

caractéristiques des séjours ont été décrites à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

**Résultats.**– Parmi les 891 patients inclus, la proportion d'hospitalisations non programmées était de 51 % (IC 95 % [48 % ; 55 %]) sur l'ensemble du GH. Environ 30 % des patients non programmés n'ont pas été admis par les urgences. Les hospitalisations programmées concernaient des patients plus jeunes (56 ans), des séjours assez courts (médiane sept jours) plus souvent chirurgicaux et mono-unités avec un mode de sortie domicile dans la majorité des cas. Parmi les hospitalisations non programmées, celles via les urgences concernaient des patients plus âgés (64 *versus* 59 ans) et duraient moins longtemps (16 *versus* 21 jours), celles de certains services ne concernaient que des patients déjà connus (hématologie, cancérologie). Trois types de services se dégageaient selon leur capacité à accueillir des patients non programmés : activité quasiment exclusivement non programmée (réanimation, maladies infectieuses...), activité exclusivement programmée, et activité mixte.

**Discussion et conclusion.**– Les hospitalisations non programmées hors urgences, non identifiables par le système d'information, représentent une part non négligeable de l'activité et doivent être prises en compte pour une gestion optimale des lits.

doi: 10.1016/j.respe.2011.12.122

## Session G2 – Qualité des pratiques et des soins III

### G2-1

#### Évaluation de l'impact d'une intervention multimodale sur la diminution des taux d'infections en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) : un essai randomisé en clusters (Étude Enlil), France

K. Chamli<sup>a</sup>, G. Gavazzi<sup>b</sup>, B. de Wazières<sup>c</sup>, B. Lejeune<sup>d</sup>, F. Piette<sup>e</sup>, M. Rothan-Tondeur<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Observatoire du risque infectieux en gériatrie (Orig), EHESP, AP–HP, Paris 6, Paris, France

<sup>b</sup> Observatoire du risque infectieux en gériatrie (Orig), CHU de Grenoble, Grenoble, France

<sup>c</sup> Observatoire du risque infectieux en gériatrie (Orig), CHU de Nîmes, Nîmes, France

<sup>d</sup> Observatoire du risque infectieux en gériatrie (Orig), CHU de Brest, Brest, France

<sup>e</sup> Observatoire du risque infectieux en gériatrie (Orig), hôpital Charles-Foix, Paris, France

**Mots clés :** Infections ; Ehpad ; Intervention

**Introduction.**– En France, la première enquête nationale de prévalence (2006–2007) réalisée sur 44 869 résidents dans 577 Ehpad, a estimé le taux de prévalence total des infections à 11,23 % (Intervalle de confiance [IC] à 95 % : 10,50–11,97). Des recommandations de prévention des infections adaptées ont été rédigées après organisation d'un consensus formalisé d'experts (CFE).

**Méthodes.**– Un essai randomisé en clusters a été mis en place pour évaluer l'impact d'un programme de prévention des infections sur la diminution des taux d'infections (urinaires, respiratoires et gastro-intestinales) de 5 % chez des résidents en Ehpad, sur une période de cinq mois. Suite à une randomisation stratifiée, en blocs, deux groupes ont été constitués : un groupe témoin (25 Ehpad) qui a conservé ses mesures de prévention de routine et un groupe interventionnel (25 Ehpad) qui a bénéficié de l'implantation d'un programme de prévention. Ce programme était basé sur les recommandations issues du CFE, avec formation des soignants, posters, « reminders » et attribution de moyens pour l'hygiène des mains, de l'environnement et l'hygiène bucco-dentaire des résidents. Le critère de jugement principal est le taux total d'infections. L'analyse statistique a été réalisée en intention-de-traiter.

**Résultats.**– Au total, 47 Ehpad (4515 résidents) étaient inclus et suivis. Le taux d'incidence des infections dans le groupe interventionnel était de 2,11 pour 1000 résidents-jours et de 2,15 pour 1000 résidents-jours dans le groupe

témoin ; la différence n'était pas significativement différente entre les deux groupes dans le modèle marginal de Cox brut (Risque relatif [RR] = 1,005 [95 % CI 0,893–1,131] ;  $p = 0,9328$ ) ou ajusté (RR = 0,989 [95 % CI 0,873–1,120] ;  $p = 0,8574$ ).

**Discussion et conclusion.**– Un accompagnement et du temps seraient nécessaires pour l'implantation des recommandations issues du CFE.

doi: 10.1016/j.respe.2011.12.123

### G2-2

#### Durée de séjour hospitalier et demande de placement en service de soins de suite et de réadaptation : analyses et perspectives dans un hôpital d'instruction des armées

R. Haus-Cheymol<sup>a</sup>, F. Tomelka<sup>b</sup>, P. Romary<sup>c</sup>, C. Verret<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées, Saint-Mandé, France

<sup>b</sup> Action sociale des cinq hôpitaux d'instruction des armées de la zone Nord, hôpital d'instruction des armées du Val-de-Grâce, Paris, France

<sup>c</sup> Service d'information médicale, hôpital d'instruction des armées du Val-de-Grâce, Paris, France

**Introduction.**– L'hôpital d'instruction des armées (HIA) du Val-de-Grâce est un établissement médicochirurgical de courte durée ne possédant pas de service de soins de suite et de réadaptation (SSR) et dont les durées moyennes de séjour (DMS) peuvent être influencées par les délais de transfert en SSR. Les objectifs de cette étude étaient de comparer les DMS des patients avec ou sans demande de transfert en SSR, ainsi que les délais de prescription et de prise en charge des patients par la filière SSR.

**Méthodes.**– L'étude rétrospective portait sur les « courts séjours » (psychiatrie et séances exclues) des patients hospitalisés à l'HIA entre 2009 et 2011. Les DMS ont été comparées selon l'existence ou non d'une demande de transfert en SSR au sein d'un même GHM (groupe homogène de malades) et selon la « lourdeur » du patient (dernier chiffre du GHM : 1, 2, 3 ou 4). Les délais entre la date d'entrée du patient, la date de prescription d'un séjour en SSR, la date souhaitée de transfert et la date effective de départ du patient ont également été calculés. Les moyennes ont été comparées par un test de Kruskal-Wallis.

**Résultats.**– Sur la totalité des 23 031 séjours hors séances recueillis, 461 (2,0 %) ont abouti à un transfert en SSR. La DMS augmentait avec l'âge des patients ( $p < 10^{-4}$ ). En tenant compte de l'âge des patients, la DMS était plus longue pour les séjours ayant donné lieu à un transfert (22,0 jours *versus* 5,6 jours) ( $p < 0,001$ ) et augmentait avec la gravité du GHM ( $p < 0,001$ ) que le séjour ait donné lieu à un transfert en SSR ou non. Les délais moyens de prescription du transfert en SSR et de prise en charge en SSR augmentaient avec la gravité du GHM ( $p < 0,001$ ).

**Discussion et conclusion.**– Cette étude souligne l'importance de détecter précocement les patients nécessitant un transfert en SSR et d'instaurer rapidement cette demande par une étude au préalable de leurs conditions de vie afin d'adapter un projet de sortie individualisé.

doi: 10.1016/j.respe.2011.12.124

### G2-3

#### Les patients adultes décédés en soins de courte durée médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) en 2009, susceptibles de relever de soins palliatifs

M.-C. Mouquet<sup>a</sup>, P. Oberlin<sup>a</sup>, E. Gisquet<sup>b</sup>, L. Morin<sup>b</sup>, F. Riou<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Paris, France

<sup>b</sup> Observatoire national de la fin de vie, Paris, France

<sup>c</sup> Département de santé publique, université Rennes 1, CHU de Rennes, Rennes, France

**Mots clés :** Soins palliatifs ; Décès

**Introduction.**– Ce travail a été réalisé à la demande et en collaboration avec l'Observatoire national de la fin de vie. En 2009, la moitié des décès des