

UNIVERSITE DE LILLE – SECTEUR DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2020

THESE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Analyse du profil des patients et de
l'activité du service de médecine
polyvalente post-urgences du CHU de
Lille à 6 mois, 3 ans et 6 ans de son
ouverture.**

Présentée et soutenue publiquement le 2 Mars 2020
à 18h00 au pôle formation

Par Nicolas Delannoy

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Marc LAMBERT

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Loïc ANDRE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sigles

| | |
|---------------|--|
| AGGIR | Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources |
| ALD | Affection Longue Durée |
| APA | Aide Personnalisée pour l'Autonomie |
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| ASPA | Allocation de Solidarité aux Personnes Agées |
| ATIH | Agence Technique de l'Information Hospitalière |
| BHRe | Bactérie Hautement Résistante émergentes |
| BMR | Bactérie Multi-Résistante |
| CNOM | Conseil National de l'Ordre des Médecins |
| CHU | Centre Hospitalier Universitaire |
| CMUC | Couverture Maladie Universelle Complémentaire |
| DMS | Durée Moyenne de Séjour |
| DREES | Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques |
| EHPAD | Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes |
| EPICES | Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé dans les Centres d'Examens de Santé |

| | |
|--------------|--|
| ETP | Equivalent Temps Plein |
| GHM | Groupe Homogène de Malades |
| GIR | Groupe Iso Ressources |
| IDE | Infirmier Diplômé d'Etat |
| INSEE | Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques |
| MCO | Médecine Chirurgie Obstétrique (= court séjour) |
| MPPU | Médecine Polyvalente Post-Urgences |
| PH | Praticien Hospitalier |
| RAD | Retour A Domicile |
| RSA | Revenu de Solidarité Active |
| SAU | Service d'Accueil des Urgences |
| SSR | Soins de Suite et de Réadaptation (= moyen séjour) |
| UHCD | Unité d'Hospitalisation de Courte Durée |

Sommaire

| | |
|---|----|
| Avertissement..... | 2 |
| Sigles..... | 3 |
| Sommaire | 5 |
| Résumé | 7 |
| Introduction..... | 8 |
| 1 Contexte | 8 |
| 2 Le service de MPPU..... | 10 |
| 2.1 A l'ouverture | 10 |
| 2.2 Depuis 2015 | 11 |
| 3 Objectif de la thèse..... | 12 |
| Matériel et méthode..... | 13 |
| 1 Population | 13 |
| 2 Variables | 13 |
| 3 Analyses statistiques..... | 13 |
| Résultats..... | 15 |
| 1 Variables socio-démographiques | 16 |
| 2 Variables liées à l'hospitalisation..... | 16 |
| 3 Durée de séjour en fonction du mode de sortie de MPPU..... | 19 |
| 4 Evaluation du lien entre DMS et retour à domicile..... | 21 |
| 5 Durée de séjour et orientation au terme de l'hospitalisation en fonction du sexe des patients | 22 |
| 6 Evolution des niveaux de sévérité des hospitalisations en MPPU..... | 23 |
| Discussion | 25 |
| 1 Facteurs intrinsèques au CHU de Lille | 26 |
| 2 Les facteurs médico-socio-économiques | 28 |
| Conclusion..... | 34 |
| Bibliographie..... | 36 |
| Annexes..... | 38 |
| 1 Résidus standardisés pour l'analyse de l'association entre le sexe et la période | 38 |
| 2 Résidus standardisés pour l'analyse de l'association entre l'orientation au terme de l'hospitalisation et la période..... | 39 |
| 3 Précisions du DIM quant à l'augmentation de la proportion de séjours classés en catégorie « autres » en 2018..... | 39 |

| | | |
|---|---|----|
| 4 | Résidus standardisés pour l'analyse de l'association entre le niveau de sévérité et la période..... | 41 |
| 5 | Grille AGGIR. | 42 |
| 6 | Classements GIR. | 43 |
| 7 | Score EPICES..... | 44 |

Résumé

Introduction : Le service de MPPU a ouvert en mai 2012 au CHU de Lille pour répondre à la problématique d'engorgement des urgences. Ses objectifs étaient de fluidifier le passage aux urgences de l'hôpital Roger Salengro en offrant la possibilité d'accueillir les patients nécessitant une hospitalisation dont la durée de séjour prévisible était entre 3 et 4 jours en maintenant un taux d'occupation des lits de 85% afin de pouvoir être très réactif lorsque l'indication d'hospitalisation était posée. Le service a désormais 7 ans et son personnel a le sentiment que les objectifs initiaux, notamment en terme de DMS, ont été dépassés. Nous avons donc analysé le profil des patients et l'activité du service à l'ouverture, à 3 ans et à 6 ans afin de tester cette hypothèse.

Matériel et Méthode : Pour chacune des entrées en MPPU sur les périodes du 1^{er} mai au 30 septembre 2012, 2015 et 2018, nous avons colligé l'âge, le sexe des patients, la durée de séjours en jours, les niveaux de sévérité associés aux séjours et l'orientation au terme de l'hospitalisation. Ces données nous ont permis d'obtenir la DMS et le taux d'occupation des lits du service.

Résultats : La DMS est passé de 4 ± 3 jours en 2012 à 5 ± 4 jours en 2015 et enfin 6 ± 5 jours en 2018 ($p < 0,01$). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant la DMS des patients transférés vers un autre service de MCO ($p = 0,993$), ou un SSR ($p = 0,297$) en revanche la DMS des patients rentrant à domicile a augmenté de manière significative ($p < 0,01$) et est passée de 3 ± 3 jours en 2012 et 2015 à 4 ± 4 jours en 2018. Le taux d'occupation des lits est passé de 75% en 2012 à 82% en 2015 et enfin à 92% en 2018 ($p = 0,682$). Il y avait une association significative entre le mode de sortie et la période ($p = 0,027$). Le taux de transfert vers un autre service est passé de 58% en 2012 à 51% en 2018.

Discussion : L'allongement de la DMS globale est sous-tendu par une augmentation de la DMS des patients rentrant à domicile au terme de leur hospitalisation en MPPU. Ceci peut s'expliquer par la diminution du nombre de transferts vers un autre service avec des patients bénéficiant désormais de l'intégralité de leur prise en charge en MPPU. Le service de MPPU pourrait également être particulièrement touché par les problématiques sociales rendant le retour à domicile difficile. Le taux d'occupation des lits a lui aussi augmenté et diminue la réactivité nécessaire pour fluidifier les passages aux urgences.

Conclusion : Le service de MPPU est devenu avec le temps un service de médecine polyvalente à part entière dépassant ses objectifs de post-urgences. Il semblerait intéressant de pouvoir développer cette offre de médecine polyvalente au CHU de Lille qui n'existe sous aucune autre forme que celle du service de MPPU. Il serait également intéressant de pouvoir quantifier le recours aux assistantes sociales afin d'évaluer l'impact de ces problématiques sur la DMS du service et de pouvoir développer l'utilisation d'outils permettant une intervention plus rapide des services sociaux de l'hôpital.

Introduction

1 Contexte

Ces vingt dernières années, le nombre de passages annuels aux urgences a doublé. D'après le rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) de 2016 ⁽¹⁾, le nombre de recours aux services d'accueil des urgences (SAU) en France est passé de 10,1 millions en 1996 à 21 millions en 2016. Cette nette augmentation peut s'expliquer par plusieurs facteurs parmi lesquels :

- La diminution constante du nombre de médecins généralistes (baisse de 6,8% depuis 2010 selon l'Atlas de la démographie médicale publié par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) en 2018 ⁽²⁾. Celle-ci a induit une augmentation de la charge de travail de ces médecins et a provoqué une augmentation des délais d'accès à un rendez-vous de consultation pour les patients. Le délai d'accès à une consultation avec un médecin généraliste est ainsi passé de 4 jours en moyenne en 2012 à 6 jours en 2014 ⁽³⁾.
- La diminution de la permanence des soins de ville des nuits et week-ends, faisant suite à la suppression du tour de garde obligatoire en 2002 ⁽⁴⁾. En conséquence, la permanence de soins en ville s'organise désormais sur la base du volontariat et on note ainsi, entre 2003 et 2017, une diminution de 60% des permanences de soins ambulatoires ⁽⁵⁾.
- L'allongement de la durée de vie et l'augmentation de la part des personnes âgées dans la population. À l'heure actuelle, la population française comprend 17% de personnes de plus de 65 ans. Cette proportion pourrait atteindre 30% d'ici 2050 d'après l'INSEE ⁽⁶⁾. Il en résulte une augmentation de la population

de patients présentant des maladies liées à l'âge, des maladies chroniques ou polyopathologiques, ces derniers étant beaucoup plus susceptibles de devoir être hospitalisés et donc de consulter aux urgences. De plus, l'hyperspécialisation croissante des services de médecine d'aval rend parfois très difficile l'orientation de ces patients polyopathologiques, qui présentent bien souvent des symptômes non spécifiques (comme par exemple, une altération de l'état général ou un malaise) ne permettant pas de poser un diagnostic définitif lors du passage au SAU.

- Un changement de mentalité de la population qui semble voir dans les urgences un mode d'accès aux soins privilégié. En effet, d'après une étude de la DREES, 70% des usagers des SAU s'y présentent spontanément sans avis ou contact médical préalable (7). Ainsi, les services d'urgences doivent régulièrement prendre en charge des patients dont l'expertise relèverait davantage de la médecine générale libérale.

Dans le même temps, l'organisation de l'offre de soins évolue vers une diminution continue des capacités d'hospitalisation à temps plein. En 2016, les établissements de santé comptaient 404 000 lits d'hospitalisation à temps complet, soit 64 000 lits de moins qu'en 2003 (1).

La combinaison de ces deux phénomènes, à savoir l'augmentation des passages aux urgences et la diminution du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein, aboutit progressivement à une saturation des services d'urgences et à une difficulté grandissante pour les urgentistes à trouver des lits d'aval pour leurs patients nécessitant une hospitalisation. Il est même parfois nécessaire d'avoir recours à des hospitalisations dans des services de spécialité inadaptés par réquisition, ce qui peut aboutir à: (i) des retards de prise en charge; (ii) à une prise en charge sous optimale,

voire même; (iii) à l'installation d'une dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez la personne âgée, qui se manifeste par des pertes fonctionnelles aux activités de base (8). Enfin, les réquisitions de lits par les urgences sont responsables de l'annulation d'hospitalisations programmées dans les services concernés.

Pour tenter de remédier à ce problème, une unité de post-urgences a été ouverte au CHU de Lille de manière transitoire lors des épidémies hivernales en 2001 et 2010. Cette expérience a abouti à l'ouverture définitive d'un service de médecine polyvalente post-urgence (MPPU) en Mai 2012.

2 Le service de MPPU

2.1 A l'ouverture

À sa création, le service de MPPU avait trois objectifs: (i) Fluidifier les passages aux urgences et diminuer le temps d'attente une fois l'orientation définie par l'urgentiste; (ii) maintenir un taux d'occupation des lits de 85% afin d'être très réactif lorsque les urgences posent l'indication d'hospitalisation; (iii) maintenir une DMS comprise entre 3 et 4 jours. Initialement situé au sein de l'hôpital cardiologique, le service de MPPU était composé de 18 lits d'hospitalisation à temps complet, répartis en 8 chambres doubles et 2 chambres individuelles. Le personnel médical était composé de: 2 équivalents temps plein (ETP) praticiens hospitaliers (PH), de 2 internes de médecine générale et de 6 étudiants hospitaliers. Ce service était également doté d'un poste d'assistant généraliste, lequel n'était pas pourvu. Le personnel paramédical comprenait un cadre infirmier, 11,4 ETP infirmier, 12,8 ETP aide-soignant, 1,8 ETP agent des services hospitaliers, 0,5 ETP kinésithérapeute (non pourvu lors des 5 premiers mois), 0,5 ETP assistante sociale, et 1,5 ETP secrétariat.

Les critères d'admission dans le service étaient un âge supérieur ou égal à 18 ans, une absence de trouble hémodynamique, de défaillance respiratoire, de troubles de la conscience, et de pathologie chirurgicale. De plus, les patients ne devaient pas nécessiter de surveillance continue ou de transfusion en urgence ou la nuit et ne pas relever d'une unité de soins intensifs, d'une compétence médicale et/ou d'un plateau technique hyperspécialisé (par exemple, dans le cadre d'un accident vasculaire cérébral, d'un infarctus du myocarde, d'un pneumothorax, ou d'une prise en charge psychiatrique). Enfin, la Durée Moyenne de Séjour (DMS) prévisible ne devait pas excéder 72 heures.

Le recrutement des patients se faisait alors exclusivement via les urgences ou l'unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) de l'hôpital Roger Salengro. Les transferts directs venant d'autres services du CHU de Lille ou d'autres hôpitaux étaient proscrits. L'admission en MPPU se faisait par accord téléphonique de l'un des 2 séniors du service en journée ou par l'interne de garde la nuit.

2.2 Depuis 2015

En aout 2015, le service a déménagé dans les locaux de l'ancien service de réanimation de l'hôpital Calmette, portant la configuration de l'unité à 2 ailes de 10 lits, tous contenus dans des chambres individuelles.

Le personnel médical est composé de : 3,5 ETP PH, 5 internes de médecine générale, et de 6 étudiants hospitaliers. Le personnel paramédical est composé d'un cadre infirmier, de 8,8 ETP infirmier de jour et 5,2 ETP infirmier de nuit, de 8,8 ETP aide-soignant de jour et 5,2 ETP aide-soignant de nuit, de 3 ETP agent des services hospitaliers, de 0,5 ETP kinésithérapeute, de 0,5 ETP assistante sociale, et de 1,5 ETP secrétariat.

Concernant les critères d'admission dans le service, ceux-ci sont restés les mêmes qu'à l'ouverture. Seule la restriction concernant la transfusion de produits sanguins labiles en urgence ou la nuit a été levée grâce à une augmentation du personnel paramédical nocturne, justifiée par la configuration nouvelle du service avec 2 ailes distinctes de 10 patients imposant la présence de 2 infirmières (1 par aile) contre une seule la nuit avant 2015.

3 Objectif de la thèse

Un précédent travail de thèse ⁽⁹⁾ avait réalisé le bilan de l'unité de MPPU à 5 mois de son ouverture et avait analysé le profil des patients hospitalisés, l'utilité objective et ressentie du service auprès des urgentistes et des médecins spécialistes du CHU de Lille ainsi que son rôle de formation auprès des étudiants en médecine. L'activité du service correspondait parfaitement aux objectifs fixés de DMS et de taux d'occupation des lits. Désormais, le service de MPPU a 7 ans et le ressenti de son personnel est que l'activité du service a dépassé les objectifs fixés à l'ouverture, notamment en termes de DMS. Afin de tester cette hypothèse, ce travail de thèse a comparé l'activité du service de MPPU et le profil des patients lors de sa première année d'existence, à 3 ans (2015) et à 6 ans de sa création (2018). Pour ce faire, les mêmes variables que celles choisies lors de la première analyse de l'activité du service à 5 mois de l'ouverture ont été utilisées et ce sur les mêmes périodes de l'année.

Matériel et méthode

Nous avons réalisé une étude prospective, descriptive et monocentrique.

1 Population

Cette étude a porté sur la totalité des patients hospitalisés dans le service de MPPU du CHU de Lille entre le 2 mai et le 30 septembre 2012 (n = 553), le 2 mai et le 30 septembre 2015 (n = 492) et le 2 mai et le 30 septembre 2018 (n = 499).

2 Variables

Les variables sociodémographiques analysées comprenaient l'âge et le sexe des patients. Les variables liées aux hospitalisations correspondaient à la durée de l'hospitalisation (en jours), les niveaux de sévérité des hospitalisations et l'orientation après hospitalisation en MPPU (domicile ou transfert vers un service hospitalier).

Nous avons calculé grâce à ces données sur ces 3 périodes :

- La durée moyenne de séjour (DMS).
- Le taux d'occupation des lits.

3 Analyses statistiques

Des analyses descriptives ont été réalisées pour les variables d'intérêt: les pourcentages ont été calculés pour les variables qualitatives; les moyennes et les écart-types ont été calculés pour les variables quantitatives normalement distribuées; les médianes et les premier et troisième quartiles ont été calculés pour les variables quantitatives asymétriques (la normalité des distributions a été évaluée à l'aide de

tests de Shapiro-Wilk). Pour les variables quantitatives (âge, durée de séjour), les comparaisons entre les trois périodes ont été effectuées à l'aide de tests de Kruskal-Wallis. Lorsqu'un effet significatif était observé, un test de comparaisons multiples était effectué afin de comparer les périodes deux à deux. Pour la durée de séjours, des analyses complémentaires ont été réalisées en fonction de l'orientation des patients (domicile, autre service MCO, SSR). Ces comparaisons ont été effectuées à l'aide de tests de Kruskal-Wallis, sauf pour l'orientation vers un SSR pour laquelle nous avons choisi de ne pas inclure la période de mai à septembre 2012 pendant laquelle un seul transfert vers un SSR a été effectué. Nous avons donc utilisé un test t de Welch pour comparer les périodes de 2015 et de 2018.

Pour les variables qualitatives (sexe, niveau de sévérité, orientation à la sortie), les comparaisons entre les trois périodes ont été effectuées à l'aide de tests du khi-deux. Lorsqu'une association significative était observée, une analyse des résidus standardisés était effectuée. Enfin, pour les variables de type comptage (nombre d'entrées), une régression de poisson a été appliquée pour comparer les trois périodes.

Des analyses complémentaires ont été réalisées afin de comparer les durées de séjour et l'orientation au terme de l'hospitalisation en fonction du sexe des patients à l'aide, respectivement, d'un test de la somme des rangs de Wilcoxon et d'un test du khi-deux.

Ces analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R studio version 1.2.1335 (RStudio, Inc.). Le seuil de significativité était fixé à $p < 0,05$.

Résultats

Le tableau 1 ci-dessous, rapporte pour les variables démographiques (âge, sexe) et relatives aux hospitalisations (nombre d'entrées, DMS, taux d'occupation, orientation au terme de l'hospitalisation), les données descriptives pour chaque période et les résultats des comparaisons entre ces périodes.

| Tableau 1. Mesures démographiques et relatives aux hospitalisations. | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|---|
| | 2012 | 2015 | 2018 | Comparaison |
| Age (années) | | | | |
| Médiane | 68 | 68 | 66 | H(2)=5,891 |
| [Q1 ; Q3] | [50 ; 81] | [55 ; 81] | [51 ; 79] | p = 0,053 |
| Sexe | | | | |
| (% de femmes) | 56% | 51% | 46% | $\chi^2(2)=12,118$ p = 0,002 |
| Nombre d'entrées | | | | |
| | 553 | 492 | 499 | $\chi^2(2)=4,282$ p = 0,117 |
| Durée de séjour (jours) | | | | |
| Médiane | 3 | 4 | 4 | H(2)=52,452 |
| [Q1 ; Q3] | [2 ; 5] | [2 ; 6] | [3 ; 7] | |
| Moyenne (écart type) | 4 (3) | 5 (4) | 6 (5) | p < 0,001 |
| Taux d'occupation (%) | | | | |
| | 75 | 82 | 92 | $\chi^2(2)=2,001$ p = 0,682 |
| Sortie vers autre service (%) | | | | |
| | 58 | 52 | 51 | $\chi^2(2) = 7,196$ p = 0,027 |

1 Variables socio-démographiques

En ce qui concerne les variables sociodémographiques, l'âge des patients hospitalisés en MPPU ne variait pas significativement en fonction des périodes analysées ($p = 0,053$). L'âge médian était de 68 ans en 2012 et 2015 et de 66 ans en 2018.

Il existait par contre une association significative entre le sexe et la période ($p = 0,002$). Le pourcentage de femmes est passé de 56,4% en 2012 à 45,7% en 2018 (voir annexe 1 pour l'analyse des résidus standardisés).

2 Variables liées à l'hospitalisation

En ce qui concerne les variables liées à l'hospitalisation, le nombre d'entrées ne différait pas significativement en fonction de la période ($p = 0,117$). On dénombrait 553 entrées sur notre période en 2012, 492 en 2015 et 499 en 2018.

La durée de séjour, quant à elle, différait significativement en fonction de la période ($p < 0,001$) avec une augmentation significative de 2012 à 2015 ($p < 0,05$) et de 2015 à 2018 ($p < 0,05$).

La médiane des durées de séjour était de 3 jours en 2012 et de 4 jours en 2015 et 2018.

Si la médiane était identique en 2015 et 2018, on remarque que les premier et troisième quartiles étaient plus élevés en 2018 qui se caractérise également par plusieurs valeurs extrêmes, indiquant des durées de séjours beaucoup plus importantes pour certains patients ($> à 30$ jours).

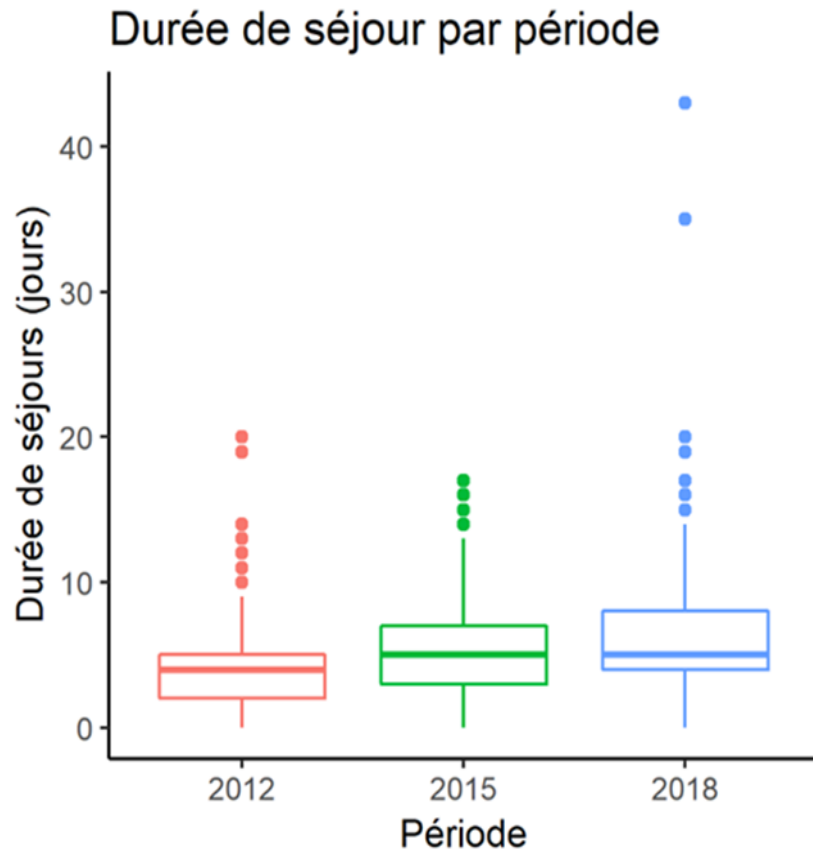


Figure 1. Durée de séjour en fonction de la période indépendamment du mode de sortie

Cette augmentation progressive de la durée de séjour se retrouve plus clairement encore dans l'analyse des durées moyennes de séjour, indicateur classiquement employé pour cette variable, qui passe de 4 ± 3 jours en 2012 à 5 ± 4 jours en 2015 et enfin 6 ± 5 jours en 2018.

Le détail des valeurs extrêmes de durée de séjour indépendamment du mode de sortie est présenté dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2. Détail des valeurs extrêmes de durée de séjours indépendamment de l'orientation au terme de l'hospitalisation en MPPU.

| | 2012 n = 553 | 2015 n = 492 | 2018 n = 499 |
|-----------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | n = 29 | n = 16 | n = 24 |
| Médiane | 11 | 16 | 17,5 |
| Moyenne (écart-type) | 13 (3) | 16 (2) | 20 (7) |

Il n'y avait pas d'association significative entre le taux d'occupation des lits et la période ($p = 0,682$). Le taux d'occupation est passé de 75% en 2012 à 82% en 2015 et enfin à 92% en 2018 (Figure 2).

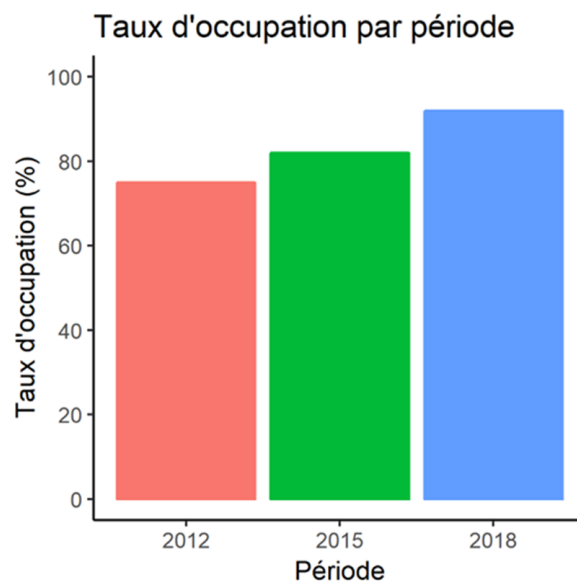


Figure 2. Taux d'occupation (%) par période

Enfin, il y avait une association significative entre l'orientation des patients à leur sortie et la période ($p = 0,027$). Le pourcentage de sortie vers un autre service est passé 58% en 2012 à 51% en 2018 (voir annexe 2 pour l'analyse des résidus standardisés).

3 Durée de séjour en fonction du mode de sortie de MPPU

Les données de durée de séjours en fonction de la période pour chaque orientation à la sortie du service sont présentées dans le tableau 3 ci-après.

Tableau 3. Durée de séjour en fonction de l'orientation au terme de l'hospitalisation en MPPU.

| | 2012 n = 553 | 2015 n = 492 | 2018 n = 499 | Comparaison |
|------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------------------------|
| <u>Service de MCO</u> | n = 318 | n = 237 | n = 215 | |
| médiane, | 3 | 3 | 3 | H(2) = 0,138, |
| [Q1 ; Q3] | [1,75 ; 4] | [1 ; 5] | [1 ; 5] | p = 0,933 |
| Moyenne (écart-type) | 3 (3) | 3 (3) | 4 (4) | |
| <u>Domicile</u> | n = 234 | n = 230 | n = 256 | |
| Médiane | 4 | 5 | 5 | H(2) = 46,357, |
| [Q1 ; Q3] | [2 ; 5] | [3 ; 7] | [4 ; 8] | p < 0,001 |
| Moyenne (écart-type) | 4 (3) | 5 (3) | 6 (4) | |
| <u>SSR</u> | n = 1 | n = 25 | n = 28 | |
| Moyenne (écart-type) | NA | 10 (5) | 12 (6) | t(50.844) = - 1,053, p = 0,297 |

De manière intéressante, aucun effet significatif de la période sur la durée de séjour n'est retrouvé lors que l'on considère les patients ayant été orienté dans un autre service de MCO à leur sortie ($p = 0,993$) ou un service de SSR ($p = 0,297$).

A l'inverse, on note une augmentation statistiquement significative de la DMS des patients rentrant directement à domicile après leur hospitalisation en MPPU ($p < 0,001$).

Les durées de séjours médianes pour les patients transférés vers un autre service de MCO étaient de 3 jours pour chacune de nos 3 périodes. La DMS de ces mêmes patients était de 3 ± 3 jours en 2012, 3 ± 3 jours en 2015 et 4 ± 4 jours en 2018.

Concernant les patients orientés vers un SSR au terme de leur hospitalisation en MPPU, nous avons choisi de ne pas inclure la période de 2012 où un seul transfert vers un SSR avait été effectué. La durée médiane de séjours de ces patients adressés à un SSR était ainsi de 12 jours en 2015 et en 2018. La durée moyenne de séjour était quant à elle de 10 ± 5 jours en 2015 et 12 ± 6 jours en 2018.

Enfin dans le groupe de patients rentrant à domicile au terme de leur hospitalisation en MPPU, la durée médiane de séjour était de 4 jours en 2012 et de 5 jours 2015 et 2018. La durée moyenne de séjours de ces patients est quant à elle passée de 4 ± 3 jours en 2012 à 5 ± 3 jours en 2015 et enfin 6 ± 4 jours en 2018.

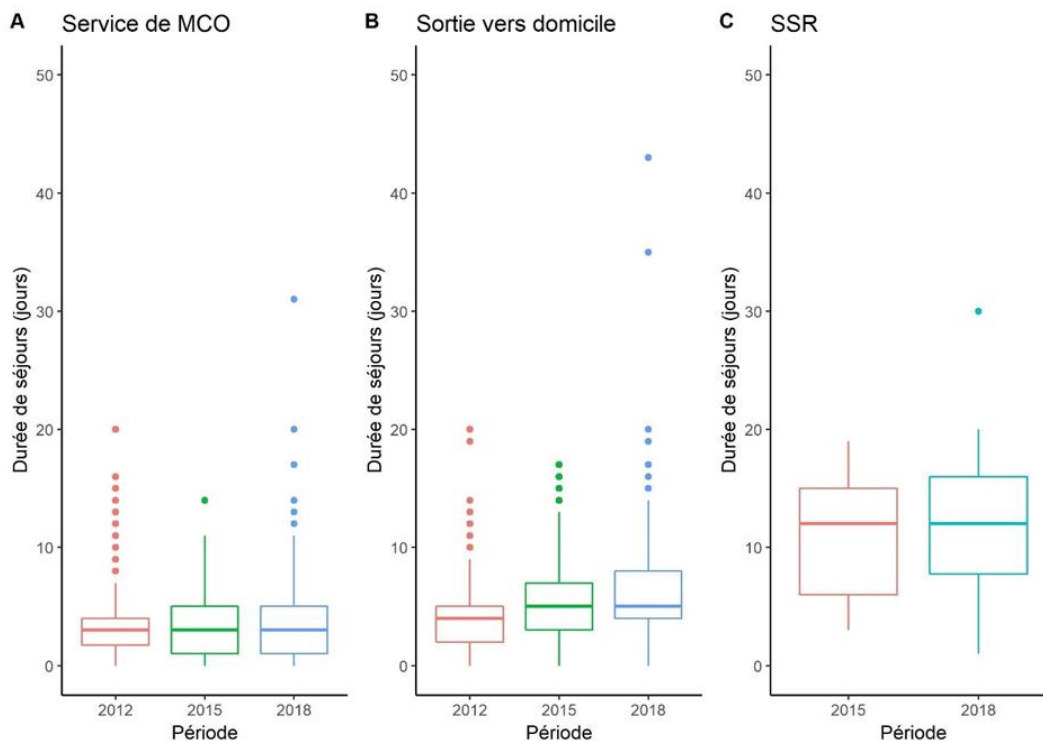
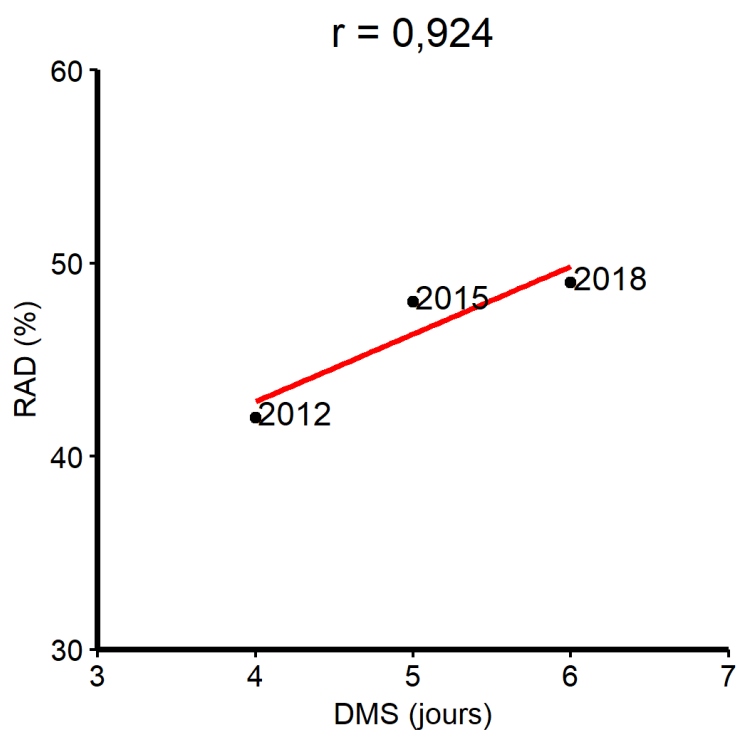


Figure 3. Durée de séjour (jours) en fonction du mode de sortie

4 Evaluation du lien entre DMS et retour à domicile

Il n'existait pas de corrélation entre le retour à domicile (RAD) et la DMS (indice de corrélation de Spearman $r = 0,924$).



5 Durée de séjour et orientation au terme de l'hospitalisation en fonction du sexe des patients

Les données sont présentées dans le tableau 4.

Il n'y avait aucune différence significative de durée de séjour en fonction du sexe ($p = 0,593$).

Il n'y avait pas non plus d'association significative entre l'orientation au terme de l'hospitalisation et le sexe des patients ($p = 0,953$).

Tableau 4. Durée de séjour et orientation au terme de l'hospitalisation en fonction du sexe des patients.

| | Femme | Homme | Comparaison |
|--------------------------------------|---------|---------|------------------------------------|
| Durée de séjour (jours) | | | |
| Médiane | 4 | 4 | $W = 302481$ |
| [Q1 ; Q3] | [2 ; 6] | [2 ; 6] | |
| Moyenne (écart-type) | 4,7 (4) | 4,6 (4) | $p = 0,593$ |
| Sortie vers autre service (%) | 51 | 51 | $\chi^2(1) = 0,003$ $p = 0,953$ |

6 Evolution des niveaux de sévérité des hospitalisations en MPPU

Les données sont présentées dans le tableau 5.

Tableau 5. Proportions (%) de séjours dans les différents niveaux de sévérité en fonction de la période.

| | 2012 | 2015 | 2018 | Comparaison |
|---------------|------|------|------|---|
| 1 | 18% | 13% | 19% | $\chi^2(8) =$ 109,454 p < 0,001 |
| 2 | 28% | 25% | 33% | |
| 3 | 35% | 43% | 24% | |
| 4 | 12% | 13% | 7% | |
| Autres | 7% | 6% | 17% | |

Note. La catégorie "Autres" correspond aux séjours trop courts ou pour lesquels le GHM est insensible.

Il y avait une association significative entre le niveau de sévérité et la période ($p < 0,001$).

L'évolution principale de la création du service jusqu'aux données les plus actuelles est une diminution de la proportion des séjours de niveau 3 (qui passe de 35% en 2012 à 24% en 2018, avec toutefois une hausse à 43% en 2015) et de niveau 4 (qui passe de 12% en 2012 à 7% en 2018, avec toutefois une très légère augmentation à 13% en 2015).

En parallèle, on remarque une évolution à la hausse de la proportion des séjours de niveau 2 (qui passe de 28% en 2012 à 33% en 2018, avec une légère diminution à 25% en 2015) et de la catégorie "autre" (qui passe de 7% en 2012 à 17% en 2018, avec une très légère baisse à 6% en 2015). Voir annexe 3 pour explications du DIM du CHU de Lille concernant la franche augmentation de la proportion de séjour classés « Autres » en 2018.

La proportion des séjours de niveau 1 est quant à elle restait relativement stable (passant de 18% en 2012 à 19% en 2018, avec toutefois une diminution à 13% en 2015).

Voir annexe 4 pour l'analyse des résidus standardisés.

Discussion

Devant une fréquentation de plus en plus importante des services d'urgences pouvant aboutir à une saturation de ces derniers, le service de MPPU a été ouvert en mai 2012 au CHU de Lille.

Ses objectifs étaient d'accueillir les patients ayant consulté au SAU de l'hôpital Roger Salengro nécessitant une hospitalisation et dont la DMS prévisible devait être comprise entre 3 et 4 jours (retour à domicile après prise en charge intégrale ou transfert dans le service de spécialité dont le patient relève) et de maintenir un taux d'occupation des lits de 85% afin de fluidifier le passage aux urgences.

Seulement, au bout de 7 ans d'existence, le personnel soignant de MPPU a le sentiment que ces objectifs fixés à l'ouverture du service ont été dépassés.

La principale information mise en lumière par notre travail est la confirmation d'un allongement statistiquement significatif dans le temps de la durée de séjour des patients hospitalisés en MPPU au CHU de Lille.

Cette augmentation se fait, alors même que les patients hospitalisés en MPPU ne sont pas plus âgés et les niveaux de sévérité des GHM attribués aux hospitalisations ne sont pas plus élevés. De plus, les effectifs soignants (PH, IDE et internes) sont en augmentation depuis 2012, ce qui aurait pu entraîner une baisse de DMS.

Nous avons également montré que l'augmentation globale de DMS serait en lien avec l'augmentation de la durée d'hospitalisation des patients qui rentrent à domicile après leur hospitalisation en MPPU. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature médicale d'article ayant étudié le lien éventuel entre l'allongement de la DMS et le mode de sortie vers le domicile. Ceci est probablement lié au fait que le choix entre

un transfert vers un autre service de MCO ou un retour à domicile comme orientation du patient est une spécificité des services de post-urgences, peu nombreux en France, le retour au domicile au terme d'une hospitalisation étant le mode de sortie quasi exclusif des services de spécialités de MCO.

Des facteurs liés à l'organisation intrinsèque du CHU de Lille et des facteurs liés au contexte socio-économiques de la région des Hauts-de-France pourraient expliquer cette augmentation de DMS spécifiquement chez les patients orientés vers leur domicile.

1 Facteurs intrinsèques au CHU de Lille

En premier lieu, les patients hospitalisés en MPPU sont de moins en moins transférés dans des services de MCO au terme de leur hospitalisation en post-urgences.

En effet, on note dans nos résultats une tendance à l'inversement du mode de sortie, suggérant une baisse du taux de transfert intra-hospitalier avec le temps.

Ce phénomène pourrait lui-même être la conséquence de plusieurs facteurs.

Tout d'abord, le service de MPPU est désormais mieux connu des autres services de spécialité du CHU de Lille et la qualité de leur travail reconnue. À l'ouverture, les services de spécialités dont relevaient les patients hospitalisés en MPPU avaient tendance à vite reprendre leurs patients afin d'initier le bilan ou la prise en charge. Avec le temps et l'expérience du travail en commun, une relation de confiance s'est nouée entre les médecins du service de MPPU et les médecins spécialistes des autres services. Ainsi, il n'est plus rare qu'un patient, qui aurait auparavant été transféré au sein d'un service de MCO du CHU de Lille, bénéficie désormais de l'intégralité de son bilan, voire de sa prise en charge, en MPPU avant de rentrer

directement à domicile ou de n'être transféré dans un service de MCO que pour bénéficier de soins spécifiques restreints au spécialiste au terme du bilan complet. Le service de MPPU est devenu, aux yeux de leurs collègues spécialistes, un service de prise en charge à part entière et non plus seulement un " service de transition" dans l'attente d'être en capacité d'hospitaliser le patient relevant de leurs spécialités.

Les services de spécialité de MCO au CHU de Lille ont également de moins en moins la capacité d'absorber le besoin en lits d'hospitalisations complètes de par la diminution du nombre de lits qu'ont connu les hôpitaux français ces dernières années malgré une augmentation de l'activité ⁽¹⁾.

Le rapport d'activité du CHU de Lille de 2013 annonçait un taux d'occupation global des lits en MCO à 90,14% ⁽¹⁰⁾ tandis que le rapport de la cour régionale des comptes d'avril 2016 indiquait que le CHU de Lille avait connu une croissance d'activité des séjours hospitaliers en MCO de 3,2% par an entre 2010 et 2014 ⁽¹¹⁾.

Par ailleurs, comme nous l'avons évoqué dans l'introduction de ce travail, le service de MPPU bénéficie depuis aout 2015 de deux ailes de 10 lits, tous dans des chambres individuelles, ce qui n'est pas le cas de la majorité des services de spécialité médicale au CHU de Lille. Il semblerait que cette configuration du service ait fait de la MPPU un lieu d'accueil privilégié pour les patients en isolement (porteur BMR, BHRé, cas contacts, tuberculose, *Clostridium difficile*, etc ...). Ces patients sont plus difficiles à transférer dans un délai court car ils nécessitent que les services d'aval disposent d'une chambre individuelle, ce qui est plus rare dans ces services. Ceci contribue probablement au fait que la prise en charge du patient se fait bien souvent intégralement dans le service de MPPU avant un retour à domicile.

Toutefois, si le lien entre BMR, augmentation de la DMS et difficulté de transfert a déjà été mis en lumière à plusieurs reprises dans la littérature médicale ^{(12) (13)}, il ne

nous a malheureusement pas été possible de faire ressortir ces patients dans les données, pour confirmer ou non l'augmentation du nombre de patient en isolement en MPPU au CHU Lille et cette explication ne peut donc rester, en l'état, qu'une hypothèse.

2 Les facteurs médico-socio-économiques

Il nous était apparu intéressant d'évaluer l'évolution des niveaux de sévérité des Groupes Homogènes de Malades (GHM) sur nos 3 périodes.

En effet, il a déjà été décrit qu'une augmentation du niveau de sévérité des GHM était directement liée à une augmentation de DMS ⁽¹⁴⁾.

Cependant, notre étude n'a pas mis en évidence d'augmentation des niveaux de sévérité des hospitalisations en MPPU au fil du temps.

Nous n'avons pas trouvé non plus d'augmentation significative de l'âge des patients hospitalisés en MPPU, qui est pourtant un facteur reconnu comme étant à l'origine d'une augmentation de la DMS. En effet, de par le profil polypathologique et plus fragile des personnes âgées, celle-ci sont plus susceptibles de présenter de nombreuses complications (chute, confusion, complications du décubitus, iatrogénie etc) nécessitant une poursuite de l'hospitalisation et sont plus susceptibles de présenter une perte rapide d'autonomie rendant compliqué le retour à domicile ⁽¹⁵⁾ ⁽¹⁶⁾. Au contraire, il existe même une tendance ($p=0,053$) vers une diminution de l'âge moyen des patients hospitalisés en MPPU.

Ainsi, si la population de patients hospitalisés en MPPU n'est pas plus âgée et ne présente pas des niveaux de sévérité de GHM plus élevés, d'autres facteurs peuvent expliquer l'augmentation de la durée de séjour dans le service avec le temps.

En premier lieu, il est important de noter que le concept de fragilité, théorisé par des gériatres et qui peut être défini comme "une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress et dont l'expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux" (17), n'est pas propre à la population gériatrique bien que la prévalence augmente avec l'âge. Cette précarité ou fragilité socio-économique ne se limite pas à la pauvreté financière mais recouvre également des notions d'isolement social, de difficultés liées au logement, de couverture sociale etc. Or, la notion de précarité n'est pas du tout prise en compte dans le calcul des niveaux de sévérité des GHM. De nombreux travaux ont pourtant mis en évidence que pour des motifs d'hospitalisation identiques, la DMS des patients en situation de précarité était plus élevée que dans le reste de la population (18) (19) (20).

La région des Hauts-de-France est particulièrement touchée par ce phénomène de précarité. En effet, d'après le diagnostic territorialisé des Hauts-de-France réalisé par l'ARS en 2016 (21), il s'agit de la région où le taux de chômage est le plus important en France (3,4 points de plus), où le taux de personnes peu ou pas diplômées est le plus élevé (16,6 % vs 14,7 %), où les revenus sont en moyenne bien inférieurs au reste de l'hexagone et où le taux d'allocataires du RSA est le plus élevé des régions de France (4 points d'écart avec le reste de la France).

Les différents indicateurs de santé sont également les témoins d'une grande précarité des habitants de la région et d'un vieillissement accéléré de sa population. La dépendance des 60 ans et plus, habitant le département du Nord, est plus élevée

que la moyenne nationale (10,6% vs 9,2%) et augmente chaque année avec une projection d'une augmentation entre 34% et 48% à l'horizon 2025 d'après les scénarios retenus par l'INSEE ⁽²²⁾. L'offre en établissements adaptés à la dépendance dans le département du Nord est également moins importante qu'au niveau national et 72% des personnes âgées dépendantes habitant dans le Nord vivent à domicile (contre 61% au niveau national) ⁽²³⁾. On note également qu'en agglomération lilloise, 45% des habitants de plus de 75 ans vivent seuls à domicile ⁽²³⁾. Le rapport d'activité du CHU de Lille de 2016 ⁽²⁴⁾ mentionne quant à lui un taux standardisé de personnes en ALD plus important que dans les autres régions, se situant dans le 3ème quartile de la distribution nationale. Enfin, la prévalence des facteurs de risque tels que la consommation d'alcool et de tabac, la sédentarité etc est plus importante dans les Hauts-de-France ⁽²¹⁾.

L'ensemble de ces indicateurs semblent suggérer une grande précarité socio-économique, avec un vieillissement accéléré responsable d'une grande fragilité parmi la patientèle du CHU de Lille. Ces caractéristiques peuvent augmenter la DMS indépendamment d'une augmentation de l'âge ou des niveaux de sévérité des GHM.

Le service de MPPU est particulièrement concerné par ces patients "gériatriques avant l'âge" car ils ne peuvent relever des différents services de court séjour gériatriques du CHU de Lille. En effet, la limite d'âge pour l'accès aux services de gériatrie a été fixée à 75 ans par l'ARS. Cependant, conscients de ce phénomène de vieillissement accéléré de la population des Hauts-de-France avec des tableaux polyopathologiques chez des patients relativement jeunes, les services aigus de gériatrie du CHU de Lille acceptent aussi au cas par cas les patients entre 70 et 75 ans.

Par ailleurs, le profil polypathologique de ces patients peut rendre difficile un transfert dans des services de MCO de plus en plus hyperspécialisés ⁽²⁵⁾.

Nous avons ainsi cherché à évaluer l'évolution du nombre de recours aux assistantes sociales dans le service de MPPU au cours de nos 3 périodes, malheureusement, la demande d'intervention n'est pas codée et se fait par appel téléphonique auprès de l'assistante sociale de l'hôpital Calmette. Nous nous sommes entretenus avec les responsables du service social du CHU de Lille qui nous ont confirmé que la quantification de leurs interventions n'était pas encore généralisée, notamment sur l'hôpital Calmette. Toutefois, de manière empirique, elles partagent avec les médecins de post-urgences une impression d'augmentation de leur charge de travail en MPPU.

En particulier, le service social serait de plus en plus confronté à des patients de moins de 60 ans, polypathologiques, précaires et dépendants, dont le retour à domicile est rendu difficile par le peu de dispositifs disponibles pour une population de cet âge-là.

En effet, pour être éligible à l'Aide Personnalisée pour l'Autonomie (APA), il faut être âgé d'au moins 60 ans. L'objectif de cette aide est de couvrir tout ou partie des frais engendrés par l'instauration d'aides humaines au domicile du patient dépendant (IDE, kinésithérapie, aide-ménagère, auxiliaire de vie, livraison de repas, télésurveillance...) ou de couvrir une partie du tarif de l'établissement médico-social (EHPAD) d'accueil. L'évaluation de la dépendance se fait alors à l'aide d'une grille AGGIR ^(Annexe 4) qui donnera un score GIR ^(Annexe 5) allant de 1 à 6 conditionnant le niveau de prestation auquel peut prétendre le patient. Seuls les patients classés GIR 1 à 4 pourront bénéficier de l'APA.

Pour l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), l'âge minimum pour en bénéficier est fixé à 65 ans. Cette aide est une prestation mensuelle visant à aider les retraités ayant de faibles ressources (moins de 868,20€ par mois). Enfin, l'âge minimum pour bénéficier de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) est également de 60 ans.

Ainsi, pour ces patients de moins de 60 ans, polypathologiques, précaires et dépendants, l'organisation du retour à domicile est retardé, devant des difficultés de mise en place d'aides, ainsi que d'obtention d'une place en EHPAD (places réservées en priorité aux personnes âgées), et ce d'autant plus devant une offre en établissements adaptés à la dépendance dans le département du Nord moins importante qu'au niveau national.

S'il ne nous a pas été possible de quantifier objectivement le nombre de problématiques sociales chez les patients hospitalisés en MPPU sur nos 3 périodes, l'analyse de la durée de séjour montre un 3ème quartile plus élevé en 2018 avec plus de valeurs extrêmes, dont certaines de plus de 30 jours (Figure 1) dont on peut raisonnablement penser qu'il s'agit de problématiques sociales compliquant le retour à domicile.

Il est également à noter que nos résultats suggèrent une tendance à l'inversion progressive du sexe ratio avec le temps. Les conclusions sur l'implication du sexe du patient dans l'allongement de la DMS sont contradictoires dans la littérature médicale. Parmi les études françaises récentes, celle réalisée au CHU de Rennes en 2006 ⁽²⁶⁾ retrouvait une augmentation statistiquement significative de la DMS pour les patients de sexe masculin. A l'inverse, les études réalisées en 2007 au CHU de Reims ⁽²⁷⁾ et de Strasbourg ⁽¹⁶⁾ retrouvaient un allongement de la DMS pour les patients de sexe féminin.

Nous n'avons, pour notre part, mis en évidence aucune différence statistiquement significative de DMS en fonction du sexe des patients dans notre population.

Nous n'avons pas non plus mis en évidence de différence statistiquement significative entre le nombre de retour à domicile de la population masculine et de la population féminine. Ainsi l'inversion progressive du sex-ratio ne saurait expliquer la diminution du nombre de transfert vers les autres services de MCO évoqué plus haut.

Conclusion

Notre travail montre donc que le service de médecine polyvalente post-urgences du CHU de Lille a dépassé ses objectifs fixés à l'ouverture. En effet, il existe une nette augmentation de la durée de séjour des patients hospitalisés en MPPU, laquelle dépasse désormais largement l'objectif initial d'une DMS comprise entre 3 et 4 jours. Avec une DMS de 6 jours en 2018, le service de MPPU est désormais proche de la DMS des services d'hospitalisations temps pleins de MCO en France qui était de 6,4 jours en 2017 d'après la synthèse d'analyse de l'activité hospitalière de l'ATIH ⁽²⁸⁾.

L'objectif initial d'un taux d'occupation de 85% a lui aussi été largement dépassé avec un taux d'occupation en 2018 de 92%, diminuant la réactivité du service nécessaire pour fluidifier le passage des patients aux urgences.

Le service de MPPU est devenu avec le temps un service de médecine polyvalente à part entière et non plus uniquement un service de post-urgences. Cette offre de médecine polyvalente n'existe pas au CHU de Lille en dehors du service de MPPU et il semblerait intéressant de la développer.

Ensuite, comme le suggèrent plusieurs publications ⁽²⁹⁾ ⁽³⁰⁾, un moyen pour diminuer la DMS des patients hospitalisés en MPPU serait de développer ou d'utiliser un des outils existants (e.g., le score EPICES) de dépistage précoce des situations de précarité ^(Annexe 6).

Utilisé dès l'admission du patient, il permettrait de repérer rapidement les situations complexes susceptibles d'influer sur le cours de l'hospitalisation et ainsi de solliciter immédiatement l'intervention des assistantes sociales du service.

Par ailleurs, il serait pertinent de pouvoir à la fois quantifier les recours aux assistantes sociales dans le service et détailler les motifs de leurs interventions, car il semblerait que tout un pan de l'activité de MPPU échappe aux indicateurs actuels.

Il serait également intéressant de pouvoir approfondir certaines de nos hypothèses, notamment en étudiant en détail l'évolution des pourcentages des patients transférés au terme de leur séjour en MPPU en fonction du type de service concerné. Cela permettrait de déterminer s'il s'agit d'une tendance globale ou si la diminution des transferts se fait vers certains services uniquement et d'en étudier les raisons le cas échéant.

Il pourrait également être instructif de pouvoir comparer l'évolution de l'activité de MPPU du CHU de Lille avec d'autres services de post-urgences en France.

Enfin, il ne nous a pas été possible d'évaluer le nombre de patients placés en isolement pour des raisons infectieuses sur nos 3 périodes d'étude. Compte-tenu du lien direct déjà démontré entre isolement et augmentation de la DMS et difficulté de transfert du patient ⁽¹²⁾, on pourrait imaginer refaire une étude en faisant ressortir les patients en isolement par le biais d'une nouvelle cotation « isolement septique » afin de voir si la DMS de ces patients est augmentée par rapport aux patients non isolés.

Cela permettrait de vérifier l'hypothèse d'une augmentation des cas de patients isolés en MPPU depuis le passage à une configuration de 20 lits en chambres individuelles et son éventuelle implication dans l'augmentation de la DMS.

Bibliographie

1. Toutlemonde F (chef du bureau Etablissements de santé à la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). Les établissements de santé ; 2018
2. Bouet P, Mourgues JM, rédacteurs. Conseil National de l'Ordre des Médecins : Atlas de la démographie médicale, situation au 1er janvier 2018 ; 2018
3. Millien C, Chaput H, Cavillon M, rédacteurs. Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques : La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste ; Octobre 2018
4. Benard A. État des lieux de la permanence des soins ambulatoires dans le département de l'Eure. Médecine humaine et pathologie. 2012. ffdumas-00770643f
5. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoire au 31 décembre 2017 ; 2018
6. Desrivierre D. D'ici 2050, la population augmenterait dans toutes les régions de métropole. Insee Première. Juin 2017
7. Vuagnat A, rédacteur. Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? ; 2013
8. Haute Autorité de Santé. Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées ; 2017
9. Barbottin E. Ouverture d'une Unité de Médecine Polyvalente Post-Urgence au CHRU de Lille : bilan à 5mois de fonctionnement [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Lille : Faculté de médecine Henri Warembourg ; 2012
10. Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille. Ensemble au cœur de la santé : Rapport d'activité 2013 ; 2013
11. Chambre régionale des comptes Nord Pas de Calais Picardie. Rapport d'observations définitives et ses réponses. Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille (département du Nord). Exercices 2010 et suivants ; Avril 2016
12. Durand A, Dupré C, Robriquet L. Faut-il isoler les patients porteurs de BMR ? . Réanimation. 2016 ; 25:318-327
13. World Health Organisation. Antimicrobial resistance: global report on surveillance ; 2014.
14. Nestrigue C, Zeynep O. Estimation du surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital en France ; Février 2012
15. Lang PO, Heitz D, Hédelin G, Dramé M et al. Early markers of prolonged hospital stays in older people: a prospective, multicenter study of 908 inpatients in French acute hospitals. J Am Geriatr Soc. 2006

16. Lang PO, Heitz D, Meyer. Indicateurs précoces de durée de séjour prolongée chez les sujets âgés: Étude pilote réalisée au CHRU de Strasbourg. 2007
17. Rolland Y, Benetos A, Gentric A, Ankri J, Blanchard F et coll. Frailty in older population: a brief position paper from the French society of geriatrics and gerontology. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2011 ; 9 : 387-390
18. Holstein J, Farge D, Taright N, Trinquart L, Manac'h D, Bastianic T, et al. Lien précarité – durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour. *Rev Epidemiol Sante Publique*. Juin 2009
19. Mathy C, Bensadon M. L'impact de la prise en charge des patients en situation de précarité sur les hospitalisations de court séjour. Mission PMSI. 1999
20. Tran Ba Loc P, Lamarche-Vadel A, Gagey O, Frank-Soltysiak M. Facteurs associés à la durée longue d'un groupe homogène de séjours chirurgicaux. *Journal d'économie médicale*. 2010
21. Agence Régionale de Santé. Diagnostic territorialisé des Hauts-de-France, territoires de proximité ; 2016
22. Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques Nord Pas de Calais. Rapport d'étude : Fragilité sociale des personnes âgées du Nord: entre vieillissement, précarité et dépendance ; Février 2014
23. Le Département du Nord. Stratégie départementale de prévention de la perte d'autonomie. Diagnostic territorial des besoins des personnes âgées en matière de prévention. Recensement des initiatives locales dans le département du Nord ; Décembre 2016
24. Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille. Rapport d'activité 2016 : les chiffres clés ; 2017
25. Mallet, D, Duchêne, V. Globalité et médecine moderne. *Laennec*. 2008. tome 56(2), 35-49. doi:10.3917/lae.082.0035.
26. Champlon S. Durée de séjour hospitalière prolongée du sujet âgé : étude des déterminants du retard à la sortie dans un service de gériatrie aiguë. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Université de Rennes; 2007
27. Parquet H. Identification des facteurs d'hospitalisations prolongées du patient âgé : étude de cohorte HOSPRO réalisée en court séjour de gériatrie. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine]. Reims: Université de Reims; 2008
28. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. Synthèse : Analyse de l'activité hospitalière ; 2017
29. Parent V, Ludwig-Béal S, Sordet-Guépet H, Popitéan et al. Prolonged stays in hospital acute geriatric care units: identification and analysis of causes. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2016
30. Filit H, Howe J, Fulop G. Studies of hospital social stays in the frail elderly and their relationship to the intensity of social work intervention. *Social Work Health Care*. 1992

Annexes

1 Résidus standardisés pour l'analyse de l'association entre le sexe et la période

| | 2012 | 2015 | 2018 |
|--------|---------------|---------------|---------------|
| Femmes | $z = 1,727$ | $z = - 0,109$ | $z = - 1,710$ |
| Hommes | $z = - 1,768$ | $z = 0,112$ | $z = 1,750$ |

En 2012, sur un nombre de patients théorique calculé, le nombre d'hommes tendait à être moins important qu'attendu et le nombre de femmes tendait à être plus important qu'attendu.

En 2015, il y avait autant de femmes et d'hommes qu'attendus.

En 2018, le nombre d'hommes tendait à être plus important qu'attendu et le nombre de femmes tendait à être moins important qu'attendu.

Toutefois, aucun des résidus standardisés n'était significatif (tous les $|z| < 1.96$).

2 Résidus standardisés pour l'analyse de l'association entre l'orientation au terme de l'hospitalisation et la période

| | 2012 | 2015 | 2018 |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|
| Domicile | $z = -1,546$ | $z = 0,521$ | $z = 1,098$ |
| Autre service | $z = 1,434$ | $z = -0,483$ | $z = -1,019$ |

En 2012, sur un nombre de sorties théorique calculé, le nombre de sortie vers le domicile tendait à être moins important qu'attendu ($z = -1,546$) et le nombre de sortie vers un autre service tendait à être plus important qu'attendu ($z = 1,434$).

En 2015, il y avait autant de sortie vers le domicile ($z = 0,521$) et vers un autre service ($z = -0,483$) qu'attendus.

En 2018, le nombre de sortie vers le domicile tendait à être plus important qu'attendu ($z = 1,098$) et le nombre de sortie vers un autre service tendait à être moins important qu'attendu ($z = -1,019$).

Toutefois, aucun des résidus standardisés n'était significatif (tous les $|z| < 1,96$).

3 Précisions du DIM quant à l'augmentation de la proportion de séjours classés en catégorie « autres » en 2018

Avant 2016, le CHU de Lille était administrativement considéré comme un établissement unique. Ainsi, chaque séjour hospitalier au CHU faisait l'objet d'un GHM unique pour l'intégralité du séjour même si le patient avait été transféré dans plusieurs services de différents hôpitaux du CHU de Lille.

En 2016, une modification administrative est intervenue et le CHU est désormais considéré comme plusieurs hôpitaux différents (Salengro, Huriez, Calmette etc). On ne calcule plus un GHM pour l'intégralité du séjour d'un patient au CHU de Lille mais un GHM par bâtiment fréquenté pendant le séjour du patient. On parle de facturation au « FINESS géographique » et le CHU possède, depuis 2016, autant de FINESS géographique qu'il a de bâtiments.

La durée de séjour utilisée pour la détermination du GHM n'est ainsi plus la durée totale passée au CHU de Lille mais seulement la durée passée dans chaque bâtiment.

De ce fait, même si la durée de séjour en MPPU augmente et considérant que la durée de séjour au CHU est stable, la durée utilisée pour le calcul du GHM en MPPU s'est artificiellement raccourcie puisque l'on ne regarde plus la durée totale de séjour au CHU mais uniquement la durée de séjour dans l'hôpital Calmette où est situé le service médecine polyvalente post-urgences.

Ce raccourcissement artificiel des durées de séjour pour le calcul des GHM a entraîné une augmentation de la part des GHM « courts » classé dans la catégorie « Autres ».

4 Résidus standardisés pour l'analyse de l'association entre le niveau de sévérité et la période

| | 2012 | 2015 | 2018 |
|----------------------|---------------|---------------|---------------|
| 1 | $z = 0,951$ | $z = - 2,307$ | $z = 1,269$ |
| 2 | $z = - 0,261$ | $z = - 1,605$ | $z = 1,845$ |
| 3 | $z = 0,440$ | $z = 3,810$ | $z = - 4,191$ |
| 4 | $z = 0,986$ | $z = 1,842$ | $z = - 2,832$ |
| Autre service | $z = - 2,604$ | $z = - 3,182$ | $z = 5,831$ |

En ce qui concerne le niveau 1 de sévérité, sur une proportion théorique de séjours, le nombre de séjours tendait à être plus fort qu'attendu en 2012 et en 2018 et était significativement moins important qu'attendu en 2015.

Pour le niveau 2, le nombre de séjours ne diffèrent du nombre attendu en 2012, tendait à être plus faible qu'attendu en 2015 et était significativement plus fort qu'attendu en 2018.

Pour le niveau 3, le nombre de séjours n'était pas différent de celui attendu en 2012, était significativement plus important qu'attendu en 2015 et à l'inverse était significativement moins important qu'attendu en 2018.

Pour le niveau 4, le nombre de séjours tendait à être plus important qu'attendu en 2012 et surtout en 2015 alors qu'il était significativement moins important qu'attendu en 2018.

Enfin, pour la catégorie autre, le nombre de séjours était significativement moins important qu'attendu en 2012 et en 2015 alors qu'il était significativement plus grand qu'attendu en 2018.

5 Grille AGGIR.

| | | |
|---|-----------|--|
| Variables discriminantes : autonomie physique et psychique | | |
| Cohérence : converser et/ou se comporter de façon sensée | | |
| Orientation : se repérer dans le temps, les moments de la journée et les lieux | | |
| Toilette : concerne l'hygiène corporelle | Haut | |
| | Bas | |
| Habillage : s'habiller, se déshabiller, se présenter | Haut | |
| | Moyen | |
| | Bas | |
| Alimentation : manger les aliments préparés | Se servir | |
| | Manger | |
| Élimination : assumer l'hygiène de l'élimination | Urinaire | |
| | Fécale | |
| Transfert : se lever, se coucher, s'asseoir | | |
| Déplacement à l'intérieur : avec ou sans canne, déambulateur, fauteuil roulant... | | |
| Déplacement à l'extérieur : à partir de la porte d'entrée sans moyen de transport | | |
| Communication à distance : utiliser les moyens de communication, téléphone, sonnette, alarme... | | |
| Variables illustratives : autonomie domestique et sociale | | |
| Gestion : gérer ses propres affaires, son budget, ses biens | | |
| Cuisine : préparer ses repas et les conditionner pour être servis | | |
| Ménage : effectuer l'ensemble des travaux ménagers | | |
| Transport : prendre et/ou commander un moyen de transport | | |
| Achats : acquisition directe ou par correspondance | | |
| Suivi du traitement : se conformer à l'ordonnance du médecin | | |
| Activités de temps libre : activités sportives, culturelles, sociales, de loisirs ou de passe-temps | | |

Chaque item est coté A, B ou C.

A correspond à « fait seul et spontanément et totalement et habituellement et correctement ».

B correspond à « fait seul non spontanément et/ou partiellement et/ou non habituellement et/ou non correctement ».

C correspond à « ne fait pas seul ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement »

6 Classements GIR.

| GROUPE ISO-RESSOURCES | CARACTERISTIQUES DES PERSONNES |
|-----------------------|--|
| GIR 1 | Personnes confinées au lit ou au fauteuil ou dont les fonctions intellectuelles sont gravement altérées, nécessitant la présence constante d'intervenants |
| GIR 2 | Personnes confinées au lit ou au fauteuil et dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées, nécessitant une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante Personnes dont les fonctions mentales sont altérées, mais pouvant se déplacer : seuls certains gestes, tels que l'habillage ou la toilette, ne peuvent être accomplis en raison de la déficience mentale. |
| GIR 3 | Personnes ayant partiellement conservé leurs capacités motrices, mais ayant besoin d'être assistées pour se nourrir, se coucher, se laver... |
| GIR 4 | Personnes ayant besoin d'aide pour se lever, se coucher, mais pouvant se déplacer seules à l'intérieur du logement : une assistance est parfois nécessaire pour la toilette et l'habillage. Personnes n'ayant pas de problème de déplacement, mais qui devant être assistées pour les activités corporelles ainsi que pour les repas. |
| GIR 5 | Personnes relativement autonomes dans leurs activités, se déplaçant seules, mais ayant besoin d'aides ponctuelles pour la toilette, la préparation des repas, l'entretien du logement |
| GIR 6 | Personnes autonomes dans tous les actes de la vie courante |

Seuls les patients classés GIR 1, 2, 3 ou 4 peuvent bénéficier de l'APA.

7 Score EPICES.

| Numéro | Questions | Oui | Non |
|-----------|--|---------|-----|
| 1 | Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur) ? | +10,06 | 0 |
| 2 | Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle)*? | - 11,83 | 0 |
| 3 | Vivez-vous en couple ? | - 8,28 | 0 |
| 4 | Etes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ? | - 8,28 | 0 |
| 5 | Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ? | +14,80 | 0 |
| 6 | Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? | - 6,51 | 0 |
| 7 | Etes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre...) au cours des 12 derniers mois ? | - 7,10 | 0 |
| 8 | Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ? | - 7,10 | 0 |
| 9 | Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants | - 9,47 | 0 |
| 10 | En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...) y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ? | - 9,47 | 0 |
| 11 | En cas de difficultés (financières, familiales, de santé...), y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) ? | - 7,10 | 0 |
| Constante | | 75,14 | |

*La réponse à la question est « oui » pour les bénéficiaires de la CMUC (Couverture maladie universelle complémentaire)

Interprétation du score EPICES:

- Il faut impérativement que les 11 questions soient renseignées.
- Chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse est oui.
- Exemple pour une personne ayant répondu « oui » aux trois premières questions puis « non » aux autres questions :

$$\text{score EPICES} = 75,14 + 10,06 - 11,83 - 8,28 = 65,09$$

- Le score va de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité).
- Si le score est supérieur ou égal à 30, le patient est considéré en situation de précarité
- L'utilisation simplifiée veut que si une personne répond défavorablement à au moins 4 questions, elle soit considérée comme en situation de précarité.

AUTEUR : Nom : DELANNOY

Prénom : Nicolas

Date de Soutenance : 02/03/2020

Titre de la Thèse : Analyse du profil des patients et de l'activité du service de médecine polyvalente post-urgences à 6 mois, 3 ans et 6 ans de son ouverture.

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Médecine générale, Médecine polyvalente

DES + spécialité : DES de Médecine Générale

Mots-clés : Médecine polyvalente, post-urgences, CHU Lille, DMS, fragilité, précarité

Résumé :

Introduction : Le service de MPPU a ouvert en mai 2012 au CHU de Lille pour répondre à la problématique d'engorgement des urgences. Ses objectifs étaient de fluidifier le passage aux urgences de l'hôpital Roger Salengro en offrant la possibilité d'accueillir les patients nécessitant une hospitalisation dont la durée de séjour prévisible était entre 3 et 4 jours en maintenant un taux d'occupation des lits de 85% afin de pouvoir être très réactif lorsque l'indication d'hospitalisation était posée. Le service a désormais 7 ans et son personnel a le sentiment que les objectifs initiaux, notamment en terme de DMS, ont été dépassés. Nous avons donc analysé le profil des patients et l'activité du service à l'ouverture, à 3 ans et à 6 ans de afin de tester cette hypothèse.

Matériel et Méthode : Pour chacune des entrées en MPPU sur les périodes du 1er mai au 30 septembre 2012, 2015 et 2018, nous avons colligé l'âge, le sexe des patients, la durée de séjours en jours, les niveaux de sévérité associés aux séjours et l'orientation au terme de l'hospitalisation. Ces données nous ont permis d'obtenir la DMS et le taux d'occupation des lits du service.

Résultats : La DMS est passé de 4±3 jours en 2012 à 5±4 jours en 2015 et enfin 6±5 jours en 2018 ($p<0,01$). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative concernant la DMS des patients transférés vers un autre service de MCO ($p=0,993$), ou un SSR ($p=0,297$) en revanche la DMS des patients rentrant à domicile a augmenté de manière significative ($p<0,01$) et est passée de 3±3 jours en 2012 et 2015 à 4±4 jours en 2018. Le taux d'occupation des lits est passé de 75% en 2012 à 82% en 2015 et enfin à 92% en 2018 ($p=0,682$). Il y avait une association significative entre le mode de sortie et la période ($p=0,027$). Le taux de transfert vers un autre service est passé de 58% en 2012 à 51% en 2018.

Discussion : L'allongement de la DMS globale est sous-tendue par une augmentation de la DMS des patients rentrant à domicile au terme de leur hospitalisation en MPPU. Ceci peut s'expliquer par la diminution du nombre de transferts vers un autre service avec des patients bénéficiant désormais de l'intégralité de leur prise en charge en MPPU. Le service de MPPU pourrait également être particulièrement touché par les problématiques sociales rendant le retour à domicile difficile. Le taux d'occupation des lits a lui aussi augmenté et diminue la réactivité nécessaire pour fluidifier les passages aux urgences.

Conclusion : Le service de MPPU est devenu avec le temps un service de médecine polyvalente à part entière dépassant ses objectifs de post-urgences. Il semblerait intéressant de pouvoir développer cette offre de médecine polyvalente au CHU de Lille qui n'existe sous aucune autre forme que celle du service de MPPU. Il serait également intéressant de pouvoir quantifier le recours aux assistantes sociales afin d'évaluer l'impact de ces problématiques sur la DMS du service et de pouvoir développer l'utilisation d'outils permettant une intervention plus rapide des services sociaux de l'hôpital.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs : Monsieur le Professeur Marc LAMBERT
Monsieur le Professeur Éric WIEL
Monsieur le Docteur Loïc ANDRE (directeur de thèse)