU au cours des 6 derniers mois :

Si déjà connu, une intervention sociale avait-elle été réalisée :  O  N

**6) Critères de fragilité**

- polymédication (>3 traitements)  polypathologie (>3 pathologies chroniques)
- Troubles cognitifs/troubles psychologiques
- Troubles moteurs :  Troubles de la marche  chutes à répétition  autre :
- Troubles sensoriels
- Dénutrition (IMC : Alb : )
- Isolement social

**7) Autonomie, Comorbidités**

Score GIR au moment de l'enquête :

Score de comorbidités (Charlson) :

**8) Prise en charge sociale durant hospitalisation :**

passage assistante sociale  oui  non

Si oui, délai entre début hospitalisation et début PEC sociale :

**9) A quelle date le patient était médicalement sortant :**

**Motif du bed-blocking**

- attente place en institution (EHPAD, foyer logement, résidence service, famille accueil...)
- attente aides à domicile, livraison matériel
- attente HAD, SSR, USLD
- pression/résistance familiale, épuisement de l'aidant/répit de l'aidant
- demande du patient
- problème de personnel hospitalier, gestion de service...
- attente examen complémentaire paraclinique (IRM, TDM...), préciser examen :
- attente examen complémentaire biologique (INR, créat...), préciser examen :
- autre :

**10) A M+1 de l'enquête, patient toujours présent dans le service ?**

oui : durée du séjour :

non date de sortie

**lieu de sortie**

- domicile :  avec aides  seul
- sans aides  en couple/avec enfant ou famille...
- famille d'accueil
- résidence personnes âgées
- foyer logement
- EHPAD
- Mesure de protection juridique
- Autre :

## Annexe 2 : Grille AG-GIR

Chaque variable possède trois modalités. Pour chacune des variables, il convient d'évaluer adverbe par adverbe chaque activité, puis en fonction de la réponse aux adverbes, de coder la variable par A, B ou C

- A : fait seul les actes quotidiens : spontanément et totalement et habituellement et correctement ;
- B : fait partiellement : non spontanément et/ou partiellement et/ou non habituellement et/ou non correctement ;
- C : ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

Variables discriminantes*		A	B	C
<b>Cohérence</b>	Converser et/ou se comporter de façon sensée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Orientation</b>	Se repérer dans le temps, les moments de la journée et dans les lieux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Toilette du haut du corps</b>	Concerne le visage (incluant le rasage et le coiffage), le tronc, les membres supérieurs et les mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Toilette du bas du corps</b>	Concerne les régions intimes, les membres inférieurs, les pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Habillage haut</b>	Le fait de passer des vêtements par la tête et/ou les bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Habillage moyen</b>	Le fait de boutonner un vêtement, de mettre une fermeture éclair ou des pressions, une ceinture et des bretelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Habillage bas</b>	Le fait de passer des vêtements par le bas du corps, y compris les chaussettes, les bas et les chaussures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Alimentation : se servir</b>	Couper la viande, ouvrir un pot de yaourt, peler un fruit, remplir un verre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Alimentation : manger</b>	Porter les aliments et les boissons à la bouche et les avaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Élimination urinaire</b>	Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Élimination fécale</b>	Assurer l'hygiène de l'élimination fécale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Transferts</b>	Se lever, se coucher, s'asseoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Déplacement à l'intérieur</b>	Avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Déplacement à l'extérieur</b>	À partir de la porte d'entrée sans moyen de transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Communication à distance</b>	Utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Variables illustratives*		A	B	C
<b>Gestion</b>	Gérer ses propres affaires, son budget, ses biens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cuisine</b>	Préparer ses repas et les conditionner pour être servis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ménage</b>	Effectuer l'ensemble des	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	travaux ménagers			
<b>Transport</b>	Prendre et/ou commander un moyen de transport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Achats</b>	Acquisition directe ou par correspondance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Suivi du traitement</b>	Se conformer à l'ordonnance du médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Activités de temps libre</b>	Activités sportives, culturelles, sociales, de loisir ou de passe-temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* N'entrent pas dans le calcul du GIR.

<b>GIR</b>	<b>Degré de dépendance</b>
<b>GIR 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants,</li> <li>• Ou personne en fin de vie</li> </ul>
<b>GIR 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne confinée 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,</li> <li>• Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente</li> </ul>
<b>GIR 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personne 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</li> </ul>
<b>GIR 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne n'assurant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage,</li> <li>• Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas</li> </ul>
<b>GIR 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage</li> </ul>
<b>GIR 6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante</li> </ul>

## Annexe 3 : Score de comorbidité CHARLSON

### Score de comorbidité CHARLSON

#### Index de comorbidité

Détermination des pathologies concomitantes:	oui
Infarctus du myocarde	1
Insuffisance cardiaque congestive	1
Maladie vasculaire périphérique	1
Maladie cérébro-vasculaire	1
Démence	1
Maladie pulmonaire chronique	1
Problèmes articulaires («rhumatisme»)	1
Maladie ulcéreuse	1
Hépatopathie d'importance faible	1
Diabète	1
Hémiplégie	2
Insuffisance rénale modérée à sévère	2
Diabète avec lésions au niveau des organes cibles	2
Tumeurs	2
Leucémie	2
Lymphome	2
Hépatopathie moyenne ou sévère	3
Métastases	6
SIDA	6
<b>SCORE TOTAL</b>	<b>0 à 37</b>

**Evaluation** 3 ou > points: risque élevé d'une évolution défavorable

Interprétation	Score	Mortalité à 1 an
	0	12 %
	1-2	26 %
	3-4	52 %
	5 ou >	85 %

## Résumé

**INTRODUCTION :** A l'heure de l'optimisation des soins, la problématique des patients « bed-blockers », patients jugés médicalement sortants mais restant hospitalisés, est un réel enjeu. L'objectif principal de cette étude est de calculer la prévalence des patients « bed-blockers » dans le Pôle de Gériatrie du CHU de Poitiers. Les objectifs secondaires sont d'évaluer la durée de prolongation d'hospitalisation, d'identifier les causes de cette prolongation ainsi que les caractéristiques de ces patients.

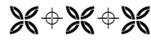
**METHODE :** Une étude transversale a été réalisée un jour donné et a concerné les patients d'unité de médecine gériatrique aiguë (UGA) et d'unité de soins de suite et réadaptation (SSR) du Pôle de Gériatrie du CHU de Poitiers. Les patients étaient qualifiés « bed-blockers » par leurs médecins hospitaliers référents. Un questionnaire a été établi afin de recueillir les données socio-démographiques, médicales (autonomie, comorbidités et critères de vulnérabilité) et les données sociales. Un deuxième recueil a été effectué un mois plus tard afin de voir si les patients initialement qualifiés « bed-blockers » étaient toujours hospitalisés.

**RESULTATS :** Sur les 190 patients présents dans le Pôle de Gériatrie au moment de l'enquête, 41 (21,6%) étaient qualifiés « bed-blockers » : 9,3% en UGA et 31,7% en SSR. Le sex-ratio H/F était de 0,64 avec un âge moyen de  $81,4 \pm 12$  ans [50-95]. Les patients vivaient en majorité à domicile (80%), étaient en perte d'autonomie avec un score GIR moyen à  $2,85 \pm 0,16$  [1-5] et présentaient de nombreuses comorbidités (score de Charlson  $3,83 \pm 0,33$  [0-11]) et critères de vulnérabilité ( $3,97 \pm 0,23$  [1-7]). Trois-quarts des motifs de « bed-blocking » étaient une problématique sociale avec principalement une attente de place en institution (36,6%) et des raisons familiales ou personnelles (15%). Les 25% des motifs restants sont divisés entre l'attente d'une place en structure d'aval médicalisée et les problèmes de gestion de service. Au total, 75% des patients ont bénéficié d'une prise en charge sociale avec un délai moyen d'intervention de 10 jours. Un tiers des patients étaient encore présents dans le service lors du suivi à un mois ; ceux-ci présentaient moins de comorbidités que les patients bed-blockers qui étaient sortis (Charlson à  $2,78$  [0-5] *versus*  $4,37$  [0-11],  $p < 0,02$ ).

**CONCLUSION :** La prévalence des patients « bed-blockers » présents dans le pôle est similaire à celles retrouvées dans la littérature. Les principales raisons ressortant de notre étude sont la difficulté à identifier précocement les patients à risque d'hospitalisation prolongée non justifiée sur le plan médical. Ceci permettrait d'anticiper la prise en charge sociale et la problématique de l'accueil post hospitalier.

**Mots clés :** bed-blockers, gériatrie, prévalence

## Serment d'Hippocrate



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

