



Année 2021/2022

N°

## **Thèse**

Pour le

### **DOCTORAT EN MEDECINE**

Diplôme d'État

Par

**Cyril GOIX**

Née le 20/12/1990 à SENLIS (60)

---

**CRITERES D'ADMISSION DES PATIENTS PRIS EN CHARGE EN HAD POUR SOINS  
PALLIATIFS EN INDRE ET LOIRE.  
RECHERCHE DE FACTEURS PREDICTIFS DE REHOSPITALISATION**

---

Présentée et soutenue publiquement le 30 mai 2022 à 18 heures devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Claude LINASSIER, Cancérologie Radiothérapie, Faculté de médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Sylvain MARCHAND-ADAM, Pneumologie, Faculté de médecine – Tours

Professeur Donatien MALLET, Soins palliatifs, Faculté de médecine – Tours

Docteur Cécile DUPASSAGE, Médecine générale - Tours

Directeur de thèse :

Docteur Camille GUIDON, Pédiatrie, Faculté de médecine - Bordeaux

**UNIVERSITE DE TOURS  
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

**Pr Patrice DIOT**

**VICE-DOYEN**

**Pr Henri MARRET**

**ASSESSEURS**

**Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie***

**Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales***

**Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université***

**Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale***

**Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue***

**Pr Patrick VOURC'H, *Recherche***

**RESPONSABLE ADMINISTRATIVE**

**Mme Fanny BOBLETER**

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

**Pr Emile ARON (†) – 1962-1966**

***Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962***

**Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972**

**Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994**

**Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004**

**Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014**

**PROFESSEURS EMERITES**

**Pr Daniel ALISON**

**Pr Gilles BODY**

**Pr Jacques CHANDENIER**

**Pr Philippe COLOMBAT**

**Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL**

**Pr Pascal DUMONT**

**Pr Dominique GOGA**

**Pr Gérard LORETTE**

**Pr Dominique PERROTIN**

**Pr Roland QUENTIN**

**PROFESSEURS HONORAIRES**

**P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU**

**– C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L.**

**CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA**

**LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L.**

**GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y.**

**LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C.**

**MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD**

**– D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J.**

**SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL**

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

---

ANDRES Christian .....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis .....	Cardiologie
APETOH Lionel .....	Immunologie
AUPART Michel .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique .....	Cardiologie
BAKHOS David .....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas .....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle .....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora .....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle ....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène .....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique .....	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry .....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent .....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck .....	Urologie
BUCHLER Matthias .....	Néphrologie
CALAIS Gilles .....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent .....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe .....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe .....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DIOT Patrice .....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague .....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri .....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam .....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan .....	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FAVARD Luc .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand .....	Gériatrie
FOUQUET Bernard .....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick .....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe .....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine .....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe .....	Rhumatologie
GRUEL Yves .....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice .....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine .....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge .....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel .....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel .....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier .....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis .....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe .....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert .....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd .....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique .....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry .....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel .....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude .....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie

MARRET Henri .....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine .....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain .....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
ODENT Thierry .....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna .....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric .....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck .....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean .....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent .....	Physiologie
REMERAND Francis .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe .....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem .....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre .....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick .....	Génétique
VAILLANT Loïc .....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane .....	Anatomie
VOURC'H Patrick .....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé .....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess .....	Neurochirurgie

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

---

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

## **PROFESSEURS ASSOCIES**

---

MALLET Donatien ..... Soins palliatifs  
POTIER Alain ..... Médecine Générale  
ROBERT Jean ..... Médecine Générale

## **PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE**

---

MC CARTHY Catherine ..... Anglais

## **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

---

AUDEMARD-VERGER Alexandra ..... Médecine interne  
BARBIER Louise..... Chirurgie digestive  
BINET Aurélien ..... Chirurgie infantile  
BISSON Arnaud ..... Cardiologie (CHRO)  
BRUNAUT Paul ..... Psychiatrie d'adultes, addictologie  
CAILLE Agnès ..... Biostat., informatique médical et technologies de communication  
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo ..... Rhumatologie (au 01/10/2021)  
CLEMENTY Nicolas ..... Cardiologie  
DENIS Frédéric ..... Odontologie  
DOMELIER Anne-Sophie ..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière  
DUFOUR Diane ..... Biophysique et médecine nucléaire  
ELKRIEF Laure ..... Hépatologie – gastroentérologie  
FAVRAIS Géraldine ..... Pédiatrie  
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie ..... Anatomie et cytologie pathologiques  
GOUILLEUX Valérie..... Immunologie  
GUILLON-GRAMMATICO Leslie ..... Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille .....	Immunologie
LE GUELLEC Chantal .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno .....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien .....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine .....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste .....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric .....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille .....	Médecine légale
ROUMY Jérôme .....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte .....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie .....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl .....	Bactériologie
TERNANT David .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure .....	Génétique

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

---

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia .....	Neurosciences
NICOLOU Antonine .....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile .....	Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

---

BARBEAU Ludvine .....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle .....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime .....	Médecine Générale
RUIZ Christophe .....	Médecine Générale
SAMKO Boris .....	Médecine Générale

## CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

---

BECKER Jérôme .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache .....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie .....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe .....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie .....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie .....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne .....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric .....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio .....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William .....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha .....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille .....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire .....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

---

*Pour l'Ecole d'Orthophonie*

DELORE Claire .....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie .....	Praticien Hospitalier

***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

**BOULNOIS Sandrine ..... Orthoptiste**

**SALAME Najwa ..... Orthoptiste**

***Pour l'Ethique Médicale***

**BIRMELE Béatrice ..... Praticien Hospitalier**

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

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

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

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

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité. Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque.”

## REMERCIEMENTS

**Aux membres du jury,**

A ma directrice de thèse,

Merci d'avoir accompagné durant la rédaction de la thèse et dans cette dernière ligne droite.

A Monsieur le Professeur LINASSIER Claude,

Merci d'avoir accepté de présider ce jury de thèse. Merci pour votre engagement et votre désir de transmission. Je vous témoigne ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur MARCHAND-ADAM Sylvain,

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse et de me faire l'honneur de juger ce travail. J'espère que votre expertise et votre regard de pneumologue apporteront une vision différente et permettront d'enrichir ce travail.

A Monsieur le Professeur MALLET Donatien,

Merci de vous être intéressé à ce sujet et d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Vous me faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans ce jury, je vous en suis extrêmement reconnaissant.

A Madame Le Docteur DUPASSAGE Cécile,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse. Merci pour tout ce que tu m'as transmis merci de m'avoir permis d'avoir une vision différente sur les soins palliatifs.



## **A ma famille,**

A ma femme, merci d'être là tous les jours et de faire part d'une patience hors pair. Merci d'être toi tout simplement. Ma pudeur m'empêche d'en dire plus mais un regard suffit.

A mes enfants, Chloé, merci d'être la petite fille la plus sage du monde, et à notre futur bébé.

A mes parents, merci de m'avoir aidé à devenir ce que je suis. Merci de m'avoir inculqué toutes les valeurs que je ferai l'effort de transmettre à mes enfants. A ma mère merci de m'avoir transmis un esprit critique important. A mon père merci de m'avoir fait découvrir la mort du loup et de m'avoir fait réfléchir dessus. Merci d'être venu me bercer toutes les nuits où j'avais peur.

A mon frère et ma sœur, merci pour nos fous rires et nos disputes. Merci de m'avoir accompagné jusque-là sur les terrains de sport et sur le terrain de la vie.

A mon beau-frère et mes belles sœurs merci de partager tous ces moments ensemble.

A mes beaux-parents, merci de nous accompagner avec tant de tendresse et de gentillesse.

A mon neveu et ma filleule, vous pourrez toujours compter sur moi.

## **A mes amis,**

Merci d'être là et de partager tous les moments importants de ma vie.

Merci à Jérémy Pasco de m'avoir aidé dans la réalisation des statistiques de cette thèse.

Merci également aux deux HAD, ASSAD-HAD et LNA de m'avoir permis de mener cette étude à terme.

## RESUME

**Introduction** : Il existe un vieillissement de la population dans le monde avec une augmentation des pathologies chroniques et une augmentation des prises en charge palliatives. Une majorité des patients déclare vouloir décéder au domicile, souhait permis par l'hospitalisation à domicile (HAD). Cependant de nombreux patients sont réhospitalisés de manière programmée ou non. L'objectif de cette étude d'évaluer l'existence de facteurs prédictif de réhospitalisation à l'entrée des patients en HAD.

**Méthode** : Nous avons réalisé une étude de cohorte observationnelle, rétrospective, multicentrique, des dossiers des patients hospitalisés en HAD pour soins palliatifs en Indre et Loire, entre janvier 2021 et mars 2021 et dont les dossiers étaient clôturés au 31 mars 2021. L'objectif principal était d'évaluer l'existence de potentiels facteurs prédictifs de réhospitalisation dans les données recueillies à l'entrée en HAD. Les objectifs secondaires étaient de rechercher s'il existait des facteurs prédictifs d'hospitalisation précoce (<30 jours) ou non programmée (passage par les services d'urgences). Toutes les variables qualitatives ou quantitatives ont été décrites puis analysées à l'aide d'une régression logistique de manière univariée, puis multivariée lorsque cela était possible.

**Résultats** : Cent cinquante-trois patients pris en charge par les HAD LNA et ASSAD pour soins palliatifs entre janvier et mars 2021 ont été inclus dans notre étude. Nous avons recensé 43 réhospitalisations durant la période d'étude soit 28% des prises en charge. La survenue d'une réhospitalisation était associée en analyse univariée au fait d'avoir une pathologie pneumologique (HR 3,87 ; IC (1,15 ; 13) ;  $p=0,029$ ) et au fait d'avoir un aidant au domicile (HR 2,32 ; IC (1,1 ; 4,91) ;  $p=0,027$ ). En analyse multivariée, avoir un aidant au domicile était associé de manière significative à la survenue d'une réhospitalisation (HR 8,99 ; IC (1,49 ; 54,2) ;  $p=0,017$ ). A contrario, la connaissance du pronostic par le patient semblait être associée à un moindre risque de réhospitalisation (HR 0,02 ; IC (0 ; 0,33) ;  $p=0,007$ ). 25 patients ont été réhospitalisés avant 30 jours (58%). La présence de troubles de la déglutition est la seule variable associée de manière significative et protectrice en analyse univariée à des réhospitalisations précoces (OR 0,19 ; IC (0,03 ; 0,79) ;  $p < 0,04$ ). 17 patients en situation palliative ont été réhospitalisés de manière non programmée, soit 11% de la population. Les étiologies pneumologiques de prise en charge HAD (HR 6,8 ; IC (1,44 ; 32,2) ;  $p < 0,016$ ) étaient associées à un sur-risque de réhospitalisation. L'AVQ était lui retrouvé comme facteur protecteur de façon significative (HR 0,89 ; IC (0,8 ; 0,99) ;  $p < 0,036$ ).

**Conclusion** : Notre étude a montré qu'il existait des facteurs prédictif de réhospitalisation, à savoir les prises en charge pour une pathologie pneumologique ou avoir un aidant au domicile. Seulement il semble intéressant de réaliser une étude à plus grande échelle et se questionner si des protocoles mis en place pourraient permettre de diminuer le nombre de réhospitalisation.

**Mots clés** : HAD, urgences, réhospitalisation, soins palliatifs

## Table des matières

<b>SERMENT D'HIPPOCRATE.....</b>	<b>7</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>8</b>
<b>RESUME .....</b>	<b>10</b>
<b>TABLE DES MATIERES .....</b>	<b>11</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>12</b>
<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>13</b>
<b>2. MATERIELS ET METHODE .....</b>	<b>15</b>
A. TYPE D'ETUDE .....	15
B. OBJECTIF DE L'ETUDE.....	15
C. POPULATION DE L'ETUDE.....	15
D. OUTILS DE RECUEIL .....	15
E. ANALYSE DES DONNEES.....	17
F. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE .....	17
<b>3. RESULTATS .....</b>	<b>18</b>
A. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION .....	18
<i>Tableau 1 : Descriptif des populations .....</i>	<i>19</i>
B. FACTEURS PREDICTIFS DE REHOSPITALISATION.....	19
<i>Tableau 2 : Analyse univariée et multivariée des patients réhospitalisés.....</i>	<i>20</i>
C. FACTEURS PREDICTIFS DE REHOSPITALISATION PRECOCE .....	21
<i>Tableau 3 : Analyse univariée et multivariée des patients réhospitalisés avant 30 jours.....</i>	<i>22</i>
D. FACTEURS PREDICTIFS DE REHOSPITALISATION NON PROGRAMMEE.....	22
<i>Tableau 4 : Analyse univariée des patients réhospitalisés de manière non programmée .....</i>	<i>23</i>
<b>4. DISCUSSION.....</b>	<b>24</b>
A. COMPARAISON DE NOS DONNEES GENERALES A LA LITTERATURE .....	24
B. CONNAISSANCE DU DIAGNOSTIC ET REHOSPITALISATION.....	25
C. FACTEURS DE RISQUE DE REHOSPITALISATIONS .....	25
D. FACTEURS DE RISQUES DE REHOSPITALISATIONS PRECOCES .....	27
E. FACTEURS DE RISQUES DE REHOSPITALISATIONS NON PROGRAMMEES.....	27
F. FORCES ET FAIBLESSES DE NOTRE ETUDE.....	28
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>30</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>31</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>34</b>
ANNEXE 1 – SCORE AVQ .....	34
ANNEXE 2 – CARACTERISTIQUES DES DONNEES DE LA POPULATION EN SOINS PALLIATIFS EN HAD. ....	35
ANNEXE 3 – CARACTERISTIQUES DES DONNEES DE LA POPULATION AVEC OU SANS REHOSPITALISATION. ....	36
ANNEXE 4 – ANALYSE UNIVARIEE ET MULTIVARIEE DES REHOSPITALISATIONS.....	38
ANNEXE 5 – ANALYSE UNIVARIEE ET MULTIVARIEE DES REHOSPITALISATIONS PRECOCES .....	40
ANNEXE 6 – ANALYSE UNIVARIEE ET MULTIVARIEE DES REHOSPITALISATIONS NON PROGRAMMEES .....	42
ANNEXE 7 – FICHE PALLIASAMU .....	44

## LISTE DES ABREVIATIONS

AVQ : Activités de la vie quotidienne

BHRE : bactérie hautement résistante émergente

BMR : bactérie multi-résistante

HAD : Hospitalisation à domicile

IMC : Indice de masse corporelle

VNI : Ventilation non invasive

SFAP : Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs

## 1. INTRODUCTION

En France il existe un vieillissement de la population avec une augmentation des pathologies chroniques<sup>1</sup>. Les personnes en fin de vie ou en perte d'autonomie sont de plus en plus nombreuses et bien qu'une majorité déclare vouloir décéder au domicile, la plupart décède à l'hôpital<sup>2</sup>.

Depuis la circulaire du 4 décembre 2013 portant sur la modernisation de notre système de soins, l'État a voulu favoriser les prises en charge ambulatoires<sup>3</sup>. L'hospitalisation à domicile (HAD) peut le permettre depuis la loi du 31 juillet 1991 en étant une réelle alternative à l'hospitalisation traditionnelle<sup>4</sup>. Elle permet d'assurer la prise en charge des soins médicaux ou paramédicaux, pour une période limitée et révisable à tout moment. Ce mode de prise en charge peut donc normalement répondre au désir de pouvoir être soigné et de décéder au domicile<sup>5,6</sup>.

Néanmoins, un certain nombre de patients sont amenés au cours de leur prise en charge HAD, à être réhospitalisés de façon programmée ou non programmée, avec un certain nombre de passages par les services d'urgences. Certaines de ces réhospitalisations peuvent être désignées comme « non évitables », mais d'autres comme « évitables »<sup>7</sup>. Parmi cette notion d'hospitalisations évitables, certaines sont définies comme précoces, car survenant dans les 30 jours suivant le début de la prise en charge HAD. Ce marqueur peut alors servir d'indicateur de la qualité des soins dispensés dans les hôpitaux<sup>8,9</sup>.

En Indre et Loire, deux HAD coexistent sur le territoire.

Lors d'une entrée en HAD, plusieurs étapes sont réalisées. La première est une création du dossier patient, étape essentiellement administrative de vérification des critères d'admission et de récupération des documents nécessaires à l'admission, notamment la prescription d'HAD. Elle est suivie d'une visite de préadmission auprès du patient. Un grand nombre d'informations sont alors récupérées et permettent au médecin coordonnateur de prévoir l'organisation de la prise en charge du patient. Cette dernière est révisable à tout moment et peut parfois conduire à une réhospitalisation.

Dans cette population souvent fragilisée et palliative, il paraît important de se demander s'il est possible d'anticiper le risque de réhospitalisation (programmée, non programmée, ou précoce). Parmi les éléments recueillis systématiquement lors de l'entrée des patients en HAD pour prise en charge palliative en Indre et Loire, existe-t-il des facteurs prédictifs de réhospitalisation ?

## 2. MATERIELS ET METHODE

### A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude de cohorte observationnelle, rétrospective, multicentrique, des dossiers des patients hospitalisés en hospitalisation à domicile pour soins palliatifs en Indre et Loire, entre janvier 2021 et mars 2021.

### B. Objectif de l'étude

L'objectif de l'étude était d'évaluer l'existence de potentiels facteurs prédictifs de réhospitalisation dans les données recueillies à l'entrée en HAD.

Les objectifs secondaires étaient de rechercher s'il existait des facteurs prédictifs d'hospitalisation précoce (<30 jours) ou non programmée (passage par les services d'urgences).

### C. Population de l'étude

Les critères d'inclusion étaient :

- Tous les patients hospitalisés en HAD d'Indre et Loire pour motif « soins palliatifs » (motif principal ou associé) sur la période du 1er janvier au 31 mars 2021.
- Tous les patients dont le dossier a été clôturé durant la période donnée pour hospitalisation, décès à domicile ou relais à domicile sans hospitalisation.

Les critères de non inclusion étaient les patients dont le dossier a été clôturé pour un transfert dans un autre département ou dans une autre HAD.

Il n'y a pas eu de critère d'exclusion au cours de l'étude.

### D. Outils de recueil

La grille de recueil de données a été élaborée à partir des dossiers d'admission au sein des deux HAD d'Indre et Loire (LNA et ASSAD HAD).

Cette grille a été construite sur la base des éléments communs recherchés lors des évaluations d'entrée en HAD. Les données ont été recueillies au sein des deux

établissements sur les dossiers médicaux informatisés, après accord des directeurs des établissements.

Les variables recueillies de façon identique dans les deux HAD étaient :

- Facteurs sociodémographiques : Âge, Sexe, Aidant au domicile (oui/non), présence d'aides à domicile (oui/non).
- Facteurs liés à la pathologie : oncologie, pneumologie, cardiologie, infectiologie, neurologie, infectiologie, gériatrie
- Facteurs psychosociaux (oui/non) : Connaissance du diagnostic par le patient, par son entourage, connaissance du pronostic par le patient, par son entourage, présence de difficultés psychologiques chez le patient.
- Évaluation globale : Score d'activité de la vie quotidienne (AVQ) (*Annexe I*), hospitalisations programmées (oui/non).
- Facteurs de risques :
  - Risque respiratoire (oui/non) : Eupnéique, encombrement bronchique, toux, dyspnée, oxygénothérapie, trachéotomie, ventilation non invasive (VNI), aérosols, kinésithérapie respiratoire.
  - Risque nutritionnel : Indice de masse corporelle (IMC), troubles de la déglutition (oui/non), présence d'une nutrition entérale (oui/non), présence d'une nutrition parentérale (oui/non).
  - Risque de chute (oui/non).
  - Souffrance physique (oui/non), et si oui, traitement en place (oui/non).
  - Risque cutané : Score Norton<sup>33</sup>.
  - Risque infectieux : Patient porteur d'une bactérie multi-résistante (BMR) (oui/non), patient porteur d'une bactérie hautement résistante émergente (BHRE) (oui/non).
- Durée d'hospitalisation
- Mode de sortie

Les critères recueillis seulement par une seule HAD lors des admissions ont été exclus du recueil.

Tous les facteurs précédents ont été recueillis puis analysés en fonction des statuts réhospitalisés versus non réhospitalisés durant la période étudiée.



Nous avons recueilli la durée d'hospitalisation des patients afin d'évaluer le caractère précoce des réhospitalisation et ainsi que l'adressage des patients afin d'évaluer le caractère non programmé de ces réhospitalisations.

### E. Analyse des données

Les variables qualitatives ont été décrites à l'aide de l'effectif et de la proportion. Les variables quantitatives l'ont été selon la moyenne et l'écart type.

Une analyse univariée des différents critères recueillis a été effectuée à l'aide d'une régression logistique pour les variables qualitatives et quantitatives.

Une analyse multivariée a été effectuée quand cela était possible à l'aide d'une régression logistique. Les variables incluses ont été celles dont la significativité était inférieure à 0,2 ( $p < 0,2$ ).

Le même type de test statistique a été effectué dans le cadre de l'analyse uni et multivariée afin de diminuer le risque d'erreur statistique dû au changement de test.

Tous les tests ont été réalisés en utilisant le logiciel R version 4.1.0 avec un seuil de significativité fixé à 5%. Les résultats ont été décrits avec des hazard ratios (HR) et intervalle de confiance et p value.

### F. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique concernant cette étude a été réalisée sur la base de données Pubmed®, Google scholar® et Cismef® à partir des mots clés « soins palliatifs, hospitalisation à domicile, réhospitalisation, urgences ». Les articles pertinents trouvés ont été archivés et classés à l'aide du logiciel Zotero®.

### 3. RESULTATS

#### A. Caractéristiques de la population

Cent cinquante-trois patients pris en charge par les HAD LNA et ASSAD pour soins palliatifs entre janvier et mars 2021 ont été inclus dans notre étude.

L'âge moyen des patients était de 79 +/- 13 ans. Il y avait 80 hommes soit 52% de la population.

77 % des patients avaient un aidant au domicile et 62 % avaient des aides à domicile.

Concernant les pathologies justifiant la prise en charge en soins palliatifs par l'HAD, les patients étaient majoritairement concernés par des pathologies oncologiques (69%), suivi des causes gériatrique (14%), puis des causes infectieuses (7,2%).

Plus de 80% des patients et de la famille connaissaient le diagnostic. Concernant le pronostic, 83% des familles le connaissaient contre 71 % des patients.

Concernant les caractéristiques physiques, les patients avaient en moyenne un score d'AVQ à 16,7+/-5. La majorité des patients était eupnéique au début de la prise en charge (66%), n'avait pas de trouble de la déglutition (74%), et avait un IMC moyen à 23.

58% des patients présentaient une souffrance physique parmi lesquels 87% (soit 69 patients) relevaient d'un traitement de palier 3.

Le descriptif complet de la population étudiée a été reporté en *Annexe 2*.

Enfin, la durée moyenne d'hospitalisation en HAD était de 22 +/- 24jours, avec 67% de décès à domicile, 28% de réhospitalisations (17% d'hospitalisation dite « programmée », c'est-à-dire sans passage par un service d'urgences et 11% d'hospitalisation dite « non programmée »). 4,2% des patients sont sortis d'HAD pour un relai à domicile par des aidants « autres », ou changement d'HAD.

Le descriptif des populations selon les caractéristiques de réhospitalisation a été reporté dans la *Tableau 1*.

Tableau 1 : Descriptif des populations

	<b>Patients Hospitalisés (N=43)</b>	<b>Patients Non Hospitalisés (tous confondus) (N=110)</b>	<b>Hospitalisation précoce (&lt;30 jours) (N=25)</b>	<b>Hospitalisation non programmée (N=17)</b>
<b>Homme</b>	25 (58%)	55 (50%)	15 (60%)	8 (47%)
<b>Femme</b>	18 (42)	55 (110)	10 (40%)	11 (53%)
<b>Age (en année) et écart type</b>	71 +/-12 ans	82 +/-12 ans	70 +/- 14 ans	69 +/-12 ans

## B. Facteurs prédictifs de réhospitalisation

Nous avons recensé 43 réhospitalisations durant la période d'étude soit 28% des prises en charge.

Le détail des caractéristiques des populations hospitalisées versus non réhospitalisées est reporté en *Annexe 3*.

L'âge moyen des patients réhospitalisés était de 71 ans (+/- 12 ans) chez les patients hospitalisés contre 82 ans (+/- 12 ans) chez les non réhospitalisés, sans que cela ne soit statistiquement significatif en analyse univariée ( $p=0,061$ ).

La survenue d'une réhospitalisation était associée en analyse univariée au fait d'avoir une pathologie pneumologique (HR 3,87 ; IC (1,15 ; 13) ;  $p=0,029$ ) et au fait d'avoir un aidant au domicile (HR 2,32 ; IC (1,1 ; 4,91) ;  $p=0,027$ ).

L'analyse du sexe, de la connaissance du diagnostic et du pronostic par le patient ou sa famille, l'indice de dépendance ou la présence de facteur de risque ne montrait pas de différence significative en analyse univariée ( $p>0,05$ ).

En analyse multivariée, avoir un aidant au domicile était associé de manière significative à la survenue d'une réhospitalisation (HR 8,99 ; IC (1,49 ; 54,2) ;  $p=0,017$ ).

A contrario, la connaissance du pronostic par le patient semble et être associée à un moindre risque de réhospitalisation (HR 0,02 ; IC (0 ; 0,33) ;  $p=0,007$ ) (*Tableau 2*).

Le détail des résultats des analyses univariée et multivariée ont été reporté en *Annexe 4*.

Tableau 2 : Analyse univariée et multivariée des patients réhospitalisés

	Sans hospita- lisation N=110	%	Avec hos- pitalisa- tion N=43	%	Analyse univariée (p)	Hazard Ratio (IC 95%)	Analyse multiva- riée (p)
<b>Age</b>	82 (+/- 12)		71 (+/-12)		0,061		
<b>Sexe masculin</b>	55	50	25	58	0,5		
<b>Oncologie</b>	70	64	35	81	0,052		
<b>Neurologie</b>	4	3,6	2	4,7	0,13		
<b>Pneumologie</b>	0	0	3	7	<b>0,029</b>		
<b>Aidant au domicile</b>	84	77	33	77	<b>0,027</b>	8,99 (1,49 ; 54,2)	<b>p= 0,017</b>
<b>Aides à domicile</b>	71	66	22	52	0,27		
<b>Connaissance du pronostic par le pa- tient</b>	66	70	28	72	0,15	0,02 (0 ; 0,33)	<b>p=0,007</b>
<b>Suivi psychologique</b>	15	15	16	40	0,24		
<b>AVQ</b>	18 (+/- 5,4)		13,5 (4,6)		0,16		
<b>RDV Hospitalier programmé</b>	4	4,1	9	24	0,10		
<b>IMC</b>	22,8 (+/-4,8)	-	23,7 (+/- 4,3)	-	0,16	1,33 (1,16 ; 1,52)	<b>P&lt;0,001</b>
<b>Troubles de la déglu- tition</b>	30	28	8	20	0,083		
<b>Nutrition entérale</b>	1	0,9	4	9,8	0,19		
<b>Nutrition parenté- rale</b>	1	0,9	2	4,9	0,16		
<b>Douleur</b>	70	64	16	40	0,19		

### C. Facteurs prédictifs de réhospitalisation précoce

41 patients en situation palliative sont restés en HAD pendant au moins 30 jours (réhospitalisés ou non). Parmi les 43 réhospitalisations, 25 patients ont été réhospitalisés avant 30 jours (58%).

L'âge moyen des patients réhospitalisés avant 30 jours était de 70 +/- 14 ans. Il y avait 15 hommes soit 60% des patients.

80% des patients avaient un aidant au domicile et 54% avaient des aides à domicile.

Concernant les pathologies des patients et ayant été hospitalisés avant 30 jours, il s'agissait de pathologies oncologiques (84%) suivi des causes pneumologique (12%) puis gériatrique (4 %)

Plus de 90% des patients et de la famille connaissait le diagnostic. Concernant le pronostic 79% des familles le connaissait contre 68 % des patients

Dans cette sous analyse, la présence de troubles de la déglutition est la seule variable associée de manière significative et protectrice en analyse univariée à des réhospitalisations précoces (OR 0,19 ; IC (0,03 ;0,79) ;  $p < 0,04$ ) (Tableau 3).

Tous les autres facteurs n'ont pas montré d'association de manière significative.

L'ensemble des données pour cette analyse ont été reportées en *Annexe 5*.

*Tableau 3* : Analyse univariée et multivariée des patients réhospitalisés avant 30 jours

	Sans réhospitalisation à J30, N = 41 <sup>1</sup>	Avec réhospitalisation à J30, N = 25 <sup>1</sup>	Analyse univariée	Odd Ratio (IC 95%)	Analyse multivariée
<b>Aidant à domicile</b>	24 (60%)	20 (80%)	p=0,10	3,86 (1,06 ; 16)	p=0,052
<b>AVQ</b>	14,7 (5,1)	13,0 (4,6)	p=0,19	0,98 (0,85 ; 1,13)	p=0,8
<b>Troubles de la déglutition</b>	13 (32%)	2 (8,3%)	<b>p=0,040</b>	0,15 (0,02 ; 0,89)	P=0,055
<b>Souffrance physique</b>	22 (56%)	8 (33%)	p=0,078	0,29 (0,07 ; 0,97)	P=0,054

<sup>1</sup>n (%); Moyenne (ET)

#### D. Facteurs prédictifs de réhospitalisation non programmée

L'ensemble des données pour cette analyse ont été reportées en *Annexe 6*.

17 patients en situation palliative ont été réhospitalisés de manière non programmée soit 11% de la population.

L'âge moyen des patients était de 69 +/- 12 ans contre 80 +/- 13 ans pour le groupe sans réhospitalisation. Il y avait 8 hommes soit 47% des patients.

65% des patients avaient un aidant au domicile et 53% avaient des aides à domicile.

Les patients ayant été hospitalisés de manière non programmée relevaient d'une prise en charge en soins palliatifs par l'HAD pour des pathologies oncologiques majoritairement (88%), suivi des causes pneumologiques (12%).

94% des patients connaissaient le diagnostic contre 80 % des familles. Concernant le pronostic 79% des familles le connaissaient contre 76 % des patients.

Seules les étiologies pneumologiques de prise en charge HAD (HR 6,8 ; IC (1,44 ; 32,2) ; **p < 0,016**) étaient associées de façon significative à un risque de réhospitalisation non programmée.

Un score AVQ élevé était lui retrouvé comme facteur protecteur de façon significative (HR 0,89 ; IC (0,8 ; 0,99) ; **p < 0,036**).

Il n'existait pas d'autre facteur prédictif (*Tableau 4*).

L'analyse multivariée n'a pu être effectuée du fait du manque de significativité des autres résultats avec des p value > 0,2.

Tableau 4 : Analyse univariée des patients réhospitalisés de manière non programmée

	Sans réhospitalisation non programmée, N = 136 <sup>1</sup>	Avec réhospitalisation non programmée, N = 17 <sup>1</sup>	p-value	HR et IC 95%)
<b>Catégorie de pathologie</b>				
Oncologie	90 (66%)	15 (88%)	p=0,12	3,24 (0,73 ; 14,4)
Pneumologie	1 (0,7%)	2 (12%)	<b>p=0,016</b>	6,80 (1,44 ; 32,2)
<b>Suivi psychologique</b>	25 (21%)	6 (35%)	<b>p=0,036</b>	0,89 (0,8 ; 0,99)
<b>AVQ</b>	17,4 (5,4)	11,9 (4,1)	p=0,10	2,67 (0,83 ; 8,56)
<b>VNI</b>	1 (0,7%)	1 (6,2%)	p=0,14	4,69 (0,59 ; 37,1)
<b>Kinésithérapie</b>	10 (7,5%)	2 (12%)	p=0,15	1,08 (0,97 ; 1,2)
<b>Troubles de la déglutition</b>	38 (29%)	0 (0%)	p=0,20	2,67 (0,59 ; 12,0)

## 4. DISCUSSION

Notre travail a mis en évidence que 28% des prises en charge HAD des patients en soins palliatifs se soldaient par une réhospitalisation. Étaient associées à un risque de réhospitalisation les pathologies pneumologiques, ainsi que la présence d'aidant à domicile. La connaissance du pronostic par le patient était à contrario associée à un moindre risque de réhospitalisation.

58% des réhospitalisations survenaient avant 30 jours d'hospitalisation, avec pour principal facteur de risque la présence de troubles de la déglutition.

39% des réhospitalisations étaient non programmées. Les causes pneumologiques d'hospitalisation en HAD étaient associées de façon significative à un risque d'hospitalisation via les services d'urgences, tandis qu'un score AVQ élevé était retrouvé comme facteur protecteur de réhospitalisation non programmée.

### A. Comparaison de nos données générales à la littérature

Dans notre travail, 28% des patients sont sortis d'HAD pour réhospitalisation, qu'elle soit programmée ou en urgence.

Ce nombre concorde avec une étude menée sur l'ensemble du territoire français en 2015, où 34% des séjours en HAD se sont soldés par une hospitalisation, tous motifs confondus<sup>10,11</sup>.

L'âge moyen des patients pris en charge dans nos deux HAD pour soins palliatifs était de 79 ans, ce qui est plus élevé comparativement à la moyenne annuelle pour l'année 2021 en région Centre-Val-De-Loire. Néanmoins, notre étude ayant été menée dans le contexte de la pandémie à COVID-19, ceci pourrait être expliqué par la nécessité de prise en charge en EHPAD de patients infectés<sup>12</sup>.

Néanmoins, l'âge moyen des patients réhospitalisés était plus faible que la moyenne des patients inclus, ce résultat allant dans le sens de travaux récents qui montrent que les patients décèdent à un âge plus avancé en situation palliative en HAD<sup>13</sup>.

La durée moyenne d'hospitalisation dans notre étude est plus courte comparativement à la moyenne nationale. Elle était de 22 jours dans notre étude, contre 29,8 jours en 2015<sup>14</sup>. Ces durées plus faibles pourraient être en partie expliquées par les hospitalisations courtes des patients en fin de vie dans le cadre des infections à la COVID-19.



## B. Connaissance du diagnostic et réhospitalisation

On peut s'étonner que dans notre étude, les patients soient moins bien informés de leur diagnostic et du pronostic que leur famille. D'après le code de santé publique, (article R. 4217-35), l'information au patient se doit d'être « claire loyale et appropriée ». Cela peut donc questionner sur les décisions prises par les patients sur leur propre santé. Dans notre étude, les patients les moins informés avaient un âge et un score AVQ élevé.

Le pourcentage de connaissance du diagnostic et du pronostic par l'entourage est sensiblement comparable à une étude menée pour rechercher l'intérêt de rédiger une fiche d'urgence palliative dans le cadre de l'anticipation et le respect du parcours de soins des patients en soins palliatifs<sup>14</sup>. Néanmoins, le chiffre de 80% peut sembler faible, surtout lorsque l'on connaît l'importance de la connaissance pronostic afin d'anticiper les prises en charges futures.

Il a par ailleurs été montré que les patients présentant des troubles cognitifs sont peu informés et peu consultés en ce qui concerne leur fin de vie<sup>15,16,17</sup>.

Une récente étude de population en France a révélé que seulement 41 % des décisions d'initier des traitements de prolongation de la vie et 50 % des décisions de suspendre de tels traitements avaient été discutées avec les patients eux-mêmes<sup>18</sup>, et que seulement 30 % des personnes décédées à domicile avaient nommé un mandataire spécial<sup>19</sup>. Notre étude vient donc étayer les inquiétudes soulevées par l'Observatoire national des soins de fin de vie concernant l'absence de planification préalable des soins de fin de vie en France par rapport à d'autres pays où cela est désormais devenu une pratique courante<sup>20,21</sup>.

## C. Facteurs de risque de réhospitalisations

Les hospitalisations dans nos HAD pour causes pneumologiques non oncologiques sont peu représentées, mais il existe un risque de réhospitalisation significativement plus important pour ces pathologies, à la fois de manière programmée ou non programmée.

Malgré le fait qu'il existe des protocoles de prise en charge de dégradations respiratoires à domicile<sup>22</sup>, plusieurs études ont montré que la dyspnée, prépondérante dans les pathologies respiratoires, sont pourvoyeuses de

dégradations anxiogènes, pouvant entraîner des réhospitalisations en urgence. Odier dans son article, le confirme et décrit même « la transmission » de la dyspnée et de son caractère anxiogène aux proches<sup>23</sup>. Aubry décrit également ce phénomène en ajoutant que la non-anticipation des situations de dégradation respiratoire, du fait de l'anxiété, peut altérer les interventions pertinentes<sup>24</sup>.

De plus, la dyspnée est un motif très fréquent d'hospitalisation en urgence. Elle concerne le plus souvent une population gériatrique, polypathologique, vivant à domicile. Dans sa thèse, Lenourry a retrouvé parmi les hospitalisations pour causes respiratoires, une moyenne d'âge de 73.5 ans et une proportion de 83% vivant à domicile, ce qui est comparable à nos résultats<sup>25</sup>.

Dans notre étude, le fait d'avoir un aidant au domicile était lié au fait d'être réhospitalisé. Il faut cependant discuter cette relation statistique. En effet, la présence de l'aidant ne semble pas être la cause de l'hospitalisation, mais plutôt les conséquences engendrées par la prise en charge.

Les études sont divergentes sur les causes des réhospitalisations avec un aidant, mais toutes relatent le caractère éprouvant pour l'aidant d'une prise en charge palliative au domicile<sup>26,27</sup>. Dans la méta-analyse de Gomes et al. étudiant l'efficacité des soins palliatifs à domicile, l'impact sur les aidants a également été analysé, retrouvant chez eux « stress, besoins non satisfaits et détresse face aux symptômes du patient »<sup>28</sup>.

Les patients en situation palliative et avec un score AVQ élevé, étaient moins souvent réhospitalisés comparativement aux autres patients, sans que cela ne soit significatif. Cependant ils étaient plus réhospitalisés de manière non programmée.

Peu d'articles décrivent cette tendance, mais ceci pourrait être expliqué par le fait que dans notre étude les patients avec un AVQ élevé étaient souvent en EHPAD, avec la notion que les patients décèdent plus souvent en EHPAD qu'à domicile.

De plus, les données connues mettent en évidence que les patients très dépendants au domicile étaient plus souvent réhospitalisés du fait d'une fatigue importante de l'aidant principal.

## D. Facteurs de risques de réhospitalisations précoces

Dans notre étude, 12% des patients réhospitalisés avant 30 jours d'HAD présentaient une pathologie pneumologique.

Dans sa thèse portant sur les hospitalisations en urgence dans les 5 jours suivant une entrée en HAD, Naklé retrouve également les problèmes respiratoires (17 %) en 3ème position<sup>29</sup>.

## E. Facteurs de risques de réhospitalisations non programmées

Dans notre étude, 39% des réhospitalisations s'effectuaient via un service d'urgences. Les causes pneumologiques d'hospitalisation en HAD étaient associées de façon significative à un risque d'hospitalisation non programmées, tandis qu'un score AVQ élevé était retrouvé comme facteur protecteur de réhospitalisation non programmée.

De même, dans une thèse réalisée en 2014 avec le Réseau Résilience en Haute-Garonne, Fourcade rapporte 46 % de réhospitalisations non programmées avec des motifs d'abord d'ordre respiratoire (28 %). Les syndromes infectieux ne représentaient que 6 % des cas et l'admission sociale 4 %<sup>30</sup>.

Plusieurs travaux ont déjà été menés afin de diminuer le nombre de réhospitalisations des patients. Parmi ceux-là, on retrouve notamment la fiche urgences pallia (*Annexe 7*). On remarque que les principales données manquantes peuvent être sur l'anticipation du parcours de soins en cas de dégradation. Il n'est pas mentionné de manière systématique les directives anticipées, ni le désir de réhospitalisation si besoin. On note dans cette fiche un protocole de soins à mettre en place en cas de dégradation, avec par exemple l'instauration d'une sédation. Avoir cette information pourrait permettre d'anticiper la présence de Midazolam® au domicile et ceux d'autant plus chez les patients à risque de décompensation rapide comme ceux avec insuffisance d'organe<sup>31</sup>.

## F. Forces et faiblesses de notre étude

Le but de ce travail était de rechercher l'existence de facteurs prédictifs de réhospitalisations dans les données recueillies à l'entrée des patients soins palliatifs en HAD. L'originalité de ce travail vient du fait que beaucoup de travaux se placent à la fin de la prise en charge : au moment de la réhospitalisation, nous avons fait l'inverse.

Nous avons choisi une étude rétrospective. Le choix d'une méthode rétrospective a été fait afin de palier à la question de temps. Les données étant déjà existantes, cela nous a permis d'avoir une maîtrise sur la durée de réalisation du travail.

Pour construire la grille de recueil nous avons décidé de rechercher les données recueillies à l'entrée des patients en HAD. Étant donnée l'existence de deux HAD dans notre territoire d'étude, nous avons sélectionné les items communs aux deux grilles.

La classification des pathologies a été faite en se référant au guide SPICT-FR™ plutôt que de suivre la classification trajectoire type de fin de vie développée par Murray SA et al. qui définit trois types de trajectoires en fonction des pathologies<sup>32</sup>. Nous avons choisi ce mode de classement car certains patients auraient pu se retrouver dans deux catégories en même temps (les patients avec une démence et une infection à la COVID-19).

L'étude s'est déroulée durant la période de la COVID-19 où l'HAD a été mise à contribution<sup>33</sup>. Cela peut constituer un biais de sélection, la population étant différente de la population habituelle.

Le caractère rétrospectif de notre étude a probablement entraîné un biais de sélection. En effet seuls les sujets ayant en motif principal ou associé soins palliatifs ont été inclus. Nous n'avons pas étudié les patients dont le mode de prise en charge a été modifié durant le séjour.

L'étude n'a porté que sur 3 mois ce qui peut également engendrer un biais sur les augmentations des hospitalisations durant les congés par exemple des médecins traitants.

Il existe aussi un biais d'information dans le recueil données. Les deux grilles n'étant pas rigoureusement identiques, certaines données n'ont probablement pas été recueillies. Le nombre important de variable recueillies a probablement engendré un manque de puissance de nos résultats statistique.

Le manque de puissance de l'étude n'a pas permis de de rechercher de manière significative des facteurs de réhospitalisations dans des sous-groupes de notre population.

## CONCLUSION

Notre étude a montré que certaines pathologies étaient liées à un sur-risque de réhospitalisations comme la présence d'un aidant au domicile. A contrario, la connaissance du diagnostic semblait être associé à un moindre risque.

Il serait intéressant de rechercher si chez ces patients des directives anticipées, des mesures anticipatoires ont été mise en place afin de diminuer le nombre de réhospitalisation.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'assurance maladie pour 2021. [https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020-07\\_rapport-propositions-pour-2021\\_assurance-maladie.pdf](https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020-07_rapport-propositions-pour-2021_assurance-maladie.pdf)
2. Études et Résultats - Numéro 1164, Septembre 2020 - En 2019, le nombre de places en hospitalisation partielle poursuit sa progression. Premiers résultats de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2019.
3. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Plan National 2015-2018 pour le développement des soins et de l'accompagnement en fin de vie. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215\\_-\\_plabe56.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/031215_-_plabe56.pdf).
4. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. (J.O. le 2 août 1991).
5. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Circulaire N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD). [https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-12/ste\\_20130012\\_0000\\_0056.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-12/ste_20130012_0000_0056.pdf).
6. Fondation PFG - Toussaint 2010 – Fin d'un tabou ! La mort, la fin de vie, le deuil, ma mort, ça concerne et intéresse les français.
7. Juttin I, Paillas-olivier A-S, Foucher L. Analyse des ré-hospitalisations de patients pris en charge par l'hospitalisation à domicile d'Angers [Thèse d'exercice]. [France] : Université d'Angers; 2015.
8. Halfon P, Eggli Y, Prêtre-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B. Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. *Med Care*. nov 2006;44(11):972-81.
9. [https://www.scansante.fr/sites/default/files/content/396/vf\\_-\\_rh30\\_-\\_2018\\_03\\_20.pdf](https://www.scansante.fr/sites/default/files/content/396/vf_-_rh30_-_2018_03_20.pdf)
10. Inspection générale des affaires sociales – La mort à l'hôpital [https://www.lafabriquedelhospitalite.org/\\_data/1479/f\\_51e6af4cc3cd1.pdf](https://www.lafabriquedelhospitalite.org/_data/1479/f_51e6af4cc3cd1.pdf)
11. Gotreau C, Boulanger P. Motifs de réhospitalisation non programmée de l'hospitalisation à domicile santé relais domicile à Toulouse : étude observationnelle entre octobre 2016 et mars 2017 [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Toulouse; 2017
12. Scansanté – statistiques d'activité HAD année 2021. <https://www.scansante.fr/applications/statistiques-activite-HAD/>
13. Rapport 2013 Fin de vie des personnes âgées – Sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie.
14. [https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2016/10/Rapport-annuel\\_int-web.pdf](https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2016/10/Rapport-annuel_int-web.pdf)
15. Morin L, Johnell K, Van den Block L, Aubry R. Discussing end-of-life issues in nursing homes: a nationwide study in France. *Age Ageing*. 1 mai 2016;45(3):395-402.
16. Abarshi E, Echteld M, Donker G et al. Discussing end-of-life issues in the last months of life: a nationwide study among general practitioners. *J Palliat Med* 2011; 14: 323–30.

17. Evans N, Costantini M, Pasman HR et al. End-of-life communication: a retrospective survey of representative general practitioner networks in four countries. *J Pain Symptom Manage* 2014; 47: 604–19.e3.
18. Pennec S, Monnier A, Pontone S, Aubry R. End-of-life medical decisions in France: a death certificate follow-up survey 5 years after the 2005 act of parliament on patients' rights and end of life. *BMC Palliat Care* 2012; 11: 25.
19. Pennec S, Gaymu J, Morand E et al. Trajectories of care home residents during the last month of life: the case of France. *Ageing Soc* 2015; doi:10.1017/S0144686X15001117.
20. Observatoire National de la Fin de Vie. Fin de vie des personnes âgées. Sept parcours ordinaires pour mieux comprendre les enjeux de la fin de vie en France. Paris, 2014. <http://www.onfv.org/wp-content/uploads/2014/10/RAPPORT-ONFV-2013.pdf> (5 March 2016, date last accessed).
21. Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A. The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. *Palliat Med* 2014; 28: 1000–25.
22. MRSI France - Aide à la prise en charge de la dyspnée pour les personnes à domicile. <https://mrsi.fr/wp-content/uploads/2020/09/Document-daide-à-la-prise-en-charge-de-la-dyspnée-pour-les-personnes-à-domicile-et-en-structures-médico-sociales-en-situation.pdf>
23. Cosette ODIER, « Du premier cri au dernier souffle », *Journal de cancer et psychologie*, n°20, 3<sup>ème</sup> trimestre 1996.
24. Aubry. Soins palliatifs étiologie et fin de vie – 2<sup>e</sup> édition – Editions Lamarre
25. Lenourry. Epidémiologie et devenir des patients présentant un état dyspnéique aigu pris en charge en service d'urgence : une étude unicentrique rétrospective observationnelle de cohorte.
26. Gardner-Nix JS, Brodie R, Tjan E, Wilton M, Zoberman L, Barnes F, et al. Scarborough's Palliative 'At-home' Care Team (PACT): a model for a suburban physician palliative care team. *J Palliat Care* 1995;11(3):43-9.
27. Grim RD, McElwain D, Hartmann R, Hudak M, Young S. Evaluating causes for unplanned hospital readmissions of palliative care patients. *Am J Hosp Palliat Care* 2010;27(8):526-31.
28. 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* 2013;6:CD007760.
29. Naklé N, Le Caruyer N. Analyse des motifs d'hospitalisation en urgence, dans un délai de 5 jours, des patients admis dans une hospitalisation à domicile, quel que soit leur motif de prise en charge [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France] : Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2012.
30. Fourcade C, Bismuth S, Marmet T. Motifs d'hospitalisation des patients inclus dans le réseau de soins palliatifs de Haute-Garonne : étude de 107 hospitalisations sur 6 mois en 2011-2012 [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France] : Université Paul Sabatier; 2014.
31. Cvetinovic N, Loncar G, Farkas J. Heart failure management in the elderly - a public health challenge. *Wien Klin Wochenschr.* déc 2016;128(Suppl 7):466-73
32. Murray SA et al. « Illness trajectories and palliative care » *BMJ* 2005 ;330 :1007-1011.



33. <https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2021/03/MOBILISATION-HAD-EPIDEMIE-VF.pdf>

## ANNEXES

### Annexe 1 – Score AVQ

Il s'agit d'un score permettant d'évaluer la dépendance des patients. Le score minimal étant 6, pour un patient autonome pour tous les gestes de la vie quotidienne, jusqu'à 24 pour les patients totalement dépendants.

Le niveau de dépendance de la personne est calculé en fonction du nombre d'actes qu'elle ne peut effectuer correctement :

- Niveau 1 : Incapacité d'effectuer deux actes de la vie courante sur six.
- Niveau 2 : Incapacité d'effectuer trois actes de la vie courante sur six.
- Niveau 3 : Incapacité d'effectuer quatre actes de la vie courante sur six.
- Niveau 4 : Incapacité d'effectuer cinq ou six actes de la vie courante sur six.

<u>Evaluation de l'autonomie (AVQ) :</u>	1 / 2 / 3 / 4
1. Habillage / Toilette	:
2. Déplacement / Locomotion	:
3. Alimentation	:
4. Continence	:
5. Comportement	:
6. Relation/communication	:

1. Indépendance
2. Supervision
3. Assistance partielle
4. Assistance totale

## Annexe 2 – Caractéristiques des données de la population en soins palliatifs en HAD.

CARACTERISTIQUES	ASSAD, N = 49 <sup>1</sup>	LNA, N = 104 <sup>1</sup>	TOTAL <sup>1</sup>
<b>Age</b>	73 (11)	81 (13)	79 (13)
<b>Sexe masculin</b>	29 (59%)	51 (49%)	80 (52%)
<b>Aidant à domicile</b>	40 (82%)	77 (75%)	117 (77%)
<b>Aides à domicile</b>	26 (53%)	67 (66%)	93 (62%)
<b>Catégorie de pathologie</b>			
Cardiologie	1 (2,0%)	4 (3,8%)	5 (3,3%)
Gériatrie	1 (2,0%)	20 (19%)	21 (14%)
Infectieux	0 (0%)	11 (11%)	11 (7,2%)
Néphrologie	0 (0%)	2 (1,9%)	2 (1,3%)
Neurologie	3 (6,1%)	3 (2,9%)	6 (3,9%)
Oncologie	43 (88%)	62 (60%)	105 (69%)
Pneumologie	1 (2,0%)	2 (1,9%)	3 (2,0%)
<b>Eupnéique</b>	34 (71%)	65 (63%)	99 (66%)
<b>Encombrement</b>	4 (8,3%)	9 (8,7%)	13 (8,6%)
<b>Toux</b>	10 (21%)	8 (7,8%)	18 (12%)
<b>Dyspnée</b>	13 (27%)	34 (33%)	47 (31%)
<b>Oxygène</b>	7 (15%)	30 (29%)	37 (25%)
<b>Trachéotomie</b>	0 (0%)	1 (1,0%)	1 (0,7%)
<b>VNI</b>	2 (4,2%)	0 (0%)	2 (1,3%)
<b>Aérosols</b>	2 (4,2%)	1 (1,0%)	3 (2,0%)
<b>Kinésithérapie</b>	6 (13%)	6 (5,9%)	12 (8,1%)
<b>IMC</b>	23,1 (5,3)	23,0 (4,3)	23,0 (4,6)
<b>Troubles de la déglutition</b>	13 (28%)	25 (25%)	38 (26%)
<b>Nutrition entérale</b>	2 (4,2%)	3 (3,0%)	5 (3,4%)
<b>Nutrition parentérale</b>	1 (2,1%)	2 (2,0%)	3 (2,0%)
<b>Chute</b>	33 (69%)	31 (34%)	64 (46%)
<b>Souffrance physique</b>	32 (65%)	54 (54%)	86 (58%)
<b>Traitement pour souffrance physique</b>			
Palier 1	4 (13%)	2 (4,2%)	6 (7,6%)
Palier 2	0 (0%)	1 (2,1%)	1 (1,3%)
Palier 3	24 (77%)	45 (94%)	69 (87%)
Palier 1 et 3	3 (9,7%)	0 (0%)	3 (3,8%)
Valeurs manquantes	18	56	74
<b>Norton</b>			
<14	31 (68%)	52 (71,1%)	83 (70,4)
>14	14 (32%)	25 (28,6%)	39 (29,6%)
<b>BMR</b>	1 (2,1%)	1 (1,0%)	2 (1,4%)
<b>BHRE</b>	0 (0%)	6 (6,1%)	6 (4,1%)
<b>Durée d'hospitalisation</b>	24 (25)	21 (23)	22 (24)
<b>Mode de sortie</b>			
Décès au domicile	31 (63%)	72 (69%)	103 (67%)
Hospitalisation programmée	8 (16%)	18 (17%)	26 (17%)
Hospitalisation en urgence	6 (12%)	11 (11%)	17 (11%)
Relais aide à domicile	1 (2,0%)	3 (2,9%)	4 (2,6%)
Sortie au domicile	3 (6,1%)	0 (0%)	3 (2,0%)

<sup>1</sup>Moyenne (ET); n (%)

### Annexe 3 – Caractéristiques des données de la population avec ou sans réhospitalisation.

CARACTERISTIQUE	SANS REHOSPI- TALISATION, N = 110 <sup>1</sup>	AVEC REHOS- PITALISATION, N = 43 <sup>1</sup>	TOTAL <sup>1</sup>
<b>Age</b>	82 (12)	71 (12)	79 (13)
<b>Sexe masculin</b>	55 (50%)	25 (58%)	80 (52%)
<b>Catégorie de pathologie</b>			
Oncologie	70 (64%)	35 (81%)	105 (69%)
Cardiologie	5 (4,5%)	0 (0%)	5 (3,3%)
Gériatrie	18 (16%)	3 (7,0%)	21 (14%)
Infectieux	11 (10%)	0 (0%)	11 (7,2%)
Néphrologie	2 (1,8%)	0 (0%)	2 (1,3%)
Neurologie	4 (3,6%)	2 (4,7%)	6 (3,9%)
Pneumologie	0 (0%)	3 (7,0%)	3 (2,0%)
<b>Aidant à domicile</b>	84 (77%)	33 (77%)	117 (77%)
<b>Aides à domicile</b>	71 (66%)	22 (52%)	93 (62%)
<b>Connaissance du diagnostic par le patient</b>	72 (76%)	36 (92%)	108 (81%)
<b>Connaissance du diagnostic par la famille</b>	79 (89%)	31 (89%)	110 (89%)
<b>Connaissance du pronostic par le patient</b>	66 (70%)	28 (72%)	94 (71%)
<b>Connaissance du pronostic par la famille</b>	74 (85%)	26 (79%)	100 (83%)
<b>Suivi psychologique</b>	15 (15%)	16 (40%)	31 (23%)
<b>AVQ</b>	18,0 (5,4)	13,5 (4,6)	16,7 (5,5)
<b>RDV hospitalier programmé</b>	4 (4,1%)	9 (24%)	13 (9,6%)
<b>Eupnéique</b>	69 (63%)	30 (73%)	99 (66%)
<b>Encombrement</b>	10 (9,1%)	3 (7,3%)	13 (8,6%)
<b>Toux</b>	14 (13%)	4 (9,8%)	18 (12%)
<b>Dyspnée</b>	36 (33%)	11 (27%)	47 (31%)
<b>Oxygène</b>	29 (26%)	8 (20%)	37 (25%)
<b>Trachéotomie</b>	0 (0%)	1 (2,4%)	1 (0,7%)
<b>VNI</b>	0 (0%)	2 (4,9%)	2 (1,3%)
<b>Aérosols</b>	2 (1,8%)	1 (2,4%)	3 (2,0%)
<b>Kinésithérapie</b>	7 (6,4%)	5 (12%)	12 (8,1%)
<b>IMC</b>	22,8 (4,8)	23,7 (4,3)	23,0 (4,6)
<b>Troubles de la déglutition</b>	30 (28%)	8 (20%)	38 (26%)
<b>Nutrition entérale</b>	1 (0,9%)	4 (9,8%)	5 (3,4%)
<b>Nutrition parentérale</b>	1 (0,9%)	2 (4,9%)	3 (2,0%)
<b>Chute</b>	43 (42%)	21 (55%)	64 (46%)
<b>Souffrance physique</b>	70 (64%)	16 (40%)	86 (58%)
<b>Traitement pour souffrance physique</b>			
Palier 3	57 (89%)	12 (80%)	69 (87%)
Palier 1 et 3	2 (3,1%)	1 (6,7%)	3 (3,8%)
Palier 2	1 (1,6%)	0 (0%)	1 (1,3%)
Palier 1	4 (6,2%)	2 (13%)	6 (7,6%)
<b>Norton</b>	10,9 (4,1)	13,2 (4,3)	11,5 (4,3)

<b>BMR</b>	1 (1,0%)	1 (2,4%)	2 (1,4%)
<b>BHRE</b>	6 (5,7%)	0 (0%)	6 (4,1%)
<b>Durée d'hospitalisation</b>	17 (21)	34 (26)	22 (24)
<b>Mode de sortie</b>			
Décès au domicile	103 (94%)	0 (0%)	103 (67%)
Hospitalisation programmée	0 (0%)	26 (60%)	26 (17%)
Hospitalisation en urgence	0 (0%)	17 (40%)	17 (11%)
Relais aide à domicile	4 (3,6%)	0 (0%)	4 (2,6%)
Sortie au domicile	3 (2,7%)	0 (0%)	3 (2,0%)

<sup>1</sup>n (%); Moyenne (ET)

## Annexe 4 – Analyse univariée et multivariée des réhospitalisations

CARACTERISTIQUES	SANS REHOSPITALISATION, N = 110 <sup>1</sup>	AVEC REHOSPITALISATION, N = 43 <sup>1</sup>	ANALYSE UNIVARIÉE	ANALYSE MULTIVARIÉE	ODDS RATIO IC (95%)
<b>Age</b>	82 (12)	71 (12)	P = 0,66	P=0,2	1,04 (0,98 ; 1,11)
<b>Sexe masculin</b>	55 (50%)	25 (58%)	p=0,061		
<b>Catégorie de pathologie</b>					
Oncologie	70 (64%)	35 (81%)	p=0,052		
Cardiologie	5 (4,5%)	0 (0%)	p=0,50		
Gériatrie	18 (16%)	3 (7,0%)	p>0,99		
Infectieux	11 (10%)	0 (0%)	p>0,99		
Néphrologie	2 (1,8%)	0 (0%)	p>0,99		
Neurologie	4 (3,6%)	2 (4,7%)	p=0,13		
Pneumologie	0 (0%)	3 (7,0%)	<b>p=0,029</b>		
<b>Aidant à domicile</b>	84 (77%)	33 (77%)	<b>p=0,027</b>	<b>p= 0,017</b>	<b>8,99 (1,49 ; 54,2)</b>
<b>Aides à domicile</b>	71 (66%)	22 (52%)	p=0,27		
<b>Connaissance du diagnostic par le patient</b>	72 (76%)	36 (92%)	p=0,49		
<b>Connaissance du diagnostic par la famille</b>	79 (89%)	31 (89%)	p=0,92		
<b>Connaissance du pronostic par le patient</b>	66 (70%)	28 (72%)	p=0,15	<b>p=0,007</b>	<b>0,02 (0 ; 0,33)</b>
<b>Connaissance du pronostic par la famille</b>	74 (85%)	26 (79%)	p=0,81		
<b>Suivi psychologique</b>	15 (15%)	16 (40%)	p=0,24		
<b>AVQ</b>	18,0 (5,4)	13,5 (4,6)	p=0,16	p=0,9	0,99 (0,82 ; 1,19)
<b>RDV hospitalier programmé</b>	4 (4,1%)	9 (24%)	p=0,10	p=0,3	0,2 (0,05 ; 0,86)
<b>Eupnéique</b>	69 (63%)	30 (73%)	p=0,95		
<b>Encombrement</b>	10 (9,1%)	3 (7,3%)	p=0,81		
<b>Toux</b>	14 (13%)	4 (9,8%)	p=0,48		
<b>Dyspnée</b>	36 (33%)	11 (27%)	p=0,38		
<b>Oxygène</b>	29 (26%)	8 (20%)	p=0,65		
<b>Trachéotomie</b>	0 (0%)	1 (2,4%)	p=0,88		
<b>VNI</b>	0 (0%)	2 (4,9%)	p=0,16	p>0,9	
<b>Aérosols</b>	2 (1,8%)	1 (2,4%)	p=0,52		
<b>Kinésithérapie</b>	7 (6,4%)	5 (12%)	p=0,97		
<b>IMC</b>	22,8 (4,8)	23,7 (4,3)	p=0,16	<b>P&lt;0,001</b>	1,33 (1,16 ; 1,52)
<b>Troubles de la déglutition</b>	30 (28%)	8 (20%)	p=0,083	P>0,9	
<b>Nutrition entérale</b>	1 (0,9%)	4 (9,8%)	p=0,19	P=0,029	0,07 (0,01 ; 0,77)

<b>Nutrition parentérale</b>	1 (0,9%)	2 (4,9%)	p=0,16	p>0,99	
<b>Chute</b>	43 (42%)	21 (55%)	p=0,96		
<b>Souffrance physique</b>	70 (64%)	16 (40%)	p=0,2		
<b>Traitement pour souffrance physique</b>					
Palier 3	57 (89%)	12 (80%)	p>0,40		
Palier 1 et 3	2 (3,1%)	1 (6,7%)	p=0,19	P<0,001	62,5 (6,32 ; 618)
Palier 2	1 (1,6%)	0 (0%)	p>0,99		
Palier 1	4 (6,2%)	2 (13%)	p=0,63	P<0,001	Valeurs aberrantes
<b>Norton</b>	10,9 (4,1)	13,2 (4,3)	p=0,83		
<b>BMR</b>	1 (1,0%)	1 (2,4%)	p=0,61		
<b>BHRE</b>	6 (5,7%)	0 (0%)	p>0,99		

## Annexe 5 – Analyse univariée et multivariée des réhospitalisations précoces

CARACTERISTIQUE	SANS REHOSPITA- LISATION A J30, N = 41 <sup>1</sup>	AVEC REHOSPITA- LISATION A J30, N = 25 <sup>1</sup>	ANALYSE UNIVA- RIEE	ANALYSE MULTI- VARIEE	ODD RA- TIO (IC 95%)
<b>Age</b>	74 (12)	70 (14)	p=0,60		
<b>Sexe masculin</b>	21 (51%)	15 (60%)	p=0,29		
<b>Catégorie de pathologie</b>					
gériatrie	6 (15%)	1 (4,0%)	p=0,20		
néphrologie	1 (2,4%)	0 (0%)	p>0,99		
neurologie	3 (7,3%)	0 (0%)	p>0,99		
oncologie	31 (76%)	21 (84%)	p=0,42		
pneumologie	0 (0%)	3 (12%)	p=0,20		
<b>Aidant à domicile</b>	24 (60%)	20 (80%)	p=0,10	p=0,052	3, 86 (1,06 ; 16,8)
<b>Aides à domicile</b>	21 (54%)	13 (54%)	p=0,98		
<b>Connaissance du dia- gnostic par le patient</b>	32 (86%)	20 (91%)	p=0,61		
<b>Connaissance du dia- gnostic par la famille</b>	27 (84%)	18 (90%)	p=0,57		
<b>Connaissance du pronos- tic par le patient</b>	28 (76%)	15 (68%)	p=0,53		
<b>Connaissance du pronos- tic par la famille</b>	23 (74%)	15 (79%)	p=0,70		
<b>Suivi psychologique</b>	14 (37%)	9 (39%)	p=0,86		
<b>AVQ</b>	14,7 (5,1)	13,0 (4,6)	p=0,19	p=0,8	0,98 (0,85 ; 1,13)
<b>RDV hospitalier pro- grammé</b>	4 (12%)	6 (25%)	p=0,22		
<b>Eupnéique</b>	30 (75%)	17 (71%)	p=0,72		
<b>Encombrement</b>	2 (5,0%)	1 (4,2%)	p=0,88		
<b>Toux</b>	4 (10%)	1 (4,2%)	p=0,41		
<b>Dyspnée</b>	8 (20%)	8 (33%)	p=0,24		
<b>Oxygène</b>	7 (18%)	5 (21%)	p=0,74		
<b>Trachéotomie</b>	1 (2,5%)	0 (0%)	p>0,99		
<b>VNI</b>	1 (2,5%)	1 (4,2%)	p=0,71		
<b>Aérosols</b>	0 (0%)	1 (4,2%)	p>0,99		
<b>Kinésithérapie</b>	5 (13%)	1 (4,2%)	p=0,28		
<b>IMC</b>	22,4 (4,8)	22,7 (3,9)	p=0,79		
<b>Troubles de la dégluti- tion</b>	13 (32%)	2 (8,3%)	<b>p=0,040</b>	P=0,055	0,15 (0,02 ; 0,89)
<b>Nutrition entérale</b>	2 (5,0%)	2 (8,3%)	p=0,60		
<b>Nutrition parentérale</b>	1 (2,5%)	1 (4,2%)	p=0,71		
<b>Chute</b>	21 (55%)	10 (45%)	p=0,46		
<b>Souffrance physique</b>	22 (56%)	8 (33%)	p=0,078	P=0,054	0,29 (0,07 ; 0,97)
<b>Traitement pour souf- france physique</b>					



palier 1	3 (16%)	1 (12%)	
palier 1 et 3	0 (0%)	1 (12%)	p>0,99
palier 3	16 (84%)	6 (75%)	p=0,92
<b>Norton</b>	13,2 (3,9)	12,9 (4,8)	p=0,77
<b>BMR</b>	1 (2,6%)	1 (4,0%)	p=0,75
<b>BHRE</b>	1 (2,6%)	0 (0%)	
<b>Durée d'hospitalisation</b>	56 (17)	14 (8)	40 (25)
<b>Mode de sortie</b>			
Relais aide à domicile	2 (4,9%)	0 (0%)	
décès au domicile	1 (2,4%)	0 (0%)	
décès domicile	19 (46%)	0 (0%)	
hospitalisation programmée	2 (4,9%)	3 (12%)	
hospitalisation programmée sur dégradation	9 (22%)	11 (44%)	
hospitalisation urgence	6 (15%)	11 (44%)	
hospitalisation	1 (2,4%)	0 (0%)	
sortie domicile	1 (2,4%)	0 (0%)	

<sup>1</sup>n (%) ; Moyenne (ET)

## Annexe 6 – Analyse univariée et multivariée des réhospitalisations non programmées

CARACTERISTIQUE	SANS REHOSPITALISATION NON PROGRAMMEE, N = 136 <sup>1</sup>	AVEC REHOSPITALISATION NON PROGRAMMEE, N = 17 <sup>1</sup>	P-VALUE	HR ET IC 95%)	
<b>Age</b>	80 (13)	69 (12)	p=0,091	0,97	0,93 ; 1,01
<b>Sexe masculin</b>	72 (53%)	8 (47%)	p=0,63	0,78	0,29 ; 2,12
<b>Catégorie de pathologie</b>					
Oncologie	90 (66%)	15 (88%)	p=0,12	3,24	0,73 ; 14,4
Cardiologie	5 (3,7%)	0 (0%)	p>0,99	0,00	0,00 ; Inf
Gériatrie	21 (15%)	0 (0%)	p>0,99	0,00	0,00 ; Inf
Infectieux	11 (8,1%)	0 (0%)	p>0,99	0,00	0,00 ; Inf
Néphrologie	2 (1,5%)	0 (0%)	p>0,99	0,00	0,00 ; Inf
Neurologie	6 (4,4%)	0 (0%)	p>0,99	0,00	0,00 ; Inf
Pneumologie	1 (0,7%)	2 (12%)	<b>p=0,016</b>	6,80	1,44 ; 32,2
<b>Aidant à domicile</b>	106 (79%)	11 (65%)	p=0,65	1,28	0,44 ; 3,72
			p=0,44	0,68	0,25 ; 1,83
<b>Aides à domicile</b>	84 (63%)	9 (53%)	p=0,44	2,23	0,29 ; 16,9
<b>Connaissance du diagnostic par le patient</b>	92 (79%)	16 (94%)	p=0,36	0,55	0,15 ; 1,98
<b>Connaissance du diagnostic par la famille</b>	98 (90%)	12 (80%)	p=0,79	0,86	0,28 ; 2,67
<b>Connaissance du pronostic par le patient</b>	81 (70%)	13 (76%)	p=0,96	0,97	0,26 ; 3,57
<b>Connaissance du pronostic par la famille</b>	89 (84%)	11 (79%)	p=0,80	1,14	0,41 ; 3,15
<b>Suivi psychologique</b>	25 (21%)	6 (35%)	<b>p=0,036</b>	0,89	0,80 ; 0,99
<b>AVQ</b>	17,4 (5,4)	11,9 (4,1)	p=0,10	2,67	0,83 ; 8,56
<b>RDV hospitalier programmé</b>	9 (7,4%)	4 (29%)	p=0,85	1,11	0,35 ; 3,51
<b>Eupnéique</b>	87 (64%)	12 (75%)	p>0,99	0,00	0,00 ; Inf
<b>Encombrement</b>	13 (9,6%)	0 (0%)	p=0,55	0,54	0,07 ; 4,14
<b>Toux</b>	17 (13%)	1 (6,2%)	p=0,43	1,55	0,53 ; 4,54
<b>Dyspnée</b>	42 (31%)	5 (31%)	p=0,62	0,68	0,15 ; 3,04
<b>Oxygène</b>	35 (26%)	2 (12%)	p>0,99	0,00	0,00 ; Inf
<b>Trachéotomie</b>	1 (0,7%)	0 (0%)	p=0,22	3,62	0,47 ; 28,2
<b>VNI</b>	1 (0,7%)	1 (6,2%)	p=0,14	4,69	0,59 ; 37,1
<b>Aérosols</b>	2 (1,5%)	1 (6,2%)	p=0,91	1,09	0,24 ; 4,90
<b>Kinésithérapie</b>	10 (7,5%)	2 (12%)	p=0,15	1,08	0,97 ; 1,20
<b>IMC</b>	22,9 (4,8)	24,4 (3,4)	p>0,99	0,00	0,00 ; Inf
<b>Troubles de la déglutition</b>	38 (29%)	0 (0%)	p=0,20	2,67	0,59 ; 12,0
<b>Nutrition entérale</b>	3 (2,3%)	2 (12%)	p>0,99	0,00	0,00 ; Inf
<b>Nutrition parentérale</b>	3 (2,3%)	0 (0%)	p=0,21	0,52	0,19 ; 1,44
<b>Chute</b>	58 (47%)	6 (38%)	p=0,59	1,31	0,49 ; 3,53
<b>Souffrance physique</b>	77 (58%)	9 (56%)			
<b>Traitement pour souffrance physique</b>				—	—
Palier 3	61 (87%)	8 (89%)	p>0,99	0,00	0,00 ; Inf

Palier 1 et 3	3 (4,3%)	0 (0%)	p>0,99	0,00	0,00 ; Inf
Palier 2	1 (1,4%)	0 (0%)	p=0,69	0,66	0,08 ; 5,31
Palier 1	5 (7,1%)	1 (11%)	p=0,52	1,05	0,91 ; 1,20
<b>Norton</b>	11,2 (4,1)	13,9 (5,1)	p=0,13	4,97	0,63 ; 39,0
<b>BMR</b>	1 (0,8%)	1 (6,7%)	p>0,99	0,00	0,00 ; Inf
<b>BHRE</b>	6 (4,6%)	0 (0%)			
<b>Durée d'hospitalisation</b>	20 (23)	31 (27)			
<b>Mode de sortie</b>					
Décès au domicile	103 (76%)	0 (0%)			
Hospitalisation programmée	26 (19%)	0 (0%)			
Hospitalisation en urgence	0 (0%)	17 (100%)			
Relais aide à domicile	4 (2,9%)	0 (0%)			
Sortie au domicile	3 (2,2%)	0 (0%)			

## Annexe 7 – Fiche PalliaSamu

### Fiche URGENCE PALLIA

Concernant une personne en situation palliative ☐ ou palliative terminale ☐

Fiche destinée à informer un médecin intervenant lors d'une situation d'urgence. Celui-ci reste autonome dans ses décisions.



<b>RÉDACTEUR</b> Nom : <input type="text"/>		Statut du rédacteur : <input type="text"/>	
Téléphone : <input type="text"/>		ou tampon : <input type="text"/>	
Fiche rédigée le : <input type="text"/>			

<b>PATIENT</b> <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <b>NOM</b> : <input type="text"/>		<b>Prénom</b> : <input type="text"/>	
Rue : <input type="text"/>		<b>Né(e) le</b> : <input type="text"/>	
CP : <input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>	<b>Téléphone</b> : <input type="text"/>	
N° SS : <input type="text"/>		Accord du patient pour la transmission des informations : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Impossible	

Médecin traitant : Dr <input type="text"/>	Joignable la nuit <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA <sup>1</sup>	Tél : <input type="text"/>
Médecin hospitalier référent : Dr <input type="text"/>		Tél : <input type="text"/>
Service hospitalier référent : <input type="text"/>		Tél : <input type="text"/>
Lit de repli possible <sup>2</sup> : <input type="text"/>		Tél : <input type="text"/>
Suivi par HAD : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	<input type="text"/>	Tél : <input type="text"/>
Suivi par EMSP : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	<input type="text"/>	Tél : <input type="text"/>
Suivi par réseau : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	<input type="text"/>	Tél : <input type="text"/>
Autres intervenants à domicile : <input type="text"/> (SSIAD, IDE libérale...) avec leur(s) numéro(s) de téléphone		

<b>Pathologie principale et diagnostics associés :</b>	<input type="text"/>
--	----------------------

Le patient connaît-il son diagnostic ? ☐ Oui ☐ Non ☐ En partie ☐ NA Son pronostic ? ☐ Oui ☐ Non ☐ En partie ☐ NA  
 L'entourage connaît-il le diagnostic ? ☐ Oui ☐ Non ☐ En partie ☐ NA Le pronostic ? ☐ Oui ☐ Non ☐ En partie ☐ NA  
 Réflexion éthique collégiale sur l'orientation des thérapeutiques : ☐ Oui ☐ Non ☐ En partie ☐ NA

Projet thérapeutique :

**Symptômes et risques possibles :** ☐ Douleur ☐ Dyspnée ☐ Vomissement  
☐ Encombrement ☐ Anxiété majeure  
☐ Agitation ☐ Convulsions ☐ Occlusion  
☐ Autres (à préciser dans cette zone →)

Produits disponibles au domicile :

Prescriptions anticipées : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA

**DÉMARCHE PRÉVUE** ☐ Avec accord patient le  ☐ Projet d'équipe si accord patient impossible

Hospitalisation : ☐ Souhaitée si aggravation ☐ Envisageable ☐ Refusée autant que possible ☐ NA

Soins de confort exclusifs : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA Décès à domicile : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA

Réanimation en cas d'arrêt cardio-respiratoire : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA Massage cardiaque : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA

Ventilation non invasive : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA Intubation : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA

Usage d'amines vaso-actives : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA Trachéotomie : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA

Sédation en cas de détresse aiguë avec pronostic vital engagé : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA Remplissage : ☐ Oui ☐ Non ☐ NA

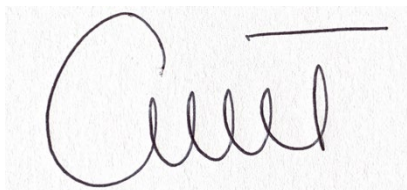
<b>Directives anticipées</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> NA	Rédigées le <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Copie dans le DMP
<b>Personne de confiance</b> <input type="text"/>	Lien : <input type="text"/>	Tél : <input type="text"/>
<b>Où trouver ces documents ?</b> <input type="text"/>		
<b>Autre personne à prévenir</b> <input type="text"/>	Lien : <input type="text"/>	Tél : <input type="text"/>

1) NA = Non Applicable ou inconnu

2) Validé au préalable avec le service concerné

Version fiche 2017-05

**Vu, le Directeur de Thèse**

A handwritten signature in dark ink on a light-colored background. The signature is stylized, starting with a large 'C' followed by several loops and ending with a horizontal line.

**Vu, le Doyen  
De la Faculté de Médecine de Tours  
Tours, le**

GOIX Cyril

47 pages – 4 tableaux

### **Résumé :**

**Introduction** : Il existe un vieillissement de la population dans le monde avec une augmentation des pathologies chroniques et une augmentation des prises en charge palliatives. Une majorité des patients déclare vouloir décéder au domicile, souhait permis par l'hospitalisation à domicile (HAD). Cependant de nombreux patients sont réhospitalisés de manière programmée ou non. L'objectif de cette étude d'évaluer l'existence de facteurs prédictif de réhospitalisation à l'entrée des patients en HAD.

**Méthode** : Nous avons réalisé une étude de cohorte observationnelle, rétrospective, multicentrique, des dossiers des patients hospitalisés en HAD pour soins palliatifs en Indre et Loire, entre janvier 2021 et mars 2021 et dont les dossiers étaient clôturés au 31 mars 2021. L'objectif principal était d'évaluer l'existence de potentiels facteurs prédictifs de réhospitalisation dans les données recueillies à l'entrée en HAD. Les objectifs secondaires étaient de rechercher s'il existait des facteurs prédictifs d'hospitalisation précoce (<30 jours) ou non programmée (passage par les services d'urgences). Toutes les variables qualitatives ou quantitatives ont été décrites puis analysées à l'aide d'une régression logistique de manière univariée, puis multivariée lorsque cela était possible.

**Résultats** : Cent cinquante-trois patients pris en charge par les HAD LNA et ASSAD pour soins palliatifs entre janvier et mars 2021 ont été inclus dans notre étude. Nous avons recensé 43 réhospitalisations durant la période d'étude soit 28% des prises en charge. La survenue d'une réhospitalisation était associée en analyse univariée au fait d'avoir une pathologie pneumologique (HR 3,87 ; IC (1,15 ; 13) ;  $p=0,029$ ) et au fait d'avoir un aidant au domicile (HR 2,32 ; IC (1,1 ; 4,91) ;  $p=0,027$ ). En analyse multivariée, avoir un aidant au domicile était associé de manière significative à la survenue d'une réhospitalisation (HR 8,99 ; IC (1,49 ; 54,2) ;  $p=0,017$ ). A contrario, la connaissance du pronostic par le patient semblait être associée à un moindre risque de réhospitalisation (HR 0,02 ; IC (0 ; 0,33) ;  $p=0,007$ ). 25 patients ont été réhospitalisés avant 30 jours (58%). La présence de troubles de la déglutition est la seule variable associée de manière significative et protectrice en analyse univariée à des réhospitalisations précoces (OR 0,19 ; IC (0,03 ; 0,79) ;  $p < 0,04$ ). 17 patients en situation palliative ont été réhospitalisés de manière non programmée, soit 11% de la population. Les étiologies pneumologiques de prise en charge HAD (HR 6,8 ; IC (1,44 ; 32,2) ;  $p < 0,016$ ) étaient associées à un sur-risque de réhospitalisation. L'AVQ était lui retrouvé comme facteur protecteur de façon significative (HR 0,89 ; IC (0,8 ; 0,99) ;  $p < 0,036$ ).

**Conclusion** : Notre étude a montré qu'il existait des facteurs prédictif de réhospitalisation, à savoir les prises en charge pour une pathologie pneumologique ou avoir un aidant au domicile. Seulement il semble intéressant de réaliser une étude à plus grande échelle et se questionner si des protocoles mis en place pourraient permettre de diminuer le nombre de réhospitalisation.

**Mots clés** : HAD, urgences, réhospitalisation, soins palliatifs

### **Jury :**

Président du Jury : Professeur Claude LINASSIER

Directeur de thèse : Docteur Camille GUIDON

Membres du Jury : Professeur Sylvain MARCHAND-ADAM, Professeur Donatien MALLET, Docteur Cécile DUPASSAGE.

Date de soutenance : 30 mai 2022