



HAL
open science

Facteurs prédictifs et taux de ré-hospitalisation à 90 jours des patients en soins palliatifs au CHGM à La Réunion

Amélie Pottier

► **To cite this version:**

Amélie Pottier. Facteurs prédictifs et taux de ré-hospitalisation à 90 jours des patients en soins palliatifs au CHGM à La Réunion. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02355689

HAL Id: dumas-02355689

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02355689>

Submitted on 8 Nov 2019

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

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

UNIVERSITÉ DE LA RÉUNION

UFR SANTÉ

Année : 2019

N° : 2019LARE021M

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**FACTEURS PRÉDICTIFS ET TAUX DE RÉ-HOPITALISATION À
90 JOURS DES PATIENTS EN SOINS PALLIATIFS AU CHGM À LA
RÉUNION**

Présentée et soutenue publiquement le 23 octobre 2019 à St Pierre
à La Réunion

Par Amélie POTTIER

JURY

Président :

Monsieur le Professeur FRANCO

Assesseurs :

Monsieur le Docteur LERUSTE

Monsieur le Docteur MONTÉE

Madame le Docteur MELCHIOR-HEMMER

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur AUGUSTIN

TABLES DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX.....	7
LISTE DES FIGURES.....	8
ABREVIATIONS.....	9
CONTEXTE.....	11
Etat des lieux.....	11
Définition des soins palliatifs.....	15
A)Organisation Mondiale de la Santé.....	15
B)« Loi de 1999 ».....	15
C)Conseil de l'ordre des Médecins.....	15
D)Programme national.....	15
E)L'ANAES.....	16
Démarche palliative.....	17
Les soins palliatifs à La Réunion.....	18
A)Composition globale du système de soins à La Réunion.....	18
B)Composition des soins palliatifs à La Réunion.....	18
C)Activité de l'équipe mobile de soins palliatifs du CHGM en 2017.....	19
Définition de ré-hospitalisation.....	21
Définition de ré-hospitalisation potentiellement évitable.....	22
Ré-hospitalisation et coût de la santé.....	23
1. INTRODUCTION.....	25
2. MATERIEL ET METHODES.....	27
2.1 Type d'étude.....	27
2.2 Description de la population.....	27
2.2.1 Critères d'inclusion.....	27
2.2.2 Critères d'exclusion.....	28
2.3 Recueil des données.....	28
2.3.1 Autorisation et accord.....	28
2.3.2 Méthode de recueil.....	28
2.3.3 Gestion des données.....	29
2.4 Analyse des données.....	29
2.4.1 Description de la population.....	29

2.4.2 Critère de jugement principal	30
2.4.3 Critères de jugement secondaires.....	31
A)Facteurs prédictifs d'une ré-hospitalisation à 90 jours.....	31
B)Taux de ré-hospitalisation à 30 jours.....	32
2.4.4 Analyse descriptive	33
3. RESULTATS.....	35
3.1 Analyse descriptive de la population.....	35
3.1.1 Echantillon	35
3.1.2 Caractéristique de la population.....	36
3.1.3 Description du séjour index.....	38
A) Durée et motif d'hospitalisation du séjour index	38
B)Antécédents de suivi par l'EMSP	39
C)Intervention de l'assistante sociale durant le séjour index.....	39
D)Aides au domicile	39
E)Présence d'un entourage familial à la sortie du séjour index.....	40
F)Intervention de l'EMSP à la sortie du séjour index	40
3.2 Analyse du critère de jugement principal	40
3.2.1 Taux de ré-hospitalisation à 90 jours	40
3.2.2 Motifs de ré-hospitalisation à 90 jours	40
3.3 Analyse des critères de jugement secondaires	41
3.3.1 Facteurs prédictifs d'une ré-hospitalisation à 90 jours	41
A)Facteurs socio-démographiques.....	44
B)Facteurs liés au séjour index	44
C)Facteurs liés aux conditions socio-économiques à la sortie du séjour index	44
D)Durée d'hospitalisation du séjour index	45
3.3.2 Taux de ré-hospitalisation à 30 jours	45
4. DISCUSSION.....	47
4.1 Synthèse critique des résultats et comparaison à la littérature	47
4.1.1 Taux de ré-hospitalisation à 90 jours	47
4.1.2 Motif de ré-hospitalisation à 90 jours.....	49
4.1.3 Facteurs prédictifs d'une ré-hospitalisation à 90 jours	51
A)Facteurs socio-démographiques	51
B)Facteurs liés au séjour index	52
C)Facteurs liés aux conditions socio-économiques à la sortie du séjour index	54
D)Durée d'hospitalisation du séjour index	60

4.1.4 Taux de ré-hospitalisation à 30 jours	61
4.2 Forces et Limites de l'étude	62
4.2.1 Forces de l'étude	62
A) Type de l'étude	62
B) Population de l'étude	62
C) Originalité du sujet	62
4.2.2 Limites de l'étude	63
A) Biais de sélection	63
B) Biais d'information	63
C) Nombre de décès	64
D) Manque de puissance	64
E) Choix des facteurs	64
4.3 Implication	65
5. CONCLUSION	67
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	68
ANNEXES	73
SERMENT D'HYPPOCRATE	79
RESUME	80

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 = Caractéristiques socio-démographiques des patients de l'étude

Tableau 2 = Facteurs prédictifs d'une ré-hospitalisation à 90 jours

Tableau 3 = Durée du séjour index pour le groupe « ré-hospitalisé à 90 jours » et le groupe « non ré-hospitalisé à 90 jours ».

Tableau 4 = Taux de ré-hospitalisation pour les motifs principaux selon l'étude en comparaison à l'étude de l'ARS

LISTE DES FIGURES

Figure 1 = Flow-Chart de l'étude

Figure 2 = Motifs d'hospitalisation du séjour index

Figure 3 = Aides au domicile mises en place à la sortie du séjour index

Figure 4 = Motifs de ré-hospitalisation à 90 jours

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES = Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ARAR = Association réunionnaise d'assistance respiratoire et de soin à domicile

ARS = Agence Régionale de Santé

ARS-OI = Agence Régional de Santé de l'Océan Indien

ASDR = Association de soin à domicile à La Réunion

ASPEDO = Association des soins palliatifs et de la douleur de l'Ouest

CHGM = Centre hospitalier de Gabriel Martin

CHU = Centre hospitalier universitaire

CIL = Correspondant « Informatique et Libertés »

DGOS = Direction générale de l'offre des soins

DIM = Département d'informatique médical

DOM = Département d'outre-mer

EMSP = Equipe mobile des soins palliatifs

EHPAD = Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ERSSP = Equipes ressources régionales en soins palliatifs pédiatriques

GHM = Groupe homogène de malade

GISP = Groupement des intervenants en soins palliatifs de l'Océan Indien

HAD = Hospitalisation à domicile

HAS = Haute Autorité de Santé

IGAS = Inspection générale des affaires sociales

INSEE = Institut National de la statistique et des études

IPP = Identifiant permanent patient

LISP = Lit identifié pour les soins palliatifs

MAD= Maintien à domicile

MCO = Médecine-chirurgie-obstétrique

OMS =Organisation mondiale de la santé

PIB = Produit intérieur brut

PMSI = Programme de médicalisation des systèmes d'information

SFAP = Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs

SSR = Soins de suite et réadaptation

SSIAD = Services de soins infirmiers à domicile

USP = Unité de soins palliatifs

CONTEXTE

Etat des lieux

Au cours du dernier siècle, le lieu de décès des français a profondément évolué. La possibilité du domicile comme lieu de fin de vie a changé grâce aux progrès de la médecine palliative et des modes de prises en charges ambulatoires (1). On observe une volonté croissante de vivre sa fin de vie au domicile. Le domicile étant reconnu comme un espace connu qui offre de l'espoir de pouvoir maîtriser sa fin de vie, entouré de ses proches, sans être contraint par les règlements des structures hospitalières. Malheureusement, bien que majoritaire dans les années 1950, le domicile est devenu le lieu de décès minoritaire (1). En 2010, 80 % des patients en soins palliatifs déclaraient vouloir finir leur vie chez eux. Seulement, 27 % sont décédés à leur domicile (2). Chiffre stable puisqu'en 2013, seulement 38 % des décès annuels se faisaient au domicile selon le rapport établi par l'Inspection générales des affaires sociales (l'IGAS) (1). De même qu'en 2016, où sur 594 000 décès, seuls 26 % sont décédés au domicile selon l'Institut national de la statistique et des études économique (INSEE) (3). Globalement, en Europe, le désir de mourir au domicile variait de 39,7 à 94,8 % (4).

Ces données interrogent donc sur les conditions actuelles pour le maintien à domicile des patients en soins palliatifs jusqu'au décès. Bien que l'institutionnalisation de notre système de soins explique pour partie cette tendance à orienter les patients rapidement et facilement vers un milieu hospitalier, on constate que la majorité des français résidaient encore à leur domicile à seulement un mois de leur décès (1, 2). C'est donc seulement dans leurs derniers jours de vie que les patients vont devoir quitter leur domicile et être transférés à l'hôpital. C'est donc dans un mouvement qui va dépasser l'offre capacitaire en lits spécialisés et conduire ces personnes à mourir, dans des services « classiques », voire pour certaines dans les couloirs des urgences. Les facteurs influençant le lieu de décès sont multiples : facteurs sociodémographiques (sexe, âge, état civil, soutien familial, niveau d'étude, préférence du patient), facteurs épidémiologiques (cause du décès, évolution de la pathologie), facteurs infrastructurels (rural/urbain, densité hospitalière, offre de

proximité), ou encore des facteurs possiblement associés tels que les croyances, la culture, l'ethnie, la relation avec les soignants...(5)

Ainsi, les enjeux autour de la fin de vie ne se situent pas seulement dans la phase terminale, qui accapare principalement l'attention. Ils concernent également l'accompagnement des malades tout au long de leur trajectoire de fin de vie.

Le Pr Régis Aubry dans « L'état des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010 » précisait que « *contrairement à une idée largement répandue, les soins palliatifs ne concernent pas seulement les dernières semaines ni les derniers mois de la vie, et peuvent être mis en œuvre simultanément à des soins dits "curatifs"* » (6). Par conséquent, l'annonce d'une maladie grave devrait solliciter immédiatement la présence d'un médecin spécialiste de soins palliatifs dès lors que les soins palliatifs ne sont pas exclusivement des soins de fin de vie.

D'autant plus que le système de santé va devoir accompagner un nombre de situations de fin de vie croissant. En effet, l'INSEE prévoit 770 000 décès par an à l'horizon 2050, soit une hausse d'environ 50 % par rapport à la situation actuelle (7). Ces situations de fin de vie vont aussi se complexifier sous l'effet combiné du vieillissement et de la prévalence de maladies chroniques et de maladies neurodégénératives.

Le développement des soins palliatifs à domicile s'appuie alors sur des initiatives législatives et gouvernementales dont la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Ce développement va également reposer sur le plan national 2015-2018, mis en place par l'ancienne ministre de la santé, Mme Marisol Touraine, pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie (8).

L'un des objectifs du plan national 2015-2018 est de développer les prises en charge au domicile en créant, dès 2016, 30 nouvelles équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP) sur l'ensemble du territoire. Les autres objectifs du plan national sont

également de donner aux professionnels une plus grande expertise et connaissance des soins palliatifs, en développant les prises en charge en ville et en diminuant les inégalités d'accès aux soins palliatifs, via une enveloppe de 190 millions d'euros qui finance les projets territoriaux innovants (8). Le processus de santé se développe donc de plus en plus en ville. Le développement de la médecine de ville est en plein essor. La prise en charge des patients à leur domicile et le rôle du médecin généraliste prend alors une importance croissante.

C'est donc dans leur lieu de vie habituel que la coordination des professionnels de santé pour la prise en charge des patients nécessitant des soins palliatifs se met en place. Au domicile, le médecin généraliste a un rôle pivot et essentiel aux yeux des patients et des proches, particulièrement en fin de vie. Son action est renforcée par l'implication des infirmières ainsi que par l'intervention des médecins coordinateurs d'hospitalisation à domicile (HAD) (8). Cette coordination peut également faire appel à l'appui des spécialistes en soins palliatifs (réseau, équipe mobile de soins palliatifs...) lors de situations complexes. Cela permettant, en cas de situation d'urgence, de mieux préciser les moyens à mettre en œuvre avant de recourir à une hospitalisation (8).

Cependant, selon l'IGAS, les EMSP ont une activité extrahospitalière limitée (7 %) et la capacité d'accueil en Lits identifiés pour les soins palliatifs (LISP) ne serait utilisée qu'à hauteur de 50 % (1). Par ailleurs, deux tiers des admissions hospitalières non programmées pour des patients présentant un cancer en fin de vie étaient des hospitalisations abusives car le patient ne nécessitait pas de soins, ni de surveillance médicalisée 24 heures sur 24 (9). On constate également une insuffisante capacité à anticiper le recours à l'hôpital. Les hospitalisations sont souvent non-programmées et se traduisent par des sollicitations dans l'urgence, pas toujours justifiées sur le plan médical et parfois contraires aux souhaits exprimés par les patients. Ces ré-hospitalisations représentent actuellement un problème important pour les systèmes de santé des pays développés. En effet, jusqu'à 12 % des patients seront ré-hospitalisés dans les 30 jours suivant leur sortie de l'hôpital toutes causes confondues, voire 30 % lorsqu'on s'intéresse aux ré-hospitalisations à 90 jours en 2015 (9). Selon les régions, on constate qu'à La Réunion, le taux de ré-

hospitalisation à 30 jours est le plus haut entre 12,6 % et 14,3 % toutes causes confondues hors codages pour les soins palliatifs (10). Ce phénomène a un impact non seulement sur la sécurité et le confort des patients, mais également sur le plan financier. En terme d'exemple, on estime que les réadmissions hospitalières coûtent environ 26 milliards de dollars par année aux Etats-Unis (11).

C'est dans ce contexte qu'en France, selon la Haute Autorité de santé (HAS), que la proportion de ré-hospitalisations évitables est estimée à 23 % pour les personnes âgées de plus de 75 ans toutes pathologies confondues (12). A La Réunion, ce taux de ré-hospitalisation potentiellement évitable représente le taux le plus haut, estimé entre 6,87 % et 8,55 % selon les pathologies, hors codage pour les soins palliatifs (10, 12).

Par ailleurs, selon l'organisation des parcours de soins définis par la HAS, le critère de ré-hospitalisation à 30 jours après la sortie du patient, reflète la qualité de la prise en charge intra-hospitalière et au moment de la sortie. Il reflète donc la coordination entre les acteurs du système de soins lors de la transition hôpital-ville. Etendre ce critère à 90 jours permet de prendre en compte le rôle important des soins ambulatoires dans la prévention des ré-hospitalisations (9, 13).

Définition des soins palliatifs

A) Organisation Mondiale de la Santé

La notion de soins palliatifs est apparue en 1990 par l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) comme des « *soins actifs, complets, donnés aux malades dont l'affection ne répond pas au traitement curatif* » (Annexe 1).

B) « Loi de 1999 »

La définition des soins palliatifs donnée par l'OMS prend une valeur légale en 1999 par la « loi de 1999 » relative aux *Droits de la personne malade et des usagers du système de santé* (Annexe 2). Cette dernière permet l'accès aux soins palliatifs et à l'accompagnement par une équipe multidisciplinaire pour tous patients dont l'état de santé nécessite des soins dits « actifs et continus ».

C) Conseil de l'ordre des Médecins

C'est en 1996 que le conseil de l'ordre des médecins définit les soins palliatifs par la « *mise en œuvre de soins et d'accompagnement toutes les fois qu'une atteinte pathologique menace l'existence, que la mort survienne ou puisse être évitée* ».

D) Programme national

En 2002, la définition de soins palliatifs est développée par le programme national de développement des soins palliatifs. En effet, celle-ci précise que les soins palliatifs concernent des personnes de tous âges atteintes d'une maladie grave, évolutive mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale. Le but d'améliorer la qualité de vie et de soulager les symptômes (physique, psychologique, spirituel ou sociaux) reste toujours l'objectif principal.

E) L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

Toujours en 2002, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) ajoute à la définition que les soins palliatifs sont des soins cherchant à éviter les investigations et les traitements déraisonnables et se refusent à provoquer intentionnellement la mort (Annexe 3).

Démarche palliative

En France, depuis 1987 jusqu'en 2013, le développement des soins palliatifs a augmenté de manière exponentielle. En effet, entre 1987 et 2013 le nombre d'unités, de lits en unité de soins palliatifs (USP) et de LISP ont largement augmenté respectivement de 6 à 130,150 à 1 412, 232 à 4 663 et on comptabilisait au total 431 EMSP en 2013 (14). Cependant, bien que la capacité globale d'accueil des soins palliatifs ait augmenté, la répartition inégale territoriale nationale des soins palliatifs ont augmenté en parallèle au cours de cette période (14, 15).

D'autant plus que la définition des soins palliatifs est une notion qui évolue au cours des années mais dont l'objectif principal n'est pas modifié. Celle-ci a pour but d'améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle. Les soins palliatifs ont pour objectif de procurer le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, de soutenir la vie et de considérer la mort comme un processus normal. Les soins palliatifs n'ont pas pour but d'accélérer ni de repousser la mort. Elle cherche à éviter l'obstination déraisonnable, tout en respectant la volonté du patient et se refuse à provoquer intentionnellement la mort (6, 16).

Il est donc nécessaire de développer une notion de « démarche palliative » (16). Cette démarche palliative a pour but d'anticiper les situations de fin de vie. Elle intègre les questions éthiques, l'accompagnement des malades et des familles, les soins de confort et de besoins. Elle prend en compte aussi bien les symptômes physiques, psychologiques, sociaux et spirituels. Elle s'adresse autant aux malades, qu'à la famille, aux proches, que ce soit à domicile ou en institution. Elle s'intègre dans un processus initialement parallèle aux soins dits « curatifs » vers le passage progressif à des soins uniquement dits « palliatifs ». Ces soins palliatifs sont donc des soins actifs délivrés par une équipe multidisciplinaire.

Les soins palliatifs à La Réunion

A) Composition globale du système de soins à La Réunion

Au 1er janvier 2016, à La Réunion, 26 établissements de santé sont recensés dont 4 publics et 22 privés. Ce qui représente 34 structures réparties sur l'île dont 7 maternités. Depuis 2012, le territoire est doté d'un CHU réparti sur 2 sites (Nord et Sud). La prise en charge hospitalière tous secteurs confondus engage, à La Réunion quotidiennement, environ 13 400 personnes dont près de 1 800 personnels médicaux (15, 17).

B) Composition des soins palliatifs à La Réunion

Concernant les soins palliatifs à La Réunion, selon les données de l'Agence régional de santé de l'Océan indien (ARS-OI), l'île compte 34 LISP en 2017, 3 EMSP, 1 USP (Unité de soins palliatif) de 6 lits à Ste Clotilde et 1 ERSSPP (Equipes ressources régionales en soins palliatifs pédiatrique) (17).

Concernant les LISP, on identifie en 2017 :

- 3 LISP en pneumologie à St Denis,
- 3 LISP en médecine polyvalente à St Denis,
- 2 LISP à l'hôpital d'enfants à St Denis,
- 6 LISP en oncologie à la clinique de St Clotilde,
- 3 LISP en onco-hématologie à St Pierre,
- 3 LISP en pneumologie à St Pierre,
- 4 LISP en médecine polyvalente à St Joseph,
- 6 LISP en soins de suite et de réadaptation (SSR) à St Joseph,
- 4 LISP à St Benoit.

En 2015, on comptait 23 625 journées d'hospitalisation en hospitalisation à domicile (HAD) pour 599 patients domiciliés à La Réunion. La répartition en HAD comptait 42 % des patients pour l'Association de soins à domicile à La Réunion (ASDR) et 58 % pour l'Association Réunionnaise d'assistance respiratoire et de soin à domicile (ARAR) (17).

La répartition du lieu de décès en 2014 à La Réunion selon le centre national de fin de vie et de soins palliatifs comptabilisait 48 % en milieu hospitalier, 42 % au domicile, 3 % en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 7 % autres (non connu, voie publique...) (15, 17).

C) *Activité de l'équipe mobile de soins palliatifs du Centre hospitalier de Gabriel Martin en 2017*

Selon le rapport d'activité de l'EMSP du Centre hospitalier de Gabriel Martin (CHGM) en 2017, le service de soins palliatifs du CHGM était composé d'une équipe multidisciplinaire : 2 médecins, 1 infirmière, 1 psychologue, 1 secrétaire, 1 cadre de santé. Les interventions de l'EMSP se réalisaient majoritairement en binôme « médecin/infirmière » ou par intervention seul « médecin », « psychologue », « infirmière » (61).

Durant l'année 2017, le service a comptabilisé une file active de 322 patients dont 44 initialement suivis en 2016, soit 278 nouveaux patients. Le nombre d'interventions globales tous lieux, toutes pathologies confondues était de 1358 durant l'année 2017.

L'EMSP a collaboré avec 13 services du CHGM dont principalement les soins continus à 25,3 %, le service de gastro-entérologie à 15,8 %, le service de cardiologie à 13,2 % et la médecine à orientation pneumologique à 9,5 %.

Concernant l'activité extrahospitalière, l'EMSP est intervenue 360 fois dans 8 établissements (EPHAD, SSR, HAD...) soit 26,5 % de l'activité globale.

A domicile, l'EMSP est intervenu 337 fois en collaboration avec les médecins généralistes et les équipes libérales soit 24,8 % de l'activité globale.

L'EMSP du CHGM a plusieurs missions définies par la Société Française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP). L'une d'entre elles est d'intervenir au domicile à la demande d'un soignant, patient, famille ou du médecin traitant. Lorsque la demande initiale n'était pas faite par le médecin généraliste, une validation d'intervention par celui-ci doit être demandée. Et si possible d'organiser sa présence lors du passage de l'EMSP au domicile. Des conseils et prescriptions sont laissées à l'appréciation du médecin généraliste. Tout passage donne suite à un courrier systématique adressé au médecin après la visite au domicile. Toute nouvelle intervention ou suivi par téléphone est laissé libre de choix au patient, sa famille, soignant et au médecin généraliste (61).

Ainsi, l'EMSP a reçu en 2017, 669 appels pour des demandes internes au CHGM et 643 appels extérieurs dont 421 du domicile, 202 des établissements extérieurs et 20 considérés comme « autres ». Les motifs des demandes, tous lieux confondus, étaient pour 322 cas une prise en charge de la douleur, 489 pour une prise en charge globale de soins palliatifs, 46 pour des conseils, 34 pour une demande de soutien, 22 pour un deuil ou encore 4 pour l'organisation d'un retour à domicile (61).

De manière générale, l'EMSP a pris en charge 137 patients ayant une pathologie cancéreuse et 185 patients ayant une autre pathologie en dehors d'un cancer.

Globalement, en comparaison à l'année 2016, l'activité de l'EMSP a diminué bien que l'activité extérieure ait progressé de plus de 38 % pour le domicile et de 5 % pour les établissements extérieurs.

Définition de ré-hospitalisation

En France, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a mis en place un indicateur hospitalier de vigilance dans le but d'alerter, d'analyser et d'agir sur les pratiques organisationnelles et cliniques (exemple : la gestion de la sortie du patient hospitalisé vers son domicile pour réduire les risques de rupture de parcours de soins) (9). Cet indicateur s'appelle « le taux de ré-hospitalisation ».

La ré-hospitalisation correspond à une nouvelle hospitalisation du patient dans un délai prédéfini (1 à 7 jours, 30 jours ou 90 jours) après sa sortie (9). Elle a pour mode d'entrée le domicile, y compris par les urgences, que cela entraîne une hospitalisation complète ou une hospitalisation sans nuitée (passage aux urgences par exemple). Pour calculer cet indicateur, seule la première ré-hospitalisation du patient est prise en compte, même si plusieurs ré-hospitalisations se réitèrent dans l'année par la suite (9). Ainsi, on définit le séjour index comme le premier séjour d'hospitalisation du patient dans l'année avec pour mode d'entrée et de sortie le domicile. Le motif d'hospitalisation lors du séjour index peut différer du séjour de ré-hospitalisation (9).

Le délai pour la ré-hospitalisation reflète les prises en charge hospitalières ou ambulatoires. En effet, la ré-hospitalisation précoce entre 1 à 7 jours semble liée à la qualité des soins lors du séjour index. La ré-hospitalisation au-delà de 7 jours reflète l'organisation du système de soins (qualité intra-hospitalière, accès aux soins...). Et le taux de ré-hospitalisation à 30 jours permet d'apprécier la capacité des acteurs de santé à prendre en charge un patient à la sortie d'hospitalisation et à la coordination entre les acteurs de ville et l'hôpital (9, 18). Etendre ce délai de ré-hospitalisation à 90 jours permet de mieux prendre en compte le rôle des soins ambulatoires dans la prévention des ré-hospitalisations et de sélectionner les interventions ayant un effet plus durable (2).

Définition de ré-hospitalisation potentiellement évitable

La DGOS a également défini un indicateur qui prend la forme d'un « taux de recours ». Celui-ci mesure la consommation de soins hospitaliers potentiellement évitables des habitants d'une zone géographique donnée, rapportée à la population adulte domiciliée dans cette zone pour 1 000 habitants (12).

Il a pour vocation d'identifier les territoires pour lesquels la coordination ville-hôpital pourrait être améliorée par des travaux avec les professionnels concernés (12).

Son objectif est de savoir si ces ré-hospitalisations auraient pu être évitées par un bon suivi en ambulatoire ou, plus largement, par une meilleure coordination entre les acteurs.

Le taux de ré-hospitalisation évitable est une notion reconnue dans la littérature médico-économique internationale comme indicateur fiable de la qualité des soins primaires dans plusieurs pays dont la France, le Royaume-Uni, le Canada, l'Espagne et les Etats-Unis (19). Une ré-hospitalisation évitable est une hospitalisation non programmée, en lien avec le séjour hospitalier précédent survenant dans un délai prédéfini suivant la sortie. En général, ce taux est étudié avec un délai de 30 jours de l'hospitalisation. On considère que cette nouvelle ré-hospitalisation aurait pu être contrôlée en soins primaires ou grâce à une meilleure communication et coordination entre l'hôpital et la ville (19).

Ré-hospitalisation et coût de la santé

De nos jours, le coût de la santé est bien connu et identifié. L'OMS estime que les dépenses de santé augmentent et représentent 10 % du produit intérieur brut (PIB) mondial. Cette augmentation est plus rapide que la croissance de l'économie mondiale (20). Cela représente alors un problème financier et en fait l'un des objectifs politiques d'économie de la santé.

Plusieurs études ont mis en évidence ce coût financier. Concernant les soins palliatifs, l'étude de *Morrison et al.* a démontré que les consultations de soins palliatifs pour les patients hospitalisés sont associés à des économies de coûts nettes de plus de 2 500 dollars par patient (21). Ainsi, il y a une diminution du coût de santé si les soins palliatifs interviennent au lit du patient dans les hôpitaux pour diminuer la durée de séjour et les ré-hospitalisations. L'étude de *Tandeman et al.*, a mis en évidence des frais d'hospitalisation moins élevés chez les patients ayant eu une consultation par l'EMSP durant leur hospitalisation et quelle que soit leur statut vital. Cette réduction de coût était en moyenne de 13 % (22). Ce résultat se joint à l'étude de *Morrison et al.*, qui ont montré une réduction de 11 % (23).

Concernant les soins palliatifs ambulatoires, une autre étude a montré que les services de soins palliatifs en ville diminuent le coût global pour les patients gravement atteints, jusqu'à 33 % de ces patients (24). Ces économies durant les soins ambulatoires sont possibles en diminuant les besoins de soins, de services de santé entraînant donc moins d'hospitalisations et de visites des urgences (25). Tout comme l'étude de *Brumley et al.* qui démontre par un essai contrôlé randomisé que l'intervention des soins palliatifs au domicile réduit les coûts de soins de 38 % en diminuant le passage aux urgences, les hospitalisations et en augmentant les soins pluridisciplinaires au domicile (24). Une autre étude a également révélé que l'admission en soins palliatifs était associée à une baisse du taux de recours au service des urgences le dernier mois de vie (26).

Cependant, ces économies de coûts n'ont pas été mises en évidence chez des patients hospitalisés plus de 30 jours (27).

Concernant le taux de ré-hospitalisation dans les 30 jours et les coûts de santé induit, une étude suggère que les soins de courte durée lors des 30 premiers jours représentent plus de $\frac{3}{4}$ de tous les coûts de soins au cours de la dernière année de vie (28).

Ainsi, au vu du risque élevé de ré-hospitalisation des patients sortis au domicile sans aides, au coût élevé de ré-hospitalisations et aux études montrant l'avantage de l'intervention précoce des soins palliatifs au domicile, on peut en déduire que l'EMSP permettrait de compenser les coûts élevés de ré-hospitalisations et permettrait de réaliser des économies supplémentaires.

Par ailleurs, la communication concernant la fin de vie dans tous ses aspects permet selon l'étude de *Miyashita et al.* de diminuer les analgésies morphiniques, les manœuvres de réanimations, les prolongements des traitement curatifs et l'acceptabilité de mourir au domicile, ce qui entraîne en conséquence une diminution des coûts de soins (29).

1. INTRODUCTION

Le taux de ré-hospitalisation, en France, est un indicateur des pratiques organisationnelles et cliniques des soins et un reflet indirect des dépenses de santé. La majorité de la littérature évalue ce taux de ré-hospitalisation à moins de 30 jours, évaluant alors la sortie de l'hospitalisation et la transition hôpital-ville. Cependant, étendre ce délai à 90 jours reflète la prise en charge ambulatoire et le rôle de la médecine de ville. Devant une population de plus en plus vieillissante et une augmentation des comorbidités, la médecine de ville va en effet devoir se développer et être en mesure d'éviter ces ré-hospitalisations. A ce jour, quelques études évaluent le taux de ré-hospitalisation à 30 jours pour les patients en soins palliatifs. En revanche, peu d'études ont été menées pour évaluer ce taux de ré-hospitalisation à 90 jours. De plus, à La Réunion, il n'existe aucune donnée quant au taux de ré-hospitalisation à 30 et à 90 jours des patients en soins palliatifs. Il n'existe pas non plus, à notre connaissance, de données sur les facteurs prédictifs à une ré-hospitalisation précoce pour cette population à La Réunion. Pourtant, la connaissance de ces données permettrait de mieux cerner les difficultés de maintien à domicile des patients en soins palliatifs à La Réunion et d'améliorer indirectement en conséquence nos prises en charges ambulatoires. Dans ce contexte, quel est le taux de ré-hospitalisation à 30 et à 90 jours des patients en soins palliatifs à La Réunion ? Et quels sont les facteurs pouvant influencer cette donnée ? Notre étude avait pour objectif principal de déterminer le taux de ré-hospitalisation à 90 jours des patients en soins palliatifs au centre hospitalier de Gabriel Martin (CHGM) à La Réunion. Les critères de jugement secondaires de l'étude étaient de décrire les facteurs prédictifs associés à une ré-hospitalisation à 90 jours et d'évaluer également le taux de ré-hospitalisation à 30 jours pour cette population à La Réunion.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1 Type d'étude

Afin de déterminer le taux de ré-hospitalisation à 90 jours, une étude de cohorte historique, sur le CHGM, rétrospective du 1^{er} janvier 2017 au 31 décembre 2017 a été menée.

2.2 Description de la population

2.2.1 Critères d'inclusion

L'étude a inclus :

- tout patient âgé de 18 ans et plus
- hospitalisé au CHGM (tous les services hospitaliers et service d'urgence y compris)
- hospitalisé entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2017 (période d'inclusion)
- patients ayant eu recours à l'EMSP durant leur hospitalisation

L'hospitalisation au cours de laquelle le patient a eu l'intervention pour la 1^{ère} fois en 2017 de l'EMSP, a été définie comme étant le séjour index.

2.2.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient :

- les patients de moins de 18 ans,
- les patients « doublons » c'est-à-dire les patients présentant 2 dossiers dans la base de données de l'EMSP,
- les patients suivis par l'EMSP dans le cadre d'une consultation de douleur chronique ou de prise en charge d'un deuil,
- les patients ayant eu l'intervention de l'EMSP à domicile ou en établissement extérieur sans avoir eu recours à une hospitalisation en 2017,
- les patients décédés au cours du séjour index.

2.3 Recueil des données

2.3.1 Autorisation et accord

Après l'obtention de l'accord et l'inscription au registre de l'Université de La Réunion par le CIL (Correspondant « Informatique et Libertés »), l'étude a pu être initiée (récépissé n°20180318)

2.3.2 Méthode de recueil

L'inclusion a été faite à partir de la base de données de l'équipe mobile de soins palliatifs du CHGM. L'ensemble des patients vus par l'EMSP au cours de la période d'inclusion ont été recueillis.

A partir de cette base, les critères d'exclusion ont été appliqués pour obtenir l'échantillon de l'étude. Les variables ont été recherchées sur la base des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du CHGM fourni par le Département d'informatique médicale (DIM). Ces données ont été croisées avec les données clinico-biologiques recueillies dans le dossier informatisé du patient. Le recueil des données a été réalisé a posteriori, par un seul enquêteur et informatisé à l'aide d'un tableau Excel® 2017.

2.3.3 Gestion des données

L'ensemble des données et identification des patients a été regroupé dans un fichier de travail distinct sur port externe. Afin de garantir l'anonymat, un numéro a été attribué à chaque identification personnelle du patient (IPP) des patients de l'échantillon.

2.4 Analyse des données

2.4.1 Description de la population

Les caractéristiques socio-démographiques descriptives des patients (âge, genre, lieu d'habitation, date du décès) ont été recueillies à partir de la base de données de l'EMSP.

Les motifs d'hospitalisations du séjour index et des ré-hospitalisations à 90 jours, selon le groupe homogène de malade (GHM), ont été recueillis à partir des données du PMSI.

2.4.2 Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était de déterminer le taux de ré-hospitalisation à 90 jours. Pour cette étude, l'hospitalisation où le patient avait eu l'intervention de l'EMSP pour la première fois en 2017 a été définie comme étant le séjour index. L'intervention de l'EMSP était réalisée par une équipe multidisciplinaire comportant un médecin, un infirmier et une psychologue. Les interventions au lit des patients par l'EMSP pouvaient être réalisées en trinôme, binôme ou par un seul membre de l'équipe.

La ré-hospitalisation a été définie comme une admission au CHGM à l'un des services hospitaliers ou par simple passage aux urgences.

La date de sortie du séjour index a été définie comme étant J0.

Les patients ont été inclus dans le groupe « Ré-hospitalisé à 90 jours » si une hospitalisation à moins de 90 jours de la sortie du séjour index a été observée.

Les patients ont été inclus dans le groupe « Non ré-hospitalisé à 90 jours » si aucune hospitalisation à moins de 90 jours de la sortie du séjour index n'a pas été observée.

Si un patient présentait plusieurs ré-hospitalisations durant les 90 jours après la sortie du séjour index, seule la première ré-hospitalisation a été prise en compte.

2.4.3 Critères de jugements secondaires

A) Facteurs prédictifs d'une ré-hospitalisation à 90 jours

Les facteurs prédictifs ont été choisis selon les données et facteurs décrits à travers la littérature (4, 5, 20, 21).

Les facteurs prédictifs ont été regroupés en 4 catégories :

- Socio démographiques :
 - Sexe,
 - Etat civil,

- Liés au séjour index :
 - Intervention de l'assistante sociale au cours du séjour index =
 - ✓ si existence d'un questionnaire dans le dossier informatisé du patient
 - Antécédent de suivi par l'équipe mobile de soins palliatifs à domicile avant le séjour index =
 - ✓ Soit par des visites à domicile, des consultations externes ou par des appels téléphoniques avant le séjour index
 - Durée d'hospitalisation du séjour index en nombre de jours

- Liés aux conditions socio-économiques :
 - Intervention de l'EMSP à la sortie du séjour index =
 - ✓ Soit par des visites à domicile, des consultations externes ou par des appels téléphoniques

- Présence d'un entourage familial au domicile à la sortie du séjour index
- Mise en place d'aide au domicile = définis en 4 catégories
 - ✓ Non
 - ✓ HAD (Hospitalisation à domicile) par des prestataires à domicile
 - ✓ MAD (Maintien à domicile)
 - par des prestataires à domicile,
 - par passage infirmier,
 - par une famille d'accueil
 - par la mise en place d'une tutelle ou curatelle
 - ✓ Etablissement d'accueil
 - SSR (Soins de suite et de réadaptation)
 - EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées)

B) Taux de ré-hospitalisation à 30 jours

Le taux de ré-hospitalisation à 30 jours a été défini en objectif secondaire.

Ce taux a été défini à partir de la date de sortie du séjour index comme étant J0.

Les patients ont été inclus dans le groupe « Ré-hospitalisé à 30 jours » si une hospitalisation a été observée à moins de 30 jours.

2.4.4 Analyse descriptive

L'analyse des données a été réalisée avec l'aide de l'unité de soutien méthodologique du centre hospitalier universitaire de St Denis.

Une analyse descriptive des données a été menée. Les variables qualitatives ont été décrites en termes de fréquence et de pourcentage. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart-type.

Les analyses bivariées ont été réalisées à l'aide des tests du Chi 2 ou de Fisher pour les variables qualitatives. Et à l'aide des tests de Student ou de Mann et Whitney pour les variables quantitatives, selon les conditions d'application des tests.

La mesure de l'association entre le critère de jugement principal (variable qualitative binaire : être ré-hospitalisé dans les 90 jours ou non) et les variables explicatives ont été estimés par des rapports de cotes ajustés, via un modèle de régression logistique.

Si des variables étaient significatives à un seuil de 20 % lors de l'analyse bivariée, il était prévu de réaliser une analyse multivariée sur ces mêmes variables.

Le sexe a été forcé dans le modèle.

Le seuil de significativité retenu pour l'ensemble des tests était un p-value de 0,05.

L'analyse a été effectuée à l'aide du logiciel SAS 9.4®.

3. RESULTATS

3.1 Analyse descriptive de la population

3.1.1 Echantillon

Au cours de la période d'inclusion du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017, l'EMSP du CHGM de Saint-Paul, a rencontré 278 patients hospitalisés.

Parmi ces 278 patients, nous avons exclu 178 patients selon les critères d'exclusion définis précédemment. L'échantillon a été de 100 patients pour cette étude.

La figure 1 représente le Flow-chart de l'étude.

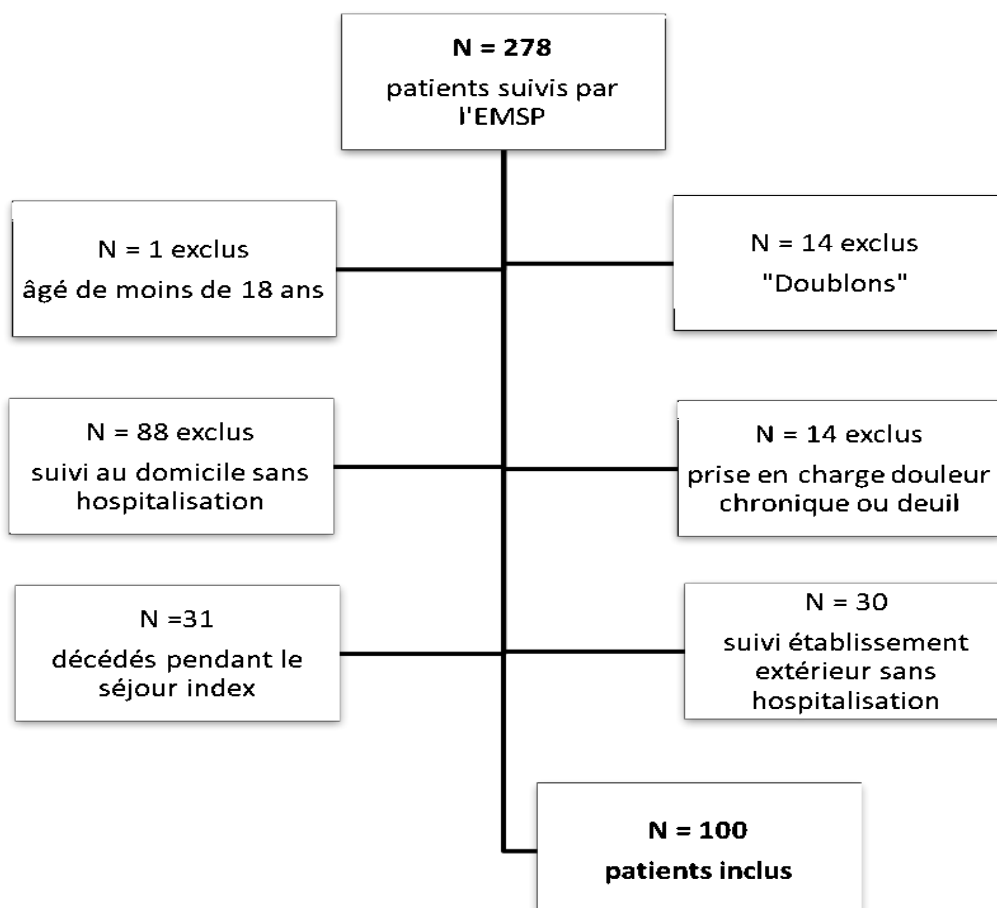


Figure 1 = Flow-Chart de l'étude

3.1.2 Caractéristique de la population

La population de l'étude comprenait une majorité de femmes pour 54 % pour un âge moyen de 67 ans ($\pm 15,5$).

Au sein de l'échantillon, 47,5 % des patients étaient mariés et 20 % vivaient à St-Paul.

Le tableau 1 représente l'ensemble des caractéristiques sociodémographiques des patients de l'étude.

	Population totale	Moyenne
	N (%)	(Ecart-Type)
Age		67 ($\pm 15,5$)
Sexe		
<i>Homme</i>	46 (46)	
<i>Femme</i>	54 (54)	
Etat civil		
<i>Marié</i>	47 (47,5)	
<i>Célibataire</i>	27 (27,3)	
<i>Concubinage</i>	11 (11,2)	
<i>Veuf (ve)</i>	9 (9)	
<i>Divorcé</i>	4 (4)	
<i>Séparé</i>	1 (1)	
<i>Donnée(s) manquante(s)</i>	1	

Lieux d'habitation

<i>St-Paul</i>	20 (20)
<i>Trois Bassin</i>	7 (7)
<i>St-Gilles-les-bains</i>	5 (5)
<i>La Possession</i>	14 (14)
<i>Le Port</i>	19 (19)
<i>St-Gilles-les-Hauts</i>	4 (4)
<i>La Chaloupe</i>	4 (4)
<i>Bois de nèfles</i>	10 (10)
<i>La saline</i>	9(9)
<i>Le Guillaume</i>	2 (2)
<i>St-Leu</i>	1 (1)
<i>Piton St-Leu</i>	2 (2)
<i>Métropole</i>	1 (1)
<i>St-Pierre</i>	1 (1)
<i>Ste-Marie</i>	1(1)

Tableau 1 = Caractéristiques socio-démographiques des patients de l'étude

3.1.3 Description du séjour index

A) Durée et motif d'hospitalisation du séjour index

La durée moyenne d'hospitalisation du séjour index était de 19,2 jours (+/- 19,2) pour l'ensemble de l'échantillon.

Les motifs d'hospitalisations du séjour index selon le groupe homogène de malade défini par le DIM étaient principalement pour une pathologie respiratoire (hors cancer) à 23 % des patients, un cancer digestif à 14 % et pour une pathologie digestive (hors cancer) à 11 %.

Les motifs d'hospitalisation du séjour index sont reportés dans la figure 2.

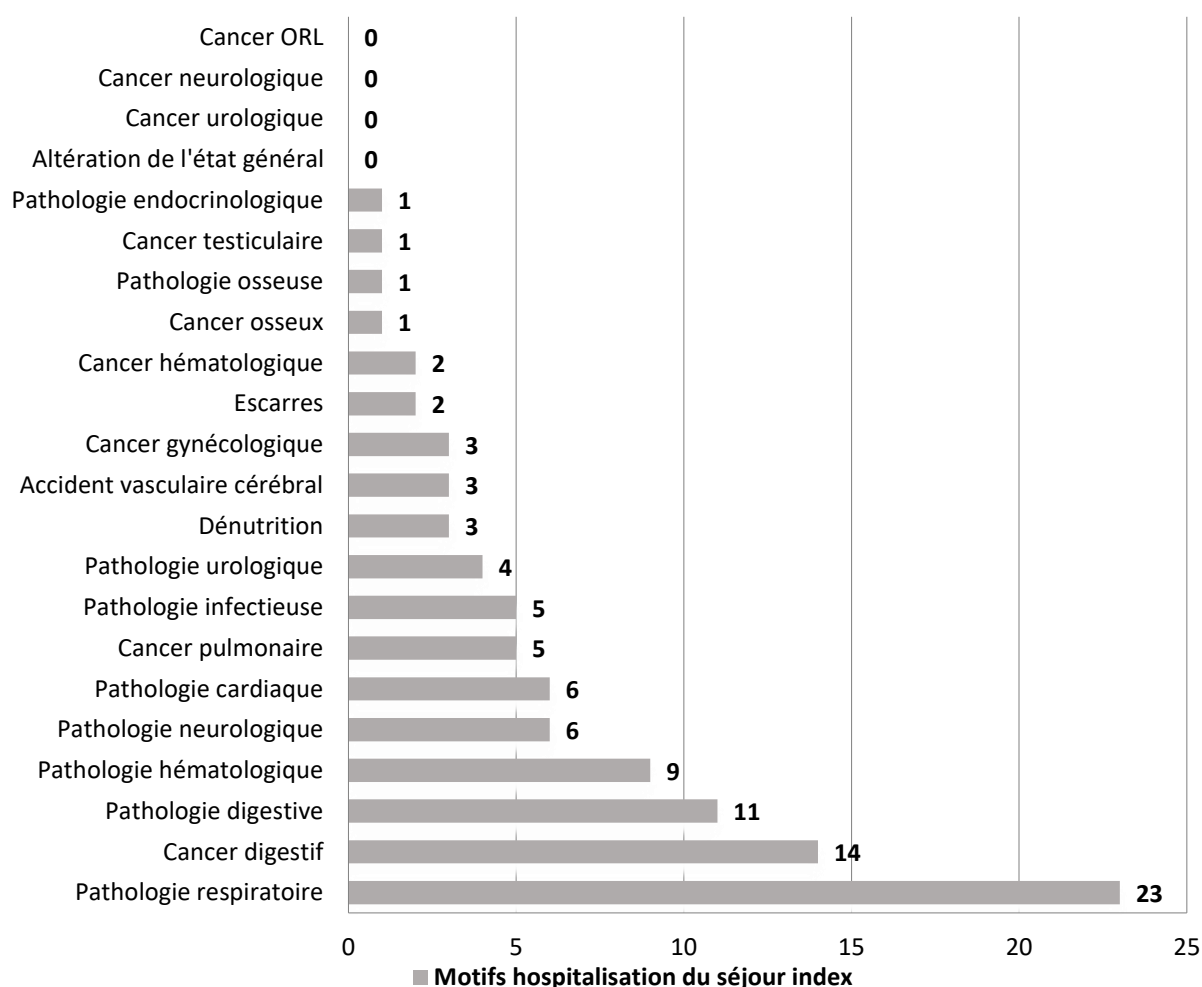


Figure 2 = Motifs d'hospitalisation du séjour index

B) Antécédents de suivi par l'EMSP

Avant l'intervention de l'EMSP au lit des patients lors du séjour index, 12 % des patients de l'échantillon étaient connus et déjà suivis par l'EMSP.

C) Intervention de l'assistante sociale durant le séjour index

Lors du séjour index, 24 % des patients de l'étude ont bénéficié de l'intervention de l'assistante sociale.

D) Aides au domicile

Lors de la sortie du séjour index, 48 % des patients ont bénéficié d'aides au domicile par la mise en place d'une MAD, d'une HAD ou d'un passage temporaire dans un établissement d'accueil (SSR...)

La figure 3 représente la répartition des différentes aides au domicile.

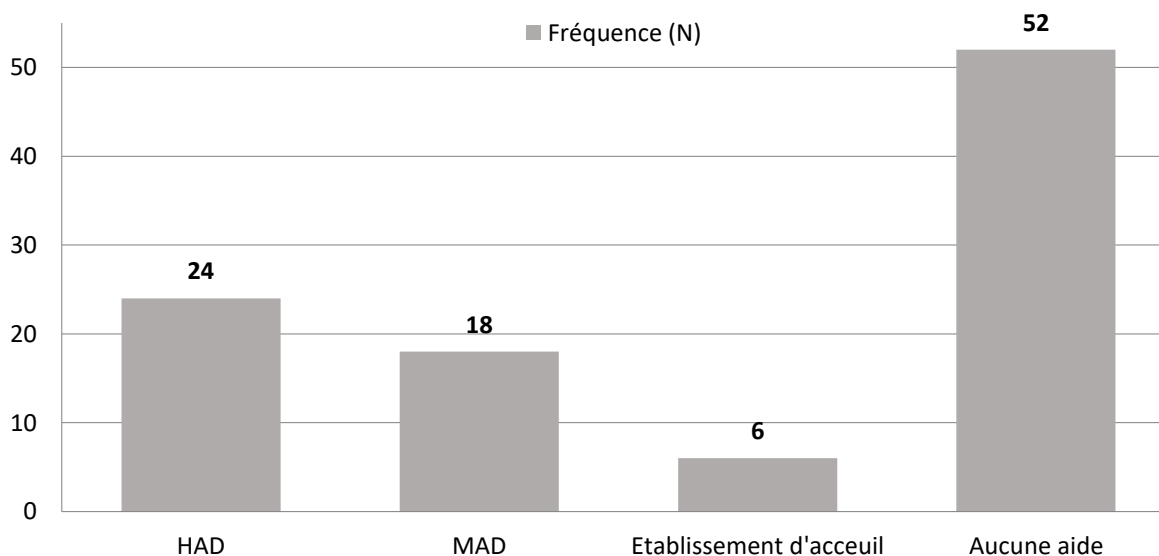


Figure 3 = Aides au domicile mises en place à la sortie du séjour index

E) Présence d'un entourage familial à la sortie du séjour index

Lors de la sortie du séjour index, 76 % des patients avaient un entourage familial présent au domicile (conjoint, enfants, famille, amis...)

F) Intervention de l'EMSP à la sortie du séjour index

Lors de la sortie du séjour index, 22 % des patients ont été suivis par l'EMSP soit par des visites à domicile, par des appels téléphoniques ou par des consultations externes.

3.2 Analyse du critère de jugement principal

3.2.1 Taux de ré-hospitalisation à 90 jours

Le taux de ré-hospitalisation à 90 jours de l'étude était de 45 % IC95 [0,35-0,54] entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2017.

3.2.2 Motifs de ré-hospitalisation à 90 jours

Les motifs de ré-hospitalisations à 90 jours étaient principalement pour une pathologie digestive pour 20 % des patients, une prise en charge de la douleur pour 17,8 % et pour une pathologie respiratoire (hors cancer) pour 15,6 % des patients.

La figure 4 représente les motifs de ré-hospitalisations à 90 jours.

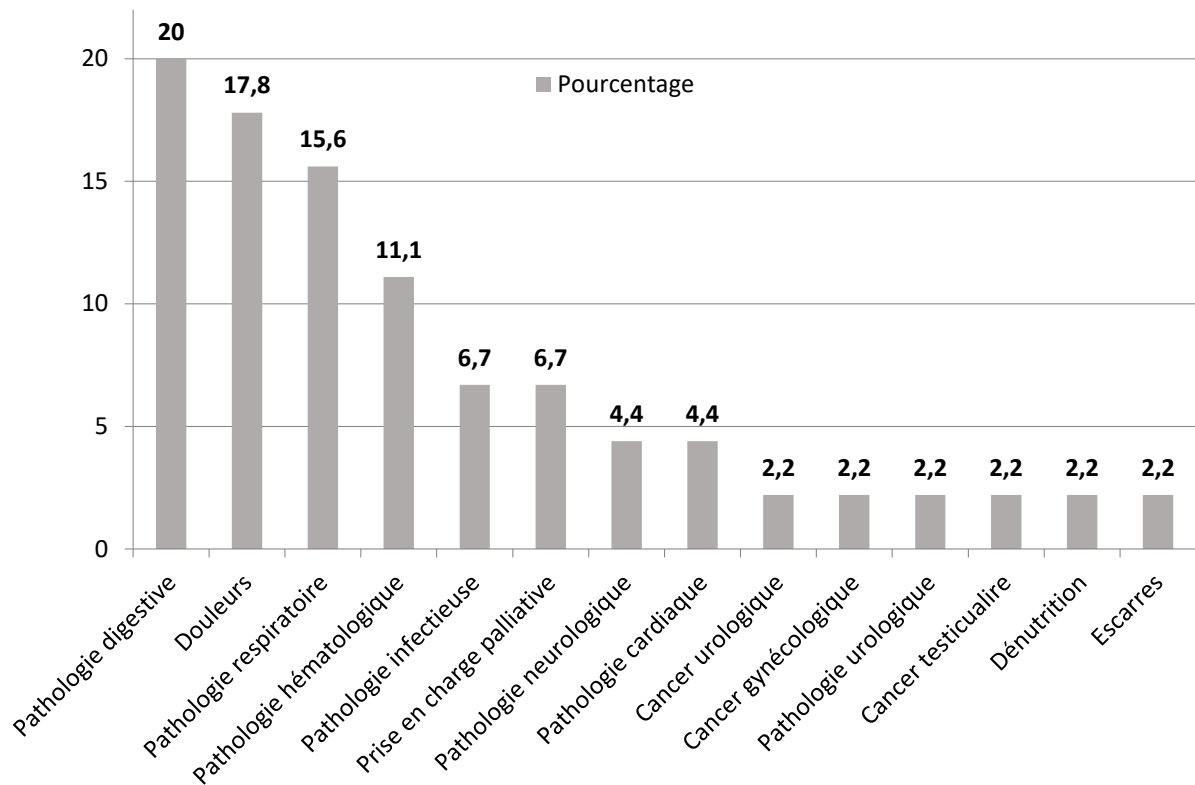


Figure 4 = Motifs de ré-hospitalisation à 90 jours

3.3 Analyse des critères de jugement secondaires

3.3.1 Facteurs prédictifs d'une ré-hospitalisation à 90 jours

Des facteurs potentiellement prédictifs d'une ré-hospitalisation à 90 jours ont été analysés selon une analyse bi variée.

Le tableau 2 représente l'ensemble des facteurs prédictifs d'une ré-hospitalisation à 90 jours.

	Ré-hospitalisation 90 jours N = 45 N (%)	à Non ré- hospitalisation à 90 jours N = 55 N (%)	p
Facteurs socio-démographique			
Sexe			
<i>Homme</i>	19 (41,3)	27 (58,7)	0,4930
<i>Femme</i>	26 (48,2)	28 (51,8)	
Etat civil			
<i>Marié</i>	22 (45,8)	25 (53,2)	0,5763
<i>Célibataire</i>	14 (51,8)	13 (48,2)	
<i>Concubinage</i>	3 (27,3)	8 (72,8)	
<i>Veuf (ve)</i>	3 (33,4)	6 (66,7)	
<i>Divorcé</i>	2 (50)	2 (50)	
<i>Séparé</i>	1 (100)	0 (0)	
Facteurs lié au séjour index			
Assistante sociale			
<i>Non</i>	34 (44,7)	42 (55,3)	0,9250
<i>Oui</i>	11 (45,8)	13 (54,2)	
Antécédent suivi EMSP			
<i>Non</i>	40 (45,5)	48 (54,6)	0,8046
<i>Oui</i>	5 (41,7)	7 (58,3)	

	Ré-hospitalisation à 90 jours	Non ré- hospitalisation à 90 jours	p
	N = 45	N = 55	
	N (%)	N (%)	
Facteurs socio-économique			
Suivi EMSP			
<i>Non</i>	34 (43,6)	44 (56,4)	0,5935
<i>Oui</i>	11 (50)	11 (50)	
Présence Entourage			
<i>Non</i>	13 (54,2)	11 (45,8)	0,3005
<i>Oui</i>	32 (42,2)	44 (57,9)	
Aides au domicile			
<i>Non</i>	25 (48)	27 (51)	0,5197
<i>Oui</i>	20 (41,7)	28 (58,4)	
Aides au domicile			
<i>Non</i>	25 (48)	27 (51)	0,4885
<i>HAD</i>	8 (33,4)	16 (66,7)	
<i>MAD</i>	9 (50)	9 (50)	
<i>Etablissement d'accueil</i>	3 (50)	3 (50)	

Tableau 2 = Facteurs prédictifs d'une ré-hospitalisation à 90 jours

A) Facteurs socio-démographiques

Une ré-hospitalisation à 90 jours concernait des femmes à 48,2 %.

51,8 % des patients célibataires ont été ré-hospitalisés à 90 jours contre 48,2 % non ré-hospitalisés à 90 jours. Alors que 45,8 % des patients mariés ont été ré-hospitalisés à 90 jours contre 53,2 %.

B) Facteurs liés au séjour index

44,7 % des patients ré-hospitalisés à 90 jours n'avaient pas eu l'intervention de l'assistante sociale au cours du séjour index. Alors que 54,2 % ayant eu l'intervention de l'assistante sociale n'ont pas été ré-hospitalisé à 90 jours.

41,7 % des patients connu par l'EMSP avant le séjour index ont été ré-hospitalisé à 90 jours contre 58,3 % non ré-hospitalisés à 90 jours.

C) Facteurs liés aux conditions socio-économiques à la sortie du séjour index

43,6 % des patients non suivis par l'EMSP à la sortie du séjour index ont été ré-hospitalisés à 90 jours contre 56,4 %. Les patients suivis par l'EMSP à la sortie du séjour index étaient 50 % à être ré-hospitalisé à 90 jours.

42,2 % des patients avec un entourage familial au domicile on été ré-hospitalisés contre 57,9 % non ré-hospitalisés à 90 jours.

Parmi la population ayant eu la mise en place d'aide au domicile, 58,4 % n'ont pas été ré-hospitalisés dans les 90 jours contre 41,7 % ré-hospitalisés à 90 jours. Parmi

les aides, c'était l'HAD qui présentait le moins de ré-hospitalisations à 90 jours avec 66,7 % des patients. On retrouvait de manière similaire pour 50 %, une ré-hospitalisation à 90 jours pour la MAD et les établissements d'accueils.

D) Durée d'hospitalisation du séjour index

Pour la population ré-hospitalisée à 90 jours, la durée du séjour index avait été en moyenne de 20,6 jours (+/- 18,3)

Le tableau III représente la moyenne et écart type de durée d'hospitalisation du séjour index entre les patients ayant été ré-hospitalisés à 90 jours et les patients non ré-hospitalisés à 90 jours.

	Moyenne	Ecart-type	p
Ré-hospitalisés à 90 jours			
N = 45	20,6	±18,3	
Non ré-hospitalisés à 90 jours			0,5297
90 jours	18,1	±20,1	
N = 55			

Tableau 3 = Durée du séjour index pour le groupe « ré-hospitalisé à 90 jours » et le groupe « non ré-hospitalisé à 90 jours ».

3.3.2 Taux de ré-hospitalisation à 30 jours

Le taux de ré-hospitalisation à 30 jours du séjour index était de 26 % IC95 [0,17-0,35]

4. DISCUSSION

4.1 Synthèse critique des résultats et comparaison à la littérature

4.1.1 Taux de ré-hospitalisation à 90 jours

Cette étude a permis de mettre en évidence le taux de ré-hospitalisation à 90 jours des patients en soins palliatifs au CHGM à La Réunion. Ce taux est évalué à 45 %.

Les taux de ré-hospitalisations sont utilisés en tant qu'indicateur de qualité des soins des établissements (9, 30). Ils sont régulièrement étudiés depuis plusieurs années sur différentes populations afin d'évaluer un établissement de santé. Cette évaluation a pour but de repérer, de prévenir et de cibler les actions pour améliorer le parcours et la coordination des soins (30).

En France, la HAS a publié en 2013 une fiche sur l'organisation des parcours de soins des personnes âgées de plus de 75 ans. Cette fiche avait pour but de réduire le risque de ré-hospitalisation évitable en harmonisant les prises en charge pour cette population (13). Cette fiche précise qu'étendre la période de suivi à 90 jours permet de mieux prendre en compte les soins ambulatoires.

C'est en 2016, que l'ARS a alors publié un rapport sur le taux de ré-hospitalisation à 90 jours des patients de 80 ans et plus en Ile-de-France. Leur taux de ré-hospitalisation était de 24,4 % en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) (30). Ils ont également démontré que ces patients ré-hospitalisés sont mieux suivis en ville du fait de leur état de santé initial plus sévère. En effet, leur état de santé entraînait une consommation de soins ambulatoires plus importante. Cette étude a été menée sur une population incluant 150 305 patients.

Notre étude a démontré un taux beaucoup plus élevé mais elle ne touchait qu'une population de 100 patients.

Devant ces taux de ré-hospitalisations globalement élevés, il a été développé des outils d'aide afin de repérer les patients à risque de ré-hospitalisation. En termes d'exemples, l'indice LACE, développé au Canada, a été validé pour repérer les patients à risque de ré-hospitalisation à 90 et à 30 jours (31). Cet indice prend en compte 4 variables : durée d'hospitalisation, admission aux urgences, nombre de comorbidités, nombre de recours aux urgences depuis 6 mois. Un patient est considéré à haut risque de ré-hospitalisation si le score de LACE est supérieur ou égal à 10. Ainsi, l'étude de Gruneir et al. a étudié cet indice LACE. Leur étude a mis en évidence un taux de ré-hospitalisation de 20,9 % à 90 jours et de 12,6 % à 30 jours sur un échantillon de 26 045 patients issus de 6 hôpitaux différents (32). Ces résultats mettent en évidence une grande proportion de ré-hospitalisations évitables.

Un autre outil, l'intervention OMAGE, fondé sur l'éducation des patients, la gestion des traitements et la communication avec les soignants à domicile, réduit de 30 % les ré-hospitalisations à 90 jours chez les patients âgés de plus de 70 ans (33). Cet outil met en avant l'importance de la prise en charge individuelle, psycho-sociale et l'intégration du patient aux soins. Cette prise en charge correspondant à l'un des piliers de la pratique de la médecine générale.

Le résultat de cette étude sur le taux de ré-hospitalisation à 90 jours à La Réunion était bien plus important mais concordait avec les données de la littérature et les données de l'HAS. En effet, les données de l'HAS concernant les taux de ré-hospitalisations, mais évaluées à 30 jours, étaient bien plus élevées à La Réunion qu'en métropole, quelle que soit la pathologie (soins palliatifs exclus) (9, 10). Nous pouvons suggérer que notre étude retrouvait un taux élevé du fait d'un faible échantillon.

4.1.2 Motif de ré-hospitalisation à 90 jours

Notre étude a mis en évidence que la cause de ré-hospitalisation principale à 90 jours était pour une pathologie digestive à 20 %.

Ces résultats sont surprenants car les données de l'ARS retrouvaient pour motif principale de ré-hospitalisation à 90 jours avec entrée par les urgences, une pathologie cardio-vasculaire à 20 % (30). Alors que notre étude retrouvait une ré-hospitalisation pour pathologie cardio-vasculaire pour 4,4 %.

Il en est de même pour les autres motifs principaux de ré-hospitalisation. Le tableau IV représente la comparaison des taux en pourcentage pour chaque motif de ré-hospitalisation de l'étude en comparaison à ceux de l'ARS en 2016.

Motifs de ré-hospitalisation	Taux de ré-hospitalisation selon l'étude (%)	Taux de ré-hospitalisation selon l'étude de l'ARS (%)
Pathologie digestive	20	11,2
Douleurs	17,8	Non évalué
Pathologie respiratoire	15,6	16,3
Pathologie cardio-vasculaire	4,4	19,9
Pathologie urologique	2,2	10
Pathologie hématologique	11,1	4,4

Tableau 4 = Taux de ré-hospitalisation pour les motifs principaux selon l'étude en comparaison à l'étude de l'ARS

La comparaison de ces résultats montre une concordance pour les motifs suivants : « pathologie respiratoire » et « pathologie digestive » mais en reste surprenant pour les motifs suivants : « pathologie cardio-vasculaire », « pathologie urologique » et « hématologique ». Ceci peut s'expliquer par l'absence de plateau technique de coronarographie au CHGM, orientant donc ces patients vers le CHU de Bellepierre à St-Denis. Tout comme pour les pathologies urologiques ou hématologiques, orientées vers les CHU du Nord à St Denis ou du Sud à St Pierre devant l'absence de service dédié à l'urologie ou l'hématologie au CHGM. Ceci rend alors difficilement comparable l'étude et ses résultats à la littérature. Devant un faible échantillon de ré-hospitalisation (45 patients) et une étude monocentrique, l'extrapolation de ces résultats s'avère difficile.

Par ailleurs, ces résultats et données sont à considérer également, sur l'activité de l'EMSP du CHGM. En 2017, 92,3 % de l'activité de l'EMSP concernait les soins palliatifs (excluant les consultations de douleur chronique, deuil ou soutien des soignants). Parmi les interventions réalisées par l'EMSP, on retrouvait par ordre croissant une prise en charge pour un cancer digestif pour 38 %, une prise en charge de la douleur pour 19 %, un cancer pulmonaire pour 13,9 %, une pathologie cardio-vasculaire pour 13,5 % et un cancer urologique pour 12,4 %.

Ces résultats sont similaires avec les résultats de l'étude pour les pathologies suivantes : digestive, pulmonaire et la prise en charge de la douleur. En revanche, ces résultats sont discordants avec les résultats de l'étude pour pathologie cardio-vasculaire, urologique. En effet, le taux de ré-hospitalisation pour une pathologie cardio-vasculaire et urologique est plus faible pour l'étude. Ceci coïncide avec l'absence de service dédié et/ou un manque de moyens techniques dans le secteur ouest de l'île.

Cependant, ces résultats sont concordants avec ceux de l'étude de l'ARS pour une pathologie cardio-vasculaire et urologique. On peut supposer que ce contraste est secondaire à la faible population de l'étude entraînant un manque de puissance de celle-ci.

Ces résultats, bien que non significatifs, permettent tout de même de cibler les pathologies à risque de ré-hospitalisation et d'améliorer nos prises en charge ambulatoires.

4.1.3 Facteurs prédictifs d'une ré-hospitalisation à 90 jours

Plusieurs facteurs jouent un rôle dans les conceptions, représentations de la fin de vie, du décès et du lieu de décès. Ces facteurs peuvent influencer la décision et l'orientation du décès vers le domicile (34). D'après l'étude de Gauthier et al., l'environnement rural, les conditions socio-économiques, le support social favorable et la place des aidants familiaux sont des facteurs associés à un décès au domicile (4). A l'inverse, l'appartenance à une minorité ethnique, la disponibilité de la structure hospitalière ou un antécédent d'hospitalisation sont associés à un décès en milieu hospitalier (4, 34).

Basée sur ces constats, l'étude a été menée pour chercher certains de ces facteurs prédictifs à une ré-hospitalisation à La Réunion.

A) Facteurs socio-démographiques

❖ Genre

Parmi les facteurs prédictifs de ré-hospitalisation, il a été constaté qu'il y avait 26 femmes ré-hospitalisées à 90 jours parmi les 45 patients ré-hospitalisés. Cependant, l'échantillon de l'étude comptait plus de femmes à 54 % contre 46 % d'hommes.

En 2015, l'espérance de vie d'une femme en France de manière globale était de 85 ans. A La Réunion, l'espérance de vie d'une femme est de 85 ans [77,9-76,9] contre 78,6 ans [74,7-76,6] pour un homme. Il a été constaté que globalement l'état de santé d'une femme était meilleur que celui des hommes. Cependant, en termes de dynamique d'évolution, l'état de santé d'une femme est moins favorable que celle des hommes sur les 15 dernières années (35).

Par ailleurs, la mortalité prématurité serait plus marquée dans les Départements d'Outre-mer (DOM) qu'en métropole pour les moins de 65 ans. Et, il existerait une surmortalité par pathologie chez les femmes dans les DOM (35).

Ces données concordent alors avec les résultats de l'étude retrouvant une majorité de femmes ré-hospitalisées à 90 jours à La Réunion.

❖ Etat civil

Concernant l'état civil, la majorité des patients de l'étude ré-hospitalisés étaient célibataires pour 51,8 %. Cette donnée laisse supposer que les patients vivant seuls au domicile sont plus à risque de ré-hospitalisation. Cela concorde avec le résultat de l'étude évaluant la présence d'un entourage familial. En effet, 54,2 % des patients sans entourage familial ont été ré-hospitalisés à 90 jours.

Cependant, ces données concernant le sexe et l'état civil ne peuvent expliquer à elles seules un taux de ré-hospitalisation. En effet, le probable manque de puissance de l'étude n'a pas permis d'évaluer la significativité des résultats.

B) Facteurs liés au séjour index

❖ Influence de l'intervention de l'assistante sociale

L'étude a cherché à connaître l'influence de l'assistante sociale lors du séjour index. En effet, l'assistante sociale a un rôle d'aide et de soutien aux patients et familles. Elle organise le retour au domicile. Elle intervient pour tout patient qui en fait la demande, majoritairement pour les personnes âgées. Le retour peut parfois s'avérer difficile par la fatigue secondaire à la pathologie ou l'hospitalisation et certains patients peuvent avoir des difficultés financières ou sociales (36). L'assistante sociale a donc pour but d'accompagner ces patients en leur apportant une aide soit financière, administrative ou organisationnelle. Elle peut mettre en place un hébergement temporaire ou définitif à la sortie de l'hospitalisation tel que le SSR ou mettre en place une aide au domicile tel que un Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) (36). L'intervention de l'assistante sociale en milieu hospitalier devient une exigence législative à compter de 2013 (37).

L'étude a montré que 54,2 % des patients non ré-hospitalisés à 90 jours avaient reçu une intervention de l'assistante sociale. Ce résultat est similaire au groupe de patients non ré-hospitalisés à 90 jours et n'ayant pas eu l'intervention de l'assistante sociale pour 55,3 % d'entre eux.

Ces résultats laissent présumer que l'intervention de l'assistante sociale influence peu la ré-hospitalisation à 90 jours. Cependant, parmi les patients ré-hospitalisés, seulement 11 patients ont eu l'intervention de l'assistante sociale contre 34 patients. Ce résultat est par ailleurs statistiquement non significatif. On peut supposer que le manque de puissance de cette étude empêche d'évaluer au mieux ce facteur prédictif.

Par ailleurs, la littérature prouve que le retour au domicile est favorisé par l'assistante sociale. En effet, l'étude d'Arruaberrena et al., en 2015 montre que vivre au domicile n'est pas un risque de ré-hospitalisation à un mois car l'organisation du retour à domicile est favorisée par la présence de l'assistante sociale (OR = 2,4, C = 1,4-4,1, $p = 0,002$ vs OR = 1,21, CI : 0,56-2,57, $p = 0,62$) (38).

❖ Antécédent de suivi par l'EMSP avant le séjour index

58,3 % des patients déjà connus par l'équipe mobile avant le séjour index n'ont pas été ré-hospitalisés à 90 jours contre 41,7 %. Alors que 45,5 % des patients qui n'étaient pas connus par l'EMSP avant le séjour index ont été ré-hospitalisés à 90 jours.

D'autant plus que l'activité de l'EMSP du CHGM en 2017 comptabilisait presque 24,8 % d'interventions au domicile et 25,6 % en établissements extérieurs. Ces interventions hors CHGM équivalaient quasiment à ceux au sein du CHGM qui était de 47,4 %.

Ces résultats, bien que statistiquement non significatifs, tendent à montrer l'intérêt d'un suivi par l'EMSP afin de réduire au fur et à mesure le risque de ré-hospitalisations.

C) Facteurs liés aux conditions socio-économiques à la sortie du séjour index

❖ Suivi du patient par l'EMSP à la sortie du séjour index

L'étude a évalué l'influence de l'intervention de l'équipe mobile des soins palliatifs à la sortie du séjour index sur le taux de ré-hospitalisation à 90 jours.

A la sortie du séjour index, 22 patients ont bénéficié d'un suivi par l'EMSP par des visites à domicile, des appels téléphoniques ou des consultations externes. 50 % de cette population a été ré-hospitalisée. En revanche, 43,6 % des patients n'ayant pas eu de suivi par l'EMSP à la sortie du séjour index ont été ré-hospitalisés également.

Ces résultats statistiquement non significatifs peuvent s'expliquer devant une faible population de l'étude et un faible écart entre le taux de ré-hospitalisés (45 %) et de non ré-hospitalisés (55 %).

Cependant, ces résultats restent similaires aux données de la littérature. En effet, l'étude de Tangeman et al., a montré que l'intervention de l'EMSP durant l'hospitalisation n'influait pas le taux de ré-hospitalisation (6,7 % pour ceux ayant eu l'intervention de l'EMSP contre 6,6 %). En revanche, cette même étude a démontré que l'intervention de l'EMSP au domicile, en centre spécialisé ou en maison de retraite diminuait le risque de ré-hospitalisation par jour. Ils ont mis en évidence un risque de ré-hospitalisation de 1,1 % par jour pour ceux suivis par l'EMSP contre 12,1 % par jour pour ceux sans suivi par l'EMSP (22). Tout en sachant que l'étude de Piot et al., a démontré que le suivi par l'EMSP en maison de retraite représentait uniquement 8,7 % de l'activité totale de l'équipe mobile (39). A savoir que le nombre d'interventions de l'EMSP en 2017 concernait 26,5 % des établissements extérieurs et 24,8 % le domicile des patients.

Ces données tentent à démontrer que la faible proportion d'intervention en maison de retraite peut entraîner plus de ré-hospitalisations, bien que les patients soient dans une structure encadrée et surveillés.

Une seule autre étude basée sur un essai contrôlé randomisé étudiant l'intervention des soins palliatifs au lit des patients n'a pas révélé de différence en matière de ré-hospitalisation entre les soins habituels et ceux recevant une consultation par l'EMSP au domicile (40).

Concernant le nombre de visites à domicile pouvant influencer le taux de ré-hospitalisations, une seule étude a évalué cette variable (41). Elle ne suggère pas que le nombre de visites à domicile joue un rôle sur le taux de ré-hospitalisations. Cependant, cette étude a évalué cette variable sur le taux de ré-hospitalisations à 30 jours.

Notre étude n'a pas évalué la méthode d'intervention par l'EMSP au domicile. Aucune analyse en sous-groupe n'a été menée. Bien que l'échantillon soit faible, cette donnée aurait pu apporter un élément supplémentaire. En termes d'exemple, l'étude d'Eguidanos et al. , a évalué le taux de ré-hospitalisation à 30 jours et les facteurs associés en discernant le mode de sortie (42). Leur taux de ré-hospitalisation était de 14,7 % pour les patients sortis au domicile avec l'intervention des soins palliatifs, de 58,8 % pour ceux sortis en établissement de santé tel qu'un EPHAD avec l'intervention de soins infirmiers, de 8,6 % pour ceux sortis à domicile sans intervention de soins, de 3,7 % pour ceux sortis au domicile avec intervention de soins infirmiers uniquement, et de 14,2 % pour ceux sortis au domicile avec intervention d'une structure de maintien ou d'hospitalisation à domicile. Bien que leur taux de ré-hospitalisation fut plus faible lors d'un retour à domicile avec ou sans soins infirmiers, on en déduit que cette population était moins vulnérable et moins fragile donc moins à risque de ré-hospitalisation. A l'inverse, la population nécessitant l'intervention des soins palliatifs, d'une structure d'accueil type EHPAD ou MAD était plus facilement comparable.

Plusieurs études suggèrent que les soins palliatifs réduisent le taux de ré-hospitalisation. Cependant, ces études évaluaient ces facteurs sur le taux de ré-hospitalisation à 30 jours ce qui rend difficile la comparaison avec notre étude. Elles suggéraient que l'EMSP réduit le taux de ré-hospitalisation à 30 jours par divers

mécanismes : intervention des infirmiers libéraux au domicile, initiation d'un suivi ambulatoire précoce dans les 7 premiers jours ou via une télémédecine (43, 44, 45).

Concernant, les motifs d'intervention de l'EMSP au domicile ou au lit du patient lors du séjour index ou de la ré-hospitalisation n'ont pas été distingués lors de l'étude. Selon le rapport d'activité de l'EMSP en 2017, les appels pour demandes de prise en charge ont été répertoriés par catégorie. Il a été dénombré 1312 appels en 2017. Cela comprenait 669 (51 %) appels intra hospitalier et 643 (49 %) appels extérieurs dont 421 (65,5 %) provenant du domicile. Les motifs d'interventions tous lieux confondus étaient principalement : 489 appels pour prise en charge en soins palliatifs, 322 pour la douleur et 190 pour des informations. En revanche, il n'a été dénombré que 4 appels pour une aide au retour au domicile, 6 pour une prise en charge des symptômes et 34 pour une demande de soutien (61).

De plus, en comparaison à l'année 2016, l'activité de l'EMSP a diminué de manière globale, alors que l'activité extérieure a progressé de plus de 38 % pour le domicile (61).

Ces données montrent que les soins palliatifs à domicile par l'EMSP du CHGM à l'ouest de La Réunion est en cours de développement.

La figure 5 représente la répartition des motifs d'appels de l'EMSP, selon le rapport d'activité de l'EMSP du CHGM en 2017 (61).

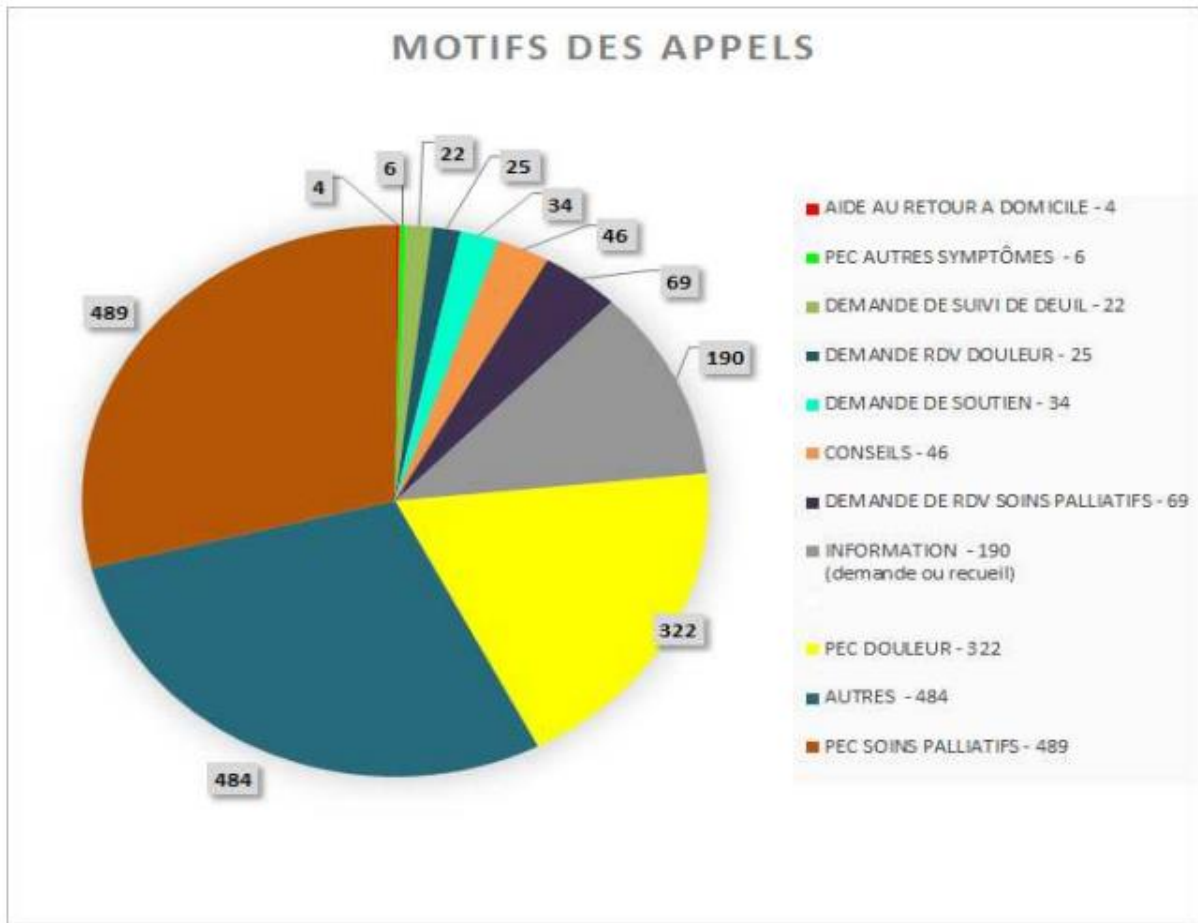


Figure 5 = Motifs d'appels en 2017 selon le rapport d'activité de l'EMSP du CHGM

L'instauration des soins palliatifs via un réseau ou une EMSP à domicile a pour rôle d'apporter des conseils, des propositions de modalités thérapeutiques, des réflexions éthiques, une participation à l'évaluation des symptômes et des besoins tant physiques que psychiques. L'EMSP permettrait d'anticiper toute nouveauté, symptôme et donc d'éviter les ré-hospitalisations précoces. Ceci a été confirmé par plusieurs études (22, 41) qui ont mis en évidence que l'intervention des EMSP au domicile pouvait diminuer le taux de ré-hospitalisations mais cela concernait le taux de ré-hospitalisations à 30 jours. En terme d'exemple, l'étude de Ranganathan et al., a montré que 10 % des patients sortis d'hospitalisation ont été réadmis dans les 30 jours suivants et que le taux de réadmission était moins important dans le groupe ayant eu recours aux soins palliatifs à domicile que le groupe sans soins palliatifs à domicile (41).

L'étude met en évidence un faible suivi à domicile des patients en soins palliatifs par l'EMSP à La Réunion. En effet, selon l'étude, cela ne touche que 22 % des patients ce qui est concordant avec le rapport d'activité de l'EMSP en 2017 qui concerne 24,8 % (61). Ce faible taux peut s'expliquer par un manque de visibilité des possibilités d'activités de l'EMSP dans le secteur Ouest de La Réunion (annexe 4). Actuellement, il existe diverses possibilités de formations, ou de sensibilisation à la culture palliative. En effet, un diplôme universitaire est accessible à La Réunion tous les 2 ans. Des formations sont proposées dans l'année via le groupement des intervenants en soins palliatifs de l'Océan Indien (GISP) (annexe 5) ou l'Association des soins palliatifs et de la douleur de l'Ouest (ASPEDO) (annexe 6). Il existe également des soirées spécifiques. En termes d'exemple pour l'EMSP de St Paul, un événement par an est organisé. Ces événements sont diffusés via le site du conseil de l'ordre des médecins ou par mail aux correspondants libéraux. Par ailleurs, la connaissance des EMSP est possible sur le site de la SFAP grâce à un annuaire.

Globalement les activités et moyens de connaître les EMSP mis à disposition à La Réunion sont divers. Il serait intéressant d'évaluer le retentissement de ces moyens auprès des médecins généralistes à La Réunion.

❖ Présence d'un entourage familial au domicile

En fin de vie, la majorité des soins ont lieu au domicile. Une grande partie de ces soins est délivré par des membres de la famille. Cependant, l'entourage est souvent mal formé ou mal préparé (46). Ce manque de formation peut alors entraîner une consommation plus importante des services hospitaliers et des urgences.

Notre étude a cherché à évaluer l'influence de la présence d'un entourage au domicile du patient sur le taux de ré-hospitalisations à 90 jours. 54,2 % des patients ré-hospitalisés n'avaient pas d'entourage familial au domicile.

Bien que ces résultats ne soient pas significatifs la littérature rapporte une association significative entre la présence d'un entourage familial au domicile et la

préférence pour un décès au domicile. En effet, en termes d'exemple, l'étude de Gauthier et al., montre une association significative entre une présence familiale et la préférence pour un décès au domicile (47, 48). D'autres études ont étudié les caractéristiques sociodémographiques agissant sur le lieu de décès et elles ont mis en évidence l'importance du soutien familial et en particulier du conjoint (Gisquet et al., 2012 ; Escbar Pinzon et al., 2011 ; Gomes et Higginson, 2006 ; Houttekier et al., 2011).

Nos résultats suggèrent également l'importance d'un entourage familial en termes d'aide matériel, physique ou moral.

❖ Aides au domicile

L'étude a cherché à évaluer l'intérêt de la mise en place d'une aide au domicile. 58,4 % des patients ayant eu une aide au domicile n'ont pas été ré-hospitalisés dans les 90 jours de la sortie du séjour index. Cette aide serait plus avantageuse lors de la mise en place d'une HAD. Cependant, ces résultats ne sont pas significatifs probablement par manque de puissance de l'étude, ce qui rend la comparaison des aides difficilement évaluable.

Le système d'HAD s'est largement développé ces dernières années en France. La circulaire du 4 décembre 2013 a fixé pour objectif d'atteindre 30 à 35 patients en HAD pour 100 000 habitants en 2018. Le rapport d'activité de 2017-2018 de la fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile a décrit un taux national à 21,3 patients en 2017 contre 20,2 en 2016. La Réunion représentant > 30 patients pour 100 000 habitants en 2017 contre 25,3 en 2016 soit une augmentation de +24 % (49). Lorsqu'une HAD est mise en place, la probabilité de mourir à domicile serait plus importante (50).

Ces données de la littérature et nos résultats s'accordent à orienter les patients vers une aide à domicile pour réduire le risque de ré-hospitalisation.

D) Durée d'hospitalisation du séjour index

Notre étude a évalué l'influence de la durée d'hospitalisation du séjour index sur le taux de ré-hospitalisations à 90 jours. La durée moyenne en nombre de jours pour les patients ré-hospitalisés à 90 jours était estimée à 20,6 jours. Ce chiffre était comparable à la durée du séjour index global de l'échantillon de 19,2 %.

Bien que ce résultat ne soit pas statistiquement significatif, le rapport de l'HAS sur les ré-hospitalisations en 2016 en Ile-de-France montre que quel que soit le domaine d'activité de soin initial, les patients ré-hospitalisés étaient ceux ayant eu une durée de séjour index significativement plus importante (30).

Dans la littérature plusieurs études évaluent le lien entre la durée de séjour et le taux de ré-hospitalisations à 30 jours. Ces données sont donc peu comparables à notre étude mais permettent de supposer qu'une durée de séjour trop longue influence le risque de ré-hospitalisation. En termes d'exemple, l'étude d'Arruabarrena a montré que les durées de séjour de plus de 6 jours étaient associées à un risque de ré-hospitalisation à 30 jours chez des patients âgés. Leur étude a montré que dans une population dépendant, une durée de séjour plus courte de 5 jours était associée à un risque de ré-hospitalisation plus faible (38).

Il en est de même pour l'étude de Traissac et al., qui a démontré, par une étude prospective, qu'une durée de séjour de plus de 6 jours était un facteur de risque de ré-hospitalisation à 1 mois (OR = 1,9 [95% CI 1,1-3,5] p = 0,028) (51).

Ces études et nos résultats, bien que non significatifs, s'accordent à montrer qu'une hospitalisation initiale longue influe sur le risque de ré-hospitalisation.

4.1.4 Taux de ré-hospitalisation à 30 jours

Cette étude a permis, en critère de jugement secondaire, de déterminer le taux de ré-hospitalisation à 30 jours des patients en soins palliatifs à La Réunion. Ce taux concerne 26 % de la population de l'étude.

La majorité des études évalue ce taux car il reflète la qualité de la prise en charge intra-hospitalière et la qualité du transfert du patient de l'hôpital à son domicile. Ces études évaluent ce taux entre 11,7 % à 24,1 %. Cependant, les résultats de ces études sont difficilement comparables du fait d'une méthodologie et d'une population différente (52, 53, 54). Le résultat de notre étude reste donc concordant à l'ensemble de la littérature.

Concernant la population des soins palliatifs, quelques études évaluent le taux de ré-hospitalisation à 30 jours sur cette population. L'une d'elle est l'étude d'Enguinados et al., qui retrouve un taux de ré-hospitalisation à 30 jours de 10 %. Selon cette étude, l'intervention des soins palliatifs à domicile permet de diminuer ce taux de ré-hospitalisation. En effet, le taux de ré-hospitalisation à 30 jours était estimé à 8,3 % pour les patients ayant eu l'intervention de l'EMSP au domicile contre 25,7 % pour ceux n'ayant reçu aucune intervention par l'EMSP (42).

D'autres études retrouvent également un taux de ré-hospitalisation plus faible à 30 jours lorsqu'il existe une intervention de l'EMSP au domicile : une étude rétrospective (42), une étude à propension proportionnelle (41) ou encore une étude de cohorte appariée (55).

4.2 Forces et Limites de l'étude

4.2.1 Forces de l'étude

A) Type de l'étude

Cette étude descriptive a été menée de manière rétrospective via une cohorte historique. L'une des forces de cette étude a été le faible taux de données manquantes : 1 donnée manquante concernant l'état civil d'un patient non fourni par le dossier médical. Ainsi, l'association de recherche des données fournies par le PMSI et la qualité du recueil des dossiers médicaux a permis de diminuer un potentiel biais d'informations.

B) Population de l'étude

Une seconde force de cette étude est d'avoir évalué l'ensemble des patients pris en charge par l'EMSP et non uniquement ceux atteints d'un cancer. En effet, l'EMSP peut intervenir pour toutes demandes dans tous types de pathologies et non exclusivement dans le cadre d'un cancer. Cela permettant d'extrapoler nos résultats à une plus large population de patients suivis par les équipes de soins palliatifs.

C) Originalité du sujet

Il s'agit, à notre connaissance, de la première étude concernant le taux de ré-hospitalisation à La Réunion pour cette population. L'objectif sous-entendu de l'étude était de cibler les actions à mener à La Réunion concernant cette population. En effet, devant l'avancée médicale, le vieillissement de la population et le développement des maladies neurodégénératives ou cancéreuses, les soins palliatifs vont progressivement prendre plus d'ampleur. Le médecin généraliste devra alors faire face à cette population fragile et connaître les moyens, dispositifs disponibles. Ainsi, à La Réunion, l'EMSP ou le réseau de soins palliatifs

permettraient d'améliorer, soutenir les prises en charges ambulatoires des médecins généralistes traitants.

4.2.2 Limites de l'étude

A) Biais de sélection

Notre étude comportait un premier biais de sélection. En effet, l'étude mono-centrique centrée sur les patients en soins palliatifs réduit la possibilité d'extrapolation des résultats à l'ensemble de La Réunion et à tous patients hospitalisés. De plus, le caractère mono-centrique peut entraîner une sous-estimation de certains facteurs prédictifs de ré-hospitalisation suite à un manque de puissance de l'étude.

B) Biais d'information

Un second biais de cette étude a été lié au nombre de « perdu de vue ». En effet, il est probable que certains patients inclus dans l'étude aient été ré-hospitalisés dans un autre établissement de santé de La Réunion, sous-estimant alors notre taux de ré-hospitalisation.

A noter, que l'étude de Gruneir et al., qui a étudié l'indice LACE a mis en évidence que 73,4 % des patients étaient ré-hospitalisés dans le même établissement que le séjour index (32).

De plus, notre échantillon habitait pour 92,3 % sur la commune de Saint-Paul de La Réunion. Ce qui pourrait réduire ce risque de biais. On peut donc supposer que ce biais a été faible.

C) Nombre de décès

Une autre limite de cette étude a été l'estimation des patients décédés entre la sortie du séjour index et le 90^{ème} jour. En effet, ces patients n'ont pas été exclus de l'analyse pouvant alors surestimer le groupe de patients non ré-hospitalisés à 90 jours.

Ces patients n'ont pas été pris en compte dans l'analyse car seulement 3 décès ont été observés à plus de 90 jours de leur séjour index. Un probable biais d'information est à noter. En effet, il est possible que des patients soient décédés au domicile sans avoir eu recours à une hospitalisation. Cela pourrait alors surestimer le taux de non ré-hospitalisation.

D) Manque de puissance

L'échantillon de l'étude ne comportait que 100 patients après avoir appliqué les critères d'exclusion. Ce faible nombre de patients a donc probablement entraîné un manque de puissance de l'étude ne permettant pas d'avoir des résultats significatifs ($p < 0,05$). Par ailleurs, l'activité de l'EMSP au domicile ne concerne que 24,8 % de leurs interventions contre 47,4 % au sein du CHGM et 25,6 % dans des établissements extérieurs (EPHAD, SSR...) qui ont été exclus de l'analyse. Ce qui expliquerait la faible proportion de l'étude.

E) Choix des facteurs

Une autre limite de cette étude a été le choix des facteurs. Ce choix a été fondé selon les données de la littérature et de la possibilité d'accès aux informations à La Réunion. Certains facteurs n'ont alors pas été évalués tel que le nombre de médicaments à la sortie du séjour index, la sévérité de la pathologie, l'implication du médecin généraliste traitant, le nombre de visites à domicile par l'EMSP ou le médecin généraliste, l'association à de la kinésithérapie, ergothérapie, l'existence de directives anticipées, le délai d'initiation des soins palliatifs etc.

De nombreuses études ont montré le bénéfice de ces variables. Il est clairement démontré, par exemple, qu'initier une démarche palliative tôt permet d'améliorer la qualité des soins, la survie, les symptômes, la qualité de vie, de mieux comprendre la pathologie et le pronostic et de diminuer la dépression réactionnelle (28, 56, 57, 58, 59). Tout comme l'intérêt d'une discussion en fin de vie réduirait les coûts de soins médicaux de 55 % selon l'étude de Zhang et al. (28).

Lors de la construction du protocole de l'étude, le choix a été surtout de mettre en avant l'intérêt d'un suivi par l'EMSP au domicile, l'ajout d'aide au domicile et l'importance de l'entourage familial. Le protocole de cette étude a donc restreint le choix des facteurs.

4.3 Implication

De nombreuses études ont été menées à ce jour pour évaluer le taux de ré-hospitalisations à 30 jours. Cette étude étendant à 90 jours le risque de ré-hospitalisation en reste originale. En effet, de nombreux facteurs peuvent influencer ce taux en ambulatoire. Bien que le choix des variables pour cette étude fût difficile, il n'en reste pas moins intéressant d'évaluer ces données à La Réunion. De plus, cette population n'est pas en première ligne d'évaluation par l'ARS. L'étude de l'ARS sur le taux de ré-hospitalisations à 90 jours en Ile-de-France en 2016 ne concernait pas cette population.

Actuellement, afin de faciliter le maintien à domicile, il existe des réseaux de santé. Ces réseaux permettent une surveillance pour dépister le plus précocement toute décompensation aiguë d'une maladie chronique. Cette surveillance est possible par diverses interventions : passages d'infirmiers libéraux au domicile quotidiennement, une consultation systématique avec le médecin généraliste traitant dans les 7 jours suivant la sortie d'une hospitalisation, l'accès à des consultations semi urgentes des spécialistes, une éducation thérapeutique du patient et de son entourage, une coordination des soins par une plateforme informatisée ou la possibilité d'intervention

rapide d'une équipe mobile gériatrique ou de soins palliatifs à domicile ou en EHPAD... A La Réunion, un seul réseau de soins palliatif existe à ce jour et il ne concerne que les soins palliatifs pédiatriques. Un probable manque de moyen existe à ce jour pour un réseau de soins palliatifs adultes.

La volonté de mourir au domicile est une notion qui peut varier au cours du temps et être influencée par divers facteurs. Pourtant, selon Murray et al., c'est le processus de choix qui est le plus important que la décision (60). C'est en maintenant le respect des valeurs du patient, l'information sur ses incertitudes, et en impliquant le patient dans sa prise en charge, que l'on crée la qualité du choix final sur le lieu de décès. C'est donc en exprimant un lieu de décès que le patient augmente ses chances d'y mourir (4).

Il serait intéressant de réitérer une étude évaluant de nouveaux facteurs prédictifs ambulatoires tout en augmentant la durée et/ou la population de l'échantillon. Ainsi, on pourra mieux cibler par des résultats significatifs les facteurs prédictifs de ré-hospitalisation. C'est en ciblant ces facteurs prédictifs que l'on pourrait réaliser par la suite une étude interventionnelle. Cette étude interventionnelle permettrait d'évaluer les actions bénéfiques en ville à mener pour réduire le taux de ré-hospitalisation à La Réunion et d'envisager par la suite une meilleure visibilité des EMSP et réseau en soins palliatifs auprès des acteurs de santé libéraux et d'envisager la mise en place de plusieurs EMSP ou plusieurs réseaux de soins palliatifs à La Réunion.

5. CONCLUSION

Cette étude a permis d'évaluer le taux de ré-hospitalisation à 90 jours des patients en soins palliatifs à La Réunion. Bien que les résultats ne soient pas statistiquement significatifs, une première approche a été menée. Les résultats de l'étude, similaire aux données de la littérature, appuient l'intérêt d'un suivi par l'EMSP au domicile après une hospitalisation, l'importance d'un entourage familial, la mise en place d'aide au domicile avec l'aide d'une assistante sociale lors d'une hospitalisation.

Ces facteurs pourraient être utiles pour cibler les patients et nos prises en charge et ainsi éviter des ré-hospitalisations non justifiées à La Réunion. Ces facteurs sont connus pour d'autres populations et d'autres pathologies. Une étude interventionnelle à plus grande échelle à La Réunion et associée à de nouveaux facteurs ambulatoires permettraient de mieux cibler et d'améliorer le repérage et les prises en charge par les médecins généralistes à La Réunion.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) Dr G. Duhamel, J. Mejane, P. Piron. Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile. Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales ; IGAS, Rapport N°2016-064R. janvier 2017.
- (2) Recommandations de la Haute Autorité de Santé. Comment favoriser le maintien à domicile des patients adultes relevant de soins palliatifs ? Organisation des parcours. Paris : HAS, 2016
- (3) INSEE. 594 000 personnes décédées en France en 2016. Focus n°95. Octobre 2017.
- (4) Gauthier G, Bernard E, Darrieux J-C, end of life at home and preference for a place of death : a literature review. *Exercer* 2015;118:52-60
- (5) Gatrell AC, Harman JC, Francis BJ, Thomas C, Morris SM, McIlI-murray M. Place of death : Analysis of cancer deaths in part of North West England. *J Public Health Med* 2003;25:53-8.
- (6) Pr Regis Aubry. Etat des lieux du développement des soins palliatifs en France en 2010. Comité National de suivi du développement des soins palliatifs. Paris, avril 2011.
- (7) INSEE. Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050. INSEE Première , n°1089. Septembre 2006
- (8) Plan National 2015-2018. Développement des soins palliatifs et accompagnement en fin de vie. Communiqué de presse. Paris, décembre 2015.
- (9) Direction générale de l'offre de soins, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Les ré-hospitalisations à 30 jours (RH30). Guide méthodologique. 2015
- (10) Centre National de la fin de vie – CNSPFV. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France. Première édition 2018.
- (11) Jencks M Williams MV. Coleman Rehospitalizations among patients in the medicare fee-for service program. *N Engl J Med*, 2009 (360)
- (12) Direction générale de l'offre de soins, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Les hospitalisations potentiellement évitables (HPE). Guide méthodologique. 2015.
- (13) Recommandations de la Haute autorité de Santé. Comment réduire le risque de ré-hospitalisations évitables des personnes âgées ? Organisation des parcours. Paris, Juin 2013.

- (14) Morin L, Aubry R. Vingt-cinq années de développement de l'offre de soins palliatifs en France (1987 ; 2013). Médecine palliative. Soins de support. Accompagnement. Éthique (2015).
- (15) Elaboration du Projet de Santé Réunion, Mayotte. Atelier de travail. Schéma Régional de Santé. Organisation de l'offre de soins hospitalière. 24 Avril 2017.
- (16) Pr Régis AUBRY, Recommandations sur les actions de Développement Professionnel Continu dans le champ des soins palliatifs. Guide « DPC soins palliatifs.
- (17) Projet de santé de La Réunion et de Mayotte – PRS 2. Analyse des taux de recours, flux de patients, et projections d'activité. ARS OI. Juin 2018.
- (18) La direction générale de l'offre de soins, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Le taux de ré-hospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours en MCO. Guide méthodologique. 12 mai 2017.
- (19) G, Venohr I, Conner D, et al.: Impact of an inpatient palliative care team: A randomized controlled trial. J Palliat Med 2008; 11:180–190.
- (20) Communiqué de presse. Malgré l'augmentation des dépenses en santé des pays, les dépenses directives des individus restent trop importantes. Genève. [Internet] 20 février 2019. [Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/detail/20-02-2019-countries-are-spending-more-on-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pockets>]
- (21) Morrison RS, Penrod JD, Cassel JB, et al. Cost savings associated with US hospital palliative care consultation programs. Arch Intern Med 2008;168:1783-90.
- (22) John C. Tangeman, MD, FACP, Carole B. Rudra et al: A Hospice-Hospital Partnership: Reducing Hospitalization costs and 30-day readmissions among seriously ill adults. Journal Palliative Medicine. 2014;17(9):1005-1010.
- (23) Morrison RS, Dietrich J, Ladwig S, et al.: Palliative care consultation teams cut hospital costs for Medicaid beneficiaries. Health Aff 2011;30:454–463.
- (24) Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, et al.: Increased satisfaction with care and lower costs: Results of a randomized trial of in-home palliative care. J Am Geriatr Soc 2007;55:993–1000
- (25) Brumley RD, Enguidanos S, Cherin DA. Effectiveness of a home-based palliative care program for end-of-life. J Palliat Med 2003;6:715-24.
- (26) Smith AK, McCarthy E, Weber E, et al.: Half of older Americans seen in emergency department in last month of life; Most admitted to hospital, and many die there. Health Aff 2012;31:1277–1285.

- (27) Albanese TH, Radwany SM, Mason H, Gayomali C, Dieter K: Assessing the financial impact of an inpatient acute palliative care unit in a tertiary care teaching hospital. *J Palliat Med* 2013;16:289–294.
- (28) Zhang B, Wright AA, Huskamp HA, et al.: Health care costs in the last week of life: Associations with end-of-life conversations. *Arch Intern Med* 2009;169:480–488.
- (29) Miyashita, M, Morita, T, Sato, K, Hirai, K, Shima, Y. & Uchitomi, Y. Good Death Inventory: a measure for evaluating good death from the bereaved family member's perspective. *Journal of Pain and Symptom Management*, 486-498. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.07.009. 2008.
- (30) Agence régional de santé île-de-France. Réhospitalisation des patients âgés de 80 ans et plus, données 2016. Rpport. Décembre 2018.
- (31) Robinson R, Hudali T. The HOSPITAL score and LACE index as predictors of 30 day readmission in a retrospective study at a university-affiliated community hospital. *PeerJ*. 29 mars 2017.
- (32) Gruneir AIA, D ; Van Walraven, C ; Fischer, H.D ; Camacho, X ; Rochon, P.A ; Anderson, G.M. Unplanned readmissions after hospital discharge among patients identified as being at high risk for readmission using a validated predictive algorithm.pdf. *Open Medecine*. 2011.
- (33) Legrain S et al. A new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits an rehospitalization of older adults : the optimization of medication in AGEEd multicenter randomize controlled trials. *J am Geriatric Soc*. 2011;59:2017-2028
- (34) Weitzen S, Teno JM, Fennell M, Mor V. Factors associated with site of death : a national study of where people die. *Med Care* 2003;41:323-35.
- (35) DREES, Santé Publique France. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017.
- (36) L'assistant social de l'hôpital : un interlocuteur à contacter en cas d'hospitalisation | Pour les personnes âgées [Internet]. [cité 19 mai 2019]. [Disponible sur: <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/actualites/lassistant-social-de-lhopital-un-interlocuteur-contacter-en-cas-dhospitalisation>]
- (37) Décret n° 2014-101 du 4 février 2014 portant statut particulier du corps des assistants socio-éducatifs de la fonction publique hospitalière | Legifrance [Internet]. [cité 19 mai 2019]. [Disponiblesur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/2/4/AFSH1328908D/joyt/te>]

- (38) Arruabarrena S. Lien entre durée de séjour et taux de ré-hospitalisation à un mois chez les patients âgés hospitalisés à l'unité de gériatrie aiguë de l'Hôpital Saint-André du centre hospitalo-universitaire de Bordeaux. : Thèse. Mars 2015.
- (39) Piot E, Leheup BF, Losson S, Gédor L, Domina L, Béhem C, et al. Intervention of mobile palliative care team on nursing homes: retrospective study. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. déc 2014;12(4):34753.
- (40) Gade G, Venohr I, Conner D, et al. Impact of an inpatient palliative care team: a randomized control trial. *J Palliat Med* 2008;11:180-90.
- (41) Ranganathan A, Dougherty M, Waite D, Casarett D: Can palliative home care reduce 30-day readmissions? Results of a propensity score matched cohort study. *J Palliat Med* 2013;16:1290–1293.
- (42) Susan Enguidanos, M.P.H., Ph.D., Evie Vesper, LCSW, and Karl Lorenz, M.D. 30-Day Readmissions among Seriously Ill Older Adults. *Journal of Palliative Medicine*. 2012;15,(12):1356- 1361.
- (43) Hernandez AF, Greiner MA, Fonarow GC, et al.: Relationship between early physician follow-up and 30-day readmission among Medicare beneficiaries hospitalized for heart failure. *JAMA* 2010;303.
- (44) Graham J, Tomcavage J, Salek D, Sciandra J, Davis DE, Stewart WF: Postdischarge monitoring using interactive voice response system reduces 30-day readmission rates in a casemanaged Medicare population. *Med Care* 2012;50:50–57.
- (45) Naylor MD, Brooten D, Campbell R, et al.: Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: A randomized clinical trial. *JAMA* 1999;281:613– 620.
- (46) McMillan SC: Interventions to facilitate family caregiving at the end of life. *J Palliat Med* 2005;8(Suppl 1):S132–S139
- (47) Gauthier G, Bernard E, Darrieux J-C, end of life at home and preference for a place of death : a literature review. *Exercer* 2015;118:52-60.
- (48) Pennec S, Gaymu J, Monnier A, Riou F, Aubry R, Pontone S, et al. Le dernier mois de l'existence : les lieux de fin de vie. et de décès en France. *Population*. 2013;Vol. 68(4):585615.
- (49) FNEHAD - Fédération national des établissements d'hospitalisation à domicile. L'hôpital de demain. Et si c'était chez moi ? Rapport d'activité 2017-2018.
- (50) Shepperd S, Wee B, Straus SE. Hospital at home: home-based end of life care (Review). *Cochrane Database Syst Rev*. 2011.

- (51) Traissac T, Videau M-N, Bourdil M-J, Bourdel-Marchasson I, Salles N. The short mean length of stay of post-emergency geriatric units is associated with the rate of early readmission in frail elderly. *Aging Clin Exp Res*. 2011 Jun;23(3):217–22.
- (52) Laura Goodrich. Facteurs prédictifs et taux de réhospitalisation non programmée à 30 jours d'une hospitalisation en court séjour gériatrique au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille chez des patients âgés de plus de 75 ans. [Thèse de Doctorat d'Université de Lille, Médecine]. 2013.
- (53) Kansagara DE, H. ; Salanitro, A. ; Kagen, D. ; Theobald, C. ; Freeman, M. ; Kripalani, S. Risk prediction models for hospital readmission JAMA 2011.pdf. *Journal of American Medical Association*. 2011.
- (54) Swasti Roux. Facteurs prédictifs de réhospitalisation précoce des personnes âgées d'au moins 75 ans admises en médecine. Focus sur la cause médicamenteuse. [thèse de Doctorat d'université de Paris, Médecine]. 2016.
- (55) Hernandez AF, Greiner MA, Fonarow GC, et al.: Relationship between early physician follow-up and 30-day readmission among Medicare beneficiaries hospitalized for heart failure. *JAMA* 2010;303.
- (56) Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer: the Project ENABLE II randomized controlled trial. *JAMA* 2009;302:741-9.
- (57) Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363:733-42.
- (58) Zimmermann C, Swami N, Rodin G, et al. Cluster-randomized trial of early palliative care for patients with metastatic cancer. Presented at the 2012 American Society for Clinical Oncology Annual Meeting, Chicago, June 1–5, 2012. abstract.
- (59) Greer JA, Pirl WF, Jackson VA, et al. Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2012;30:394- 400.
- (60) Murray M, Fiset V, Young S, Kryworuchko J. Where the dying live : A systematic review of determinants of place of end-of-life cancer care. *Oncol Nurs Forum* 2009;36:69-77.
- (61) Equipe Mobile de Soins palliatives de Saint-Paul. Rapport d'activité Soins palliatives 2017. Centre Hospitalier Gabriel Martin. Reunion. 2017.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Définition des soins palliatifs par l'OMS

Définition des soins palliatifs par l'OMS

(Organisation Mondiale de la Santé)

Définition de 1990

Les soins palliatifs sont des soins actifs, complets, donnés aux malades dont l'affection ne répond pas au traitement curatif. La lutte contre la douleur et d'autres symptômes et la prise en considération des problèmes psychologiques, sociaux et spirituels, sont primordiales. Le but des soins palliatifs est d'obtenir la meilleure qualité de vie possible pour les malades et leur famille. De nombreux éléments des soins palliatifs sont également applicables au début de l'évolution de la maladie, en association avec un traitement anticancéreux.

Les soins palliatifs affirment la vie et considèrent la mort comme un processus normal, ne hâtent ni ne retardent la mort, procurent un soulagement de la douleur et des autres symptômes pénibles, intègrent les aspects psychologiques et spirituels dans les soins aux malades, offrent un système de soutien pour aider les malades à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort, offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil.

Définition de 2002

Les soins palliatifs cherchent à améliorer la qualité de vie des patients et de leur famille, face aux conséquences d'une maladie potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la souffrance, identifiée précocement et évaluée avec précision, ainsi que le traitement de la douleur et des autres problèmes physiques, psychologiques et spirituels qui lui sont liés.

Les soins palliatifs procurent le soulagement de la douleur et des autres symptômes gênants, soutiennent la vie et considèrent la mort comme un processus normal, n'entendent ni accélérer ni repousser la mort, intègrent les aspects psychologiques et spirituels des soins aux patients, proposent un système de soutien pour aider les patients à vivre aussi activement que possible jusqu'à la mort, offrent un système de soutien qui aide la famille à tenir pendant la maladie du patient et leur propre deuil, utilisent une approche d'équipe pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles en y incluant si nécessaire une assistance au deuil, peuvent améliorer la qualité de vie et influencer peut-être aussi de manière positive l'évolution de la maladie, sont applicables tôt dans le décours de la maladie, en association avec d'autres traitements pouvant prolonger la vie, comme la chimiothérapie et la radiothérapie, et incluent les investigations qui sont requises afin de mieux comprendre les complications cliniques gênantes et de manière à pouvoir les prendre en charge.

ANNEXE 2 : Définition des soins palliatifs par la loi de 1999

Définition des soins palliatifs par la "loi de 1999"

Article 1^{er} de la loi n°99-477

Livre préliminaire

Droits de la personne malade et des usagers du système de santé

Titre 1^{er} : Droits de la personne malade :

Art. L.1^{er} A. - Toute personne malade dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement.

Art. L.1^{er} B. - Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage.

Art. L.1^{er} C. - La personne malade peut s'opposer à toute investigation ou thérapeutique.

Précision du programme national de développement des soins palliatifs en 2002

Les soins palliatifs et l'accompagnement concernent les personnes de tous âges atteintes d'une maladie grave, évolutive mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale. Ces personnes peuvent souffrir d'un cancer, d'une maladie neurologique dégénérative, du sida ou de tout autre état pathologique lié à une insuffisance fonctionnelle décompensée (cardiaque, respiratoire, rénale) ou à une association de plusieurs maladies. Les soins prodigués visent à améliorer le confort et la qualité de vie et à soulager les symptômes : ce sont tous les traitements et soins d'accompagnement physiques, psychologiques, spirituels et sociaux envers des personnes et leur entourage.

ANNEXE 3 : Définition des soins palliatifs par l'ordre des médecins et l'ANAES

Autres définitions des soins palliatifs :

Définition par le Conseil National de l'Ordre des médecins (1996)

Les soins palliatifs sont les soins et l'accompagnement qui doivent être mis en œuvre toutes les fois qu'une atteinte pathologique menace l'existence, que la mort survienne ou puisse être évitée.

Définition par l'ANAES (2002)

(Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé)

Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Ils ont pour objectif, dans une approche globale et individualisée, de prévenir ou de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée.

Les soins palliatifs cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables et se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Selon cette approche, le patient est considéré comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Les soins palliatifs s'adressent aux personnes atteintes de maladies graves évolutives ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée ou terminale, ainsi qu'à leur famille ou à leurs proches. Des bénévoles, formés à l'accompagnement et appartenant à des associations qui les sélectionnent peuvent compléter, avec l'accord du malade ou de ses proches, l'action des équipes soignantes.

ANNEXE 4 : Dépliant informatif sur l'EMSP de St-Paul

L'équipe est pluri-professionnelle.

Elle est composée de:

- 2 médecins
- 4 infirmières
- 2 psychologues
- 1 secrétaire.

 0262 32 89 48

Nous sommes situés au

38 rue Labourdonnais
CS 11045
97866 Saint Paul
Cedex

Au fond de la cour
Bâtiment M6



**Si vous avez besoin d'un conseil,
d'une écoute, d'une aide,
D'un soutien...**

Que vous soyez une personne atteinte d'une maladie grave, la famille ou des proches d'une personne atteinte de maladie incurable, ou bien un professionnel de la santé...




**N'hésitez pas,
Contactez nous !**

Nous sommes là pour vous.


Nous sommes ouverts tous les jours de
8h00 à 16h30
Du lundi au vendredi

TEL : 0262 32 89 48

Fax: 02.62.32.89.59
Email : emsp@ch-gmartin.fr



**EQUIPE MOBILE
DE
SOINS PALLIATIFS**



**CENTRE
HOSPITALIER
GABRIEL
MARTIN**

Les soins palliatifs et l'accompagnement concernent les personnes de tout âge. Ce sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou mettant en jeu le pronostic vital.



L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Pour qui :

Pour les patients
Pour les familles, les proches, les soignants,
Tous les professionnels de la santé et du domaine social.

Pourquoi :

Pour évaluer les douleurs
Pour évaluer les autres symptômes d'inconfort
Pour proposer de soulager les douleurs
Pour proposer de soulager les autres symptômes
Pour une aide sociale
Pour conseiller
Pour aider
Pour écouter
Pour accompagner
Pour participer à la démarche éthique
Pour des prises de décisions difficiles
Pour former
Pour le soutien de deuil



Comment :

Sur appel
Sur demande
Avec l'accord du médecin référent
En binôme (médecin/infirmier ; médecin/psy ; infirmier/psy)
Au chevet du patient
En staff
En réunion
En groupe de parole
En consultation externe (douleur)

Où :

Dans Le Secteur Ouest

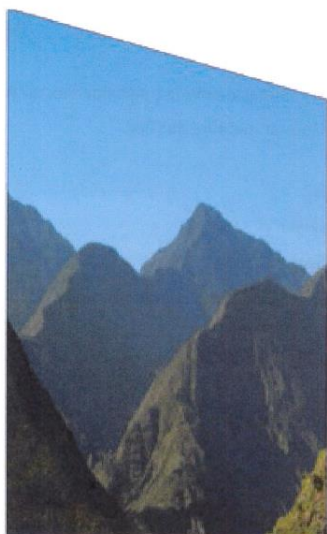
Dans tous les services
Dans toutes les structures de soins
Dans nos locaux
Au domicile



Avec qui :

En collaboration avec tous les partenaires de santé privés et publics, en structure ou à domicile, les associations, les acteurs des soins palliatifs de l'île.

ANNEXE 5 : Dépliant informatif sur le GISP



*-Quand les grimpeurs observent de loin
la montagne, tout est obstacle,
c'est en avançant qu'ils
trouvent des passages-*
Alain



Groupement des Intervenants en Soins Palliatifs



Association créée en 2005, régie par la loi
du 1^{er} juillet 1901 à but non lucratif



Adhère à la charte de la Société
Française des Soins Palliatifs (SFAP)



Organise des soirées de discussions
autour d'un thème choisi à l'avance







Permet la rencontre des différents
acteurs en soin palliatifs,
sur le plan régional



Association créée en 2005, régie par la loi
du 1^{er} juillet 1901 à but non lucratif

Objet et buts de l'Association :

-  Offrir un lieu de rencontre où les professionnels de différents secteurs peuvent réfléchir et échanger sur les problématiques en lien avec les soins palliatifs et l'accompagnement.
-  Traiter de questions relatives à la clinique, l'éthique, l'organisation du système de soin...
-  Prendre part à l'enseignement, à la formation et l'information professionnelle continue, médicale, paramédicale, avec pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients.
-  Développer et faire connaître les soins palliatifs, notamment dans leurs implications cliniques, sociales, humaines et scientifiques.

Cette Association s'adresse :

A tous professionnels de santé, médicaux/
paramédicaux, sensibilisés aux
soins palliatifs, dans un esprit
d'interdisciplinarité.



BULLETIN D'ADHESION



Je souhaite :

- Etre contacté pour la prochaine rencontre
- Devenir membre du GISP

Nom :

Prénom :

Profession :

Adresse personnelle et professionnelle :

Tél :

GSM:

Adresse Mél :

Vous trouverez ci-joint mon règlement de cotisation
d'un montant de 20 € par chèque à l'ordre du GISP.

Le : _/ _/20_

Signature :

Formulaire à renvoyer à :

GISP
Unité Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
Centre Hospitalier Universitaire Sud Réunion
Avenue Président MITTERRAND 97410 Saint-Pierre
Tél : UMSAP 0262 35 93 72 ou EMSAP 0262 90 66 20
contact courriel : gisp974@gmail.com

ANNEXE 6 : Dépliant informatif sur l'A.S.P.E.D.O

A.S.P.E.D.O

Bulletin d'adhésion
Année/.....

Nom :

Prénom :

Profession :

Adresse :

.....

Tel/fax :

E-mail :

Cotisation annuelle : 5 €

Vos dons sont acceptés

Rejoignez - nous !!!

Téléphone : 0262 32 89 48
Télécopie : 0262 32 89 59

A.S.P.E.D.O

Association des Soins Palliatifs et de la Douleur
de l'Ouest

CHGM
38, rue Labourdonnais
C5 11045 - Bat M6
97866 St Paul Cedex



TEL: 0262 32 89 48

A.S.P.E.D.O

Association des Soins Palliatifs et de la Douleur
de l'Ouest

L'A.S.P.E.D.O est une association réunionnaise, qui encourage le développement des soins palliatifs et la prise en charge de la douleur.

Elle est régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, à but non lucratif.

Elle adhère à la charte de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs.

Elle garantit le développement des soins palliatifs par les actions suivantes :

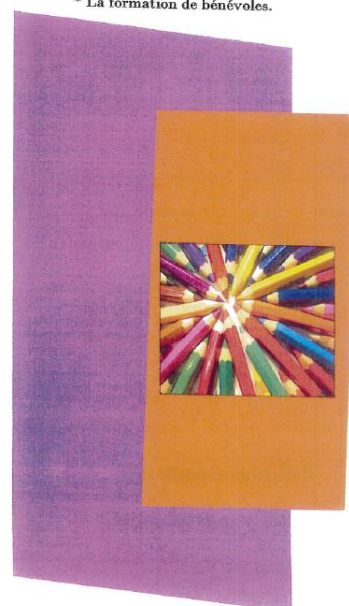
- * sensibiliser les adultes et les enfants à l'existence de la maladie, du vieillissement, du grand âge, de la fin de vie, de la mort et du deuil.
- * informer le grand public.
- * organiser des événements au bénéfice de la promotion des soins palliatifs et d'échange entre ses acteurs.

Elle privilégie les relations humaines.

Ses actions sont fondées sur le respect des personnes, de leur dignité, de leurs besoins et de leurs désirs.

Ses projets :

- * la promotion des soins palliatifs et de la douleur.
- * la création d'un groupe de bénévoles d'accompagnement de personnes atteintes de maladies graves évolutives.
- * La formation de bénévoles.



SERMENT D'HYPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

FACTEURS PREDICTIFS ET TAUX DE RE-HOSPITALISATION DES PATIENTS EN SOINS PALLIATIFS AU CHGM A LA REUNION

Résumé

Introduction : Le taux de ré-hospitalisation est un indicateur de vigilance dans le but d'analyser et d'agir sur les pratiques organisationnelles, cliniques et financières. Or, devant une population au vieillissement croissant, la médecine de ville doit se développer et éviter les ré-hospitalisations. L'objectif de l'étude était de déterminer le taux de ré-hospitalisation à 90 jours des patients suivis par l'équipe mobile de soins palliatif (EMSP) au sein du centre hospitalier Gabriel Martin (CHGM), de définir les facteurs prédictifs associés à cette ré-hospitalisation et le taux de ré-hospitalisation à 30 jours.

Méthode : Nous avons réalisé une étude de cohorte historique sur le CHGM à La Réunion en 2017. Le recueil des données et des facteurs prédictifs a été réalisé à partir de la base de données de l'EMSP croisés avec les données du dossier médical.

Résultats : Le taux de ré-hospitalisation à 90 jours des patients en soins palliatifs au CHGM était de 45 %. Les facteurs prédictifs en faveur à une ré-hospitalisation à 90 jours étaient l'absence : d'intervention de l'assistante sociale, de suivi au domicile par l'EMSP, d'aides au domicile et d'un entourage familial. Les facteurs prédictifs n'étaient pas associés à une ré-hospitalisation car statistiquement non significatif. Le taux de ré-hospitalisation à 30 jours des patients en soins palliatifs était de 26 %.

Conclusion : Grâce à cette première approche, les résultats de l'étude sont similaires aux données de la littérature. Ils appuient l'intérêt d'un suivi par l'EMSP au domicile, l'importance d'un entourage familial, la mise en place d'aide au domicile avec l'aide d'une assistante sociale lors de l'hospitalisation. Une étude interventionnelle à plus grande échelle associée à d'autres facteurs ambulatoires permettrait de mieux cibler et d'améliorer les prises en charge en ville de cette population.

Discipline : Médecine Générale

Mots clés : Soins palliatifs, équipe mobile de soins, Taux de ré-hospitalisation, Facteurs prédictifs, Réunion.

PREDICTIVE FACTORS AND REHOSPITALIZATION RATE OF PALLIATIVE CARE PATIENTS AT THE CHGM IN REUNION

Abstract

Background: The rehospitalization rate is a vigilance marker aimed at analysing and acting upon organisational, clinical and financial practices. In light of the growing aging population, city medicine needs to develop and avoid rehospitalizations. The objective of the study was to determine the 90 days rehospitalization rate of patients attended by the Palliative Care Mobile Team (EMSP for "Equipe Mobile des Soins Palliatif" in French) at the Gabriel Martin Hospital Centre (CHGM), define predictive factors associated with rehospitalizations and the 30 days rehospitalization rate.

Method: We have completed a historical cohort study at the CHGM in Reunion in 2017. The gathering of data and predictive factors was obtained by cross-referencing the EMSP database with patients medical files.

Results: The 90 days rehospitalization rate in palliative care at the CHGM was 45 %. The predictive factors leading to rehospitalization were the absence of social services involvement, the lack of follow-up house calls by EMSP, the absence of home care staff or helping family members. The predictive factors were not associated with rehospitalization as they were deemed statistically insignificant. The 30 days rehospitalization rate of palliative care patients was 26 %.

Conclusion: Thanks to this approach, the results of the study are similar to published literature on the matter. They underscore the need of EMSP follow-up house calls, the importance of family support, the need for home assistance provided by social services during hospitalization. A wider scale interventional study associated with other ambulatory factors would enable a finer targeting and better medical treatment of this population in the city.

Discipline: General medicine

Keywords: Palliative care, mobile care, Rehospitalization, Predictive factors, Reunion.