

## Motifs de réhospitalisation à l'ICM des patients suivis en HAD pour des soins palliatifs oncologiques au cours de l'année 2019

Marion Guillaume

#### ▶ To cite this version:

Marion Guillaume. Motifs de réhospitalisation à l'ICM des patients suivis en HAD pour des soins palliatifs oncologiques au cours de l'année 2019. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03651837

### HAL Id: dumas-03651837 https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03651837

Submitted on 26 Apr 2022

**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.



# UNIVERSITE DE MONTPELLIER FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER – NIMES

#### **THESE**

Pour obtenir le titre de

#### **DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

#### **Marion GUILLAUME**

Le 18 février 2022

# MOTIFS DE REHOSPITALISATION A L'ICM DES PATIENTS SUIVIS EN HAD POUR DES SOINS PALLIATIFS ONCOLOGIQUES AU COURS DE L'ANNEE 2019

Directrice de thèse : Docteur Muriel THOMASO

**JURY** 

Président : Professeur Marc YCHOU

Assesseurs: Docteur Béatrice LOGNOS-FOLCO

**Docteur Pierre PERUCHO** 

**Docteur Muriel THOMASO** 

# UNIVERSITE DE MONTPELLIER FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER – NIMES

#### **THESE**

Pour obtenir le titre de

#### **DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

#### **Marion GUILLAUME**

Le 18 février 2022

# MOTIFS DE REHOSPITALISATION A L'ICM DES PATIENTS SUIVIS EN HAD POUR DES SOINS PALLIATIFS ONCOLOGIQUES AU COURS DE L'ANNEE 2019

Directrice de thèse : Docteur Muriel THOMASO

**JURY** 

Président : Professeur Marc YCHOU

Assesseurs: Docteur Béatrice LOGNOS-FOLCO

**Docteur Pierre PERUCHO** 

**Docteur Muriel THOMASO** 





#### ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

#### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### **Professeurs Honoraires**

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Hélène
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUITER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISIER Jean Pierre





#### Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude

LE QUELLEC Alain

BLANC François

MARES Pierre

**BONAFE** Alain

MAUDELONDE Thierry

BOULENGER Jean-Philippe MAURY Michèle

**BOURREL Gérard** 

MESSNER Patrick

**BRINGER Jacques** 

MILLAT Bertrand

CLAUSTRES Mireille

MONNIER Louis

DAURES Jean-Pierre

MOURAD Georges

PREFAUT Christian

**DAUZAT Michel** DAVY Jean-Marc

PUJOL Rémy

**DEDET** Jean-Pierre

RIBSTEIN Jean

**ELEDJAM Jean-Jacques** 

SCHVED Jean-François

GROLLEAU RAOUX Robert SULTAN Charles

**GUERRIER Bernard** 

**TOUCHON Jacques** 

**GUILLOT** Bernard

UZIEL Alain

JONQUET Olivuer

VOISIN Michel

LANDAIS Paul

ZANCA Michel

LARREY Dominique

**Docteurs Emérites** 

PRAT Dominique

PUJOL Joseph





#### **ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

#### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

#### PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre

Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire (option chirurgie

vasculaire)

BACCINO Eric Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick Parasitologie et mycologie

BEREGI Jean-Paul Radiologie et imagerie médicale

BLAIN Hubert Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine

générale, addictologie

BOULOT Pierre Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CAPDEVILA Xavier Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

CHAMMAS Michel Chirurgie orthopédique et traumatologique

COLSON Pascal Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

COMBE Bernard Rhumatologie

COSTES Valérie Anatomie et cytologie pathologiques

COTTALORDA Jérôme Chirurgie infantile

COUBES Philippe Neurochirurgie

COURTET Philippe Psychiatrie d'adultes ; addictologie

CRAMPETTE Louis Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul Biochimie et biologie moléculaire

CYTEVAL Catherine Radiologie et imagerie médicale

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel Médecine d'urgence

DE WAZIERES Benoît Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine

générale, addictologie

DELAPORTE Eric Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DEMOLY Pascal Pneumologie ; addictologie

DOMERGUE Jacques Chirurgie viscérale et digestive



DUFFAU Hugues

Neurochirurgie

ELIAOU Jean François

Immunologie

FABRE Jean Michel

Chirurgie viscérale et digestive

FRAPIER Jean-Marc

Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

HAMAMAH Samir

Biologie et Médecine du développement et de la reproduction;

gynécologie médicale

HERISSON Christian

Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

JEANDEL Claude

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine

générale, addictologie

JORGENSEN Christian

Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier

Biophysique et médecine nucléaire

LABAUGE Pierre

Neurologie

LEFRANT Jean-Yves

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

LEHMANN Sylvain

Biochimie et biologie moléculaire

LUMBROSO Serge

Biochimie et Biologie moléculaire

MERCIER Jacques

Physiologie

MEUNIER Laurent

Dermato-vénéréologie

MONDAIN Michel

Oto-rhino-laryngologie

MORIN Denis

Pédiatrie

PAGEAUX Georges-Philippe

Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

PUJOL Pascal

Biologie cellulaire

QUERE Isabelle

Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire (option médecine

vasculaire)

RENARD Eric

Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie

médicale

REYNES Jacques

Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIPART Jacques

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

ROUANET Philippe

Cancérologie ; radiothérapie

SOTTO Albert

Maladies infectieuses; maladies tropicales

TAOUREL Patrice

Radiologie et imagerie médicale

6



TOUITOU Isabelle

Génétique

VANDE PERRE Philippe

Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

YCHOU Marc

Cancérologie ; radiothérapie

#### PU-PH de 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia

Hématologie ; transfusion

ASSENAT Éric

Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

**AVIGNON Antoine** 

Nutrition

AZRIA David

Cancérologie ; radiothérapie

**BAGHDADLI** Amaria

Pédopsychiatrie ; addictologie

**BLANC Pierre** 

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric

Chirurgie viscérale et digestive

**BOURDIN** Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CAMBONIE Gilles

Pédiatrie

**CAMU William** 

Neurologie

CANOVAS François

Anatomie

CAPTIER Guillaume

Anatomie

**CARTRON Guillaume** 

Hématologie ; transfusion

CAYLA Guillaume

Cardiologie

CHANQUES Gérald

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

**CORBEAU Pierre** 

Immunologie

**COULET Bertrand** 

Chirurgie orthopédique et traumatologique

**CUVILLON Philippe** 

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DADURE Christophe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

**DAUVILLIERS** Yves

Physiologie

DE TAYRAC Renaud

Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DE VOS John

Histologie, embryologie et cytogénétique



DEMARIA Roland

Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

**DEREURE** Olivier

Dermatologie - vénéréologie

DROUPY Stéphane

Urologie

**DUCROS Anne** 

Neurologie

**DUPEYRON Arnaud** 

Médecine physique et de réadaptation

FESLER Pierre

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement,

médecine générale, addictologie

**GARREL Renaud** 

Oto-rhino-laryngologie

**GENEVIEVE David** 

Génétique

GUILLAUME Sébastien

Psychiatrie d'adultes ; addictologie

**GUIU Boris** 

Radiologie et imagerie médicale

**HAYOT Maurice** 

Physiologie

**HOUEDE Nadine** 

Cancérologie ; radiothérapie

KLOUCHE Kada

Médecine intensive-réanimation

**KOENIG Michel** 

Génétique

KOUYOUMDJIAN Pascal

Chirurgie orthopédique et traumatologique

LAFFONT Isabelle

Médecine physique et de réadaptation

LAVABRE-BERTRAND Thierry

Histologie, embryologie et cytogénétique

LAVIGNE Jean-Philippe

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

LE MOING Vincent

Maladies infectieuses ; maladies tropicales

LECLERCQ Florence

Cardiologie

MARIANO-GOULART Denis

Biophysique et médecine nucléaire

MATECKI Stéfan

Physiologie

MORANNE Olivier

Néphrologie

MOREL Jacques

Rhumatologie

**NAVARRO Francis** 

Chirurgie viscérale et digestive

NOCCA David

Chirurgie viscérale et digestive

PASQUIE Jean-Luc

Cardiologie

Université de Montpellier FACULTÉ

MÉDECINE

Montpellier-Nîmes

PERNEY Pascal

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, m

générale, addictologie

PRUDHOMME Michel

Anatomie

PUJOL Jean Louis

Pneumologie; addictologie

PURPER-OUAKIL Diane

Pédopsychiatrie; addictologie

**ROGER Pascal** 

Anatomie et cytologie pathologiques

TRAN Tu-Anh

Pédiatrie

VERNHET Hélène

Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

**BOURGIER Céline** 

Cancérologie; radiothérapie

**CANAUD Ludovic** 

Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire (option chirurgie

vasculaire)

**CAPDEVIELLE** Delphine

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CLARET Pierre-Géraud

Médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel

Cancérologie ; radiothérapie

**COSTALAT Vincent** 

Radiologie et imagerie médicale

**DAIEN Vincent** 

Ophtalmologie

**DORANDEU** Anne

Médecine légale et droit de la santé

FAILLIE Jean-Luc

Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie

FUCHS Florent

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

GABELLE DELOUSTAL Audrey

Neurologie

GAUJOUX Viala Cécile

Rhumatologie

GODREUIL Sylvain

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILPAIN Philippe

Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

HERLIN Christian

Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie

IMMEDIATO DAIEN Claire

Rhumatologie

JACOT William

Cancérologie ; Radiothérapie

JEZIORSKI Eric

Pédiatrie



JUNG Boris

Médecine intensive-réanimation

KALFA Nicolas

Chirurgie infantile

LACHAUD Laurence

Parasitologie et mycologie

LALLEMANT Benjamin

Oto-rhino-laryngologie

LE QUINTREC DONNETTE Moglie

Néphrologie

LETOUZEY Vincent

Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

**LONJON Nicolas** 

Neurochirurgie

LOPEZ CASTROMAN Jorge

Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

LUKAS Cédric

Rhumatologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas

Radiologie et imagerie médicale

MILLET Ingrid

Radiologie et imagerie médicale

MURA Thibault

Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la

communication

**NAGOT Nicolas** 

Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la

communication

OLIE Emilie

Psychiatrie d'adultes; addictologie

PANARO Fabrizio

Chirurgie viscérale et digestive

PARIS Françoise

Biologie et médecine du développement et de la reproduction ;

gynécologie médicale

PELLESTOR Franck

Histologie, embryologie et cytogénétique

PEREZ MARTIN Antonia

Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire (option médecine

vasculaire)

POUDEROUX Philippe

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

RIGAU Valérie

Anatomie et cytologie pathologiques

RIVIER François

Pédiatrie

ROSSI Jean François

Hématologie ; transfusion

ROUBILLE François

Cardiologie

SEBBANE Mustapha

Médecine d'urgence

SIRVENT Nicolas

Pédiatrie

SOLASSOL Jérôme

Biologie cellulaire

STOEBNER Pierre

Dermato-vénéréologie



SULTAN Ariane

Nutrition

THOUVENOT Éric

Neurologie

THURET Rodolphe

Urologie

TUAILLON Edouard

Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

VENAIL Frédéric

Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max

Ophtalmologie

VINCENT Denis

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine

générale, addictologie

VINCENT Thierry

Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne

Endocrinologie-diabétologie-nutrition

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1re classe:

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe:

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

#### PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

**CLARY Bernard** 

DAVID Michel

**GARCIA Marc** 



#### PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine



BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)





#### **ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

#### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

#### MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno

Médecine palliative

**SEGONDY Michel** 

Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie

Biochimie et biologie moléculaire

**BOULLE Nathalie** 

Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère

Génétique

CARRIERE Christian

Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale

Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GIANSILY-BLAIZOT Muriel

Hématologie ; transfusion

#### MCU-PH de 1re classe

**BERTRAND Martin** 

Anatomie

**BOUDOUSQ Vincent** 

Biophysique et médecine nucléaire

BRET Caroline

Hématologie biologique

BROUILLET Sophie

Biologie et médecine du développement et de la reproduction ;

gynécologie médicale

COSSEE Mireille

Génétique

GIRARDET-BESSIS Anne

Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine

Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier

Médecine et Santé au Travail

MARTRILLE Laurent

Médecine légale et droit de la santé

MATHIEU Olivier

Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie



MOUZAT Kévin

Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine

Biologie cellulaire

RAVEL Christophe

Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris

Physiologie

STERKERS Yvon

Parasitologie et mycologie

THEVENIN-RENECéline

Immunologie

MCU-PH de 2<sup>éme</sup> classe

BERGOUGNOUX Anne

Génétique

CHIRIAC Anca

Immunologie

**DE JONG Audrey** 

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DU THANH Aurélie

Dermato-vénéréologie

FITENI Frédéric

Cancérologie ; radiothérapie

GOUZI Farès

Physiologie

HERRERO Astrid

Chirurgie viscérale et digestive

HUBERLANT Stéphanie

Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale

KUSTER Nils

Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain

Maladies infectieuses, Maladies tropicales

PANTEL Alix

Bactérologie-virologie; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie

Thérapeutique; addictologie

ROUBILLE Camille

Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

SZABLEWSKY

Anatomie et cytologie pathologiques





#### Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

#### MCU-MG de 1<sup>re</sup> classe

**COSTA David** 

OUDE ENGBERINK Agnès

### MCU-MG de 2<sup>ème</sup> classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

#### Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérômes

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe





#### ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

#### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### Maitres de Conférences des Universités

#### Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric Sciences biologiques fondamentales et cliniques

CHAZAL Nathalie Biologie cellulaire

#### Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine Neurosciences
BERNEX Florence Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine Sciences du médicament et des autres produits de santé

DELABY Constance Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence Sciences biologiques fondamentales et cliniques HENRY Laurent Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HERBET Guillaume Neurosciences

LADRET Véronique Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINE Sébastien Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie Neurosciences
MOUTOT Gilles Philosophie
PASSERIEUX Emilie Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie Histologie

RAYNAUD Fabrice Sciences du Médicament et autres produits de santé

TAULAN Magali Biologie Cellulaire





#### **ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

#### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie Physiologie

BASTIDE Sophie Epidémiologie, économie de la santé et prévention

CAZAUBON Yoann Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

DAGNEAUX Louis Chirurgie orthopédique et traumatologique

DUFLOS Claire Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

GOULABCHAND Radjiv Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

LATTUCA Benoit Cardiologie

MARIA Alexandre Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

MIOT Stéphanie Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

SARRABAY Guillaume Génétique

SOUCHE François-Régis Chirurgie viscérale et digestive





# ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021 PERSONNEL ENSEIGNANT

#### PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Fréderic	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUROUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan			
	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER Thierry CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	FOURNIER Philippe GAILLARD Nicolas	MARTIN Lucille  MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine			
	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent



MORAU Estelle

SEGURET Fabienne

MOSER Camille

SENESSE Pierre

MOUSTY Eve

SKALLI El Medhi

MOUTERDE Gaël

SOLA Christelle

PANSARD Nicole

SOULLIER Camille

PERNIN Vincent

STOEBNER DELBARRE Anne

PERRIGAULT Pierre François TEOT Luc

PEYRON Pierre-Antoine

THIRION Marina

PICARD Eric

VACHIERY-LAHAYE Florence

PICOT Marie Christine

VERNES Eric

PIERONI Laurence

VINCENT Laure

POQUET Hélène

WAGNER Laurent

PUJOL Sarah-Lise

ZERKOWSKI Laetitia

PUPIER Florence

**QUANTIN** Xavier

RAFFARD Laurence

RAPIDO Francesca

RIBRAULT Alice

RICHAUD-MOREL Brigitte

RIDOLFO Jérôme

RIPART Sylvie

RONGIERES Michel

ROULET Agnès

RUBENOVITCH Josh

SANTONI Fannie

SASSO Milène

SCHULDINER Sophie

#### REMERCIEMENTS

#### Aux membres de mon jury,

#### A Monsieur le Professeur Marc YCHOU :

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse. J'ai découvert avec un grand intérêt l'oncologie et les soins palliatifs au sein de votre établissement. Merci d'avoir accepté d'apporter toute votre expertise à mon travail. Soyez assuré de mon respect et ma gratitude.

#### A Madame le Docteur Béatrice LOGNOS-FOLCO :

Merci de m'avoir fait l'honneur de siéger dans mon jury. Merci de l'intérêt porté à mon travail et du regard que vous posez dessus. La médecine générale est en lien étroit avec les HAD, merci d'apporter votre expertise de médecin généraliste et pour tout l'enseignement de médecine générale dont j'ai bénéficié pendant ces années d'internat. Soyez assurée de mon respect de ma gratitude.

#### A Monsieur le Docteur Pierre PERUCHO :

Merci de m'avoir fait l'honneur de faire partie de mon jury. Merci pour votre gentillesse, votre aide et le temps que vous m'avez apporté. Votre expertise, votre passion et votre engagement pour l'HAD ont été précieux pour mon travail. Soyez assuré de mon respect et ma gratitude.

#### A Madame le Docteur Muriel THOMASO:

Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger ma thèse. Merci de m'avoir présenté ce beau projet, merci pour ton aide précieuse, les heures que tu as passé à chercher, lire, corriger. Merci pour toute ton expertise apportée à ce travail. Enfin, merci pour ton accueil lors de mon stage à l'EMASP.

Tu m'as fait découvrir ce milieu qui te passionne et tu m'as transmis tout ton intérêt, ton écoute des patients et des familles, ton empathie. Je garderai toujours un très bon souvenir de mon passage, de ce que j'y ai appris auprès de toi et de toute l'équipe.

.

Merci à toutes les autres personnes qui ont contribué à ce projet : **Marta Jarlier**, merci pour ton travail, pour ton aide et tes conseils, merci à **Anne Laine** du DIM, **Stéphanie Delaine** et **Sophie Gourgou** pour votre aide administrative.

Merci au **Docteur Ricard** et son équipe pour leurs données et leur aide précieuse. Merci du temps que vous m'avez accordé.

Merci à toutes les HAD, tous les médecins traitants qui ont répondu à mes sollicitations.

Un merci particulier à **l'HAD de Pezenas** qui m'a très gentiment reçue et donné de leur temps pour faire avancer mon projet.

Merci à toutes les équipes des services dans lesquels je suis passée au cours de toutes mes années d'étude. Merci de tout l'enseignement reçu, des passions transmises.

Merci aux Docteur **Brudy**, **Mercier** et **Sastourné**. Vous m'avez fait découvrir la médecine générale, votre passion et l'amour pour vos patients. Merci de m'avoir emmenée en VAD dans tout le département, de m'avoir ouvert la porte de vos patients. J'en garde un merveilleux souvenir.

Merci aux Docteur Rubini et Gilton-Bott pour votre gentillesse et votre enseignement.

Merci à l'EMASP : Muriel, Virginie, Caroline, Héloise, Laure, Lisa, Aurélie, Anne-Chantal, Annie, Vanessa, Michèle, merci pour votre accueil, merci de m'avoir fait découvrir les soins palliatifs, pour cet enrichissement que je n'oublierai jamais.

#### A ma famille,

A mes parents, je ne pouvais pas rêver meilleurs parents que vous, merci d'avoir cru en moi **Maman**, merci pour ton amour inconditionnel et ton soutien indéfectible depuis toutes ces années. Merci pour tes crêpes, tes gâteaux, nos virées, nos voyages inoubliables. Merci d'être toujours là, pour tout ce que tu m'apportes au quotidien. Merci pour ton éducation, tes sacrifices, pour tout ce que tu m'as transmis, ton indépendance, ton courage, ta force de roseau, et tout ce qui force mon admiration pour toi. Merci de toujours voir le meilleur en moi. N'oublie jamais, c'est moi plus.

**Papa**, merci pour ton amour inconditionnel et ta fierté qui m'a toujours portée. Merci pour tous les moments que l'on passe ensemble en balade, au ski, au terrain, au coin du feu. Merci de nous avoir transmis ta passion de l'aviation, et de la partager avec nous. Ta gentillesse, ton humilité, ta bienveillance et ton gout du travail m'ont toujours tant apporté, et je suis fière que

l'on dise de moi que je te ressemble. Merci pour ton soutien, tes conseils toujours avisés et d'être toujours là.

A mon frère, Romain, merci de ce que tu m'apportes et pour tout ce qu'on a partagé depuis ma naissance, de l'époque où tu préférais me voir dormir, celle où tu as inventé une certaine pile d'assiettes cassées, celle où tu voulais m'expliquer toutes les maths en 2h, et maintenant où tu m'initie à la cuisine, me sème à vélo et me fait tomber des bateaux. Merci pour ta présence de grand frère, tes encouragements et notamment à m'engager dans la médecine, ta pudeur, ton optimisme, ta débrouillardise, tes convictions, tes valeurs et ton indépendance qui m'inspirent chaque jour et me poussent à suivre tes pas.

Merci de nous avoir amené **Margaux**, une belle-sœur géniale. Margaux merci pour ton humour, ta bonne humeur, ta gentillesse. Merci de supporter mes blagues sur ton amour du vin (ça ne va pas s'arrêter) et merci de rendre mon frère heureux.

A ma sœur, Capucine, merci de nous avoir rejoint Romain et moi, de ta bouille chevelue à croquer qui rigole ou qui boude mais qui met toujours de la vie! Merci d'être celle que tu es avec ta générosité, ta joie de vivre, ton humour, ta folie. Merci de me faire découvrir plein de musiques et de jeux aquatiques. Merci pour ta présence même si tu fais craquer les serveurs au restau et que tu m'éclates à Poule Poule. Merci aussi à Romain pour son humour et ses papillottes au saumon.

A ma demi-sœur Marie, merci pour tout ce qu'on a partagé depuis petites, toi en survet 101 dalmatiens et moi en survet la belle et la bête.

#### A mes grands-parents,

Jeannette et Lucien, merci pour tout ce que vous avez fait pour moi depuis toujours.

Vous avez fondé un empire et nous avez transmis des valeurs d'amour et de partage sans limite. **Papy**, il est rare de rencontrer quelqu'un d'aussi gentil et bienveillant que toi. Merci pour tout ton amour, merci de m'avoir emmenée partout, merci d'avoir prié pour moi.

**Mamie**, merci pour ton amour, ta tendresse, tes chansons et ta cuisine. Merci à vous d'avoir instauré les samedis midi qui m'ont permis de grandir avec mes cousins.

**Geneviève et Bernard**, merci pour votre amour et de nous avoir reçus en vacances depuis nos premiers pas. Je n'oublierai jamais ces moments de bonheur avec vous.

**Mamie**, merci pour ta malice, ton humour inimitable, merci de crier tout le temps et d'avoir fait bruler beaucoup de plats. Tant de merveilleux souvenirs.

**Papy**, merci pour ta fierté, pour tes « bibiche » qui nous font encore tant rire, merci pour le modèle d'amour avec Mamie.

A mes oncles et tantes, mes cousins et cousines, vous êtes ma tribu. Nos vacances au ski, nos samedis, la bataille des chaises, des pommes de terre grillées, le sucre glace, les chansons d'anniversaires les plus fausses du monde sont des moments que je n'oublierai jamais, et qui j'espère seront perpétués.

**Pierre et Evelyne**, merci pour votre générosité, votre chaleur humaine et de m'avoir accueillie si souvent chez vous ou en vacances, **Philippe et Danielle**, merci pour tous ces moments passés ensemble.

Mes cousins et cousines Seb et Manue, Thomas, Cécile et Karim, Nicolas, Marjolaine, Yohann et Audrey, merci pour votre joie de vivre, vos blagues, votre présence depuis toujours et tout ce qu'on a vécu ensemble. Quel bonheur de vous avoir à mes côtés.

Mes petits cousins et cousines qui sont venus compléter la tribu et que j'ai quasiment tous vus naitre : **Nora, Noé, Gabriel, Nael, Agathe, Margaux** et les deux pioupious à venir.

Une mention spéciale à mon cousin **Robin**, mon complice avec qui j'ai grandi. Merci pour tout le bonheur que tu m'as apporté, et à **Téa**, ma petite cousine qui m'a fait l'honneur de faire de moi une marraine.

Merci à mon oncle Olivier et à mon cousin Thibault et à tout le reste de ma famille.

#### A mes amis d'enfance et d'externat :

**Marion**, merci pour toutes ces années d'amitié qui ont commencé par une vague histoire de prof de math et de politicienne. Merci d'avoir étudié à mes côtés, de m'avoir soutenue, « l'élite de la Nation » comme aimait nous appeler ta mère. Un grand merci aussi à **Annette, Michel et Liza**, beaucoup de beaux souvenirs avec vous, des vacances, des restaurants, des Noëls.

**Doriane et Virginie**, merci pour le bonheur que vous m'avez apporté pendant l'externat, les heures à la BU à se parler avec des boules quies, nos repas clandestins, notre comique de répétition inoubliable (c'est bien Claudie, Natacha et OSS 117 qui nous ont fait tenir), nos vacances boule yahourt. J'espère que l'on maintiendra toujours ce lien!

Merci à Loic d'avoir soutenu ses gonzs, et à notre Phiphounette de nous avoir fait tant rire!

#### A mes amis d'internat :

Les Perpignanais : merci pour ce premier semestre inoubliable, qui m'a fait rencontrer nombre de mes piliers d'aujourd'hui.

**Floflo**, tu es comme un frère, merci pour ton amitié fidèle depuis 5 ans maintenant. Merci d'être toujours là pour moi, de m'avoir emmené avec toi à la Martinique et de m'offrir ces voyages en catamaran hors du temps, que tu skippes comme un chef! Tu es un modèle d'optimisme et de joie de vivre, tu rayonnes. Avec toi je peux autant trainer en pyjama que monter la montagne Pelée! Merci pour nos avis médicaux mutuels, pour ta cuisine divine, tes tirages de cartes, nos vadrouilles, nos soirées. Merci à mon **Chrissou** de nous avoir rejoint et de partager avec moi la passion de Céline et du guacamole!

**Cuculle et Lèlène**: mes morues. Merci pour ce trio incontournable depuis le début ! **Cuculle**, merci de commenter avec moi nos émissions, de me tenir au courant des tweets, de toujours me faire rire, de tempérer mes angoisses médicales et surtout de me trainer à tous les concerts possibles un peu inavouables. Merci à **Roger** de tous les sauvetages informatiques, d'être le roi des gifs et de nous accompagner dans beaucoup d'aventures sans râler!

**Lélène,** merci de me faire tant rire, de souvent m'accueillir avec un bon repas, une émission, un feu et les bébés : le bonheur. Merci pour ta générosité, tes attentions et ton amitié. J'espère vous avoir toujours à mes côtés.

Marie, ma première co-interne avec Floflo, et quelle co-interne! Merci pour notre passé en géria avec madeleine et Céline mais surtout pour le présent. Merci de supporter nos blagues interminables et pour le copyright du gif vent. Merci pour notre complicité à tous les 3 qui sera toujours présente autour d'un bon bar à tapas! Merci à Elo, Adri et Sylvie d'avoir fait de notre premier stage d'internat un bonheur, merci de continuer à nous accueillir et à nous faire rire.

**Kévin**, mon coloc pendant 3 ans, quel bonheur d'avoir partagé ce quotidien avec toi, même quand on mangeait par terre et qu'on dormait sur un matelas pneumatique! Merci pour tous les fous-rire, les bonbons, PSE (où j'ai trouvé plus nulle que moi, elle se reconnaitra) et l'amitié qu'on a partagée. Merci à **Floriane**, qui s'est reconnue j'espère, pour danser avec moi sur Marwa, avoir partagé tous ces fous rires pédiatriques, et pour être la meilleure sabreuse de champagne au monde.

**Fabien**, merci d'avoir incarné Chantal avec tant de conviction, de supporter ma venue régulière chez vous, merci pour les discussions passionnantes qu'on peut avoir, et d'avoir regardé les 6h d'Orelsan avec moi.

Merci à **Baptiste E.** pour toutes nos aventures passées mais surtout celles à venir (en mer cette fois ?), à **Laura**, rien que pour avoir eu l'intention de faire des doubitchous avec moi, **Marie B.** pour les moments qu'on passe ensemble au cinéma ou en soirée.

Merci à mes colocataires **Gogo**, **Nicolo**, **Matthias** pour cette vie commune dont j'ai tant de bons souvenirs.

Merci à **Nais** pour toutes les colocations ensemble, la Martinique. Merci pour tes merveilleux plats, tes jeux de mots qui nous régalent, tes attentions. Merci à **Antoine** pour toutes les animations endiablées de soirée.

Merci à **Alex** pour cette colocation dans la bonne humeur, merci pour ta gentillesse, ton humour et tes associations vestimentaires qui m'ont éblouie. Merci à **Lola** pour ta joie de vivre, ta grande gentillesse et tes journées gambadages inoubliables!

Merci à **Baptiste T**, mon trotro, pour notre duo d'enfer aux urgences de Narbonne, merci pour tes blaques, ta bonne humeur, notre DU commun et l'amitié qui perdure.

Merci à **Sissou**, pour tout ce que tu me fais rire, tes maillots de bain pour lesquels tu vas avoir de sérieux pwoblèmes, tes sessions bronzage, et nos références de films de qualité!

#### A mon formidable groupe d'amis secret défense :

**Pipou**, ma chaussette, merci pour tout ce qu'on a partagé et qui serait bien trop long à tout citer ici. Le club lecture, les citations, les tisanes, spas, la passion pantalon souple, les sursauts, tellement de souvenirs merveilleux qui resteront gravés. Merci pour ton humour si singulier, ta présence, la complicité qu'on partage, ton amitié importante pour moi.

**Anne-So**, mon baby, mon pilier. Merci pour le soutien quotidien que tu m'apportes depuis le début, pour nos cafés, nos névroses, nos fous-rire et surtout nos projets pro ou artistiques, qu'ils se réalisent ou non! Merci pour ta patience, ta bienveillance, et tout ce qu'on partage ensemble qui m'apporte tant de joie.

**Arnaud**, ma bonne copine, merci d'avoir été mon partenaire de début de carrière, de paddle, de test biba! Merci de m'avoir ouvert les bras, pour ton humour inimitable, ta joie de vivre qui rayonne, tes conseils, ta générosité sans limite. Merci pour tes blagues récurrentes sans lesquelles la vie serait bien triste! Merci d'être un ami si formidable.

**Juju**, merci pour ton sourire permanent, ta gentillesse, ton humour. Merci d'être une amie attentionnée, de nous faire rire et pour toutes les soirées, vacances que l'on partage avec bonheur!

**Gogo**, merci pour ton enthousiasme à toute épreuve, pour ton coaching, toutes tes idées, ta propension à la fête, mais surtout les musiques et répliques que tu incarnes à merveille et qui nous illuminent des vacances.

**Marinou**, merci pour toutes les chorégraphies dont toi seule a le secret, talent reconnu et déjà récompensé par le césar de la meilleure imitatrice de joueuse de violon sur Louise Attaque. Merci pour ta bonne humeur et tes conseils mode et coiffure (merci la frange rideau).

**Raph**, merci pour ton humour inimitable, ta gentillesse, tes gifs toujours inappropriés, ton style qui te permet de porter des mocassins en toute saison et tes anecdotes qui sont toujours un régal.

Merci à **Julien** pour ton humour et tes talents de danseur qui ne sont plus à prouver, **Thierry**, pour ta gentillesse et qui se trouve être un adversaire de karaoké redoutable, **Joelle** pour ton enthousiasme même si je peine encore à te suivre en randonnée et **Pauline** pour les soirées que l'on partage.

Merci à tous les équipiers du Balisier et du Catana bali, **Eddine et Ophélie** pour votre gentillesse, votre bonne humeur et toutes les aventures que l'on partage, et au nouvel équipier **Adrien**!

#### Merci au merveilleux cabinet des amazones :

**Lucie**, merci de m'avoir accueillie en stage et fait découvrir le cabinet. Merci pour tes valeurs dans le travail que tu m'as transmises. Ta gentillesse, ton dévouement et ton amour pour les patients. Merci de toujours répondre à mes questions et d'être toujours disponible. Même si on court souvent après le temps, merci pour ta générosité, tous les moments que l'on passe ensemble et de souvent m'ouvrir la porte de ton foyer.

**Mik**, merci de partager ton bureau avec moi, tes patients. Merci pour les moments que l'on passe ensemble, de me faire découvrir le bon vin, de concourir avec moi à la diminution du stock de maomam et de nous amener Polka qui fait l'unanimité au cabinet. Merci pour ton humour et tes talents de nénuphar.

**Marion**, mon bon Docteur Market, merci pour tout le bonheur qu'on partage au travail, pour nos repas diététiques au Loté, notre collaboration avec les patients. Merci d'être toujours là, la porte à côté, pour ton aide, mais surtout ta gentillesse, ton humour et ton phrasé inimitable que j'entends avant même que tu ne passes la porte! Merci d'être lumineuse, tellement drôle et toujours si enthousiaste, à fond dès le lundi même quand tu as passé le week-end au poney!

Merci à **Elodie** pour tout ce que tu fais pour me faciliter le travail au quotidien, ton grand professionnalisme et ta gentillesse, et à **Eva** pour ton aide.

## SOMMAIRE

ABREVIATIONS	29
INTRODUCTION	30
l-Epidémiologie de la fin de vie en France	30
II- L'hospitalisation à domicile en France	31
1-Définition	31
2-Cadre légal de l'HAD	32
3-Mode de recueil de l'activité de l'HAD	34
4- Activité générale de l'HAD	35
5- Les réhospitalisations comme indicateur qualité des HAD	36
III- Les soins palliatifs en France	38
1-Définitions	38
2-Cadre légal des soins palliatifs en France	39
3-Organisation des soins palliatifs en France	40
4- Plans gouvernementaux de soins palliatifs	41
5-Activité des soins palliatifs	43
IV-Présentation de l'Institut du Cancer de Montpellier (ICM)	45
V-Contexte de l'étude	46
MATERIEL ET METHODE	49
I-Type d'étude	49
II-Critères d'inclusion et d'exclusion	49
III-Critère de jugement principal	51
IV-Critères de jugement secondaires	52
V-Recherche bibliographique	53
VI-Recueil de données	53
VII-Analyse statistique	55
VIII-Aspect réglementaire	55
RESULTATS	56
I-Caractéristiques de la population	56
1-Démographie	56
1-a Données médicales	57
1-b Statut et lieu de décès des patients	58
2- Prise en charge HAD	58
3- Réhospitalisations	60
3-a Nombre de réhospitalisations	60
3-b Motifs de réhospitalisation	61
3-c Détail des motifs de réhospitalisation	63
3-c-1: Motif Aggravation de la pathologie principale	63

3-c-2 Motifs iatrogénie, souffrance psychologique et PEC inadéquate	66
3-d Caractéristiques des réhospitalisations	68
3-e Contexte psychosocial et médical des patients réhospitalisés	69
DISCUSSION	75
I-Rappel des principaux résultats	75
II-Forces et faiblesses de l'étude	76
1-Forces	76
2-Faiblesses	77
III-Comparaison avec les données du CAQES	78
IV-Comparaison avec les données de la littérature	80
V-Pistes d'amélioration	86
1-Orientation palliative trop tardive	86
2- Préparation du retour à domicile (RAD) insuffisant	89
3-Manque de formation des soignants	90
4-Manque d'information des patients	92
CONCLUSION	94
BIBLIOGRAPHIE	97
ANNEXES	102
SERMENT D'HIPPOCRATE	107
RESUME DE L'ETUDE	108

#### **ABREVIATIONS**

HAD: hospitalisation à domicile

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

HPST: hôpital, patients, santé, territoires

T2A: tarification à l'activité

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

PMSI: programme de médicalisation du système d'information

FNEHAD : fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile

CAQES : contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins

ARS : agence régionale de santé

CPAM: caisse primaire d'assurance maladie

LISP : lit identifié de soins palliatifs

SFAP : société française d'accompagnement et de soins palliatifs

OMS : organisation mondiale de la santé

ASCO: American society of clinical oncology

ESMO: European society for medical oncology

USP : unité de soins palliatifs

EMSP : équipe mobile de soins palliatifs

PTA: plateforme territoriale d'appui

EHPAD : établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes

IGAS : inspection générale des affaires sociales

SSR : soins de suite et réadaptation LUSP : lit d'unité de soins palliatifs

ICM : institut du cancer de Montpellier

UEPP : unité d'essais de phase précoce

IRM : imagerie par résonnance magnétique

EMASP : équipe mobile d'accompagnement et de soins palliatifs

HAS : haute autorité de santé

LATA : limitation et arrêt des thérapeutiques actives

ONFV: observatoire national de la fin de vie

SAD: sonde à demeure

VNI: ventilation non invasive

#### INTRODUCTION

#### I-Epidémiologie de la fin de vie en France

Selon les statistiques de l'INSEE, sont dénombrés en France en 2017, 591 535 décès dont 168 128 pour lesquels l'étiologie est oncologique, devant les maladies du système circulatoire qui comptent 140 713 décès (1).

Ces données mettent en évidence la part prépondérante des pathologies oncologiques dans les situations de fin de vie en France.

Le cancer représente la première cause de mortalité prématurée en France depuis 2004 (2). Parmi ces décès, en 2016, 26 % ont eu lieu au domicile contre 59,2 % à l'hôpital ou en clinique et 13,5 % en maison de retraite. Une tendance est constatée à la diminution de la part des décès à domicile puisque jusqu'en 1988, le nombre de décès à domicile était supérieur à 30 % et est en lente décroissance depuis.(3)

Dans le même sens, l'observatoire national de la fin de vie relève que la France compte plus de décès hospitaliers pour les motifs oncologiques que les autres pays européens (4).

A contrario, les données d'un sondage IFOP de 2016 auprès de 1002 personnes montrent que 85% des Français souhaitent décéder à domicile. Ainsi le souhait de la majorité des Français ne suivrait pas la réalité actuelle qui révèle une part croissante des décès en institution. Ce chiffre est en hausse, il était de 81 % en 2010 (5).

Dans ce contexte, il paraît essentiel de pouvoir offrir aux patients en soins palliatifs oncologiques la possibilité d'être pris en charge à leur domicile. Les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) pourraient permettre de mettre en place des conditions sanitaires sécures pour ces prises en charge palliatives à domicile.

#### II- L'hospitalisation à domicile en France

#### 1-Définition

La première structure d'hospitalisation à domicile est créée en 1957 au sein de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris et prendra son essor par la loi du 30 juillet 1991 sur la réforme hospitalière, l'établissant comme une alternative à l'hospitalisation conventionnelle (6).

Un an plus tard est créée la deuxième HAD nommée Santé Service par le Professeur Denoix, entièrement consacrée aux patients nécessitant une prise en charge oncologique.

Le nombre de structures ne fera que croitre par la suite, passant de 41 à 76 structures de 1992 à 2000, puis 142 structures en 2005 et enfin 289 en 2020 (7).

Selon la définition de la fédération nationale des établissements d'HAD, les HAD « assurent, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés et peuvent permettre d'éviter ou raccourcir le temps d'hospitalisation avec hébergement. Les soins délivrés en HAD se différencient de ceux habituellement dispensés en médecine libérale classique par leur complexité, leur durée et la fréquence des actes. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement » (6).

Les HAD sont des structures présentant des statuts divers : certaines sont publiques, d'autres privées, à but commercial ou non lucratif. Une partie des HAD est autonome de type mutualiste ou associatif, l'autre partie est rattachée à un hôpital public ou une clinique privée, mais toutes les HAD sont considérées comme des établissements de santé. (8)

#### 2-Cadre légal de l'HAD

La circulaire du 1 er septembre 2006, qui a pour objectif premier une incitation à développer les capacités d'accueil de l'HAD, définit les obligations et caractéristiques de l'HAD (9).

C'est une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. L'HAD peut être instaurée par le médecin traitant ou par la structure hospitalière dans sa modalité de sortie à domicile. En 2009, la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) modifie cette définition et reconnait l'HAD comme une hospitalisation à part entière et plus une simple alternative à l'hospitalisation conventionnelle (10).

Elle est créée pour la prise en charge de patients polypathologiques nécessitant des soins complexes, et reste par essence généraliste et polyvalente.

Un accès aux médicaments réservés à l'usage hospitalier est prévu. Cet accès permet de pouvoir organiser le retour à domicile de certains patients encore très médicalisés et traités avec des médicaments de la réserve hospitalière.

Dans le cadre de leur intervention, les HAD sont tenues d'organiser des soins palliatifs pour les personnes en fin de vie et de permettre une continuité des soins aux patients 24h sur 24 et 7 jours sur 7.

Elles ont une mission double de coordination et de formation, au moyen de deux acteurs médicaux principaux : le médecin traitant et le médecin coordonnateur.

La coordination, indispensable due à la grande prévalence de pathologies multiples chez un même patient, se fait grâce au protocole de soins et permet d'organiser les interventions extérieures de professionnels de spécialités différentes.

La formation est un rôle important de l'HAD, elle se fait auprès des libéraux et des étudiants reçus dans les nombreux terrains de stage que forme l'HAD dans le cadre du compagnonnage.

Le médecin généraliste traitant tient une place de pivot dans le schéma de prise en charge des patients par une HAD, il est le responsable des soins et de la surveillance, de ses diagnostics et de ses prescriptions et assure le suivi médical du patient.

Son aval est donné par la signature d'un accord de prise en charge le liant avec l'équipe de soins de l'HAD (9).

Le médecin coordonnateur de l'HAD, lui, a une activité différente et complémentaire du médecin traitant. Plusieurs rôles sont mis en avant dans le rapport de l'observatoire national de la fin de vie qui s'appuie sur la circulaire du 4 décembre 2013 (4). Il est le médecin référent de la structure, ne se substitue pas au médecin traitant, n'a pas en principe d'activité de soins ni de prescription mais surtout une activité de formation des équipes médicales, il a un rôle de coordination auprès des médecins libéraux, hospitaliers et des services sociaux et a des fonctions administratives de participation à la T2A, l'évaluation de la qualité du service et des décisions stratégiques.

Au-delà de ces définitions, il arrive que le médecin coordonnateur se substitue au médecin traitant lors d'une entente entre les deux praticiens selon la spécificité des traitements et/ou la prescription de médicaments à délivrance hospitalière.

Ceci est renforcé par la crise sanitaire mondiale de la COVID 19, qui par l'arrêté du 10 juillet 2020 modifiant l'arrêté du 23 mars 2020, a rendu l'accord et la prescription préalable du médecin traitant facultative pour la mise en place de l'HAD. Le médecin coordonnateur peut depuis être désigné référent médical du patient. (11)

Les infirmiers, cadres infirmiers, acteurs sociaux et psychologues viennent compléter l'équipe de l'HAD.

Les infirmiers sont libéraux ou rattachés à la structure, ils participent à l'élaboration du protocole de soins, le mettent en œuvre et le réévaluent.

Les cadres infirmiers (salariés de la structure) participent à la coordination des soins médicaux et paramédicaux.

Les acteurs sociaux permettent d'obtenir les meilleures conditions pour le retour à domicile, notamment en évaluant les besoins d'aide à domicile.

Enfin les psychologues permettent un accompagnent psychosocial du patient et de ses aidants (9).

L'HAD a une action complémentaire avec les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les prestataires de service d'aide à la personne et les réseaux de santé.

#### 3-Mode de recueil de l'activité de l'HAD

L'activité de l'HAD est connue grâce au recueil standardisé des données administratives, démographiques, médicales et de prise en charge par tous les établissements publics et privés d'HAD, et ce, pour tous les patients pris en charge par leur établissement. La méthodologie de recueil des données est présentée dans le guide méthodologie de production de recueil d'informations médicalisées HAD (12). L'activité de soins de l'HAD est déterminée par plusieurs données dont la nature du séjour qui est définie à l'admission et concerne le projet médical. Huit natures de séjour ont été décrites : petite enfance, antépartum, postpartum, soins palliatifs, surveillance, rééducation orthopédique, soins ponctuels et soins complexes.

Vient ensuite le mode de prise en charge principal. Vingt-neuf modes de prise en charge principaux ont été caractérisés avec notamment le mode assistance respiratoire, le mode soins palliatifs, prise en charge de la douleur, soins de nursing lourds.

Le mode soins palliatifs est défini par la présence d'au moins deux soins parmi :

- -prise en charge de la douleur
- -prise en charge psychologique
- -soins de nursing
- -traitement des vecteurs d'inconforts tels que nausées, dyspnée, prurit etc
- -accompagnement du patient
- -prise en charge sociale
- -accompagnement psychologique des aidants.

Les données sont anonymisées et alimentent la base nationale de données du programme de médicalisation du système d'information (PMSI) en HAD.

#### 4- Activité générale de l'HAD

Le rapport d'activité 2019-2020 de la fédération nationale des établissements d'HAD (FNEHAD) note 128 227 patients pris en charge dans 289 structures (13). Elles ont assuré 206 626 séjours en 2019 soit une hausse de 3.9 % par rapport à 2018. Le système HAD est en expansion avec une augmentation des journées de 7.2% en 2019 soit 5 971 944 journées d'hospitalisation à domicile. Les soins oncologiques tiennent une place importante puisque 35 % des journées concernent une pathologie cancéreuse. Les soins palliatifs sont aussi prépondérants, en effet, 15 500 décès sur 23 132 en 2019 en HAD relevaient de soins palliatifs.

Lorsque l'HAD est instaurée à partir du domicile, le rapport souligne que pour 4 séjours sur 5, cela a permis d'éviter une hospitalisation conventionnelle.

Dans ce même rapport de la FNEHAD, l'efficience de l'HAD est mise en avant : la majorité des patients (60%) dont l'HAD est mise en place en hospitalisation ne sera pas réadmis.

Si l'on s'attarde sur la région Occitanie, elle compte 29 établissements et services d'HAD.

En 2019, elles ont réalisé 59,79 de journées HAD pour 1000 habitants (14).

## 5- Les réhospitalisations comme indicateur qualité des HAD

L'hospitalisation à domicile est donc une alternative à part entière à l'hospitalisation conventionnelle permettant un maintien à domicile des patients.

Les réhospitalisations en structure de santé sont un indicateur qualité reconnu dans de nombreuses études. Initialement développé dans les années 1990 avec une liste définie de pathologies, c'est maintenant un indicateur répandu à différents temps de la sortie d'hospitalisation (de 1 à 7 jours, de 1 à 30 jours etc). (15) (16)

Le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES), a été créé par la loi du financement de la sécurité sociale en 2016. Il lie l'ARS, la CPAM et les établissements de santé publics et privés. Ce contrat a pour objectif l'amélioration des pratiques en fixant des objectifs dont la réalisation est mesurée par des indicateurs. Il intègre aussi des revues de pertinence dont celle des réhospitalisations. Tous les établissements d'HAD s'engagent à participer au recueil des données sur les réhospitalisations (17).

Ceci a été motivé par le constat des effets néfastes des réhospitalisations sur les patients et l'HAD : non-respect du projet de soins initial réalisé par l'équipe d'HAD avec le patient, désorganisation liée à l'hospitalisation, mécontentement des patients et familles, risques médico-psychologiques liés aux déplacements, altération de l'image de l'HAD dans ses missions en tant qu'établissement hospitalier (18).

Cependant, ceci est à modérer par le fait que l'observatoire national de la fin de vie, dans son rapport 2015 (19), souligne que les réhospitalisations ne sont pas toujours néfastes et qu'une hospitalisation de répit pour l'entourage peut concourir au succès du maintien à domicile associé au sentiment de sécurité des aidants. Dans ce cadre-là, les équipes des lits identifiés soins palliatifs (LISP) peuvent travailler avec les HAD pour permettre un repli du patient dans de bonnes conditions.

## III- Les soins palliatifs en France

#### 1-Définitions

Il y a plusieurs définitions des soins palliatifs dont certaines sont recensées et établies sur le site de la SFAP (20). Les soins palliatifs sont régis par plusieurs lois cadres majeures qui définissent leur intervention et éclaircissent les droits des patients.

La loi du 9 juin 1999 a défini les soins palliatifs comme des « soins actifs et continus, pratiqués par une équipe pluridisciplinaire, en institution ou à domicile et qui visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance physique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ».

L'OMS propose en 2002 une définition plus large de ceux-ci, indiquant qu'ils « 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 ». Elle intègre aussi le soutien aux aidants, la dimension spirituelle et psychologique des soins. Elle met en avant l'approche d'équipe, la nécessité d'une mise en place précoce des soins palliatifs et leur complémentarité avec les autres traitements.

La SFAP décrit la population recevant des soins palliatifs comme « personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale » et les soins comme « actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte ». L'objectif des soins palliatifs est de « soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle. »

Enfin l'Ordre National des Médecins a défini en 1996 les soins palliatifs tel un « 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 ».

En oncologie on considère qu'un patient relève d'une prise en charge palliative dès lors qu'il devient métastatique. Les sociétés savantes oncologiques (American Society of Clinical Oncology ASCO, European Society for Medical Oncology ESMO) préconisent de mettre en place les soins palliatifs au minimum pour toute situation métastatique complexe, lorsqu'il n'y a pas de possibilité curative, lorsque le cancer provoque des symptômes réfractaires (physiques, psychologiques, spirituels) ou quand le diagnostic est un cancer avec espérance de vie limitée (glioblastome, cancer du pancréas par exemple) (21).

### 2-Cadre légal des soins palliatifs en France

La loi n°99-477 du 9 juin 1999, dans son article L. 1110-9 du Code de la santé publique, donne le droit d'accès à toute personne dont l'état de santé le requiert, à des soins palliatifs (22).

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 réaffirme ce droit à un accompagnement palliatif dans son article LL1110-9 et instaure que les « professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort » dans son article LL1110-5 (23).

La loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite Leonetti, porte sur la lutte contre l'obstination déraisonnable, les directives anticipées, la personne de confiance. (24)

La loi Claeys et Léonetti 2016-87 du 2 février 2016 met l'accent sur le respect de la volonté de la personne, appuie encore sur la valeur des directives anticipées, permet de bénéficier d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès lors de souffrances réfractaires chez les patients en fin de vie (25).

Enfin, deux articles du code de l'action sociale et des familles favorisent une prise en charge en soins palliatifs à domicile :

-l'article L1110-5-3 qui impose aux professionnels de santé d'informer les patients sur « la possibilité d'être pris en charge à domicile, dès lors que son état le permet » (26). -l'article L1110-8 qui permet le libre choix au patient du mode de prise en charge à domicile « en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs » (23)

#### 3-Organisation des soins palliatifs en France

En secteur hospitalier, il existe trois types de structures permettant de prodiguer des soins palliatifs, elles sont précisées par la circulaire du 25 mars 2008 (27):

-les unités de soins palliatifs (USP): ce sont des unités au sein des établissements de santé, comportant des lits permettant d'accueillir les malades nécessitant des situations de fin de vie complexes, avec une activité exclusive de soins palliatifs.

-les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP): des équipes ayant pour mission d'apporter leur expertise, leurs conseils sur demande des soignants de services recevant des patients en situation de soins palliatifs sans apporter directement les soins et leur responsabilité, ceux-ci étant ceux des services demandeurs.

-les lits identifiés soins palliatifs (LISP): ces lits se trouvent au sein d'un secteur d'hospitalisation qui n'est pas spécialisé dans les soins palliatifs mais qui rencontre beaucoup de situations de fin de vie et permet une meilleure offre en soins palliatifs pour les patients qui le nécessitent. Ils prennent en charge les patients relevant de la spécialité du service en incluant une prise en charge palliative, ou ceux provenant de

l'extérieur, en lien avec une EMSP ou un réseau de soins palliatifs.

Au domicile, la prise en charge en soins palliatifs se fait avec l'aide des HAD et des réseaux de soins palliatifs qui ont un rôle majeur de coordination et de lien entre les tous acteurs agissant à domicile.

Cependant, les réseaux de soins palliatifs sont en train d'être peu à peu remplacés par les plateformes territoriales d'appui (PTA) ou les EMSP dont certaines ont des missions à domicile ou en EHPAD (28).

Concernant les prises en charge palliatives à domicile, les HAD sont en première ligne. En effet comme souligné plus haut, en 2019, un séjour sur quatre l'était pour un motif soins palliatifs selon les cotations issues du PMSI et les calculs de la FNEHAD (13). Le rapport de l'IGAS 2016 va dans le même sens, il précise que 38 % des patients admis dans un séjour en HAD décèdent au cours d'une prise en charge palliative (29). Ces augmentations de prise en charge pour motif soins palliatifs en 2019 surviennent après plusieurs plans gouvernementaux qui seront détaillés dans le paragraphe suivant.

#### 4- Plans gouvernementaux de soins palliatifs

Cinq plans triennaux de soins palliatifs ont en effet été mis en place dans le but de développer l'offre de soins palliatifs en France.

Les quatre premiers sont le plan 1999-2001, le plan 2002-2005, le plan 2008-2012 et le plan 2015-2018.

Le plan 1999-2001 dit plan « Kouchner » propose un recensement de l'offre de soins palliatifs sur le territoire du fait des nombreuses inégalités d'accès aux soins. Il prévoit également de diffuser la culture de soins palliatifs au public et aux professionnels de santé en mettant notamment l'accent sur leur formation. Son objectif est également de soutenir la prise en charge à domicile (30).

En suivant, le plan 2002-2005 permet le développement des soins palliatifs à domicile en renforçant l'activité des HAD, étend les soins palliatifs hospitaliers en déployant des USP et LISP et offre une sensibilisation et une information du corps social (31). Le plan soins palliatifs 2008-2012, après la mise en évidence d'un défaut de la prise en charge en soins palliatifs au domicile, établit trois axes. Le premier se concentre sur le développement les prises en charge intra et extra hospitalières (augmentation du nombre d'USP, du nombre de LISP notamment en SSR, de l'activité des réseaux de soins palliatifs, du nombre d'EMSP). Le second axe propose d'élaborer une politique de formation et de recherche. Enfin, le troisième axe est l'amélioration du soutien aux proches des patients (32).

Toutefois, des inégalités d'accès aux soins palliatifs persistent sur le territoire national. C'est pourquoi le plan national de soins palliatifs 2015-2018 a pour objectif à nouveau de diminuer ces inégalités d'accès aux soins palliatifs. Il prévoit aussi l'amélioration l'information du patient, et la poursuite de la formation des professionnels de santé. Une attention particulière centrée sur les soins palliatifs à domicile sera portée, notamment en perfectionnant les conditions de retour à domicile des patients et l'anticipation des situations d'urgence. L'accent sera mis sur le soutien des professionnels de santé et des aidants à domicile, ainsi que sur un renforcement des soins palliatifs en HAD. Enfin, les coopérations seront facilitées au bénéfice du parcours santé (33).

Dans son rapport de 2019 sur l'évaluation du plan 2015-2018, l'IGAS souligne la persistance d'une insuffisance de développement des soins palliatifs intra et extra hospitalier par rapport aux besoins de la population sur le territoire malgré une progression nette (34).

La mission de l'IGAS a identifié 7 objectifs et 30 recommandations qui pourront s'inscrire dans le prochain et cinquième plan de soins palliatifs 2021-2024. Parmi les

objectifs les plus importants, nous retiendrons l'amélioration de la qualité des soins palliatifs et l'égalité d'accès sur le territoire, la valorisation des professionnels de santé médicaux et non médicaux (revalorisation financière par exemple), l'évolution du regard de chacun sur la médecine palliative, la fin de vie et la mort et le soutien les aidants et les proches jusqu'au deuil.

En conséquence, le dernier plan 2021-2024 est en cours et a établi trois priorités pour répondre aux objectifs de la mission : amélioration de l'information des citoyens sur leurs droits, renforcement encore la recherche et la formation en soins palliatifs et enfin poursuite de l'essor de l'offre de soins palliatifs hospitalière et de ville. Les moyens nécessaires seront la création d'unités de soins palliatifs, mais également le renforcement des équipes d'EMSP et la mobilisation des structures d'HAD. (35)

Cet accent mis sur les soins palliatifs par ces multiples plans est justifié par la mise en avant d'un besoin essentiel et croissant d'accompagnement de la fin de vie à domicile. En effet, on constate qu'une augmentation de 61 % du nombre de séjours en HAD incluant des soins palliatifs a été observée entre 2008 et 2014 (36) et de 10% entre 2017 et 2018 (37).

De plus, l'observatoire national de la fin de vie, dans son rapport de 2015 rapporte que 84 % des décès chez les patients en HAD étaient en soins palliatifs (19).

#### 5-Activité des soins palliatifs

L'atlas national des soins palliatifs et de la fin de vie fournit des informations sur l'activité des soins palliatifs en France en 2019 (38).

Quelques chiffres concernant les différentes structures de soins palliatifs : il y a en 2019 7500 lits de soins palliatifs soit 2% des lits hospitaliers, dont 1880 lits dans 164 USP

(soit 2.8 lits d'unité de soins palliatifs LUSP pour 100 000 habitants), 5618 LISP dans 901 établissements (soit 8.4 LISP pour 100 000 habitants, 428 EMSP (soit 0.64 EMSP pour 100 000 habitants).

Comme soulevé dans les différents plans de soins palliatifs, des disparités persistent, en effet 26 départements n'ont pas d'USP (mais ont une plus forte densité en LISP).

La pathologie oncologique est prépondérante puisque 78% des séjours en USP et 73% des séjours en LISP concernent des patients atteints de cancer.

Si l'on s'attarde sur les données de l'Occitanie : on y compte 41 EMSP, 100 LUSP dans 11 USP, 552 LISP, 16 réseaux de soins palliatifs.

Il s'agit de l'une des trois régions la moins bien dotée en terme de lits d'USP : 1.49 lit pour 100 000 habitants en Occitanie contre 3.99 lits pour 100 000 habitants pour la région lle de France qui est la mieux dotée. La moyenne nationale s'élève à 2.8 lits d'USP pour 100 000 habitants en 2019 (34).

Notre étude porte sur des données concernant les réhospitalisations à l'Institut du Cancer de Montpellier (ICM) de patients suivis pour un cancer en phase palliative dans ce même centre et sortants en HAD sur la région Occitanie.

## IV-Présentation de l'Institut du Cancer de Montpellier (ICM)

L'ICM est un des 18 centres de lutte contre le cancer qui constituent la fédération UNICANCER. Il est le centre de référence au niveau régional dans la recherche en cancérologie et dans la prise en charge des patients atteints de cancer.

En 2020, 32 834 patients ont été pris en charge à l'ICM.

L'ICM comporte 148 lits d'hospitalisation complète, 30 lits d'hôpital de jour, 12 lits de chirurgie ambulatoire, 8 lits de médecine ambulatoire et 6 lits de soins de support.

Le centre traite tous les types de tumeurs, jusqu'aux plus rares. Il a comptabilisé en 2020 32 976 séjours dont 26759 en ambulatoire et 7217 en hospitalisation conventionnelle. L'activité de consultations a représenté 65 115 actes au cours de l'année 2020.

L'institut offre une prise en charge par radiothérapie externe et peropératoire ainsi que de la curiethérapie qui ont permis de traiter respectivement 2848 patients et 224 patients en 2019.

L'unité d'essais de phase précoce (UEPP), peut accueillir 14 patients par jour en leur permettant d'avoir accès à des molécules innovantes dans le cadre d'essais de phase précoce.

Le bloc opératoire est composé de 11 salles et d'un service d'hospitalisation complète de 64 lits, elle a permis d'effectuer 4107 interventions chirurgicales en 2020.

Le service d'imagerie, découpé en trois axes : imagerie du sein, imagerie diagnostique et imagerie interventionnelle ont permis de réaliser 48 987 actes de radiologie, IRM, radiologie interventionnelle et scanner en 2020.

Le département de médecine oncologique a permis à 2828 patients de recevoir une chimiothérapie orale ou intraveineuse.

L'équipe mobile d'accompagnement et soins palliatifs (EMASP) en 2020 a dénombré 715 patients en file active.

L'EMASP a une activité intra ICM et une activité ambulatoire, elle ne se déplace pas au domicile des patients. L'équipe coordonne avec les équipes libérales, les réseaux et les structures d'HAD pour le suivi au domicile (39) (40).

### V-Contexte de l'étude

En France, les soins palliatifs sont intégrés dans les missions de l'HAD. En effet, les structures d'HAD ont effectué 25% de journées cotées en soins palliatifs sur le total des journées réalisées en 2018 (34).

Si l'on compare avec les données américaines, aux Etats-Unis, deux modalités de prise en charge sont disponibles puisqu'il existe des HAD classiques (home care) et des HAD de soins palliatifs (palliative home care).

Un article de Ranganathan et al. publié en 2013 dans le journal of palliative medicine aux USA a retrouvé un nombre de réhospitalisation plus faible chez les patients ayant une HAD avec spécificité palliative que chez ceux qui ont bénéficié d'une HAD classique (41).

Un autre article, une méta analyse de 23 études de Gomes et al. publiée dans le Cochrane en 2013, a aussi comparé ces deux modes d'HAD et retrouve une part significativement plus importante de décès à domicile et une intensité des symptômes moindre chez les patients avec HAD de soins palliatifs (42).

Une étude française de Chappuis intitulée « description des patients relevant de soins palliatifs suivis en HAD » publiée dans la revue médecine palliative a comparé les

patients suivis en HAD pour un motif soins palliatifs et les patients pris en charge pour un autre motif (43).

Au total, 235 patients ont été inclus, 150 relevant de soins palliatifs et 85 n'en nécessitant pas. Ont été comparés : le degré de dépendance (indice de Karnofsky), le nombre de passages et temps de chevet des infirmiers et aides-soignants, la nécessité d'aides sociales, de kinésithérapie, soutien psychologique, le recours aux visites de nuit (urgences et programmées), la prise en charge de la douleur, le recours à la nutrition artificielle, le nombre d'hospitalisation et leur durée.

Les résultats montrent que les patients avec motif soins palliatifs ne sont pas plus hospitalisés mais qu'une majorité meurent d'un cancer (79.3%) et à domicile (70%). Ces patients ont un degré de dépendance supérieur, ils ont plus souvent recours aux soins de nuit (urgents et programmés) et nécessitent un temps de chevet plus important et une plus grande technicité infirmière. Ils ont également plus souvent recours à la nutrition artificielle (majoritairement parentérale) et ont besoin de traitements antalgiques renforcés.

Il est mis en avant que certaines réhospitalisations auraient pu être évitées par des prescriptions anticipées et une meilleure formation des intervenants.

Enfin une étude de Houttekier et al. publiée en 2010 dans le journal of palliative medicine s'est intéressée à la participation aux soins palliatifs et à l'utilisation générale des soins dans les trois derniers mois de vie de patients susceptibles d'être éligibles aux soins palliatifs (décrite par les auteurs comme une mort considérée comme non soudaine ou attendue par le médecin traitant). Les décès à domicile sont plus fréquemment associés à l'implication d'une structure de soins palliatifs à domicile, ce sont le plus souvent des décès de patients à la suite d'un cancer pour des patients en prise en charge palliative, dans ces situations, le médecin généraliste est présent et impliqué (44).

Ainsi l'hypothèse peut être faite que les patients pris en charge en HAD pour des soins palliatifs oncologiques présentent des spécificités et que la recherche des motifs de réhospitalisation pourrait permettre aux professionnels de santé d'améliorer et d'optimiser leur maintien à domicile en travaillant sur leur processus.

Au fur et à mesure de la prise en charge, du fait de l'aggravation de la pathologie les besoins en soins palliatifs augmentent : augmentation du nombre de journées mais également plus grande complexité entrainant des besoins et des réponses spécifiques (symptômes cliniques, demandes de sédations, difficultés psychosociales) (36).

Nous retrouvons peu de travaux dans la littérature étudiant les motifs de réhospitalisation des patients en HAD suivis pour des soins palliatifs oncologiques. En revanche les travaux concernant la prise en charge des patients en soins palliatifs à domicile soulignent l'existence de symptômes complexes et spécifiques nécessitant une prise en charge spécialisée dans le but de maintenir le patient à domicile et de permettre un décès à domicile quand celui-ci est souhaité.

L'objectif de cette thèse est d'identifier quels sont les motifs de réhospitalisation qui rompent le maintien à domicile des patients suivis en HAD dans un contexte de soins palliatifs oncologiques. Cela nous permettrait d'élaborer des hypothèses pour améliorer les conditions de retour des patients à domicile ainsi qu'une plus grande anticipation, permettant un meilleur maintien à domicile.

## MATERIEL ET METHODE

## I-Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative rétrospective, observationnelle analytique et descriptive sur l'année 2019.

#### II-Critères d'inclusion et d'exclusion

Ont été inclus les patients de 18 ans et plus, suivis à l'ICM pour un cancer en phase palliative, ayant eu un mode de sortie HAD du 1 er janvier 2019 au 31 décembre 2019.

L'immense majorité des patients étaient suivis par une HAD d'Occitanie sauf un patient qui était suivi par l'HAD des Bouches du Rhône.

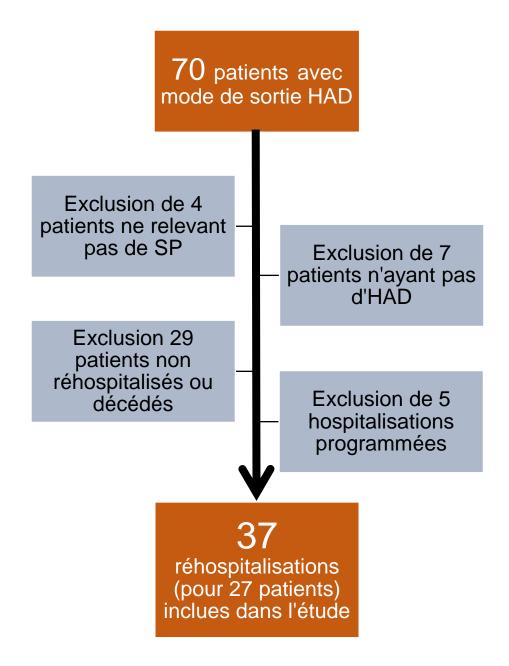
Une liste de 70 patients comportant ce mode de sortie au cours de l'année 2019 a été établie.

Parmi ces 70 patients, ont été exclus les patients qui ne présentaient pas de prise en charge palliative (4 patients), qui n'étaient pas suivis par une HAD (7 patients), qui n'ont pas été réhospitalisés en 2019 ou sont décédés sans réhospitalisation (29 patients).

Concernant les réhospitalisations, elles ont été considérées comme telle à partir d'une nuit passée à l'hôpital. Ont été exclues les hospitalisations programmées par exemple pour des chimiothérapies ou des chirurgies programmées (5 hospitalisations concernant 3 patients).

Au total, 37 réhospitalisations concernant 27 patients ont été inclues dans l'étude.

Figure 1. Diagramme de flux de l'étude



## III-Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal retenu était le motif de la réhospitalisation à l'ICM des patients suivis en HAD pour des soins palliatifs oncologiques au cours de l'année 2019.

Cinq motifs ont été définis en collaboration avec la directrice de thèse, l'équipe mobile de soins palliatifs de l'ICM et en s'appuyant sur les motifs retrouvés dans les autres travaux et les articles mentionnant les symptômes de fin de vie :

- 1. Aggravation de la pathologie principale
- 2. Problématique sociale
- 3. Souffrance psychologique
- 4. Prise en charge inadéquate des intervenants à domicile
- 5. latrogénie

Afin d'affiner les motifs exacts de réhospitalisation, le motif « aggravation de la pathologie principale » a été redéfini en plusieurs sous-catégories :

- 1. pathologie infectieuse
- 2. problématique algologique
- 3. complication digestive
- 4. détresse respiratoire
- 5. complication neurologique

6. altération de l'état général

#### 7. autre

Plusieurs motifs pouvaient être associés si tel était le cas. Des commentaires libres étaient permis, notamment pour la catégorie « autre ».

## IV-Critères de jugement secondaires

Nous avons élaboré plusieurs critères secondaires :

- -la description de la place du médecin traitant avec le nombre de visite hebdomadaire du médecin traitant
- -le nombre de jour entre la dernière réhospitalisation et le décès
- le nombre de jour entre la mise en place de l'HAD et la première réhospitalisation
- -la proportion de réhospitalisation en heure ouvrable et non ouvrable (nuit, week-end)
- -la proportion de décès à domicile et structure
- l'environnement psycho-social avec la proportion de patients ayant un entourage présent et celle de ceux n'ayant pas d'entourage présent, ainsi que la mesure du taux de patient avec un domicile adapté et celle qui ne dispose pas d'un domicile adapté
  -la proportion de patients ayant la présence d'un réseau de soins palliatifs, celle de ceux qui n'en ont pas
- la proportion des patients suivis par une équipe mobile de soins palliatifs et celle qui ne l'est pas.

## V-Recherche bibliographique

La recherche bibliographique permettant de contextualiser l'étude et d'établir le formulaire de recueil de données a été réalisée avec plusieurs bases de données françaises et internationales :

Pubmed, Google Scholar, le Cairn, Sciences Direct, EM Premium, la base de données de la BIU de Montpellier.

Mais aussi la base du Sudoc pour les travaux de thèses et de nombreux sites internet notamment pour tout le coté législatif et réglementaire.

Les mots clés utilisés en français ont été : soins palliatifs, hospitalisation à domicile, réhospitalisation, cancer.

Ceux utilisés en anglais ont été : palliative home care, home care, patient readmission, oncology.

#### VI-Recueil de données

Le recueil de données a été tout d'abord effectué à partir des dossiers médicaux des patients à l'ICM (analyse des courriers de sortie, de courriers de liaison avec les différents intervenants etc.).

La liste des patients avec mode de sortie HAD en 2019 a été fournie par le DIM à partir des données du PMSI.

Le fichier Excel de recueil de données a été réalisé avec l'aide du service de biostatistique de l'ICM.

Sur ce ficher, les lignes représentaient les réhospitalisations. Une ligne par réhospitalisation. Un même patient pouvait donc avoir plusieurs lignes.

Les colonnes représentaient :

-les motifs de réhospitalisation (critère principal), avec une colonne sous-catégorie si motif « aggravation de la pathologie principale » et une colonne commentaire -les critères secondaires, un par colonne :

Nombre de visite hebdomadaire du médecin traitant

Prise en charge par un réseau de soins palliatifs

Prise en charge par l'équipe mobile et d'accompagnement de soins palliatifs

Présence d'un entourage,

Domicile adapté ou non

Hospitalisation en heure ouvrable ou non

Lieu de décès

Date de la première réhospitalisation

Nombre de jour entre la dernière réhospitalisation et le décès

-informations sur le patient : date de naissance, numéro d'anonymisation, pathologie oncologique, nom de l'HAD en place et date de mise en place, date de décès

Les patients ont été anonymisés avec la réalisation d'un fichier d'anonymisation séparé.

Les données étaient entrées avec un codage binaire (0 pour oui 1 pour non par

exemple) ou non binaire (1 pour le motif aggravation de la pathologie principale, 2 pour

le motif problématique psychosociale etc.)

Les modèles de recueil de données sont disponibles en annexe 2.

Les données qui n'ont pas pu être trouvées dans les dossiers médicaux informatisés ont été récoltées grâce à l'appel des médecins traitants et des HAD qui ont essentiellement répondu par mail.

L'HAD de Pézenas a proposé un entretien physique afin de rencontrer son équipe.

## **VII-Analyse statistique**

Le fichier de recueil de données a été envoyé au service de biostatistique de l'ICM qui a procédé à l'analyse des données qualitatives et quantitatives.

Les variables quantitatives seront décrites par le nombre d'observations (N), moyenne, médiane, et étendu (valeurs minimum et maximum). Les variables qualitatives seront décrites par le nombre d'observations (N) et la fréquence (%) de chacune des modalités.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel STATA 16 (Stata Corporation, College Station, TX, USA).

## **VIII-Aspect réglementaire**

Afin de réaliser cette étude, nous avons réalisé un synopsis qui a été envoyé au service de la recherche clinique et innovation de l'ICM qui a pu procéder aux démarches règlementaires et notamment la déclaration sur le site Heath data hub ex INDS et sur le site UNICANCER.

Toutes les données ont été anonymisées.

# **RESULTATS**

# I-Caractéristiques de la population

# 1-Démographie

Notre analyse a porté sur 37 réhospitalisations concernant une population âgée entre 32 et 88 ans, dont 55,6 % sont des femmes (N=15 femmes) (Table 1).

La moyenne d'âge de la population en étude est de 63 ans, la médiane d'âge est de 61 ans. Les détails de la distribution par tranche d'âge et sexe sont présentés dans la table 1.

Table 1. Répartition de la population (N=27) selon âge et sexe

Variable		N	%
Age MEP HAD (en classes)			
	<50 ans	4	14.81
	[50; 59]	8	29.63
	[60; 69]	8	29.63
	[70; 79]	3	11.11
	[80; 89]	4	14.81
Genre			
	Homme	12	44.44
	Femme	15	55.56

# 1-a Données médicales

La pathologie oncologique retrouvée le plus fréquemment était le cancer du sein (n=7 patientes, 25.9%) suivi des cancers digestifs haut et bas (5 patients chacun, 18.5% respectivement) et du cancer bronchique (5 patients, 18.5%), puis le cancer du rein et voies urinaires (2 patients, 7.41%) et enfin le mésothéliome, sarcome et cancer ORL (1 patient chacun, 3.70%).

Table 2. Répartition des pathologies oncologiques par patient (N=27)

Variable		N	%
Pathologie Oncologique			
	Cancer digestif haut	5	18.52
	Cancer digestif bas	5	18.52
	Cancer du sein	7	25.93
	Cancer bronchique	5	18.52
	Sarcome	1	3.70
	Cancer reins voies urinaires	2	7.41
	Mesothéliome péritonéal	1	3.70
	Cancer ORL	1	3.70

## 1-b Statut et lieu de décès des patients

Le lieu de décès des patients est présenté dans la table 3. Le décès en structure est majoritaire (65.4% soit N=17). A noter qu'un patient n'était pas décédé au moment de l'analyse (96.3% de patients décédés).

Table 3. Répartition du nombre et du lieu de décès des patients (N=27)

Variable		N	%
Etat (VV, DCD)			
	Non	1	3.70
	Oui	26	96.30
Si Décédé, lieu			
	Domicile	9	34.62
	En structure	17	65.38

### 2- Prise en charge HAD

Les lieux de prise en charge par HAD sont décrits ci-dessous : il s'agit de Montpellier pour 44.4% des cas, viennent ensuite Béziers, Narbonne, Perpignan, Pezenas et Séte avec 7.41% chacun et enfin Ales, Bagnols, Bouches de Rhone, Millau et Nimes avec 3.70 % chacun.

Table 4. Lieux de prise en charge par HAD (N=27 patients).

Variable		N	%
PEC par HAD			
	Montpellier	12	44.44
	Béziers	2	7.41
	Narbonne	2	7.41
	Perpignan	2	7.41
	Pézenas	2	7.41
	Sète	2	7.41
	Ales	1	3.70
	Bagnols sur Cèze	1	3.70
	Bouches du Rhône	1	3.70
	Millau	1	3.70
	Nîmes	1	3.70

### 3- Réhospitalisations

## 3-a Nombre de réhospitalisations

Au total il y a eu 37 réhospitalisations en 2019 : 20 patients avec 1 réhospitalisation, 5 patients avec 2 réhospitalisations, 1 patient avec 3 réhospitalisations et 1 patient avec 4 réhospitalisations.

Table 5. Nombre de réhospitalisation par patient.

Variable		N	%
Nb. de Ré-hospitalisations en 2019	ı		
	1	20	74.07
	2	5	18.52
	3	1	3.70
	4	1	3.70

A noter que les patients qui ont eu jusqu'à 3 et 4 ré-hospitalisations sont un homme (32 ans) et une femme (48 ans) dont les pathologies oncologiques étaient un cancer digestif bas et un cancer bronchique, respectivement ; les deux patients sont décédés en structure.

Le nombre médian de réhospitalisations en 2019 a été de 1 (range : [1 ; 4]) (Table 6).

Table 6. Caractérisque du nombre de réhospitalisations

Variable	N	Moyenne	Médiane	Range
Nb. de Ré-hospitalisations en 2019				
	27	1.37	1.0	[1; 4]

### 3-b Motifs de réhospitalisation

Le motif de réhospitalisation le plus fréquent toutes réhospitalisations confondues est le motif « aggravation de la pathologie principale ».

A noter que les patients pouvaient avoir plusieurs motifs de réhospitalisation.

Il est retenu comme seul motif dans 27 réhospitalisations (72.9%) et en combinaison avec d'autres motifs dans 3 réhospitalisations (8.1%).

Ainsi, il est associé à la « souffrance psychologique » dans 2 réhospitalisations et associé à la « prise en charge inadéquate des intervenants à domicile » dans une réhospitalisation. (Tableau disponible en annexe 3).

Seul ou combiné, le motif « aggravation de la pathologie principale » est le plus fréquent, présent dans 30 réhospitalisations sur 37 (81.1% des réhospitalisations).

Une même réhospitalisation pouvant découler de plusieurs raisons combinées, nous avons choisi de comptabiliser chaque motif séparément. Par exemple, une réhospitalisation combinant « aggravation de la pathologie principale » et « souffrance psychologique » sera comptabilisée dans les deux catégories.

Ainsi, 33 patients avaient un seul motif de réhospitalisation et 4 patients avaient un motif combiné (fait de 2 motifs au maximum), soit 41 motifs au total.

L'aggravation de la pathologie principale concernait 30 motifs sur 41 soit 73% des cas.

Après le motif « aggravation de la pathologie principale », la mention « iatrogénie » est retrouvée dans 6 situations sur 41 soit 15% des motifs.

Le motif « souffrance psychologique » est le 3<sup>ème</sup> motif retrouvé en fréquence (3 cas sur 41 soit 7 % des motifs).

Enfin, le motif « prise en charge inadéquate des intervenants à domicile » compte pour 2 motifs sur 41 soit 5% des motifs.

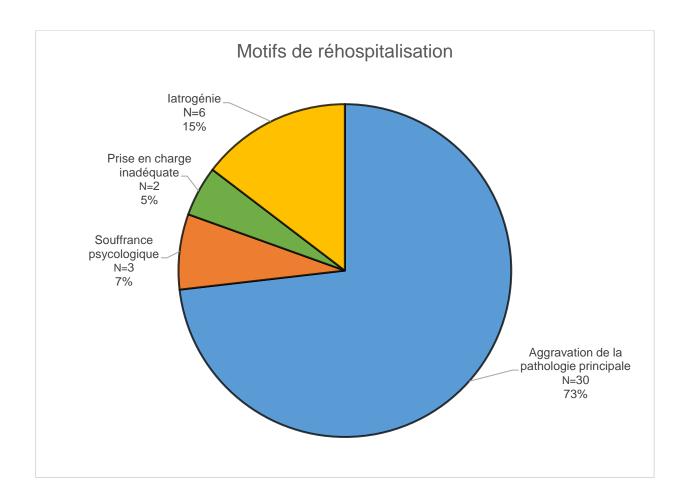
La problématique sociale n'a pas été retrouvée dans l'étude.

Les résultats sont présentés dans la table 7 et la figure 2.

Table7. Motifs de Réhospitalisation.

Variable		N	%
	Aggravation pathologie principale	30	73.17
Motifs de réhospitalisation (n=41)	5. latrogénie	6	14.63
	3. Souffrance psychologique	3	7.32
	4. PEC inadéquate	2	4.87

Figure 2. Répartition des motifs de réhospitalisation.



## 3-c Détail des motifs de réhospitalisation

### 3-c-1: Motif Aggravation de la pathologie principale

Pour préciser et affiner notre observation, nous avons dégagé des sous-motifs de l'«aggravation de la pathologie principale ». Un patient pouvait avoir plusieurs sous-motifs.

Nous avons également présenté les résultats en les comptabilisant de manière individuelle.

Sur les 30 réhospitalisations ayant pour motif « aggravation de la pathologie principale », 23 patients avaient un sous-motif, 6 avaient 2 sous-motifs et 1 avait 3 sous-motifs (soit un total de 38 sous-motifs).

Les sous-motifs d'« aggravation de la pathologie principale » les plus fréquents ont été les suivants : complication digestive (10 sous-motifs sur 38 soit 26% des sous-motifs), problématique algologique (9 sous-motifs sur 38 soit 24%) et pathologie infectieuse (6 sous-motifs sur 38 soit 16%). Viennent ensuite l'altération de l'état général (5 sous-motifs sur 38 soit 13%), la détresse respiratoire (4 sous-motifs sur 38 soit 10%), la symptomatologie neurologique (3 sous-motifs sur 38 soit 8%) et enfin le motif autre (1 sous-motif sur 38 soit 3% qui était une réouverture de fistule).

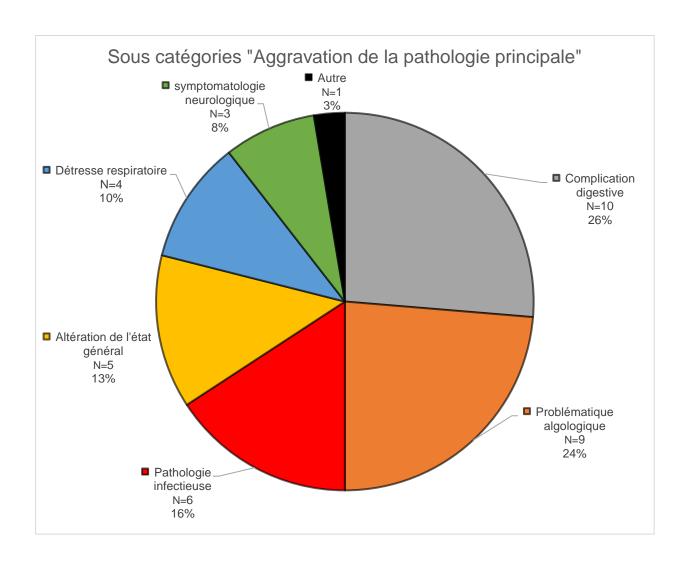
Comme dans l'analyse des motifs principaux, nous observons des sous-motifs combinés d'aggravation de la pathologie principale : pathologie infectieuse et complication digestive pour 1 patient, pathologie infectieuse et détresse respiratoire pour 1 patient, problématique algologique et complication digestive pour 1 patient, problématique algologique et altération de l'état général pour 1 patient, complication digestive et altération de l'état général pour 2 patients et enfin problématique algologique, pathologie infectieuse et altération de l'état général pour 1 patient. (Tableau disponible en annexe 4).

Les résultats sont présentés dans la table 8 et la figure 3.

Table 8. Répartition des sous motifs « aggravation de la pathologie principale »

Variable		Ν	%
Si motif aggravation de la pathologie principale  Sous-motifs de réhospitalisation (n=38)	3. Complication digestive	10	26.31
	2. Algologie	9	23.68
	1. Infectieux	6	15.79
	6. AEG	5	13.15
	4. Détresse respiratoire	4	10.53
	5. Neurologique	3	7.89
	7.Autre	1	2.63

Figure 3. Répartition des sous-motifs aggravation pathologie principale



## 3-c-2 Motifs iatrogénie, souffrance psychologique et PEC inadéquate

Les détails de ces trois motifs sont présentés dans la table 9.

Table 9. Détails des motifs de réhospitalisation iatrogénie, souffrance psychologique, PEC inadequate.

Variable		N	%
Précision si motif : latrogénie	(n=6)		
	El traitement	2	33.33
	Aplasie fébrile	1	16.67
	Inflammation pleur'X	1	16.67
	Sepsis sur PAC	1	16.67
	Thrombopénie	1	16.67
Si motif souffrance psycholog	ique (n=3)		
or mour sourrained payoriolog			
	Demande sédation terminale	2	66.7
	Idées suicidaires	1	33.3
Si PEC inadéquate (n=2)	Défaillance équipe libérale en place	2	100

Pour les patients ayant eu plusieurs réhospitalisations, il est présenté dans la table 10 les motifs de réhospitalisations par patient pour chacune des réhospitalisations (1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, et 4<sup>ème</sup>).

Nous observons que parmi les 7 patients qui ont eu au moins deux réhospitalisations, le motif pour la 2ème réhospitalisation a été l'aggravation de la pathologie principale pour 6 d'entre eux (85.7%) et le motif iatrogénie pour le 7ème.

Table 10. Motifs de réhospitalisation en fonction du rang de la réhospitalisation.

		Nombre de	réhospitalisa	tion	
Motif de réhospitalisation		1	2	3	4
1.Aggravation pathologie principale N=30		22	6	1	1
	100%	73,33%	20,00%	3,33%	3,33%
3.Souffrance psychologique N=3		3	0	0	0
	100%	100%			
5. latrogénie N=6		4	1	1	0
	100%	66,66%	16,66%		
4.PEC inadéquate N=2		2	0	0	0
	100%	100%			
Total N=41		31	7	2	1

### 3-d Caractéristiques des réhospitalisations

Le nombre moyen de réhospitalisations a été de 1.37 et la médiane de réhospitalisations en 2019 a été de 1 (range : [1 ; 4]) (Table 11).

Le délai médian en jours entre la sortie en HAD et la première hospitalisation a été de 28 jours (moyenne de 123 jours, soit environ 4 mois).

Le délai moyen en jours entre la dernière réhospitalisation et le décès (le cas échéant, soit pour 26/27 patients) a été de 33 jours ; médiane de 0 jours (soit, pour la moitié de patients le décès a eu lieu en structure).

Table 11. Descriptif générale (variables quantitatives) sur la population de patients (N=27).

Variable	N	Moyenne	Médiane	Range
Nb. de réhospitalisations en 2019				
	27	1.37	1.0	[1; 4]
Nb. jours entre MEP HAD et 1ère réhospitalisation				
	27	122.52	28.0	[3; 1435]
Nb. jours entre dernière réhospitalisation et décès				
	26	32.5	0	[0; 353]
	1*			

<sup>\* 1</sup> patient vivant (26 patients décédés)

Quant au moment de la réhospitalisation, la grande majorité a eu lieu en heure ouvrable (n=28, 75.7%); 4 réhospitalisations ont eu lieu la nuit (10.8%) et 3 en fin de semaine (8.1%), respectivement.

Table 12. Répartition du moment de la réhospitalisation

Réhospitalisation en heure ouvrable ?		N	%
	Oui	28	75.67
	Non. Nuit	4	10.81
	Non. Fin de semaine	3	8.11
	Non connu	2	5.40

### 3-e Contexte psychosocial et médical des patients réhospitalisés

L'entourage a été présent dans la plupart de cas (83.7%) et le domicile était adapté aussi pour la majorité (75.7%).

Le réseau de soins palliatifs n'était pas présent pour 32 réhospitalisations (86.5%) et 20 réhospitalisations n'ont pas eu de suivi par l'EMASP (54%).

Table 13. Contexte psychosocial (entourage présent, domicile adapté), présence d'un réseau de soins palliatifs et suivi par l'EMASP (N=37).

Variable	•	N	%
Entourage présent ?			
	Non	6	16.22
	Oui	31	83.78
Domicile adapté ?			
	Non	9	24.32
	Oui	28	75.68
Réseau de soins palliatifs?	•		
	Non	32	86.49
	Oui	5	13.51
Suivi par l'EMASP?			
	Non	20	54.05
	Oui	17	45.95

Si l'on ajuste la prise en charge réseau de soins palliatifs sur le lieu de prise en charge par l'HAD, nous remarquons que le réseau de soins palliatifs a été présent seulement pour 5 réhospitalisations dont les PEC par HAD ont été faites à Montpellier (n=2), Sète (n=2) et Pézenas (n=1). (Table 14)

Table 14. Prise en charge par HAD et réseau de soins palliatifs (N=37).

	Réseau de Soins palliatifs ?			Total		
	Non	%	Oui	%	N	%
PEC par HAD						
Montpellier	12	37.50	2	40.00	14	37.84
Béziers	2	6.25	0		2	5.41
Narbonne	5	15.63	0		5	13.51
Perpignan	2	6.25	0		2	5.41
Pézenas	1	3.13	1	20.00	2	5.41
Sète	1	3.13	2	40.00	3	8.11
Ales	2	6.25	0		2	5.41
Bagnols sur Cèze	3	9.38	0		3	8.11
Bouches du Rhône	1	3.13	0		1	2.70
Millau	1	3.13	0		1	2.70
Nîmes	2	6.25	0		2	5.41
TOTAL	32	100%	5	100%	37	100%

Concernant l'EMASP, nous notons qu'elle était majoritairement mise en place à Montpellier (N=4), Narbonne (N=4) et Bagnols sur Cèze (N=3) (table 15).

Table 15. Prise en charge par HAD et suivi par l'EMASP (N=37).

	Suivi par l'EMASP ?				Т	otal
	Non	%	Oui	%	N	%
PEC par HAD						
Montpellier	10	50.00	4	23.53	14	37.84
Béziers	0		2	11.76	2	5.41
Narbonne	1	5.00	4	23.53	5	13.51
Perpignan	2	10.00	0		2	5.41
Pézenas	1	5.00	1	5.88	2	5.41
Sète	3	15.00	0		3	8.11
Ales	2	10.00	0		2	5.41
Bagnols sur Cèze	0		3	17.65	3	8.11
Bouches du Rhône	0		1	5.88	1	2.70
Millau	1	5.00	0		1	2.70
Nîmes	0		2	11.76	2	5.41
TOTAL	20	100%	17	100%	37	

Pour le nombre de visites hebdomadaires du médecin traitant, nous observons que la fréquence d'une visite par semaine a eu lieu sur 18 réhospitalisations (48.6%) et que celle de moins d'une visite par semaine sur 16 réhospitalisations (43.2%) (Table 16).

Table 16. Implication du médecin traitant (nombre de visites) (N=37)

Variable		N	%
Nb de visites hebdomadaire médecin traitant			
	<1 visite par semaine	16	43.24
	1 visite par semaine	18	48.65
	Plus d'1 visite par semaine	3	8.11

Si l'on ajuste la fréquence des visites sur le lieu de prise en charge de l'HAD, nous constatons que la fréquence « plus d'une visite par semaine » a eu lieu seulement pour 3 réhospitalisations et dont la prise en charge par HAD s'est déroulée à Montpellier uniquement.

Table 17. Prise en charge par HAD et nombre de visites hebdomadaires du médecin traitant (N=37).

	Nb. de	visites he						
	<1 ·	<1 visite		1 visite		Plus de 1 visite		otal
	N	%	N	%	N	%	N	%
PEC par HAD								
Montpellier	6	37.50	5	27.78	3	100	14	37.84
Béziers	2	12.50	0		0		2	5.41
Narbonne	5	31.25	0		0		5	13.51
Perpignan	0		2	11.11	0		2	5.41
Pézenas	1	6.25	1	5.56	0		2	5.41
Sète	0		3	16.67	0		3	8.11
Ales	0		2	11.11	0		2	5.41
Bagnols sur Cèze	0		3	16.67	0		3	8.11
Bouches du Rhône	1	6.25	0		0		1	2.70
Millau	1	6.25	0		0		1	2.70
Nîmes	0		2	11.11	0		2	5.41
Total	16	100%	18	100%	3	100%	37	

#### DISCUSSION

#### I-Rappel des principaux résultats

Notre étude a porté sur l'analyse de 37 réhospitalisations concernant 27 patients âgés de 32 à 88 ans et dont 55.6 % sont des femmes.

Le motif de réhospitalisation le plus fréquent est l'aggravation de la pathologie principale. Viennent ensuite le motif iatrogénie, puis la souffrance psychologique et la prise en charge inadéquate des intervenants à domicile.

Pour les 30 réhospitalisations dues à une aggravation de la pathologie principale, les motifs d'aggravation les plus fréquents ont été les suivants : complication digestive, la problématique algologique, la pathologie infectieuse, l'altération de l'état général, la détresse respiratoire et enfin les complications neurologiques.

Les réhospitalisations se sont déroulées essentiellement en heures ouvrables, l'entourage était présent et le domicile adapté la plupart du temps. Le réseau de soins palliatifs n'était pas en place et il n'y avait pas de suivi EMASP dans la majorité des cas. La fréquence de passage du médecin traitant prépondérante était 1 visite par semaine.

La majorité des patients réhospitalisés sont décédés en structure.

#### II-Forces et faiblesses de l'étude

#### 1-Forces

La principale force de notre étude réside dans sa singularité.

En effet, peu de travaux sont consacrés aux réhospitalisations des patients suivis pour des soins palliatifs oncologiques. De plus, nous n'avons pas retrouvé de publication centrée sur les réhospitalisations dans un centre de référence oncologique. Les résultats peuvent apporter des informations complémentaires aux études centrées sur les urgences par exemple.

Comme développé précédemment dans ce travail, c'est un sujet d'actualité face à une population vieillissante, une augmentation de l'incidence des pathologies oncologiques, et le souhait des Français toujours aussi présent d'un maintien à domicile en situation palliative.

Les données portant sur les réhospitalisations des patients en HAD sont recueillies par les HAD elles-même et sont un sont un indicateur de l'efficience et de la qualité des soins.

Le recueil des données de l'étude a été réalisé sur la base des dossiers informatisés de l'ICM, auprès des HAD et auprès des médecins traitants des patients. Cette triple provenance des données collectées a permis d'apporter des informations complémentaires.

Enfin, la réalisation d'un travail sur les motifs de réhospitalisation permet d'apporter des pistes de réflexion ayant pour but d'améliorer la qualité de vie des patients en fin de vie, de soutenir leur projet de soins à domicile et de répondre à leurs besoins.

#### 2-Faiblesses

Plusieurs faiblesses sont à déplorer dans notre étude.

Tout d'abord un faible effectif principalement en raison du choix de se centrer sur les réhospitalisations à l'ICM seulement et durant une année, ne permettant pas de mettre en lumière des motifs moins fréquents mais probablement bien présents comme les problématiques sociales par exemple.

Les réhospitalisations étudiées ont été celles faites au centre de référence des patients, les hospitalisations des patients aux urgences ou dans des centres hospitaliers périphériques sans transfert à l'ICM dans un second temps n'ont donc pas été comptabilisées.

Il est cependant à pondérer que plusieurs patients dans cette étude avaient été initialement admis aux urgences ou dans d'autres centres hospitaliers et ont été transférés ensuite à l'ICM.

Il existe dans la réalisation de l'étude un biais de classement. En effet, la détermination d'un motif de réhospitalisation dans une catégorie peut être subjective. De plus, les motifs ont été classés sans double lecture et il peut exister une hétérogénéité de classement des motifs si l'on compare aux données de la littérature. De même l'item de l'entourage d'un patient et de la fonctionnalité de son domicile peut être évaluée et interprétée différemment en fonction des soignants. Nous n'avions pas de grille standardisée pour définir « entourage présent » ou « domicile adapté ».

Enfin, nous n'avons pas pu étudier le caractère évitable ou non de l'hospitalisation qui aurait pu être une donnée intéressante.

#### III-Comparaison avec les données du CAQES

Comme défini dans l'introduction, le CAQES permet une évaluation et amélioration de la qualité et de l'efficience des soins.

En 2020, le CAQES a intégré deux revues de pertinence : la pertinence des réhospitalisations et la pertinence des non-admissions et refus de l'HAD. Les données sont récoltées deux fois par an par tous les établissements d'HAD et transmises à l'ARS (45).

Chaque établissement était tenu de compléter la fiche descriptive des caractéristiques de réhospitalisation (dont le motif) des 10 derniers patients suivis en HAD et réhospitalisés pour au moins une nuit, au 15 juin et au 1 er décembre de l'année en cours.

Dans la région Occitanie, 28 établissements d'HAD étaient engagés (22 répondants), incluant 210 réhospitalisations de patients.

Les motifs de réhospitalisation étaient relevés selon une grille standardisée (présentée en annexe 1) : aggravation de l'état de santé nécessitant soins continus ou plateau technique, geste chirurgical/endoscopie/geste technique, difficulté des aidants, hospitalisation de répit, refus d'un décès à domicile, rupture de la continuité des soins, dégradation de l'environnement du patient.

Un seul motif pouvait être choisi, avec des critères associés.

Par exemple, pour l'aggravation de l'état de santé, on pouvait choisir : surveillance accrue ou demande d'hospitalisation par le prescripteur/coordonnateur.

Sur ces 210 hospitalisations, 201 ont été jugées pertinentes dont 68% avec pour motif aggravation de la pathologie principale, puis 20% d'hospitalisations programmées, 7%

d'hospitalisation de répit, 3% de refus de décès à domicile et enfin 1 % de difficulté de l'aidant. Il y avait 9 hospitalisations non pertinentes dont un refus de décès à domicile non défini dans le projet de soins et 4 hospitalisations programmées pour des gestes dont la recommandation HAS est une prise en charge ambulatoire.

Ces résultats sont proches de ceux retrouvés dans notre étude avec une nette prédominance des hospitalisations ayant pour motif une aggravation symptomatique. Les hospitalisations programmées n'ont pas été prises en compte dans notre étude et ne peuvent donc pas être comparées. Viennent ensuite également en faible proportions des motifs que l'on peut rapprocher des nôtres : souffrance psychologique et prise en charge inadéquate des intervenants à domicile.

A noter que la revue de pertinence sur les non-admissions a retrouvé un taux de 20% de patients décédés avant la mise en place de l'HAD ce qui met en avant la problématique de l'instauration tardive de l'HAD et des soins palliatifs. On peut rapprocher ce chiffre de la proportion non négligeable de patients exclus de notre étude pour un décès très peu de temps après la mise en place de l'HAD.

#### IV-Comparaison avec les données de la littérature

Plusieurs travaux se sont penchés sur les motifs de réhospitalisations des patients, cependant il est difficile de les comparer puisque les populations étudiées diffèrent, ainsi que les modalités de réhospitalisation.

Nous n'avons pas retrouvé d'étude s'intéressant exclusivement aux réhospitalisations dans le centre de référence de patients avec une pathologie oncologique et pris en charge en HAD pour des soins palliatifs.

Il est cependant intéressant de confronter plusieurs études à la nôtre.

Deux études ont eu pour sujet les réhospitalisations de patients suivis en HAD.

Un travail de thèse réalisé par Clara Gotreau en 2017, a étudié les motifs de réhospitalisation non programmées par l'HAD santé relais domicile à Toulouse. (46)

La population de l'étude est assez proche de la nôtre en âge et genre, 60 % des patients présentent une pathologie oncologique, 60% également sont pris en charge pour des soins palliatifs par l'HAD. Tous les patients sont suivis par une HAD également.

Comme dans notre travail, le motif de réhospitalisation le plus fréquent est l'aggravation de la pathologie principale, puis les critères non médicaux (problématique sociale au premier plan) et les limites de l'HAD. Les différences s'expliquent majoritairement par des hétérogénéités de classements à l'exception de la problématique sociale qui est peu retrouvée dans notre travail.

De manière similaire à nos résultats, on retrouve en motifs les plus fréquents de l'aggravation de la pathologie principale, la pathologie infectieuse, la détresse respiratoire, l'occlusion digestive et l'altération de l'état général.

Enfin les patients étaient réhospitalisés essentiellement en semaine, en journée et dans le service référent. Ces données sont comparables aux données de notre centre qui est référent en cancérologie dans la région.

Il est intéressant de noter la constatation d'un taux d'hospitalisation évitable (définie par les auteurs comme survenant dans les 30 jours et en lien avec la pathologie principale) de 3.6%.

Une deuxième étude entreprise par Isabelle Juttin et Anne-Sophie Olivier en 2015, a analysé les réhospitalisations de 59 patients pris en charge par une HAD (47).

Ici encore la population d'étude était assez proche de la nôtre avec 49 % de prise en charge pour soins palliatifs.

Les patients étaient pour 77 % d'entre eux entourés à leur domicile, et 42 % des réhospitalisations se sont déroulées en semaine et en journée. Dans ce travail la majorité des patients étaient adressés aux urgences (surtout le week-end) contre 12 % seulement dans le centre de référence.

Les motifs prépondérants étaient le non-contrôle des symptômes (chute, fièvre, hémorragie, dyspnée, malaise, anxiété), l'insuffisance de plateau technique de l'HAD, et l'épuisement du patient et/ou aidant.

Le médecin traitant a été prévenu dans 54% des cas et s'est déplacé dans 80% des cas. Ces observations sont comparables à notre étude où il ressort que la majorité des patients avaient au moins une visite par semaine du médecin traitant.

On peut noter que seulement 13.6% des patients avaient des prescriptions anticipées.

Au terme de la comparaison avec deux études visant une population suivie en HAD, il est intéressant de relever que le motif insuffisance du plateau technique de l'HAD revient dans un bon nombre de réhospitalisations alors qu'il n'est pas présent dans notre travail. Cela peut s'expliquer en partie par une différence de classification des motifs (un problème de PICC line classé dans insuffisance plateau technique par Gotreau, dans non-contrôle des symptômes par Juttin et Olivier et dans iatrogénie pour notre travail). D'autre part, nous pouvons supposer que la présence du service ENP (entrée non programmée) à l'ICM permet de recevoir un patient qui présenterait un problème technique qui peut être géré en ambulatoire et profiter du plateau technique de l'ICM. Ce dispositif permet de diminuer les réhospitalisations de patients.

Un autre travail réalisé par Carole Fourcade en 2014 a cette fois-ci étudié les motifs de réhospitalisation de patients suivis par un réseau de soins palliatifs. (48)

Elle a donc comme point commun avec notre étude, la population exclusivement constituée de patients relevant de soins palliatifs et très majoritairement sur des pathologies oncologiques (carcinomes bronchiques, mammaires, coliques). Les hospitalisations programmées et non programmées (46%), ont été prises en compte.

Elles étaient faites également surtout la semaine et la journée.

Les patients ont été majoritairement adressés aux urgences, 14 % ont été hospitalisé dans leur centre de référence.

Les principaux motifs retrouvés étaient la détresse respiratoire, l'altération de l'état général, les chutes et troubles de conscience, les infections et complications digestives, l'anxiété et enfin la douleur. On peut soulever comme dans notre étude, que les motifs les plus représentés sont l'aggravation de la pathologie principale et que les motifs sociaux sont peu présents.

Enfin deux études se sont intéressées aux passages aux urgences des patients : suivis en HAD pour l'une, ayant une pathologie oncologique pour l'autre.

La première, réalisée par Marjolaine Mélin en 2019 a étudié les passages dans 5 services d'urgence lyonnais de patients suivis en HAD. (49)

Les patients avaient pour 45% d'entre eux une pathologie oncologique (digestive surtout), comme dans notre étude, la majorité était prise en charge en HAD depuis plus d'un mois. Parmi eux, 39 % avait un projet thérapeutique de soins palliatifs (dont 23% de LATA). On peut relever que parmi les patients en LATA, 4 avaient clairement exprimé le souhait de décès à domicile et ces 4 transferts ont été faits à l'initiative de la famille.

La majorité des réhospitalisations s'est ici encore faite en journée et en semaine, et le motif a été le plus souvent la dyspnée, la fièvre puis dans les mêmes proportions :

altération de l'état général, complication digestive, trouble de conscience, hémorragie, douleur, sepsis et chute.

Enfin, une étude publiée dans le Canadian Medical Association Journal publiée en 2010, a analysé les motifs de recours aux urgences à 6 mois et 2 semaines du décès de patients atteints de cancer (50). Les motifs les plus retrouvés pour ces deux temporalités ont été la douleur abdominale, la dyspnée (et pneumopathie), le malaise, l'altération de l'état général et l'épanchement pleural. Ils sont proches des motifs d'aggravation de la pathologie principale retrouvés dans notre étude.

Les symptômes spécifiques soins palliatifs, déshydratation et altération de conscience était beaucoup plus fréquents dans le groupe 2 semaines avant le décès et sont identifiés dans l'étude comme des symptômes qui peuvent montrer un épuisement du patient et des familles.

Il est intéressant de noter que 3.4 % seulement des patients qui se rendent aux urgences dans les 2 dernières semaines de vie, décèdent à domicile. Cela se rapproche de nos résultats retrouvant une majorité de patients décédés en structure.

Tous ces travaux effectués et comparés au nôtre retrouvent en motif principal de réhospitalisation des symptômes témoignant une aggravation de la pathologie principale, un non-contrôle des symptômes.

Cela se confronte aux articles de la littérature décrivant les symptômes de la fin de vie.

Un article écrit par Martin et al. et publié en 2019 dans médecine palliative a étudié les symptômes et prescriptions des 7 derniers jours de vie chez les patients atteints d'un cancer en soins palliatifs pris en charge par l'HAD du centre Georges-François-Leclerc. (51)

Les principaux symptômes retrouvés dans les 7 derniers jours de vie ont été les troubles de la conscience (91%), l'anxiété (81%), la douleur (78%), la dyspnée (61%), l'agitation (41%) et l'occlusion digestive (14%).

Les principales thérapeutiques mises en place pour ces patients étaient les antalgiques (97%, majoritairement morphiniques et paracétamol), les corticoïdes (81%), la scopolamine (49%), le midazolam (61%), les benzodiazépines (hors midazolam pour 60%), l'hydratation IV (40%).

L'étude des symptômes pourrait ainsi permettre d'anticiper les manifestations potentielles de cette catégorie de patients et de les prévenir afin de diminuer le recours à l'hospitalisation.

#### **V-Pistes d'amélioration**

#### 1-Orientation palliative trop tardive

Une première réflexion retrouvée dans plusieurs rapports est l'orientation palliative trop tardive des patients qui nécessitent des soins palliatifs.

Dans son rapport de 2013, l'ONFV retrouve que plus d'un tiers de patients qui sont hospitalisés pour une fin de vie sont identifiés comme tel 8 jours environ avant leur décès. (4)

Cela se rapproche des deux rapports de l'IGAS, tout d'abord celui de 2016 relève que 38% des patients admis en HAD décèdent au cours d'une prise en charge palliative.

Les séjours sont d'une durée moyenne de 30 jours ce qui suggère qu'une part non négligeable de patients n'est pris en charge qu'à un stade avancé de leur maladie. (29)

Le rapport de 2019 quant à lui déplore encore, et malgré les bénéfices d'une prise en charge palliative précoce, une orientation palliative en phase terminale de la pathologie oncologique. (34)

Ces données se confrontent parfaitement à celles de notre étude puisque 29 patients ont été exclus car ils sont décédés sans avoir eu de réhospitalisation, pour certains très peu de temps après la mise en place de l'HAD. Cela sous-entend pour une part non négligeable d'entre eux une prise en charge tardive de l'HAD.

L'ASCO a recommandé dès 2017 la mise en place précoce des soins palliatifs dans le cursus de la pathologie oncologique : « Les besoins en soins palliatifs des patients atteints de cancer devraient être pris en compte tôt dans l'évolution de la maladie par les professionnels de la santé existants formés aux bases des soins palliatifs. » (21)

Ces recommandations reposent sur plusieurs études montrant un bénéfice incontestable de cette précocité d'intervention des soins palliatifs.

En effet un article de Temel et al. publié en 2010 dans le New England Journal of Medecine a étudié deux groupes de patients atteints de cancer du poumon métastatique : l'un recevant un traitement anticancéreux standard et l'autre la combinaison traitement anticancéreux et soins palliatifs précoces. Les résultats montrent l'amélioration de la qualité de vie, la diminution des symptômes dépressifs, la diminution des hospitalisations et des consultations non programmées et enfin une amélioration de la survie dans le groupe soins palliatifs précoces. (52)

Une méta analyse de Haun et al. Publié en 2017 dans le Cochrane a analysé 7 études randomisées contrôlées et retrouve que les soins palliatifs précoces améliorent la qualité de vie et diminuent l'intensité des symptômes de manière significative. (53)

Une étude publiée en 2017 dans le Journal of Oncology Practice par Triplett and al. a confronté l'utilisation de soins chez des patients suivis pour un cancer en phase avancée. Un groupe recevait des soins palliatifs et l'autre non. Le groupe recevant des soins palliatifs a un taux d'utilisation de soins, d'hospitalisation, de passage aux urgences et de procédures invasives plus faible après leur consultation de soins palliatifs. De plus, il est retrouvé que plus l'exposition aux soins palliatifs est précoce, plus ces effets de diminution sont importants. (54)

Enfin, un dernier article de Goldwasser and al. publié dans la revue Cancer en 2018 a comparé les patients décédés de cancer du poumon selon la temporalité de déclaration des besoins en soins palliatifs (55).

Le premier groupe avait une déclaration de besoin en soins palliatifs opportune soit de 91 jours à 31 jours avant le décès, le second groupe avait une déclaration tardive des

besoins soit de 30 jours à 8 jours avant le décès et le dernier groupe avait une déclaration très tardive soit de 7 jours à 0 jours avant le décès.

Une déclaration opportune de besoins en soins palliatifs était associée à une moindre utilisation de traitement agressif au cours du dernier mois de vie (de VNI, de chimiothérapie) et moins de risque de décès en soins intensifs.

Si on s'intéresse particulièrement à la souffrance psychologique, qui est le motif de réhospitalisation de plusieurs patients dans notre étude, une prise en charge en soins palliatifs et précoce permet également de diminuer les symptômes dépressifs et de souffrance psychologique.

Dans son étude sur les décès non soudains en HAD, l'observatoire national de la fin de vie a retrouvé que 17% des patients avaient exprimé de manière répété une souffrance existentielle et que 10 % étaient décédés dans un réel inconfort (19).

Une étude de publiée par Greer et al. en 2018 dans le Journal Of Clinical Oncology a analysé les bénéfices de la précocité des soins palliatifs et montre que cette intégration précoce diminue les symptômes dépressifs des patients et améliore leur capacité d'adaptation. (56)

#### 2- Préparation du retour à domicile (RAD) insuffisant

Dans son rapport de 2013 l'ONFV relève que 4.5% des patients hospitalisés retournent à leur domicile dans le dernier mois de vie (4).

Un article de Pennec et al. paru dans Population en 2013 s'est penché sur le dernier mois de l'existence et appuie le fait que les patients vivant à leur domicile un mois avant le décès ont la plus forte probabilité de changer de lieu de séjour (57).

Seuls 12% des patients présentant une pathologie oncologique reste à leur domicile sans être hospitalisé.

Les patients suivis pour un cancer sont plus souvent hospitalisés, en effet, 28 jours avant le décès, ce sont 43% d'entre eux qui sont transférés à l'hôpital.

Cela rejoint les résultats de notre étude qui retrouve 17 décès sur 26 en structure et pourrait s'expliquer par une préparation insuffisante du retour à domicile.

Un article de Perret et al. paru en 2010 dans médecine palliative a étudié les facteurs favorisants à un retour à domicile chez des patients en fin de vie (majoritairement pour un cancer). (58)

Les facteurs favorisants mis en avant sont l'entourage autre que familial, la présence d'une structure spécialisée en soins palliatifs (HAD, EMSP, réseau soins palliatifs) et des aides pratiques à domicile.

Il existe dans l'étude une association statistique significative entre le pourcentage de retour à domicile des patients et la présence d'une structure spécialisée de soins palliatifs.

Cela suggère que le faible taux de patients avec une prise en charge EMASP ou un réseau de soins palliatifs retrouvé dans notre étude pourrait être un élément en faveur

de leur réhospitalisation et que leur développement auprès des patients pourrait contribuer à un maintien à domicile plus efficient.

#### 3-Manque de formation des soignants

La formation des soignants est un élément très important, mis en avant dans les plans de soins palliatifs successifs.

Dans notre étude, la majorité des patients avait un médecin traitant présent (une visite par semaine) et pourtant les réhospitalisations n'ont pas forcément pu être évitées.

Le médecin traitant, dont le rôle de pivot a déjà été détaillé, est très impliqué dans les situations palliatives. En effet le rapport de l'observatoire national de la fin de vie publié en 2012 rapporte que 80% des médecins traitants accompagnent un patient en fin de vie, soit 1 à 3 patients par an en moyenne. (59)

Cependant, seuls 2.5 % ont été formés en soins palliatifs entre 2005 et 2012 alors que 85% d'en eux souhaiteraient l'être.

Les bénéfices d'un soignant formé sont mis en avant dans le rapport 2015 de l'observatoire national de la fin de vie (19). Ce rapport détaille les résultats d'une enquête sur les décès non soudains de patients dans 92 HAD. Parmi les HAD, 78% bénéficiaient d'un médecin coordonnateur formé en soins palliatif, ce qui est bien supérieur aux chiffres des médecins traitant. Ont été comparées les prescriptions faites par un médecin coordonnateur formé et un médecin coordonnateur non formé. Il est retrouvé que les patients suivis par des médecins coordonnateurs formés ont reçu significativement plus d'antalgiques de pallier III et qu'une décision concernant la fin de vie (par exemple décision de LATA) était significativement prise plus fréquemment.

Ces patients avaient aussi significativement plus de prescriptions anticipées.

Les prescriptions anticipées sont d'ailleurs mises en avant dans de nombreux écrits et notamment dans une fiche clé de la HAS pour favoriser le maintien à domicile des patients en soins palliatif. Elles doivent être personnalisées et aboutir à l'obtention des médicaments à dispensation hospitalière pour permettre d'agir en cas de symptomatologie prévisible comme la dyspnée, la douleur, les hémorragies etc. (60) Elles sont d'autant plus importantes que les astreintes notamment nocturnes qui permettent une continuité de soins ne bénéficient souvent pas de présence médicale.

Dans la même lignée, le rapport de l'observatoire national de la fin de vie 2015 insiste également sur la présence à domicile d'une mallette d'urgence palliative (proposée systématiquement par 24% des HAD de leur étude) qui permet d'éviter des

La formation des soignants apparait donc comme un élément clé du meilleur contrôle des symptômes qui s'inscrit dans l'objectif d'un maintien à domicile du patient quand il est souhaité.

hospitalisations inutiles avec des médicaments directement disponibles et matériels

(comme des SAD par exemple).

lci encore, les réseaux de soins palliatifs et les équipes mobiles de soins palliatifs, qui apportent une expertise en soins palliatifs supplémentaires aux patients en HAD sont aussi très peu utilisés. En effet, l'étude rapporte que 8% des patients bénéficiaient d'un réseau de soins palliatifs et seulement 21% d'une équipe mobile de soins palliatifs.

Ces données soulignent le manque de ressources dans les territoires.

#### 4-Manque d'information des patients

Le manque d'information des patients est une problématique qui a été soulevée notamment dans le plan de soins palliatifs 2015-2018 (33).

Un sondage Opinionway réalisé en 2011 notamment à l'initiative de la SFAP et d'autres collectifs, révèlent que 53% des Français se déclarent insuffisamment informés sur les soins palliatifs. La majorité des Français n'est pas capable de définir les soins palliatifs. Seuls 51% savent qu'ils consistent à un accompagnement de la personne et notamment la prise en charge des douleurs, 34% ont connaissance de la dimension de soulagement psychologique, et 32% savent que les soins palliatifs englobent aussi le soutien aux aidants. (61)

Il peut être à l'origine d'un refus du patient ou de l'entourage d'intégrer une structure spécialisée en soins palliatifs (EMSP, HAD, réseau de soins palliatifs).

Un article de Hoerger et al. paru dans le Journal of Health Psychology en 2017 a étudié l'impact de l'information des patients sur les soins palliatifs en partant du postulat que si les bénéfices des soins palliatifs précoces ne sont plus à démontrer, il existe encore une peur de ceux-ci. (62)

L'étude a porté sur une population de patients atteints de cancer.

Le groupe sans intervention a été comparé au groupe intervention qui consistait à expliquer l'étude Temel et al. sur les bénéfices des soins palliatifs précoces sur des patients atteints de cancer du poumon métastatique.

L'explication était brève, précise, et compréhensible par tous. Il leur a été donné les informations sur les soins palliatifs, l'avantage des soins palliatifs sur la qualité de vie, l'intensité des symptômes et notamment dépressifs.

Il en résulte un impact favorable statistiquement significatif dans le groupe intervention sur les préférences des participants pour les soins palliatifs ambulatoires comparé aux témoins. Les patients les ont considérés moins effrayants et plus efficaces.

Une information appropriée des patients sur les soins palliatifs permettrait une plus grande adhérence et certainement une mise en place plus précoce, toujours dans le sens d'un meilleur contrôle des symptômes.

Il est important de noter que l'information et le soutien aux aidants, la réponse à leurs questions et angoisses, est fondamental pour un maintien à domicile réussi. En effet, même si le patient a évoqué un souhait de décès à domicile en accord avec son entourage, les nombreux travaux de thèse développés antérieurement ont rapporté une part importante de réhospitalisation à l'initiative de la famille des patients. Il est donc important que les familles soit au courant des interlocuteurs et recours possible en cas de difficulté.

#### CONCLUSION

Notre étude a porté sur l'analyse des motifs de réhospitalisations à l'ICM des patients suivis en hospitalisation à domicile pour des soins palliatifs oncologiques au cours de l'année 2019.

Cette étude était motivée par l'augmentation de la fréquence des pathologies oncologiques dans les situations de fin de vie et par des besoins en soins palliatifs croissants dans la population française. Ceci est associé au fait établi par plusieurs enquêtes concordantes que les Français sont pour la plupart désireux de décéder à leur domicile.

Le défi est de pouvoir repenser les organisations médicales pour optimiser la prise en charge qualitative de ces patients fragiles.

Un des outils dont nous disposons pour ce faire est le système d'HAD.

Ainsi l'HAD, dont nous avons vu qu'elle est un établissement de soins à part entière, permet de prendre en charge à domicile des patients nécessitant des soins complexes et des besoins en soins palliatifs. De par son organisation, son système d'astreinte et sa médicalisation, elle a pour vocation de sécuriser la prise en charge au domicile notamment en anticipant la prise en charge de symptômes complexes (dyspnée, douleur, hémorragie, occlusion etc). C'est un levier indispensable du maintien au domicile. Le travail autour des motifs de réhospitalisation permet, tel une analyse des pratiques, de pouvoir repenser les organisations à partir des évènements non prévus.

L'étude des motifs de réhospitalisation a révélé qu'il existe une nette importance du motif « aggravation de la pathologie principale ». Cela laisse supposer qu'un meilleur contrôle des symptômes pourrait diminuer les réhospitalisations. Les

motifs « iatrogénie », « souffrance psychologique » et « inadéquation des intervenants à domicile » viennent ensuite comme possible cause de rupture du maintien à domicile.

Nous avons pu discuter le lien avec la nécessité de la précocité des soins palliatifs, plusieurs études ayant démontré que ceux-ci permettent la diminution de l'intensité des symptômes et l'amélioration de la qualité de vie. Cette introduction précoce de soins palliatifs permettrait d'anticiper les situations complexes au domicile et de penser une organisation en conséquence. L'approche palliative via les réseaux ou les équipes mobiles pourrait mieux orienter le projet de soins du patient lors de son admission en HAD. Or nous avons constaté qu'ils sont très peu impliqués dans cette étude, certainement par manque de moyens et d'organisation.

Il parait aussi intéressant de renforcer l'information des patients et des aidants, la formation des soignants, ainsi que des dispositions comme les directives anticipées qui pourraient éviter certaines réhospitalisations notamment la nuit et les week-ends.

Nos travaux retrouvent une part majoritaire de patients réhospitalisés qui sont décédés en structure et notamment ceux qui ont présenté plusieurs réhospitalisations.

Les réhospitalisations, même si elles sont parfois bénéfiques, peuvent apparaître comme un frein aux décès à domicile.

Il serait intéressant d'effectuer un travail avec un effectif plus important et de pouvoir comparer les motifs et conditions de réhospitalisations des patients décédés à domicile de ceux décédés en structure.

Les soins palliatifs oncologiques sont au cœur des enjeux de demain ; ceci est souligné par l'importance donnée au développement des HAD et par déploiement des soins palliatifs dans le plan gouvernemental en cours.

La perspective de dispense de l'accord du médecin traitant pour la mise en place de l'HAD dans les prochaines années fait également partie intégrante du projet de développement pour permettre l'accès au plus grand nombre à des soins palliatifs à domicile.

#### **BIBLIOGRAPHIE**

- 1. Résultats de la requête : Effectifs de décès [Internet]. [cité 25 oct 2021]. Disponible sur: http://cepidc-data.inserm.fr/cgi-bin/broker.exe
- 2. Le cancer en chiffres | Fondation ARC pour la recherche sur le cancer [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: https://www.fondation-arc.org/le-cancer-en-chiffres
- 594 000 personnes décédées en France en 2016, pour un quart d'entre elles à leur domicile - Insee Focus - 95 [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/3134763
- 4. Observatoire national de la fin de vie : rapport 2013 Fin de vie des personnes âgées : sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France [Internet]. Vie publique.fr. [cité 22 nov 2021]. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/rapport/33531-observatoire-national-fin-de-vie-2013-fin-de-vie-des-personnes-agees
- 5. Les Français et la mort en 2010 [Internet]. IFOP. [cité 22 nov 2021]. Disponible sur: https://www.ifop.com/publication/les-français-et-la-mort-en-2010/
- 6. Qu'est-ce que l'HAD ? [Internet]. FNEHAD. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: https://www.fnehad.fr/quest-ce-que-lhad/
- 7. Rétrospective de l'hospitalisation à domicile | Cairn.info [Internet]. [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-3-page-157.htm
- 8. DGOS. L'hospitalisation à domicile [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 11 déc 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had
- 9. Circulaire DHOS-O3 n° 2006-506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile [Internet]. [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: https://www.adiph.org/ressources/textes-officiels/politique-de-sante/circulaire-dhos-o3-n-2006-506-du-1er-decembre-2006-relative-a-l-hospitalisation-a-domicile
- 10. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juill 21, 2009.
- 11. Arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.
- 12. Guide méthodologique HAD 2021 | Publication ATIH [Internet]. [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/guide-methodologique-had-2021-1
- 13. Publication du Rapport d'activité 2019/2020 [Internet]. FNEHAD. 2020 [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: https://www.fnehad.fr/2020/11/17/publication-du-rapport-dactivite-2019-2020/
- 14. applications\_taux-de-recours-had (1).xls [Internet]. Google Docs. [cité 4 janv 2022]. Disponible sur: https://docs.google.com/spreadsheets/u/0/d/

- 15. guide\_indicateur\_hpe\_dgos\_atih\_200318.pdf [Internet]. [cité 4 janv 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\_indicateur\_hpe\_dgos\_atih\_200318.pdf
- 16. guide\_indicateur\_rh30\_dgos\_atih\_200318.pdf [Internet]. [cité 4 janv 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide\_indicateur\_rh30\_dgos\_atih\_200318.pdf
- 17. Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES) [Internet]. [cité 23 janv 2022]. Disponible sur: https://www.occitanie.ars.sante.fr/contrat-damelioration-de-la-qualite-et-de-lefficience-des-soins-caqes
- 18. Journées nationales FNEHAD 2016 [Internet]. Google Docs. [cité 4 janv 2022]. Disponible sur: https://docs.google.com/document/d/1
- 19. Rapport Observatoire National de la Fin de Vie | SFAP site internet [Internet]. [cité 22 nov 2021]. Disponible sur: http://www.sfap.org/actualite/rapport-observatoire-national-de-la-fin-de-vie
- 20. Définition et organisation des soins palliatifs en France | SFAP site internet [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-dessoins-palliatifs-en-france
- 21. Osman H, Shrestha S, Temin S, Ali ZV, Corvera RA, Ddungu HD, et al. Palliative Care in the Global Setting: ASCO Resource-Stratified Practice Guideline. J Glob Oncol. 8 mai 2018;4:JGO.18.00026.
- 22. Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (1).
- 23. Chapitre préliminaire : Droits de la personne (Articles L1110-1 à L1110-13) Légifrance [Internet]. [cité 5 nov 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000031971181/2016-02-04
- 24. LOI n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (1) Légifrance [Internet]. [cité 29 oct 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000446240/
- 25. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1). 2016-87 févr 2, 2016.
- 26. Article L1110-5-3 Code de la santé publique Légifrance [Internet]. [cité 5 nov 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\_lc/LEGIARTI000031971181/
- 27. Circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l' organisation des soins palliatifs APHP DAJDP [Internet]. [cité 25 oct 2021]. Disponible sur: http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-dhoso2200899-du-25-mars-2008-relative-a-l-organisation-des-soins-palliatifs/
- 28. Bretonnière S, Galmiche P. État des lieux des structures et ressources en soins palliatifs (USP, EMSP) en France en Octobre 2019. :35.
- 29. Duhamel DG, Mejane J. Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile. :1.
- 30. Dossier de presse concernant le plan triennal | SFAP site internet [Internet]. [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: https://sfap.org/document/dossier-de-presse-concernant-le-plan-triennal
- 31. Déclaration de M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, sur le programme d'actions 2002-2005 en faveur des soins palliatifs qui s'articule autour du développement des soins palliatifs à domicile ou dans les établissements de santé et la sensibili [Internet].

- Vie publique.fr. [cité 5 nov 2021]. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/discours/127849-declaration-de-m-bernard-kouchner-ministre-delegue-la-sante-sur-le
- 32. Plan de développement des soins palliatifs 2008-2012 | SFAP site internet [Internet]. [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: https://sfap.org/document/plan-de-developpement-des-soins-palliatifs-2008-2012
- 33. plan-sp-2015-2018.pdf [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: http://www.sfap.org/system/files/plan-sp-2015-2018.pdf
- 34. Évaluation du plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie [Internet]. [cité 22 nov 2021]. Disponible sur: https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article774
- 35. DGOS\_Nathan.P, DGOS\_Nathan.P. Le plan national développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 11 déc 2021]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/article/le-plan-national-developpement-des-soins-palliatifs-et-accompagnement-de-la-fin
- 36. Morin L, Aubry R. Soins palliatifs en hospitalisation à domicile : état des lieux à partir des données hospitalières. Médecine Palliat Soins Support Accompagnement Éthique. 1 févr 2017;16(1):7-20.
- 37. FNEHAD\_RA2018-19\_web\_pl.pdf [Internet]. [cité 11 oct 2021]. Disponible sur: https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2019/11/FNEHAD\_RA2018-19\_web\_pl.pdf
- 38. Données nationales et informations Atlas I Fin de vie [Internet]. Parlons Fin de Vie. [cité 20 déc 2021]. Disponible sur: https://www.parlons-fin-de-vie.fr/qui-sommes-nous/atlas-des-soins-palliatifs-et-de-la-fin-de-vie/
- 39. L'activité de l'ICM | ICM Montpellier [Internet]. [cité 22 nov 2021]. Disponible sur: https://www.icm.unicancer.fr/fr/linstitut-du-cancer-de-montpellier/decouvrir-licm/rapports-dactivite-et-chiffres
- 40. Publication de notre rapport d'activité 2020 | ICM Montpellier [Internet]. [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: https://www.icm.unicancer.fr/fr/actualites/publication-de-notre-rapport-dactivite-2020
- 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. 1 oct 2013;16(10):1290-3.
- 42. Gomes B, Calanzani N, Curiale V, McCrone P, Higginson IJ. Effectiveness and cost-effectiveness of home palliative care services for adults with advanced illness and their caregivers. Cochrane Database Syst Rev. 6 juin 2013;(6):1-279.
- 43. Chappuis V. Description de patients relevant de soins palliatifs suivis en HAD. Médecine Palliat Soins Support Accompagnement Éthique. déc 2008;7(6):297-301.
- 44. Houttekier D, Cohen J, Block LV den, Bossuyt N, Deliens L. Involvement of Palliative Care Services Strongly Predicts Place of Death in Belgium [Internet]. https://home.liebertpub.com/jpm. Mary Ann Liebert, Inc. 140 Huguenot Street, 3rd Floor New Rochelle, NY 10801 USA; 2010 [cité 15 oct 2021]. Disponible sur: https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jpm.2010.0279

- 45. Revues de pertinence incluses dans CAQES S12020\_ARS.pptx [Internet]. Google Docs. [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: https://docs.google.com/presentation/u/0/d/1
- 46. Gotreau C. Motifs de réhospitalisation non programmée de l'hospitalisation à domicile Santé Relais Domicile à Toulouse: étude observationnelle entre octobre 2016 et Mars 2017 [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2017 [cité 13 janv 2022]. Disponible sur: http://thesesante.ups-tlse.fr/1804/
- 47. Juttin I, Paillas-Olivier A-S. Analyse des ré-hospitalisations de patients pris en charge par I'hospitalisation à domicile d'Angers. Angers: Université Angers; 2015. p. 191.
- 48. Fourcade C. MOTIFS D'HOPITALISATION DES PATIENTS INCLUS DANS LE RESEAU DE SOINS PALLIATIFS DE HAUTE-GARONNE : ETUDE DE 107 HOSPITALISATIONS SUR 6 MOIS EN 2011-2012. 2014;50.
- 49. Melin M. Réhospitalisations aux urgences des patients pris en charge en HAD: retour d'expérience de cinq services d'accueil des urgences de la région lyonnaise sur l'année 2018 [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2019 [cité 15 oct 2021]. Disponible sur: https://n2t.net/ark:/47881/m6930sdf
- 50. Barbera L, Taylor C, Dudgeon D. Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life? CMAJ Can Med Assoc J. 6 avr 2010;182(6):563-8.
- 51. Martin N, Bremaud N, Blanc J, Bertaut A, Brunet L, Favier L. Étude des symptômes et prescriptions chez les patients en soins palliatifs pris en charge en hospitalisation à domicile du centre Georges-François-Leclerc. Médecine Palliat. déc 2019;18(6):279-86.
- 52. Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. N Engl J Med. 19 août 2010;363(8):733-42.
- 53. Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich H, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. Cochrane Database Syst Rev. 12 juin 2017;2017(6):CD011129.
- 54. Triplett DP, LeBrett WG, Bryant AK, Bruggeman AR, Matsuno RK, Hwang L, et al. Effect of Palliative Care on Aggressiveness of End-of-Life Care Among Patients With Advanced Cancer. J Oncol Pract. sept 2017;13(9):e760-9.
- 55. Goldwasser F, Vinant P, Aubry R, Rochigneux P, Beaussant Y, Huillard O, et al. Timing of palliative care needs reporting and aggressiveness of care near the end of life in metastatic lung cancer: A national registry-based study. Cancer. 15 juill 2018;124(14):3044-51.
- 56. Greer JA, Jacobs JM, El-Jawahri A, Nipp RD, Gallagher ER, Pirl WF, et al. Role of Patient Coping Strategies in Understanding the Effects of Early Palliative Care on Quality of Life and Mood. J Clin Oncol. 1 janv 2018;36(1):53-60.
- 57. 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):585-615.
- 58. Perret C, Vassal P, Chapuis F, Mazloum W. Facteurs favorisant le retour à domicile des patients en fin de vie hospitalisés. Médecine Palliat Soins Support Accompagnement Éthique. févr 2011;10(1):14-23.
- 59. Observatoire national de la fin de vie : rapport 2012 Vivre la fin de sa vie chez soi [Internet]. Vie publique.fr. [cité 16 déc 2021]. Disponible sur: https://www.vie-publique.fr/rapport/33067-observatoire-national-de-la-fin-de-vie-rapport-2012-vivre-la-fin-de

- 60. Soins palliatifs, maintien des patients à domicile, directives anticipées... [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 16 déc 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/pprd\_2974203/fr/soins-palliatifs-maintien-des-patients-a-domicile-directives-anticipees
- 61. Sondage : Les Français et les soins palliatifs [Internet]. Plus digne la vie. [cité 16 déc 2021]. Disponible sur: http://plusdignelavie.com/?p=1127
- 62. Hoerger M, Perry LM, Gramling R, Epstein RM, Duberstein PR. Does educating patients about the Early Palliative Care Study increase preferences for outpatient palliative cancer care? Findings from Project EMPOWER. Health Psychol Off J Div Health Psychol Am Psychol Assoc. juin 2017;36(6):538-48.

### **ANNEXES**

# Annexe 1- Grille de recueil des motifs de réhospitalisation pour les HAD dans le cadre de la revue de pertinence du CAQES

#### ATTENTION à ne remplir qu'un seul et unique motif (avec les critères associés) par fiche patient

Motif de la réhospitalisation	Critères	Réponse	Pertinence
Aggravation de l'état de santé nécessitant des soins continus, un plateau technique	Surveillance accrue  Demande d'hospitalisation faite par le prescripteur /coordonnateur		
Hospitalisation pour geste chirurgical, endoscopie ou geste technique (acte programmé)	Demande d'hospitalisation faite par le precripteur Acte chirurgical pour lequel la HAS recommande une PEC en ambulatoire ou HDJ		
Difficulté de l'aidant	Survenue d'une pathologie de l'aidant Maltraitance		
Hospitalisation de répit	Hospitalisation programmée  Hospitalisation définie dans le projet de soins  Accord du medecin du service receveur		
Refus d'un déces à domicilie	Défini dans le projet de soins Accord du medecin du service receveur		
Rupture de la continuité des soins (absence non remplacée de médecin traitant, IDEL, impossibilité d'avoir les médicaments ou les DM dans les délais)			
Dégradation de l'environnement du patient : chauffage, alimentation électrique, eau, perte de logement, aléas climatiques			

Annexe 2 : Grille de recueil de données des motifs et caractéristiques des réhospitalisations de la thésarde

N° anonymat	Initiales	Année naissance	Genre	Pathologie onco	pec par HAD	dt mep HAD	dt 1ère ré- hosp	Décédé ?	Si décèdé, lieu	Si décèdé, date	Nb. jours entre dernière ré-hosp e décès
			1 Homm e 2 Femme	1 XXX 2 XXX 3 XXX	1 Montpellier 2 Nîmes Lieu si Autre	jj/mm/aaaa	••	1 Oui 0 Non	1 Domicile 2 En structure	jj/mm/aa aa	

No. Réhosp	Motif de ré- hospitalisation	Si Autre, laquelle	Réhospitalisation en heure ouvrable ?	No. de visites hebdomadaire du médecin traitant				Suivi par l'EMASP?
même patient il y aura plusieurs réhospitalisations que tu	principale 2. Problématique sociale 3. Souffrance psychologique 4. Prise en charge inadéquate des intervenants à domicile 5. Autre	ici ce sera texte libre, mais essaye d'être très succinte et d'écrire tjours les mêmes motfs de la même façon. (car après on devra	1. Oui 2. Non. Nuit 3. Non. Fin de semaine		1 Oui 0 Non	1 Oui 0 Non	1 Oui 0 Non	1 Oui 0 Non

#### **ANNEXE 3**

Table 17. Association des motifs de réhospitalisation

Variable		N	%
Motif de réhospitalisation(n=37)		N %  27 72.97  1 2.70  5 13.51  2 5.41  1 2.70	
	1. Aggravation pathologie principale	27	72.97
	3.Souffrance psychologique	1	2.70
	5.latrogénie	5	13.51
	1+3.Aggravation+Souffrance	2	5.41
	1+4.Aggravation+PEC inadéquate	1	2.70
	4+5.PEC inadéquate + latrogénie	1	2.70

# Table 18. Association des sous-motifs du motif aggravation de la pathologie

**ANNEXE 4** 

Principale

Si Motif : Aggravation de la			
pathologie principale (n=30	0)		
	1.Infectieux	3	10
	2.Algologie	6	20
	3.Complication digestive	6	20
	4.Détresse respiratoire	3	10
	5.Neurologique	3	10
	6.AEG	1	3.3
	7.Autre	1	3.3
	1+3 Infectieux + digestif	1	3.3
	1+4 Infectieux + détresse respi	1	3.3
	2+3 Algologie + digestif	1	3.3
	2+6 Algologie + AEG	1	3.3
	3+6 Digestif + AEG	2	6.6
	2+1+6 Algologie + infectieux + AEG	1	3.3

## SERMENT

- En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.
- > Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.
- Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.
- Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.
- P Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

#### **RESUME DE L'ETUDE**

**INTRODUCTION**: Il existe une augmentation de l'activité des soins palliatifs due en partie à la part prépondérante des pathologies oncologiques dans la fin de vie. Le souhait majoritaire des patients restant le décès à domicile, il est important de leur offrir cette possibilité notamment grâce à la mise en place de l'HAD.

L'objectif de cette thèse est l'analyse des motifs de réhospitalisation à l'ICM des patients suivis en HAD pour des soins palliatifs oncologiques dans le but de trouver des pistes d'amélioration du maintien à domicile.

**METHODE**: nous avons réalisé une étude observationnelle quantitative portant sur le recueil des motifs de réhospitalisation à l'ICM des patients suivis en HAD pour des soins palliatifs oncologique en 2019. Les critères secondaires portaient sur l'environnement psycho-social, les caractéristiques des réhospitalisations, et le suivi médical. Les données ont été collectées grâce aux dossiers médicaux informatisés, et appels aux médecins traitants et structures d'HAD. Une analyse biostatistique a ensuite été réalisée.

**RESULTATS**: 37 réhospitalisations ont été inclues. Le motif de réhospitalisation le plus fréquent est l'aggravation de la pathologie principale (incluant de manière prépondérante les complications digestives, l'algologie et la pathologie infectieuse) suivie de la iatrogénie, de la souffrance psychologique et le l'inadéquation de la prise en charge au domicile. Les patients sont majoritairement décédés en structures, bénéficiaient pour la plupart d'un entourage présent, d'un domicile adapté et n'étaient en majeur partie non suivis par les réseaux et équipes mobiles de soins palliatifs.

**DISCUSSION**: Ces résultats sont conformes à ceux retrouvés dans la littérature. Ils mettent en avant la nécessité d'un bon contrôle des symptômes notamment en insistant sur la précocité de la mise en place de soins palliatifs et le recours aux structures comme les réseaux ou équipes mobiles de soins palliatifs. La formation des soignants et l'information des patients sur les soins palliatifs semblent aussi essentielles.

**CONCLUSION**: L'aggravation de la pathologie principale reste le motif prépondérant de réhospitalisation de ces patients, on peut penser qu'une optimisation du contrôle des symptômes permettrait un meilleur maintien à domicile.

MOTS-CLES: soins palliatifs, réhospitalisations, home care, palliative home care, oncologie, hospitalisation à domicile