



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

ANNEE 2017 N° 26

**PROFILS, MOTIFS ET TRAJECTOIRES
DES PATIENTS PASSANT PAR
L'UNITE DE GESTIONS DES ENTREES IMPREVUES
DU CENTRE LEON BERARD,
CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER
DE LA REGION RHONE-ALPES.**

ETUDE DESCRIPTIVE SUR 133 PATIENTS

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 16 Février 2017
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par
Bruno RUSSIAS
Né le 24/03/1988 à Villeneuve Saint Georges

Sous la direction du Docteur DEVAUX Yves

ANNEE 2017 N° 26

**PROFILS, MOTIFS ET TRAJECTOIRES
DES PATIENTS PASSANT PAR
L'UNITE DE GESTIONS DES ENTREES IMPREVUES
DU CENTRE LEON BERARD,
CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER
DE LA REGION RHONE-ALPES.**

ETUDE DESCRIPTIVE SUR 133 PATIENTS

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 16 Février 2017
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par
Bruno RUSSIAS
Né le 24/03/1988 à Villeneuve Saint Georges

Sous la direction du Docteur DEVAUX Yves

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président	Frédéric FLEURY
Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	Pierre COCHAT
Directrice Générale des Services	Dominique MARCHAND

Secteur Santé

UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Gilles RODE
UFR de Médecine Lyon Sud- Charles Mérieux	Doyen : Carole BURILLON
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologiques (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie	Directeur : Denis BOURGEOIS
Institut des Sciences et Techniques De Réadaptation (ISTR)	Directeur : Xavier PERROT
Département de Biologie Humaine	Directrice : Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie

UFR de Sciences et Technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
Polytech Lyon	Directeur : Emmanuel PERRIN
I.U.T.	Directeur : Christophe VITON
Institut des Sciences Financières Et Assurances (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
Observatoire de Lyon	Directrice : Isabelle DANIEL
Ecole Supérieure du Professorat Et de l'Education (ESPE)	Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Faculté de Médecine Lyon Est

Liste des enseignants 2016/2017

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Cochat Pierre	Pédiatrie
Cordier Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Gouillat	Christian Chirurgie digestive
Guérin Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mornex Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ninet Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Philip Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Ponchon Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Revel Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Rudigoz René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Thivolet-Bejui Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Chassard Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Claris Olivier	Pédiatrie
D'Amato Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye François	Cardiologie
Denis Philippe	Ophthalmologie
Disant François	Oto-rhino-laryngologie
Douek Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducercf Christian	Chirurgie digestive
Finet Gérard	Cardiologie
Gaucherand Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guérin Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Herzberg Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat Jérôme	Neurologie
Lachaux Alain	Pédiatrie
Lehot Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Lermusiaux Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Martin Xavier	Urologie
Mellier Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Mertens Patrick	Anatomie
Michallet Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec Pierre	Immunologie
Morel Yves	Biochimie et biologie moléculaire

Moulin Philippe
Négrier Sylvie
Neyret Philippe
Nighoghossian Norbert
Ninet Jean
Obadia Jean-François
Ovize Michel
Rode Gilles
Terra Jean-Louis
Zoulim Fabien

Nutrition
Cancérologie ; radiothérapie
Chirurgie orthopédique et traumatologique
Neurologie
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Physiologie
Médecine physique et de réadaptation
Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet Xavier
Argaud Laurent
Badet Lionel
Barth Xavier
Bessereau Jean-Louis
Berthezene Yves
Bertrand Yves
Boillot Olivier
Braye Fabienne

Breton Pierre
Chevalier Philippe
Colin Cyrille
Colombel Marc
Cottin Vincent
Devouassoux Mojgan
Di Fillipo Sylvie
Dumontet Charles
Durieu Isabelle

Edery Charles Patrick
Fauvel Jean-Pierre
Guenot Marc
Gueyffier François

Guibaud Laurent
Javouhey Etienne
Juillard Laurent
Jullien Denis
Kodjikian Laurent
Krolak Salmon Pierre

Lejeune Hervé

Mabrut Jean-Yves
Merle Philippe
Mion François
Morelon Emmanuel
Mure Pierre-Yves
Négrier Claude
Nicolino Marc
Picot Stéphane

Cardiologie
Réanimation ; médecine d'urgence
Urologie
Chirurgie générale
Biologie cellulaire
Radiologie et imagerie médicale
Pédiatrie
Chirurgie digestive
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Cardiologie
Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Urologie
Pneumologie ; addictologie
Anatomie et cytologie pathologiques
Cardiologie
Hématologie ; transfusion
Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Génétique
Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Neurochirurgie
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Radiologie et imagerie médicale
Pédiatrie
Néphrologie
Dermato-vénérologie
Ophtalmologie
Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Chirurgie générale
Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Physiologie
Néphrologie
Chirurgie infantile
Hématologie ; transfusion
Pédiatrie
Parasitologie et mycologie

Rouvière Olivier
Roy Pascal

Ryvin Philippe
Saoud Mohamed
Schaeffer Laurent
Scheiber Christian
Schott-Pethelaz Anne-Marie
Tilikete Caroline
Truy Eric
Turjman Francis
Vallée Bernard
Vanhems Philippe
Vukusic Sandra

Radiologie et imagerie médicale
Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Neurologie
Psychiatrie d'adultes
Biologie cellulaire
Biophysique et médecine nucléaire
Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Physiologie
Oto-rhino-laryngologie
Radiologie et imagerie médicale
Anatomie
Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

Ader Florence
Aubrun Frédéric
Boussel Loïc
Calender Alain
Chapurlat Roland
Charbotel Barbara
Chêne Gautier
Cotton François
Crouzet Sébastien
Dargaud Yesim
David Jean-Stéphane
Di Rocco Federico
Dubernard Gil
Ducray François
Dumortier Jérôme
Fanton Laurent
Fellahi Jean-Luc
Ferry Tristan
Fournerey Pierre
Gillet Yves
Girard Nicolas
Gleizal Arnaud
Henaine Roland
Hot Arnaud
Huissoud Cyril
Jacquin-Courtois Sophie
Janier Marc
Lesurtel Mickaël
Michel Philippe
Million Antoine
Monneuse Olivier
Nataf Serge
Peretti Noël
Pignat Jean-Christian
Poncet Gilles
Raverot Gérard

Ray-Coquard Isabelle

Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Radiologie et imagerie médicale
Génétique
Rhumatologie
Médecine et santé au travail
Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Radiologie et imagerie médicale
Urologie
Hématologie ; transfusion
Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Neurochirurgie
Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Neurologie
Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Médecine légale
Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Pédopsychiatrie ; addictologie
Pédiatrie
Pneumologie
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Médecine interne
Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Médecine physique et de réadaptation
Biophysique et médecine nucléaire
Chirurgie générale
Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
Chirurgie générale
Cytologie et histologie
Nutrition
Oto-rhino-laryngologie
Chirurgie générale
Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Cancérologie ; radiothérapie

Rheims Sylvain
Richard Jean-Christophe
Robert Maud
Rossetti Yves
Souquet Jean-Christophe
Thaumat Olivier
Thibault Hélène
Wattel Eric

Neurologie
Réanimation ; médecine d'urgence
Chirurgie digestive
Physiologie
Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Néphrologie
Physiologie
Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori Marie
Letrilliart Laurent
Moreau Alain
Zerbib Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé Xavier

Professeurs émérites

Baulieux Jacques
Beziat Jean-Luc
Chayvialle Jean-Alain
Daligand Liliane
Droz Jean-Pierre
Floret Daniel
Gharib Claude
Mauguière François
Neidhardt Jean-Pierre
Petit Paul
Sindou Marc
Touraine Jean-Louis
Trepo Christian
Trouillas Jacqueline
Viale Jean-Paul

Cardiologie
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Médecine légale et droit de la santé
Cancérologie ; radiothérapie
Pédiatrie
Physiologie
Neurologie
Anatomie
Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Neurochirurgie
Néphrologie
Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Cytologie et histologie
Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Benchaib Mehdi

Bringuier Pierre-Paul
Dubourg Laurence
Germain Michèle
Jarraud Sophie
Le Bars Didier
Normand Jean-Claude
Persat Florence
Piaton Eric

Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Cytologie et histologie
Physiologie
Physiologie
Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Biophysique et médecine nucléaire
Médecine et santé au travail
Parasitologie et mycologie
Cytologie et histologie

Sappey-Marinier Dominique
Streichenberger Nathalie
Timour-Chah Quadiri

Biophysique et médecine nucléaire
Anatomie et cytologie pathologiques
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
clinique ; addictologie
Anatomie

Voiglio Eric

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Barnoud Raphaëlle
Bontemps Laurence
Chalabreysse Lara
Charrière Sybil
Collardeau Frachon Sophie
Confavreux Cyrille
Cozon Grégoire
Escuret Vanessa
Hervieu Valérie
Kolopp-Sarda Marie Nathalie
Lesca Gaëtan
Lukaszewicz Anne-Claire
Maucort Boulch Delphine

Anatomie et cytologie pathologiques
Biophysique et médecine nucléaire
Anatomie et cytologie pathologiques
Nutrition
Anatomie et cytologie pathologiques
Rhumatologie
Immunologie
Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Anatomie et cytologie pathologiques
Immunologie
Génétique
Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Biostatistiques, informatique médicale et
technologies de communication
Anatomie et cytologie pathologiques
Biophysique et médecine nucléaire
Biochimie et biologie moléculaire
Biostatistiques, informatique médicale et
technologies de communication
Anesthésiologie-réanimation ;
médecine d'urgence
Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Physiologie
Biochimie et biologie moléculaire
Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Immunologie
Biochimie et biologie moléculaire

Meyronet David
Pina-Jomir Géraldine
Plotton Ingrid
Rabilloud Muriel

Rimmele Thomas

Ritter Jacques
Roman Sabine
Tardy Guidollet Véronique
Tristan Anne
Venet Fabienne
Vlaeminck-Guillem Virginie

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Casalegno Jean-Sébastien
Curie Aurore
Duclos Antoine
Lemoine Sandrine
Marignier Romain
Phan Alice
Schluth-Bolard Caroline
Simonet Thomas
Vasiljevic Alexandre

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Pédiatrie
Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Physiologie
Neurologie
Dermato-vénéréologie
Génétique
Biologie cellulaire
Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge Thierry
Pigache Christophe

Le Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la
Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.
J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma
conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes
compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois
couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque

COMPOSITION DU JURY

Président du Jury :

Monsieur le Professeur BLAY Jean-Yves

Professeur des Universités – Cancérologie et Radiothérapie

Remplacé par

Madame le Professeur RAY-COQUARD Isabelle

Professeur des Universités – Cancérologie et Radiothérapie

Membres

Monsieur le Professeur GHESQUIERES Hervé

Professeur des Universités – Hématologie

Monsieur le Professeur TAZAROURTE Karim

Professeur des Universités – Thérapeutique et Urgence

Monsieur le Docteur DEVAUX Yves

Oncologie médicale

REMERCIEMENTS

Aux membres du Jury qui ont accepté de juger ce travail,
Soyez assurés de mon profond respect.

A Madame le Professeur Isabelle RAY-COQUARD, présidente du jury

Vous me faites l'honneur de présider le Jury de cette thèse et de juger mon travail. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Hervé GHESQUIERES

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce Jury et d'apporter votre regard d'oncohématologue à la discussion. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Votre regard d'urgentiste sur le sujet aura un grand intérêt pour moi. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Yves DEVAUX, directeur de thèse,

Merci de m'avoir fait découvrir l'Hospitalisation à Domicile au sein du Centre Léon Bérard. De m'y avoir accueilli en tant qu'interne et désormais en tant que médecin. C'est un réel plaisir de travailler avec ce service et j'espère que nous allons continuer à le développer.

Table des Matières

Liste des abréviations	15
I. INTRODUCTION	16
II. ETAT DES LIEUX	20
A. Présentation de l’HAD	20
1. Définition	20
2. Historique	21
3. Fonctionnement	23
B. L’HAD du Centre Léon Bérard.....	26
III. MATERIEL ET METHODES	29
A. Objectifs de l’étude	29
1. Objectif principal	29
2. Objectifs secondaires	29
B. Matériel et Méthodes	30
1. Recherche documentaire	30
2. Type d’étude.....	30
3. Population étudiée	31
4. Recueil de données	32
5. Variables à étudier	32
6. Exploitation des résultats.....	33
IV. RESULTATS.....	34
A. Présentation du patient	34
1. Caractéristiques sociodémographiques	34
2. Caractéristiques carcinologiques.....	37
3. Caractéristiques du suivi	41
B. Antériorité le mois précédent l’UGEI (à partir du 1 ^{er} Novembre 2015).....	42
1. Passage sur le Centre Léon Bérard.....	42
2. Dernière consultation.....	43
3. Dernière hospitalisation	43
4. Dernier UGEI.....	44

C.	UGEI étudié (du 1 ^{er} au 14 Décembre 2015).....	46
1.	Motif principal d'admission à l'UGEI	46
2.	Prise en charge	49
3.	Orientation et délai	52
4.	Suivi	54
5.	Comparaison des motifs de passage, de la prise en charge, du mode et du délai de sortie entre les patients suivis par l'HAD et le reste de la population.	55
D.	Le mois suivant le passage à l'UGEI (jusqu'au 31 Janvier 2016)	56
E.	Evolution vis-à-vis du DCSEI	57
V.	DISCUSSION	58
A.	Analyse des résultats.....	58
1.	Qui sont les patients passant par l'UGEI ?.....	58
2.	Quel est le motif de passage et quelle est la prise en charge ?	60
3.	Quelle est leur orientation après le passage par l'UGEI ?.....	64
B.	Limites et intérêts de l'étude	66
1.	Limites	66
2.	Intérêts de l'étude	67
C.	Comparaison avec les résultats des études sur le profil des patients passant par des urgences, 68	
D.	Intérêt de ce type d'unité. Quelles peuvent être les perspectives pour une telle unité ?	69
VI.	CONCLUSION	71
VII.	BIBLIOGRAPHIE	73
VIII.	ANNEXES.....	77
	Annexe 1 : Grille d'analyse des patients admis UGEI	77
	Présentation du patient	77
	Antériorité le mois précédent (à partir du 1 ^{er} Novembre 2015).....	78
	UGEI étudié (du 1 ^{er} au 14 Décembre 2015).....	79
	Le mois suivant (jusqu'au 31 Janvier 2016).....	80
	Annexe 2 : Index de Karnofsky	81
	Annexe 3 : Score Performance Status OMS	82

Liste des abréviations

CLB : Centre Léon Bérard

UGEI : Unité de gestion des entrées imprévues

HAD : Hospitalisation à Domicile

SAD : Soins à Domicile

RVH-SOURCE : Réseau Ville Hôpital - Soins Oncologiques Unifiés par un réseau de Coordination Externe

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

DCSEI : Département de Coordination des Soins Externes et Interfaces

FNEHAD : Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile

DPI : Dossier Patient Informatisé

CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer

IDE : infirmière Diplômée d'Etat

MKDE : Masseur Kinésithérapeute Diplômé d'Etat

AP-HP : Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

CGR : Concentré de Globules Rouges

I. INTRODUCTION

En 2015, le nombre de nouveaux cas de cancers en France métropolitaine est estimé à 385 000 : 211 000 hommes et 174 000 femmes (1). Le nombre de décès par cancer est estimé à 149 500 : 84 100 chez l'homme et 65 400 chez la femme. Il est noté une baisse de l'incidence de 1,3 % par an entre 2005 et 2012 chez l'homme, liée à la baisse de l'incidence du cancer de la prostate et un ralentissement de la progression : + 0,2 % par an entre 2005 et 2012 au lieu de + 1,6 % entre 1980 et 2005 chez la femme, lié à la baisse de l'incidence du cancer du sein. Le taux de mortalité est également en baisse de 1,5 % par an entre 1980 et 2012 chez l'homme (-2,9 % entre 2005 et 2012) et de 1 % par an entre 1980 et 2012 (-1,4 % entre 2005 et 2012) chez la femme. Le nombre de personnes de 15 ans et plus en vie en 2008 et ayant eu un cancer au cours de leur vie (prévalence) est de l'ordre de 3 millions (2).

1,147 million de personnes ont été hospitalisées en lien avec le diagnostic, le traitement ou la surveillance d'un cancer en 2014, soit une légère augmentation de 5 % par rapport à 2010 (hors activité de radiothérapie dans le secteur privé libéral). (3)

Face à ce nombre croissant de personnes diagnostiquées, traitées et suivies pour un cancer et face à une capacité limitée du nombre de lits d'hospitalisation dans les centres spécialisés, d'autres modes de prise en charge doivent être pensés pour prendre en charge et offrir une meilleure qualité de vie à cette population de patients fragiles nécessitant un suivi et un accompagnement rapprochés.

Le Centre Léon Bérard a inscrit, dès 1990, une politique d'externalisation et de prise en charge des patients à domicile. Quatre essais thérapeutiques ont initié cette demande pour être à même de répondre aux besoins des patients.

Le premier concernait les patients traités par chimiothérapie, et comprenait deux bras définis par la chronologie des prises en charge : 2 cycles à l'hôpital puis 2 à domicile versus 2 à domicile puis 2 à l'hôpital. Le critère principal était le choix du lieu de traitement pour le 5^{ème} cycle : 96% des patients ont choisi la poursuite à domicile.

Le 2^{ème} concernait les patients en aplasie médullaire et fébrile. 100 patients ont été sollicités et ont choisi la prise en charge à domicile (4).

Le 3^{ème} visait à évaluer la transfusion à domicile versus à l'hôpital, 70% des patients avaient choisi la transfusion à domicile (5).

Le 4^{ème}, enfin, visait à évaluer les prises en charge palliatives et là encore plus de 80% des patients ont préféré le domicile versus le Centre Léon Bérard ou une unité de soins palliatifs (6).

Toutes ces évaluations nous ont appris une réelle préférence des patients pour le suivi à domicile sans pour autant noter de dévaluation de leur séjour hospitalier.

Les modalités de prise en charge, au début des années 1990, se limitaient à l'hospitalisation à domicile locale de la COURLY (HAD « Soins et Santé ») et ne répondaient que très peu aux besoins du Centre Léon Bérard dont le bassin de recrutement est régional, voire parfois hors région, compte tenu soit de la spécificité de certaines pathologies soit de la nécessité d'envois thérapeutiques.

C'est la raison pour laquelle, tout en continuant une activité d'HAD, le Centre Léon Bérard a développé une activité de Soins à Domicile, coordonnée sur un secteur de plus en plus large. Ce procédé s'est poursuivi en 2006 par la création d'un service d'HAD Centre Léon Bérard très atypique car régionale, spécialisée et ultra-libérale.

Bien sûr, comme toute HAD elle a dû répondre aux critères établis par les tutelles (7) (8) et la FNEHAD, en particulier en matière de tarification à l'activité, critère malheureusement déterminant et incapable de répondre à tous les profils de patients externalisés.

Le Centre Léon Bérard a donc dû poursuivre la prise en charge en amont et en aval de l'HAD par le biais de la Coordination des Soins à Domicile. Pour compléter ces 2 modalités de prise en charge et répondre à des impératifs psycho-sociaux, le Centre Léon Bérard a été à l'origine en 2008 de la création du RVH SOURCE (Soins Oncologiques Unifiés par un Réseau de Coordination Externe).

Fort de ceci, il a pu accroître de façon régulière le nombre de ses patients externalisés pour assurer à ce jour environ 3000 prises en charge sur une année et gérer environ 800 patients/jour au quotidien.

Il est rapidement apparu que le nombre de 800 patients/jour externalisés et particulièrement instables (labiles) est une donnée qui pourrait avoir un retentissement délétère sur le fonctionnement de l'hôpital entraînant de surcroît l'insatisfaction des patients, le désintérêt des médecins hospitaliers (provoquant alors leur désinvestissement dans le projet d'externalisation de l'établissement). Le corollaire risquait d'être alors : une augmentation du nombre de patients pris en charge à domicile requiert plus d'hospitalisations imprévues ayant pour conséquence une augmentation croissante du « manque de lits, chronique ».

Le maintien à domicile par des médecins du Centre Léon Bérard s'est donc vite avéré une nécessité, au travers de visites à domicile pour répondre aux impossibilités des médecins généralistes, et par l'instauration d'une astreinte-régulation pour la couverture nocturne ainsi que celle des week-ends et jours fériés.

Il est néanmoins nécessaire de pouvoir recourir au plateau technique hospitalier et c'est la raison pour laquelle a été créée l'Unité de Gestion des Entrées Imprévues en 2003. Il ne s'agit pas, à proprement parler, d'un service d'urgence mais d'une unité assurant la prise en charge des patients requérant le plateau technique hospitalier pour un examen paraclinique, la mise en route d'un traitement spécifique, la réalisation d'actes tels que transfusion, désobstruction de VVC ou encore ponction pleurale et lombaire.

Initialement créée pour recevoir les patients suivis en SAD RVH ou HAD, elle est très vite devenue le recours pour tout patient non hospitalisé requérant des soins ainsi que pour les nouvelles prises en charge carcinologiques. Grâce à la réactivité SAD HAD, elle est donc logiquement devenue le lieu de prise en charge initiale des patients externalisés.

Au total, il s'agit d'une Unité très spécifique, unique en France, représentant la porte d'entrée de l'hôpital pour tout patient présentant une pathologie imprévue lors de son parcours de soins. Véritable tour de contrôle, elle doit évaluer, diagnostiquer et traiter la totalité des patients tout en élaborant leur trajectoire permettant la poursuite de soins. Il n'a jamais été évalué le profil des patients y arrivant, les pathologies présentées et surtout leur trajectoire de soins. C'est l'enjeu de cette thèse qui doit nous permettre d'optimiser son fonctionnement et d'anticiper son avenir.

II. ETAT DES LIEUX

A. Présentation de l'HAD

1. Définition

L'Hospitalisation à Domicile (HAD) est une forme d'hospitalisation à temps complet au cours de laquelle les soins sont effectués au domicile de la personne. L'hospitalisation à domicile couvre maintenant l'ensemble du territoire national, et constitue désormais une des réponses à l'aspiration grandissante de la population à être soignée dans son environnement familial quand la situation le permet. (9)

Elle assure des soins non réalisables en ville car trop complexes, trop intenses ou trop techniques, pour des personnes qui ont besoin de continuité des soins et d'une équipe de coordination pluridisciplinaire (IDE, MKDE, assistante sociale, psychologue, diététicienne...) et médicalisée (il y a toujours un médecin coordonnateur en HAD).

Sans l'HAD, les personnes qu'elle accueille seraient maintenues en établissement hospitalier ; l'HAD permet donc de diminuer la durée moyenne de séjour d'hospitalisation en établissement, voire parfois de l'éviter complètement.

L'HAD ne doit pas être intégralement assimilée à un séjour à l'hôpital, puisqu'elle n'héberge pas la personne et n'assure ni la présence permanente ni les moyens techniques et humains qu'on y trouve. Elle intègre en revanche des préoccupations différentes : l'évaluation et l'adaptation du domicile aux besoins de soins, la prise en compte de l'environnement et de l'entourage dans les soins, la coordination avec les professionnels sanitaires et sociaux de la ville (médecins traitants, professionnels de santé libéraux, officines pharmaceutiques, services à domicile, services sociaux), ce qui en fait un dispositif unique en son genre.

Comme pour les établissements hospitaliers avec hébergement, les HAD sont soumises à :

- L'autorisation d'activités délivrée par l'Etat après remise d'un dossier complet ;
- La certification délivrée par la Haute autorité de santé (HAS) qui garantit la qualité de la prise en charge des malades ;
- La lutte contre les maladies nosocomiales, etc.

Les chiffres de l'HAD en 2015 (10) :

- 308 structures autorisées actives
- 105 008 personnes accueillies
- 160 793 séjours
- 4,629 millions de journées dont 34.6% des journées concernent des pathologies cancéreuses
- 944 M d'€ facturés à l'assurance maladie

2. Historique

a. L'HAD, un concept né outre-Atlantique

L'hospitalisation à domicile est née aux Etats-Unis, en 1945. Ce fut l'opération «Home Care» réalisée, à New York, par le Docteur Bluestone de l'Hôpital Montefiore qui face à une pénurie de lits dans son service, décide de suivre ses patients à leur domicile.

En France c'est en 1957 que naît le premier service d'hospitalisation à domicile, au sein de l'Assistance-Publique Hôpitaux de Paris. Le professeur DENOIX, directeur de l'Institut Gustave Roussy à Villejuif crée la fondation « Santé et Service » un an plus tard avec l'aide de la Ligue Nationale contre le Cancer.

En 1961 suite à une convention signée entre le service de la fondation, l'APHP et la Caisse primaire, l'HAD est reconnue en tant que telle. Cette convention définit les différents acteurs de l'HAD.

b. Le cadre législatif de l'HAD

C'est en 1970 que le statut de l'HAD est reconnu légalement (11).

En 1973 est créée, la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD). Elle regroupe plus de 240 établissements d'HAD installés sur le territoire métropolitain et ultra-marin, quel que soit leur statut juridique : public, privé non lucratif et privé lucratif.

Ces structures ont réalisé, en 2014, plus de 90% des journées d'Hospitalisation à Domicile.

En 1974, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie fixe les règles de fonctionnement des établissements d'HAD.

Ce n'est qu'en 1991 qu'une nouvelle loi sur la réforme hospitalière reconnaît l'HAD comme alternative à l'hospitalisation (12). Elle a été suivie en octobre 1992 d'un décret d'application. Elle définit le rôle des différents acteurs, médecins coordonnateurs et médecins et infirmiers libéraux et permet aux médecins traitants de faire une demande d'HAD. Elle impose aux structures d'HAD une permanence 24h sur 24 et une continuité des soins par un système de communication à distance.

A partir des années 2000 nous assistons à un essor des structures d'HAD notamment par la mise en place de nouveaux textes régissant le mode de fonctionnement (suppression du « taux de change » lits d'HAD à la place de lits d'hospitalisation) et de financement des HAD (instauration de la Tarification à l'activité).

- **2000** Circulaire du 30 Mai et circulaire complémentaire du 30 Mai 2000 (13) (14) structurant le contenu des prises en charge. Cette circulaire est à la base du fonctionnement de tous les établissements d'HAD. Elle définit 17 modes principaux de prise en charge, répartis en trois catégories de soins: les soins ponctuels, continus ou de réadaptation. Elle insiste sur la nécessité de mise en place d'un projet thérapeutique, clinique et psychosocial. Elle répartit les rôles des différents intervenants (médecin traitant, médecin hospitalier, médecin coordonnateur, cadre infirmier, infirmier(e), aide-soignant,...) et insiste sur le renforcement des liens entre le secteur libéral et l'HAD.

- **2006** Circulaire 1er décembre 2006 (15) qui rappelle le caractère polyvalent et généraliste de l'HAD. Elle précise à nouveau les modalités des autorisations, les obligations et le rôle des acteurs de l'HAD. Cette circulaire évoque le nécessaire développement d'une telle offre de soins.

- **2007** Décret du 22 février 2007 (16) qui autorise les établissements d'HAD à prendre en charge des patients placés en établissement d'hébergement des personnes âgées médicalisées ou non (EHPAD et EHPA).
- **2009** Loi « Hôpital Patients Santé Territoire » (17) qui reconnaît l'HAD comme un mode d'hospitalisation à part entière et qui garantit la protection de l'appellation « Hospitalisation à Domicile ».
- **2012** 6 Septembre 2012 (18): Décret qui ouvre le champ d'intervention de l'HAD à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement.
- **2013** Circulaire du 4 décembre 2013 (19) relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD). Il s'agit de positionner l'HAD à sa juste place dans la gradation des soins, de mieux structurer son offre, d'améliorer son accessibilité et sa professionnalisation.

L'ensemble de ces avancées législatives ont contribué, voire encouragé le développement des HAD. Entre 2005 et 2015, le nombre d'établissements d'HAD est passé de 123 à 308. Dans le même temps le nombre de patients accueillis en HAD est passé de 35017 en 2005 à 105008 en 2015 (10). Mais il est cependant noté une diminution de cette progression depuis 2008.

3. Fonctionnement

L'hospitalisation à domicile concerne des malades de tous âges – enfants, adolescents, adultes – atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, souvent multiples, évolutives et/ou instables.

La prescription de l'HAD est avant tout posée par la charge en soins que nécessite l'état de santé du patient.

Ces soins sont nécessairement complexes, techniques, longs, pluriquotidiens, délivrés par divers professionnels de santé exerçant différentes spécialités.

L'HAD est une structure pluridisciplinaire qui mobilise les compétences internes de ses propres équipes et coordonne les interventions de professionnels extérieurs.

Le patient est admis en HAD sur prescription du médecin traitant ou du médecin hospitalier, soit après une consultation, soit à la suite d'une hospitalisation avec hébergement.

L'hospitalisation à domicile est subordonnée à l'accord du médecin traitant du patient et au consentement du patient ou de son entourage. L'admission est prononcée par le médecin coordonnateur de l'HAD, sur la base d'un protocole thérapeutique, dans un délai de 24 à 72 heures, selon l'état du patient et le degré d'urgence.

Comme les hôpitaux et les cliniques, les établissements d'hospitalisation à domicile sont des établissements de santé, soumis aux mêmes exigences de qualité et de sécurité.

Les soins sont délivrés 24h/24 et 7j/7 par l'équipe de l'HAD ou par une équipe libérale en collaboration avec l'HAD, afin de garantir une continuité des soins au patient.

Quels que soient son âge et ses ressources financières, toute personne peut bénéficier d'une hospitalisation à domicile. Il n'y a pas d'avance de frais puisque 100 % des soins sont pris en charge par l'Assurance Maladie et la complémentaire santé, comme lorsque le patient est à l'hôpital ou en clinique.

Les soins délivrés sont (13):

- Les soins ponctuels: *«soins techniques et complexes, chez des patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une durée préalablement déterminée. Ils peuvent être fréquemment réitérés»* :
 - Assistance respiratoire ;
 - Nutrition parentérale ;
 - Traitement intraveineux ;
 - Chimiothérapie anticancéreuse ;
 - Nutrition entérale ;
 - Pansements complexes ;

- Transfusion sanguine ;
- Autres traitements ;
- Soins continus: *«associent, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie pouvant aller jusqu'à la phase ultime. Ils concernent des patients ayant une pathologie évolutive» :*
 - Soins palliatifs ;
 - Prise en charge de la douleur ;
 - Surveillance post chimiothérapie ;
 - Nursing lourd / gériatrie ;
 - Surveillance de radiothérapie ;
 - Surveillance d'aplasie ;
- Réadaptation à domicile *« est destinée à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aigüe d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une poly pathologie » :*
 - Post traitement chirurgical ;
 - Rééducations neurologique et orthopédique ;
 - Education du patient et / ou de son entourage ;
 - Prise en charge psycho-sociale ;

B. L'HAD du Centre Léon Bérard

Il s'agit d'une HAD régionale, rattachée au Centre Léon Bérard et donc spécialisée dans la prise en charge des patients cancéreux au domicile. Elle prend en charge à l'heure actuelle plus de 200 patients à domicile par jour.

DCSEI

L'HAD du CLB est dirigée par le Dr DEVAUX, oncologue, assisté de 5 médecins coordonnateurs (2 médecins généralistes, une gériatre et une onco-gériatre, un pédiatre) ainsi que 2 internes, d'une équipe d'IDE coordinatrice, d'assistants sociaux et de secrétaires médicales.

Cette structure s'intègre au sein du Département de Coordination des Soins Externes et Interfaces (DCSEI) qui regroupe également les Soins à domicile (SAD), un service d'hospitalisation conventionnelle (2BN) sur le centre, une unité « Papillon » (pour des patients autonome ne nécessitant pas de surveillance médicale), une Unité de Gestion des Entrées Imprévues (UGEI) et travaille en relation avec un réseau de libéraux : Réseau Ville Hôpital SOURCE (RVH).

Cette structuration crée un maillage permettant aux patients qui nécessitent une prise en charge spécifique, de rester à domicile. Selon leurs besoins, ils seront intégrés dans le niveau de soins correspondant. L'interface entre chaque structure permet de réadapter les soins en fonction des besoins et permet ainsi d'assurer le suivi optimal. Ce département gère environ 800 patients au domicile au quotidien.

HAD

Elle est demandée principalement par les médecins oncologues du centre ou par le médecin de l'UGEI mais elle est également parfois demandée par les médecins traitants. L'organisation du retour à domicile fait appel aux libéraux, que ce soit pour les paramédicaux (IDE, pharmacies, kinésithérapeutes,...), pour les auxiliaires de vie comme pour les médecins traitants.

Une première consultation est organisée avec le médecin traitant au domicile du patient afin de définir le projet thérapeutique et d'organiser le suivi du patient. Le médecin coordonnateur sera amené à retourner au domicile en cas d'urgence, de non disponibilité du médecin traitant ou à sa demande.

Une astreinte téléphonique 24h/24 et 7jours sur 7 assure une continuité des soins notamment pour les problèmes d'ordres médicaux survenant la nuit et le weekend. Cette dernière permet également une aide à la décision pour les médecins traitants.

SAD

Les Soins à Domicile permettent d'organiser à domicile tous les soins réalisés par les infirmières libérales, qui ne rentrent pas dans le cadre de l'HAD.

Ils permettent de faire un suivi en amont d'une éventuelle entrée en HAD, quand les soins deviennent plus lourds, ou de poursuivre les soins lors de la sortie de l'HAD, lorsque la charge en soins diminue.

Leurs activités ne sont cependant pas reconnues par les tutelles. Les SAD ne permettent pas la prise en charge psycho-sociale du patient. Ils prennent en charge à l'heure actuelle plus de 400 patients au quotidien à l'extérieur.

RVH ou Réseau SOURCE

C'est un réseau de soins territorial géré par un médecin et des infirmières coordinatrices, qui coordonnent les soins à domicile réalisés par les intervenants libéraux. Il permet d'adjoindre à la prise en charge, l'aspect psycho-social et les chimiothérapies et facilite la diffusion d'informations par l'utilisation du Dossier Patient Partagé Réparti (DPPR).

UHCD

Le service 2BN (actuellement 3BS) est un service d'hospitalisation traditionnelle. Il est supervisé par 2 infirmières cliniciennes en collaboration avec un médecin coordonnateur.

Il permet de ré-hospitaliser les patients qui le nécessitent (altération de l'état général, répit pour l'entourage, examens complémentaires, chimiothérapie, décès non souhaité au domicile,...). Il fonctionne comme un service d'hospitalisation de courte durée, le médecin coordonnateur pouvant hospitaliser à tout moment un patient au domicile, dans cette unité après évaluation par l'UGEI.

UGEI

L'Unité de gestions des entrées imprévues fonctionne comme une unité de jour, du lundi au vendredi de 9h à 19h, est composée de 16 lits d'accueil et bénéficie d'une astreinte téléphonique 24h sur 24 et 7j/7 assurée par les médecins du DCSEI.

Elle est composée d'un médecin du DCSEI, d'une infirmière formée à la prise en charge d'urgence qui coordonne le parcours du patient et en assure la trajectoire, de trois infirmières et d'une aide-soignante qui assurent les soins, et d'une assistante médicale qui s'occupe des rendez-vous des patients et de la rédaction des comptes rendus de séjour.

Cette unité permet aux patients externalisés d'avoir recours au plateau technique en cas de besoin ou en urgence. Elle permet d'accueillir les patients présentant une évolution brutale de leur état de santé.

III. MATERIEL ET METHODES

A. Objectifs de l'étude

1. Objectif principal

Ce travail a été mis en place afin de faire un état des lieux du fonctionnement d'une unité intégrée au sein du Département de Coordination et de Soins Externes et Interfaces (DCSEI), l'Unité de Gestions des Entrées Imprévues (UGEI) du Centre Léon Bérard. L'objectif principal de cette thèse est d'établir le profil des patients hospitalisés au sein de cette unité.

2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont de

- dépister les motifs de passage dits « obligatoires » c'est-à-dire voir si le passage a nécessité le plateau technique du centre que ce soit pour une imagerie ou pour l'initiation d'un traitement spécifique (alimentation parentérale première, titration morphinique) ou pour un geste technique ne pouvant être fait que sur l'hôpital (Transfusion sanguine, Problème de Voie Veineuse Centrale VVC). Dans ce sens, il s'agit de pouvoir faire la distinction entre les motifs de passages dits « obligatoires » de ceux dit « évitables » ;
- savoir si les patients sont connus du Département de Coordination des Soins Externes et Interfaces (DCSEI), au sein duquel se trouve le service d'Hospitalisation à Domicile ;
- connaître l'orientation des patients à la sortie de cette unité ;
- quantifier le nombre moyen de passages par jour au sein de cette unité.

Nous cherchons ainsi par ce travail à évaluer le rôle que peut avoir cette unité au sein d'une structure de lutte contre le cancer comme le Centre Léon Bérard. Permet-elle une meilleure prise en charge des patients ayant un cancer, en ambulatoire ? Comment prévenir ces hospitalisations dites « non programmées » ? Comment les limiter ? Comment orienter les patients de la manière la plus efficace ? Comment optimiser la prise en charge des patients au sein de cette unité ?

B. Matériel et Méthodes

1. Recherche documentaire

La recherche documentaire a été effectuée en utilisant les bases de données PUBMED via MEDLINE (base de données automatisée, National library of Medicine, Etats-Unis), Elsevier Masson, CAIRN, les catalogues SUDOC et catalogue Lyon 1, le site de la Haute Autorité de Santé (HAS), le site de l'Institut National du Cancer (INCa), le site de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD) ainsi que les moteurs de recherche internet.

Les mots clés utilisés ont été

- « Hospitalisation à domicile »
- « urgences »
- « hospitalisation non programmée »
- « cancer »

La période de recherche a été établie entre 2000 et 2016.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive observationnelle rétrospective à partir du Dossier Patient Informatisé du Centre Léon Bérard, des patients ayant été hospitalisés au sein de l'Unité de Gestion des Entrées Imprévues, durant la période du 1er décembre 2015 au 14 décembre 2015 inclus, à partir du rapport d'activité du service.

3. Population étudiée

a. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été déterminée en fonction du recrutement existant, de la faisabilité, notamment en matière de temps, et des données de quelques articles de la littérature. Nous avons fixé, sur ces éléments, un seuil minimal de recueil de 100 patients.

b. Population étudiée

La population étudiée est composée de patients adultes, pris en charge sur le Centre Léon Bérard. Les patients ont été admis au sein de l'UGEI durant la période du 1^{er} décembre 2015 au 14 décembre 2015 inclus, ce qui correspond à 10 jours ouvrés pour ce service. Il a été étudié successivement ce qu'il s'est passé dans leur suivi hospitalier le mois précédent et jusqu'à la fin du mois suivant leur passage à l'UGEI (soit jusqu'au 31 Janvier 2016).

c. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont donc :

- Tous les patients passant par cette unité durant la période sus citée ;
- Patients accueillis sur le service « d'hospitalisation de jour » ;
- Patients âgés de plus de 18ans.

d. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont :

- Les patients ne sont intégrés qu'une seule fois dans la base de données, s'ils reviennent à l'UGEI durant la période d'étude, ils ne seront pas comptabilisés plus d'une fois ;
- Les patients passant par l'UGEI mais pour une simple consultation ;
- Les patients de moins de 18ans ;

4. Recueil de données

Le recueil des données a été effectué par moi-même et s'est fait à partir du Dossier Patient Informatisé (DPI) du CLB. Une première analyse sur une quinzaine de dossiers a été effectuée avec les différentes variables citées plus loin. A partir de ces données collectées une grille d'analyse (cf Annexe 1) a été établie en collaboration avec le Dr Yves DEVAUX, médecin oncologue, chef de service du DSCEI, validée avec le Dr Georges ROMERO responsable qualité et de la gestion des risques au sein du Centre Léon Bérard.

Les données ont été intégrées sur un fichier EXCEL version 2010.

5. Variables à étudier

a. Présentation du patient

- Age (en années)
- Sexe
- Lieu de vie : il est évalué la distance en kilomètre par rapport au CLB
- Catégorisation du lieu de vie (socio-démographique) en analysant la typologie du territoire de la région Rhône-Alpes grâce à l'aide du Dr FAYET .Y et de sa thèse sur « les territoires face aux cancers » (20).
- Groupe d'organes
- Organe spécifique
- Stade de la pathologie
- Indice de Karnofsky au moment de l'UGEI
- Connue ou non du DCSEI et de ses composantes SAD, HAD, RVH

b. Antériorité le mois précédent (à partir du 1er Novembre 2015)

- Passage sur le centre Léon Bérard
- Dernières hospitalisations sur le centre
- Dernières consultations
- Derniers UGEI
- Délai entre chaque passage

c. UGEI étudié (du 1er décembre au 14 Décembre 2015)

- Motif du passage
- Imagerie
- Biologie
- Nécessité du plateau technique
- Mode de sortie
- Retour prévu ou non

d. Le mois suivant l'UGEI étudié (jusqu'au 31 Janvier 2016)

- Nombre de ré-hospitalisations à l'UGEI
- Délai entre chaque ré-hospitalisations
- Motif de ré-hospitalisation
- Nécessité du plateau technique

e. Evolution vis-à-vis du DCSEI

- Secteur
- Evolution
- Décès

6. Exploitation des résultats

Les résultats ont été analysés à l'aide du Service Statistiques du Centre Léon Bérard avec l'aide de Mme LARDY-CLEAUD Audrey (Biostatisticienne). Les données ont été analysées avec le logiciel SAS version 9.4 (SAS Institute®), ainsi que les fonctionnalités du logiciel EXCEL® 2010.

IV. RESULTATS

Durant la période du 1 décembre 2015 au 14 décembre 2015, 197 enregistrements ont eu lieu au sein de l'UGEI dont 156 en secteur dit « Hôpital de Jour » et 41 en consultations. 133 patients ont été inclus dans l'étude.

A. Présentation du patient

1. Caractéristiques sociodémographiques

a. Sexe et Age

Sur les 133 patients, une proportion plus importante de femmes a été incluse, avec une répartition des sexes de 75 femmes (56.4%) pour 58 hommes (43.6%) soit un sexe ratio de 0.77.

La moyenne d'âge était de 62.6 ans (+/- 14.5) et différait peu de la médiane à 62 ans.

Le plus jeune patient avait 24 ans et le plus âgé 91 ans.

La moyenne d'âge pour les femmes était de 62.5 ans [25-90] (médiane 62).

La moyenne d'âge pour les hommes était de 62.8 ans [24-91] (médiane 62.5).

	N (%)
Classe d'âges	
[18-49]	22 (16.5)
]49-75]	82 (61.7)
>75	29 (21.8)
Sexe	
Femme	75 (56.4)
Homme	58 (43.6)

Tableau 1: Effectif en fonction des classes d'âge et du sexe

b. Eloignement et caractéristiques géographiques

Le Centre Léon Bérard est un Centre Régional, son rayonnement englobe donc les 8 départements de la Région (Loire, Rhône, Ain, Haute-Savoie, Savoie, Isère, Drôme et Ardèche) voire les départements limitrophes. Mais l'éloignement géographique, le style de vie et les ressources des personnes ne sont pas les mêmes suivant les zones géographiques. L'illustration 1 présente la typologie de la région Rhône-Alpes suivie du tableau 2 présentant les répartitions des patients en fonction de l'éloignement et du type de territoire.

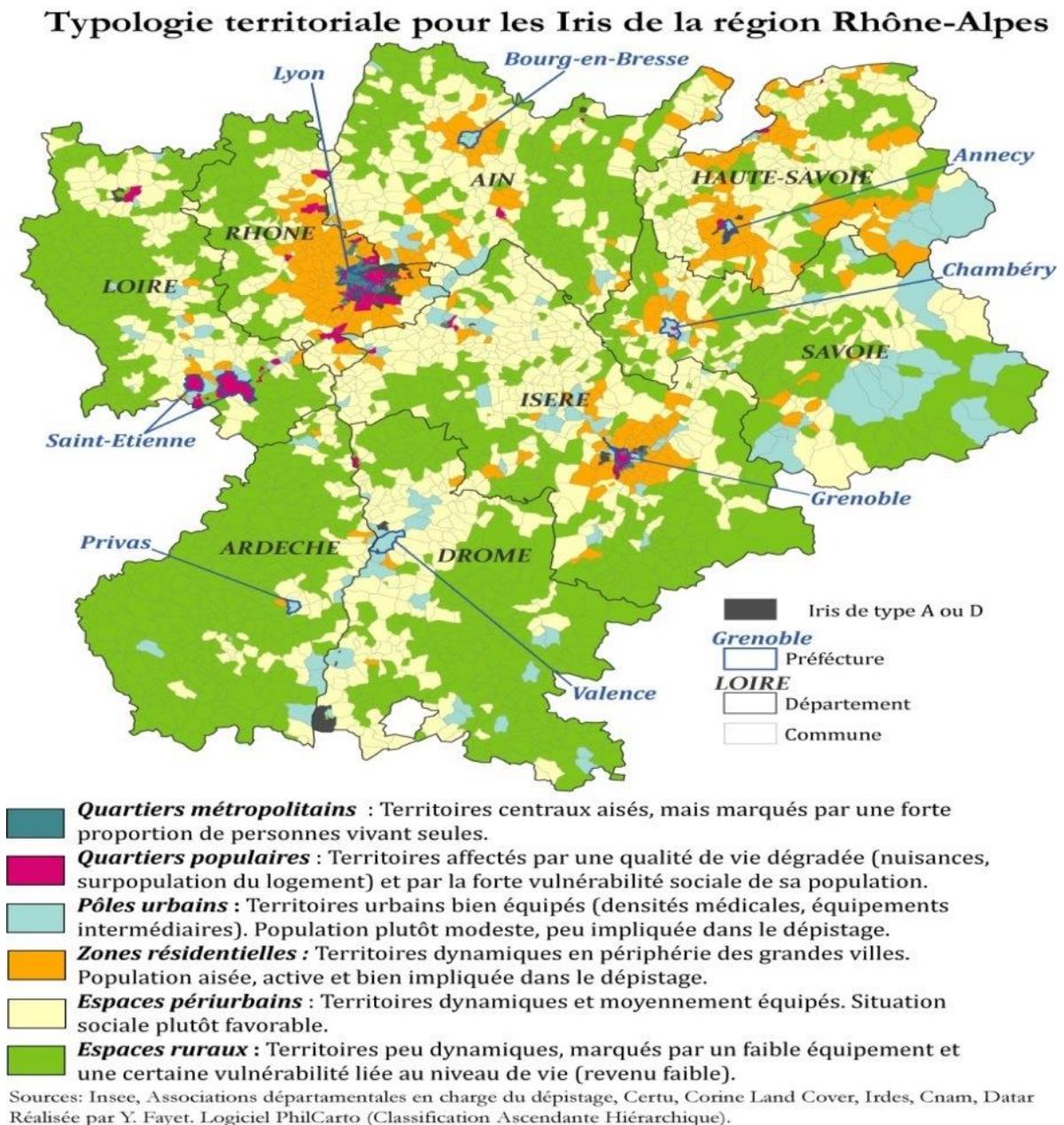


Illustration 1: Typologie du territoire de la région Rhône en fonction des caractéristiques sociodémographiques

Tableau 2: Effectif en fonction des distances entre le lieu de vie et le Centre Léon Bérard en kilomètres et en fonction de l'origine géographique par rapport à la typologie du territoire de la région Rhône-Alpes, des patients passant par l'UGEI durant la période du 1er décembre 2015 au 14 décembre 2015

	N (%)
Distance du lieu de vie par rapport au CLB (en Km)	
< 1km	11 (8.3)
1 à 10km	42 (31.5)
10 à 35km	29 (21.8)
35 à 100km	32 (24.1)
> 100km	19 (14.3)
Types de territoires	
Quartiers métropolitains	29 (22.3)
Quartiers défavorisés	17 (13.1)
Pôles urbains	17 (13.1)
Zones résidentielles	29 (22.3)
Espaces périurbains	28 (21.5)
Espaces ruraux	10 (7.7)

3 patients ne faisant pas partie de la région Rhône-Alpes n'ont pas été comptabilisés dans la typologie du territoire.

Moins de 10% des patients se situaient à moins d'1 km de distance du Centre Léon Bérard.

61.7% des patients se situaient dans un rayonnement équivalent à la distance entre Lyon et la ville de Vienne au Sud de Lyon (35Km).

La moyenne des distances se situe à 40 km (+/- 47.4)

La médiane à 23km avec une distance minimale inférieure à 1km et 203km au plus loin durant la période étudiée.

2. Caractéristiques carcinologiques

a. Groupes de cancers

Dans notre population nous avons donc comptabilisé :

- **35 cancers gynécologiques** : le cancer du sein est largement représenté avec 20 patientes (15% de l'effectif total de l'étude), suivi par les tumeurs de l'ovaire avec 10 patientes puis l'utérus avec 5 patientes ;
- **25 Hémopathies** : 7 syndromes myélodysplasiques, 5 syndromes myéloprolifératifs (dont 4 leucémies) 8 lymphomes, 5 myélomes ;
- **23 cancers hépato-gastro-intestinaux** dont 12 cancers colorectaux, 4 cancers de l'estomac, 3 adénocarcinomes du pancréas, 2 cancers de l'œsophage, 1 du foie et 1 cancer anal ;
- **15 cancers broncho-pulmonaires** dont 7 adénocarcinomes, 5 carcinomes épidermoïdes et 3 autres tumeurs neuroendocrines ;
- **13 cancers urologiques** : 7 adénocarcinomes de la prostate, 4 cancers du rein et 2 cancers de la vessie ;
- **11 sarcomes** : 4 leiomyosarcomes, 3 sarcomes ; 2 sarcome d'Ewing, 1 synoviosarcome, 1 ostéosarcome;
- **6 cancers ORL** ;
- **4 cancers neurologiques** : 2 glioblastomes, 1 astrocytome et 1 oligodendrogliome.

La figure 1 présente les proportions de patients en fonction du groupe d'organe du cancer primitif. La figure 2 présente la répartition des tumeurs en fonction du cancer primitif et du sexe.

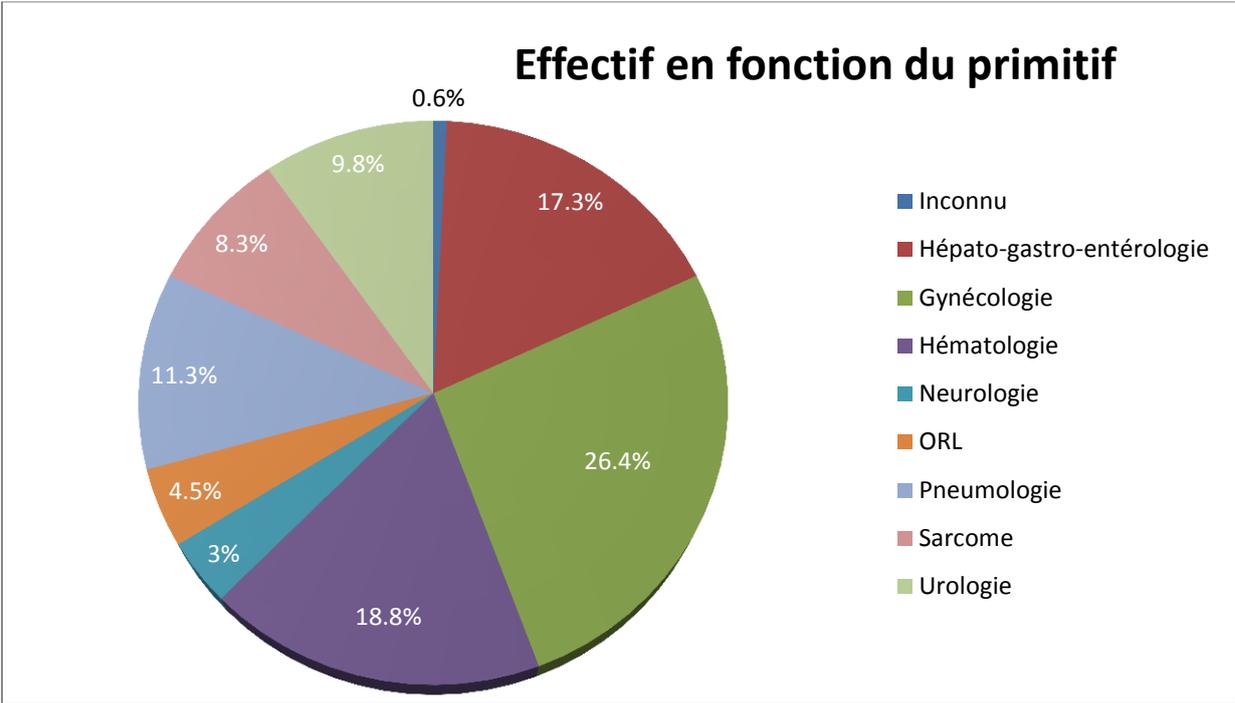


Figure 1 : Répartition suivant les groupes d'organes du primitif des 133 patients

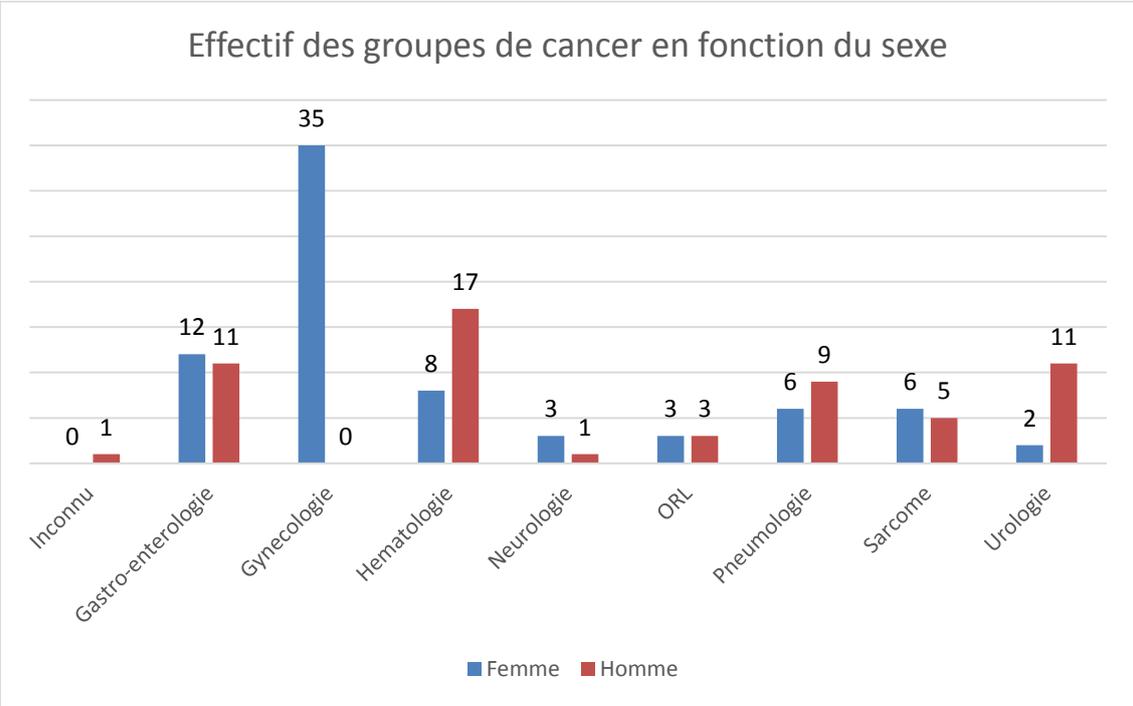


Figure 2 : Effectif des groupes de cancers pour les 133 patients passant par l'UGEI durant la période du 1er décembre 2015 au 14 décembre 2015 en fonction du sexe

b. Organes

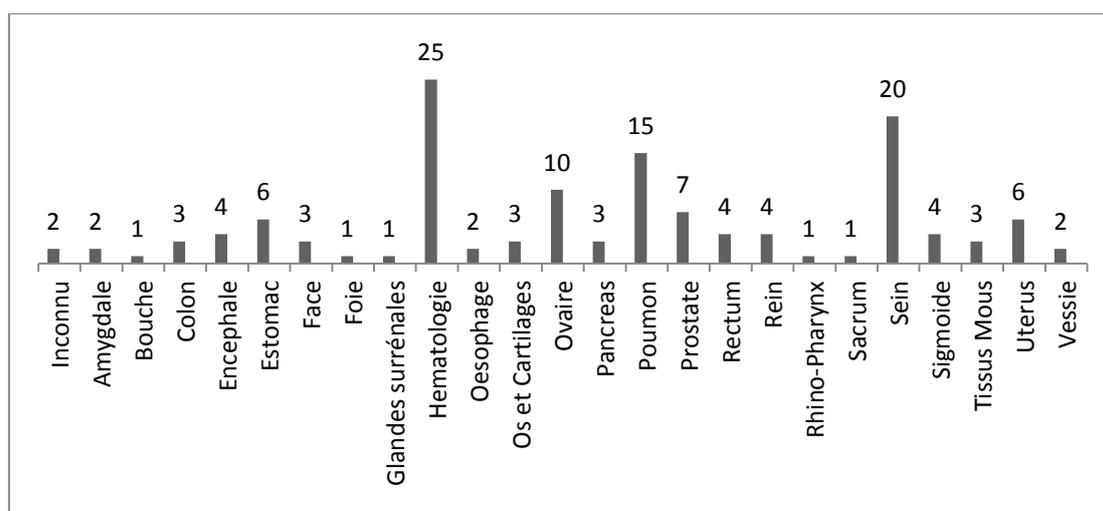


Figure 3 : Répartition des patients en fonction de l'organe (effectif pour chaque organe)

En classant les pathologies par organe, le groupe des hémopathies représente 18.8% de notre population.

Les cancers du sein représentent 15%.

Ils sont suivis par les cancers du poumon 11.3%.

c. Stade de la pathologie

Il n'existe pas de critères objectifs et consensuels permettant de déterminer si les patients sont en cours de traitement palliatif ou curatif. La stadification des patients a donc été faite au cours de cette étude sur la présence ou non de métastases. Le groupe hématologie a été placé à part du fait d'une stadification différente des cancers solides.

Statut	N (%)
Métastatiques	73 (54.9)
Non métastatiques	31 (23.3)
Hématologique	25 (18.8)

Tableau 3: Effectif des patients passant par l'UGEI durant la période du 1er décembre au 14 décembre 2015 en fonction de leur statut métastatique ou non.

A noter qu'il y avait 4 données manquantes (3%) sur le statut car non renseignées dans le dossier.

d. Indice de Karnofsky au moment de l'étude

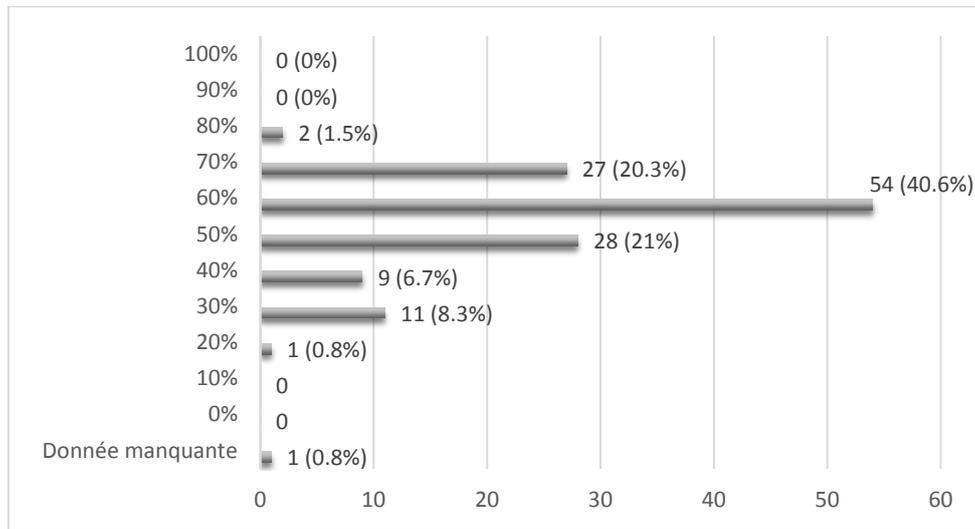


Figure 4 : Effectif des patients passant par l'UGEI selon l'indice de Karnofsky (IK)

3. Caractéristiques du suivi

Au Centre Léon Bérard, la prise en charge peut se faire au domicile avec le Département de Coordination des Soins Externes et Interfaces (DCSEI). Il s'agit de coordonner et d'organiser les soins en dehors de l'hôpital pour que chaque patient, à son domicile, bénéficie de la même qualité de soins qu'au cours d'un séjour à l'hôpital.

Sur l'année 2015 le département a pris en charge 3000 patients dont 1200 suivis par le service d'HAD.

Les patients passant par l'UGEI peuvent être connus ou non de ces différents services.

	N (%)
DCSEI	
Connus	86 (64.7%)
Non connus	47 (35.3%)
HAD	
Connus	52 (39.1%)
Non connus	81 (60.9 %)
SAD	
Connus	63 (47.4%)
Non connus	70 (52.6%)
RVH	
Connus	6 (4.5%)
Non connus	127 (95.5%)

Tableau 4 : statut vis à vis du Département de Coordination de Soins Externes et Interfaces et de ses différents services

En moyenne lors de leur passage les patients étaient connus depuis :

- 12.5 mois [0-81] avec une médiane à 8.3 mois par le service d'HAD ;
- 14.7 mois [0-80] avec une médiane à 8.3 mois par le service de SAD ;
- Et de 28.7 mois [3-68] avec une médiane à 25.8 mois par le service de RVH ;

B. Antériorité le mois précédent l'UGEI (à partir du 1^{er} Novembre 2015)

1. Passage sur le Centre Léon Bérard

88% des patients (n=117) sont passés par le Centre au moins une fois, que ce soit pour une hospitalisation, une consultation et/ou un passage par l'UGEI au mois de Novembre 2015.

9% des patients (n = 12) sont à la fois passés par l'UGEI et ont eu au moins une consultation.

9.8% patients (n =13) sont passés au moins une fois par l'UGEI et ont eu une hospitalisation.

21.8% (n = 29) ont eu au moins une hospitalisation et une consultation.

12.8% (n=17) ont, à la fois, eu au moins une hospitalisation, une consultation et un passage par l'UGEI.

Le détail des différents passages est résumé dans le tableau 5.

	Consultation(s) (%)	Hospitalisation(s) (%)	UGEI (%)
Nombre			
0	55 (41.4)	54 (40.6)	85 (63.9)
1	51 (38.3)	37 (27.8)	27 (20.3)
2	21 (15.8)	23 (17.3)	13 (9.8)
3	2 (1.5)	10 (7.5)	7 (5.2)
4	4 (3)	6 (4.5)	0 (0)
5	0 (0)	2 (1.5)	1 (0.8)
6	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)
Délai de passage à l'UGEI après			
Jamais	5 (3.8)	14 (10.5)	39 (29.3)
De 1 à 6 jours	15 (11.3)	21 (15.8)	10 (7.5)
De 7 à 13 jours	31 (23.3)	24 (18)	12 (9)
De 14 à 20 jours	16 (12)	17 (12.8)	11 (8.3)
De 21 à 27 jours	7 (5.3)	9 (6.8)	12 (9)
>ou= à 28 jours	59 (44.3)	48 (36.1)	49 (36.9)
Total	133	133	133

Tableau 5: Effectif de la population du nombre de consultations, d'hospitalisations, et de passages à l'UGEI ; Effectif suivant le délai entre le passage à l'UGEI et la dernière consultation, hospitalisation ou le dernier passage à l'UGEI

2. Dernière consultation

Dans notre population, 58% des 133 patients inclus (n=78) ont eu une consultation simple au mois de novembre 2015 (tableau 5).

34.6% des patients (n=46) ont eu leur consultation dans les 14 jours précédant le passage à l'UGEI.

44.4% (n=59) ont eu une consultation dans un délai supérieur à 1 mois.

3.8% de l'effectif total (n=5) n'ont jamais consulté sur le Centre et représentent donc de nouvelles prises en charge.

3. Dernière hospitalisation

Parmi les 133 patients passés par l'UGEI durant la période de l'étude, 59.4% (n=79) ont eu au moins une hospitalisation dans le mois précédent. (Tableau 5)

73.4% (n=58) des patients hospitalisés au mois de Novembre sont venus pour une chimiothérapie (Tableau 7).

62% (n=49) sont venus en service d'hospitalisation de jour (tableau 6). 1 patient est venu en hospitalisation de jour pour un bilan tumoral et 2 pour pose de VVC.

70% (n=56) sont restés un jour et 20% sont restés moins d'une semaine.

7 patients sont venus pour un acte dont 6 pour un bilan tumoral et un pour un changement de prothèse œsophagienne.

5 patients sont venus pour VVC : 4 sont venus pour la pose du cathéter, 1 pour complication.

1 patient est venu pour une urgence médicale : découverte d'une embolie pulmonaire.

Effectif hospitalisation n = 79 (%)	
Service d'hospitalisation	
Médical	22 (27.8)
Chirurgical	3 (3.8)
Radiothérapie	1 (1.3)
De jour	49 (62)
Chirurgie ambulatoire	4 (5.1)
Durée de l'hospitalisation	
1 jour	56 (70.9)
De 2 à 6 jours	17 (21.5)
De 7 à 13 jours	5 (6.3)
De 14 à 20 jours	1 (1.3)
De 21 à 28 jours	0
>ou= 28 jours	0

Tableau 6: Service d'hospitalisation et durée d'hospitalisation pour les patients de la population ayant déjà eu une hospitalisation durant le mois de novembre 2015

4. Dernier UGEI

63.9% de la population (n=85) n'est pas passée par l'UGEI au mois de novembre (Tableau 5).

Parmi les 48 patients passés par l'UGEI, le motif principal d'admission pour 33.4% des patients (n=16) était la transfusion (Tableau 7) puis l'altération de l'état général pour 22.9% (n = 11).

36.8% (n=49) ont consulté avec un délai supérieur à 28 jours (tableau5).

29.3% (n=39) de notre population n'est jamais passée par l'UGEI (tableau 5).

Tableau 7: Effectif des différents motifs en fonction du passage en hospitalisation ou à l'UGEI

	Effectif hospitalisation N = 79 (%)	Effectif UGEI N = 48 (%)
Motif		
AEG	4 (5.1)	11 (22.9)
Acte	7 (8.9)	0 (0)
Chimiothérapie	58 (73.4)	0 (0)
Douleur	4 (5.1)	4 (8.3)
Infection	0 (0)	2 (4.2)
Transfusion	0 (0)	16 (33.4)
Urgences médicales	1 (1.2)	10 (20.8)
Voie veineuse centrale	5 (6.3)	5 (10.4)
Problème de domicile	0	0 (0)

Il n'a pas pu être testé statistiquement la comparaison de ces données au vu d'une trop faible quantité de patients pour certains motifs.

C. UGEI étudié (du 1^{er} au 14 Décembre 2015)

1. Motif principal d'admission à l'UGEI

a. Transfusion

32 patients (24.1%) ont été admis pour une transfusion dont

- 30 pour anémie ;
- 2 pour thrombopénie ;

4 patients avaient une anémie et une thrombopénie associées.

Chez 8 patients venus pour un autre motif principal que la transfusion a été découverte une anémie (5 patients) ou une thrombopénie (3 patients) après le bilan fait sur place.

b. Urgences médicales

31 patients (23.3%) sont venus pour une urgence médicale dont

- 5 pour des problèmes neurologiques :
 - o 2 épilepsies ;
 - o 1 céphalée ;
 - o 1 vertige ;
 - o 1 suspicion de compression médullaire.
- 7 pour des troubles digestifs :
 - o 3 syndromes occlusifs ;
 - o 3 ascites ;
 - o 1 nausées/ vomissements.
- 9 pour des symptômes pneumologiques :
 - o 8 dyspnées ;
 - o 1 épanchement pleural.
- 10 pour des problèmes autres :
 - o 4 perturbations du bilan biologique ;
 - o 3 œdèmes localisés ;
 - o 1 hypotension ;
 - o 1 insuffisance rénale aiguë ;
 - o 1 syndrome main-pied.

c. AEG

L'altération de l'état général désigne un syndrome associant trois signes cliniques : anorexie (diminution ou perte de l'appétit) ; asthénie (fatigue générale) ; amaigrissement (perte de poids supérieure ou égale à 5 % du poids habituel).

Sur la population de l'étude **31 patients (23.3%)** ont été hospitalisés pour une altération de l'état général dont 6 avec anorexie marquée, 4 prises en charge palliatives. Pour les 21 autres il n'y avait pas de précisions.

d. Douleur

La douleur est un motif fréquent de consultation ou d'hospitalisation chez les patients atteints de cancer.

Dans notre étude **16 patients (12%)** ont été admis à l'UGEI pour une prise en charge de la douleur dont une pour modification du traitement par morphine.

e. Infections

15 patients (11.3%) ont été admis pour un état fébrile dont

- 12 pour fièvre ;
- 1 infection urinaire ;
- 1 pour choc septique ;
- 1 pour mucite avec candidose.

f. Voie veineuse centrale

6 patients (4.5%) sont venus pour des problèmes de VVC dont

- 3 pour obstruction ;
- 3 pour voie veineuse centrale défectueuse et donc pose d'une nouvelle VVC.

g. Problème Domicile

2 patients (1.5%) ont été pris en charge pour un problème de domicile dont

- 1 pour maintien à domicile difficile ;
- 1 pour chute à domicile.

La figure 5 détaille les différents motifs de passage en fonction du groupe d'organes.

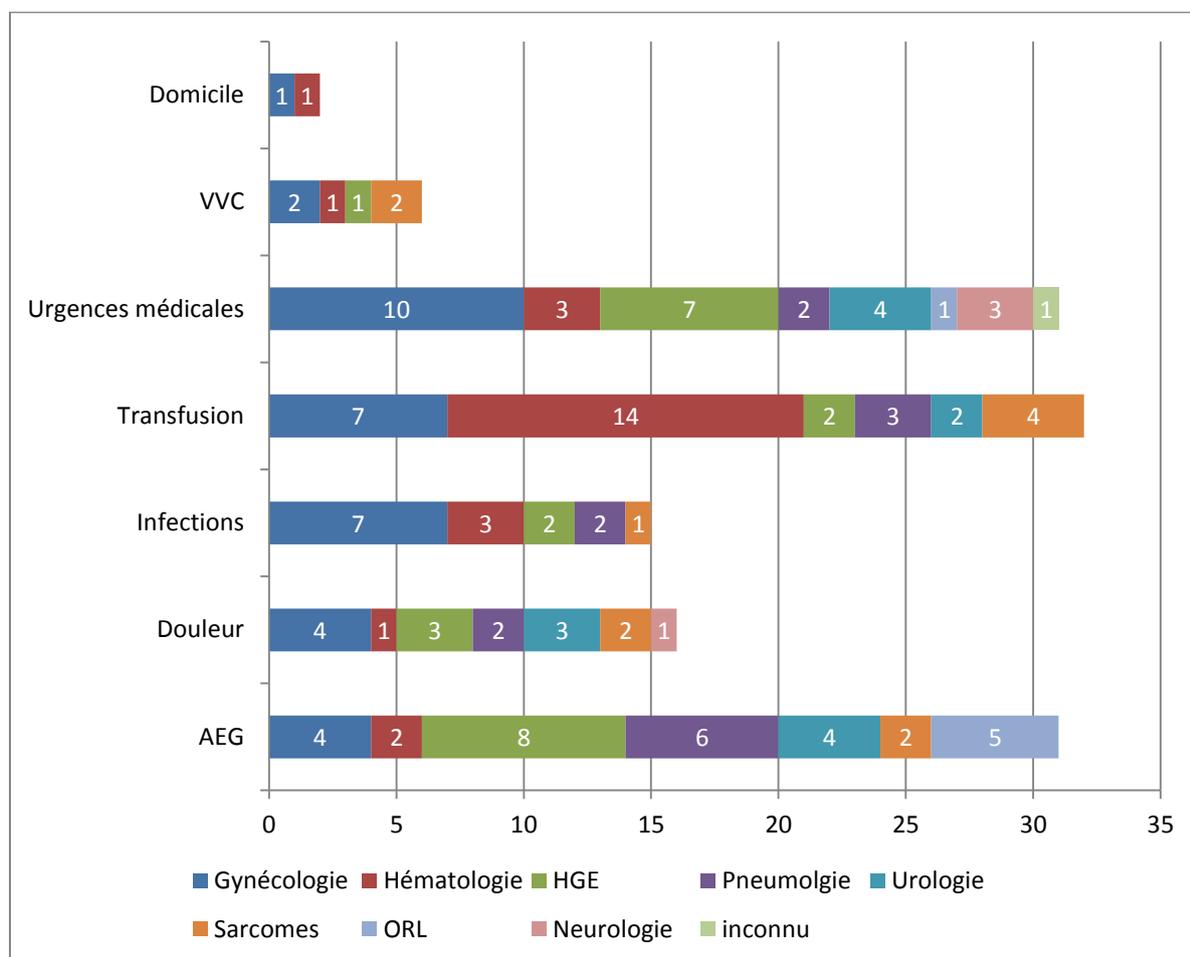


Figure 5 : Proportion des motifs de passage en fonction des groupes de cancer primitif

2. Prise en charge

a. Examens paracliniques

42.9% des patients (n=57) ont bénéficié d'une imagerie lors de leur passage dont 59.6 % (n=34) de radio simple.

40.4% de ces patients (n=23) sont connus de l'HAD.

Le détail des différentes imageries est résumé dans la figure 6.

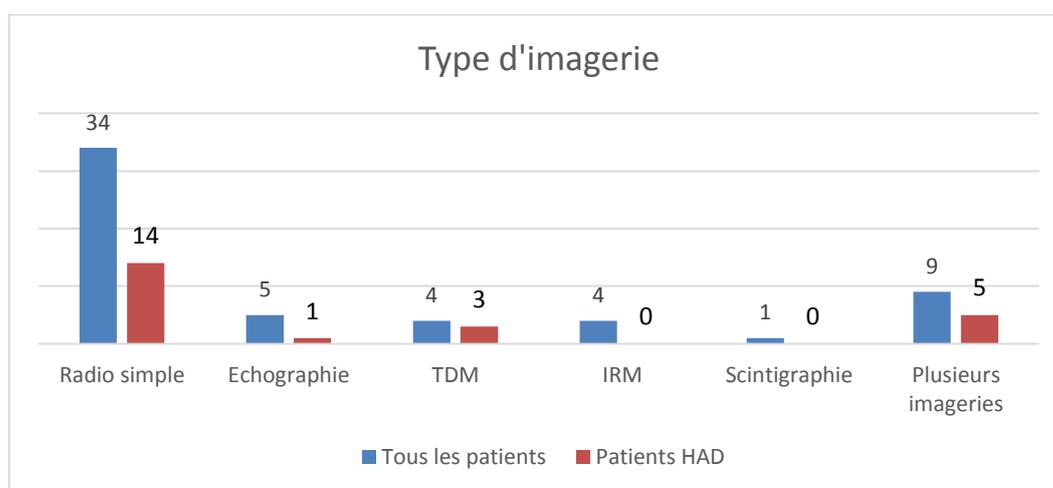


Figure 6 : Effectif suivant le type d'imagerie

80 patients (60.2%) ont eu une biologie lors de leur passage par l'UGEI.

b. Nécessité du plateau technique

Après évaluation clinique au sein de l'UGEI par le médecin coordonnateur, ce dernier avait prescrit des imageries et/ou des biologies.

73,7 % des prises en charges (n= 98) nécessitaient le plateau technique pour un examen paraclinique, type imagerie, pour mise en place d'une thérapeutique spécifique ou pour la réalisation d'actes tels que la transfusion, la désobstruction de VVC, la ponction (pleurale, lombaire et première ponction d'ascite) qui ne peuvent être faits qu'à l'hôpital.

Parmi ces différentes prises en charge nécessitant le plateau technique nous avons pu comptabiliser :

- 32 transfusions CGR dont 3 imageries ;
- 16 imageries avant l'instauration d'un traitement antalgique ;
- 11 imageries avant instauration d'un traitement symptomatique ;
- 8 mises en route d'une antibiothérapie après imagerie ;
- 5 transfusions plaquettes dont 2 imageries ;
- 5 ponctions d'ascite dont 1 avec imagerie ;
- 5 désobstructions de VVC dont 4 avec imageries ;
- 3 hospitalisations avec 2 imageries ;
- 3 ECG avec 3 imageries ;
- 2 imageries avant mise en place d'une oxygénothérapie ;
- 2 mises en place d'une alimentation parentérale ;
- 2 imageries avant une prise en charge palliative ;
- 1 imagerie avec mise en place d'une hydratation ;
- 1 drainage thoracique avec 1 imagerie de contrôle après le geste ;
- 1 imagerie après la pose d'une SNG ;
- 1 préparation au bloc opératoire.

11.3% (n=15) avait eu simplement une évaluation clinique, c'est-à-dire ne nécessitant pas d'imagerie, ni de biologie ni d'utilisation du plateau technique. Parmi ces prises en charge nous avons pu comptabiliser :

- 6 traitements antalgiques ;
- 4 traitements symptomatiques ;
- 1 prise en charge palliative ;
- 1 remplissage ;
- 1 demande de SSR ;
- 1 ECG ;
- 1 traitement antibiotique.

Le tableau 8 résume les types de prise en charge (imagerie, biologie, plateau technique, clinique) en fonction des différents motifs d'admission.

Tableau 8 : Prise en charge des 133 patients passant par l'UGEI : imagerie et/ou biologie et/ou du plateau technique et/ou évaluation purement clinique en fonction du motif principal d'admission

	Effectif total	Effectif Imagerie (% motif)	Effectif Biologie (% motif)	Effectif plateau technique (% motif)	Effectif Clinique (% motif)
Motif					
AEG	31	16 (51.6)	19 (61.2)	21 (67.7)	5 (16.1)
Douleur	16	6 (37.5)	11 (68.8)	7 (43.8)	4 (25)
Infections	15	7 (46.7)	12 (80)	9 (60)	0 (0)
Transfusion	32	4 (12.5)	14 (43.8)	32 (100)	0 (0)
Urgences médicales	31	20 (64.5)	20 (64.5)	24 (77.4)	4 (12.9)
Voie veineuse centrale	6	4 (66.7)	3 (50)	5 (83.3)	1 (1.7)
Problème de domicile	2	0 (0)	1 (50)	0 (0)	1 (50)
Total	133	57 (42.9)	80 (60.2)	98 (73.7)	15 (11.3)

3. Orientation et délai

	Effectif (%)	Effectif nouvelle prise en charge (%)
Mode de sortie		
Simple	39 (29.3)	
Hospitalisation	31 (23.3)	
HAD	42 (31.6)	11 (8.3)
SAD	19 (14.3)	5 (3.8)
RVH	2 (1.5)	
Délai sortie UGEI		
Non renseigné	3	
[0-2h30]	12 (9.2)	
]2h30-5h]	43 (33.1)	
]5h-7h30]	41 (31.5)	
]7h30-10h]	34 (26.2)	

Tableau 9 : Mode et délai de sortie de l'UGEI pour les 133 patients. Nouvelle prise en charge par le service de SAD et d'HAD.

76.7% (n=102) des patients passant par cette unité ressortaient le jour même de leur passage.

23.3% de l'effectif (n=31) ont été hospitalisés à la suite de leur passage :

- 21 (67.8%) en service médical dont 12 dans le service de l'HAD, UHCD (2BN) ;
- 4 (12.9%) en service de chirurgie ;
- 1 (3.2%) en radiothérapie ;
- 5 (16.1%) dans une structure hospitalière autre (2 en unité de soins palliatifs, 2 en réanimation et 1 structure hospitalière plus proche du domicile).

La moyenne de durée d'hospitalisation est de **11.4 jours** avec une médiane à 8 (1 ;41).

Dans les suites de cette hospitalisation :

- 11 patients sont rentrés au domicile ;
- 10 sont décédés dont 2 en réanimation, 2 en USP ;
- 5 ont bénéficié de la mise en place d'une HAD ;
- 5 sont allés en SSR.

Tableau 10: comparaison des différents modes de sortie en fonction du motif, du délai de sortie, des examens paracliniques et de l'utilisation du plateau technique

	Mode de sortie					All N=133	Test
	Simple N=39	Réhospitalisation N=31	HAD N=42	SAD N=19	RVH N=2		
Motif principal							
AEG	4 (10.3%)	9 (29.0%)	12 (28.6%)	6 (31.6%)	0 (0.0%)	31 (23.3%)	Non faisable
Domicile	0 (0.0%)	1 (3.2%)	1 (2.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (1.5%)	
Douleur	8 (20.5%)	4 (13%)	4 (9.5%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	16 (12.0%)	
Infections	3 (7.7%)	6 (19.4%)	3 (7.1%)	2 (10.5%)	1 (50.0%)	15 (11.3%)	
Transfusion	17 (43.6%)	1 (3.2%)	5 (11.9%)	8 (42.1%)	1 (50.0%)	32 (24.1%)	
Urgences	7 (17.9%)	9 (29.0%)	13 (31%)	2 (10.5%)	0 (0.0%)	31 (23.3%)	
VVC	0 (0.0%)	1 (3.2%)	4 (9.5%)	1 (5.3%)	0 (0.0%)	6 (4.5%)	
Sortie UGEI							
Donnée manquante	1	2	0	0	0	3	Fisher Exact P = 0.128
[0-5h[13 (34.2%)	18 (62.1%)	17 (40.5%)	6 (31.6%)	1 (50.0%)	55 (42.3%)	
[5h-10]	25 (65.8%)	11 (37.9%)	25 (59.5%)	13 (68.4%)	1 (50.0%)	75 (57.7%)	
Biologie							
Oui	18 (46.2%)	27 (87.1%)	23 (54.8%)	11 (57.9%)	1 (50.0%)	80 (60.2%)	Fisher Exact P = 0.004
Non	21 (53.8%)	4 (12.9%)	19 (45.2%)	8 (42.1%)	1 (50.0%)	53 (39.8%)	
Imagerie							
Oui	12 (30.8%)	17 (54.8%)	24 (57.1%)	3 (15.8%)	1 (50.0%)	57 (42.9%)	Fisher Exact P = 0.005
Non	27 (69.2%)	14 (45.2%)	18 (42.9%)	16 (84.2%)	1 (50.0%)	76 (57.1%)	
Nécessité du plateau technique CLB							
Oui	30 (76.9%)	21 (67.7%)	31 (73.8%)	14 (73.7%)	2 (100.0%)	98 (73.7%)	Fisher Exact P = 0.915
Non	9 (23.1%)	10 (32.3%)	11 (26.2%)	5 (26.3%)	0 (0.0%)	35 (26.3%)	

4. Suivi

90 patients (67.7%) avaient une consultation prévue dont 54.5% dans les 3 semaines suivant l'UGEI.

70 patients (52.6%) avaient une hospitalisation programmée à la sortie de l'UGEI dont 67.1% dans les 2 semaines suivant l'UGEI.

	Consultations (%) N = 90	Hospitalisations (%) N= 70
De 1 à 6 jours	15 (16.7)	22 (31.4)
De 7 à 13 jours	26 (28.9)	25 (35.7)
De 14 à 20 jours	8 (8.9)	8 (11.4)
De 21 à 27 jours	12 (13.3)	6 (8.6)
>ou= 28 jours	29 (32.2)	9 (12.9)

Tableau 11 : Délai de programmation des consultations et hospitalisations à la suite de l'UGEI

5. Comparaison des motifs de passage, de la prise en charge, du mode et du délai de sortie entre les patients suivis par l'HAD et le reste de la population.

	HAD		All N=133	Test
	Oui N=52	Non N=81		
Motif principal UGEI étudié				Fisher Exact P = 0.0140
AEG	6 (11.5%)	25 (30.9%)	31 (23.3%)	
Domicile	2 (3.8%)	0 (0.0%)	2 (1.5%)	
Douleur	8 (15.4%)	8 (9.9%)	16 (12.0%)	
Infections	3 (5.8%)	12 (14.8%)	15 (11.3%)	
Transfusion	13 (25.0%)	19 (23.5%)	32 (24.1%)	
Urgences	16 (30.8%)	15 (18.5%)	31 (23.3%)	
VVC	4 (7.7%)	2 (2.5%)	6 (4.5%)	
Sortie UGEI				Chi-2 P = 0.004
Donnée manquante	2	1	3	
[0-5h]	29 (58.0%)	26 (32.5%)	55 (42.3%)	
]5h-10]	21 (42.0%)	54 (67.5%)	75 (57.7%)	
Biologie				Chi-2 P = 0.408
Oui	29 (55.8%)	51 (63.0%)	80 (60.2%)	
Non	23 (44.2%)	30 (37.0%)	53 (39.8%)	
Imagerie				Chi-2 P = 0.858
Oui	23 (44.2%)	34 (42.0%)	57 (42.9%)	
Non	29 (55.8%)	47 (58.0%)	76 (57.1%)	
Nécessité du plateau technique CLB				Chi-2 P = 0.842
Oui	39 (75.0%)	59 (72.8%)	98 (73.7%)	
Non	13 (25.0%)	22 (27.2%)	35 (26.3%)	
Mode de sortie				Fisher Exact P = <0.001
Simple	7 (13.5%)	32 (39.5%)	39 (29.3%)	
Réhospitalisation	13 (25.0%)	18 (22.2%)	31 (23.3%)	
HAD	27 (51.9%)	15 (18.5%)	42 (31.6%)	
SAD	4 (7.7%)	15 (18.5%)	19 (14.3%)	
RVH	1 (1.9%)	1 (1.2%)	2 (1.5%)	

Tableau 12 : Comparaison des motifs de passage, de la prise en charge, du mode et du délai de sortie entre les patients connus par l'HAD et le reste des 133 patients passant par l'UGEI entre le 1^{er} décembre 2015 et le 14 décembre 2015

D. Le mois suivant le passage à l'UGEI (jusqu'au 31 Janvier 2016)

51.9% des patients (n=69) ne repasseront pas par l'UGEI.

Sur les 133 patients, 48,1% (n=64) repasseront au moins une fois par l'UGEI dans le mois suivant.

Près de 25% (33 patients) repasseront plus d'une fois.

Là encore, le motif principal d'admission est la Transfusion, au 1^{er} passage pour 34.4% (n=22) des patients passant 1 fois à l'UGEI et au 2nd passage pour 45.5% (n=15) des patients passant une seconde fois.

	Effectif 1 ^{er} passage	Effectif 2 ^e passage
Effectif total	64	33
Délai		
De 1 à 6 jours	17 (26.6)	6 (18.2)
De 7 à 13 jours	10 (15.6)	15 (45.5)
De 14 à 20 jours	11 (17.2)	5 (15.1)
De 21 à 27 jours	12 (18.8)	4 (12.1)
>ou= 28 jours	14 (21.9)	3 (9)
Motif		
AEG	19 (29.7)	5 (15.2)
Douleur	5 (7.8)	2 (6)
Infection	2 (3.1)	2 (6)
Transfusion	22 (34.4)	15 (45.5)
Urgences	13 (20.3)	9 (27.3)
VVC	3 (4.7)	0 (0)
Plateau technique	46 (71.9)	22 (66.7)

Tableau 13 : Délai par rapport au passage précédent, motif et nécessité du plateau pour les patients repassant par l'UGEI le mois suivant (jusqu'au 31 janvier 2016) leur 1^{er} passage en décembre 2015.

E. Evolution vis-à-vis du DCSEI

Au terme de l'étude, c'est-à-dire 3 mois (du 1^{er} novembre 2015 au 31 janvier 2016), nous avons pu constater que 26.3 % de notre population soit **35 patients** étaient **décédés**.

23.3% (n=31) des patients n'étaient pas suivis par le DCSEI.

25,6% (n=34) des patients étaient encore suivi par le service d'HAD.

	Poursuite	Mise en place	Sortie	Effectif total (%)
Secteur				
HAD	24	10	9	43 (32.3)
SAD	9	3	7	19 (14.3)
RVH	3	1	1	5(3.8)

Tableau 14 : Sectorisation et évolution du suivi des 133 patients inclus dans l'étude par rapport au DSCEI jusqu'au 31 janvier 2016.

	Patient HAD	Patient non HAD	Total	p
Lieu du Décès				
Domicile	8	3	11	0.0528
Hôpital	9	15	24	

Tableau 15 : lieu décès en fonction des patients connus HAD ou Non avant l'UGEI

V. DISCUSSION

A. Analyse des résultats

1. Qui sont les patients passant par l'UGEI ?

D'après nos résultats sur 10 jours, il a donc été enregistré 197 passages au sein de l'Unité de Gestion des Entrées Imprévues soit une moyenne de 19.7 par jour. Ce chiffre est en constante augmentation. Sur l'année 2015 il a été enregistré 5591 passages au sein de cette unité. En 2016, 5784 enregistrements ont été faits sur l'UGEI avec, sur la même période que notre étude, sur les 10 premiers jours ouvrés du mois de décembre, 227 passages, soit une moyenne de 22.7 passages par jour (21).

Nous pouvons expliquer cette augmentation par le nombre croissant du nombre de patients atteints de cancer (augmentation de la prévalence). Ceci se note par la divergence des taux d'incidence et de mortalité par cancer. Une **incidence toujours croissante des cancers**, selon le plan cancer 2014-2019 (22), en 2015, le nombre de nouveaux cas de cancers en France métropolitaine est estimé à 385 000. Les cancers de la prostate, du sein, du côlon-rectum et du poumon sont les cancers les plus fréquents. Le nombre de nouveaux cas a doublé au cours des 30 dernières années. Cela s'explique aussi par une **baisse du taux de mortalité** (3). De plus le Centre Léon Bérard ayant une optique d'externalisation des patients, le nombre de patients suivis au domicile est en constante augmentation : environ 190 patients/jour étaient suivis par le service d'HAD sur l'année 2015, pour être à plus de 200 suivis/jour sur l'année 2016 (21).

La moyenne d'âge est de 62.6 ans (+/- 14.5), c'est donc une population jeune. Eva Kerouault dans son étude en 2007 sur la population des patients atteints de cancer admis aux urgences (23) retrouve une donnée similaire pour sa population étudiée à partir d'un service d'urgence, avec une moyenne d'âge de 62 ans.

Cette moyenne d'âge peut être expliquée par la nature de la pathologie néoplasique. Les néoplasies colorectales et prostatiques affectent plutôt une population âgée, ce qui est moins le cas pour les tumeurs gynécologiques (population la plus représentée dans notre étude), cérébrales ou les cancers ORL.

Ce résultat peut être également superposable à une population suivie en HAD car selon son rapport d'activité de 2015, pour la FNEHAD l'âge moyen des patients suivis en HAD est de 65ans(24).

Les patients adressés dans cette unité sont plutôt **proches du Centre puisqu'une majorité se trouve dans un rayon de 35km**. Cela peut s'expliquer par le fait que le Centre Léon Bérard étant un Centre Régional, certains patients peuvent se retrouver à plusieurs heures du Centre. Leur prise en charge en urgence est donc plus rapide sur un centre plus proche de chez eux. Mais on note cependant que les prises en charge à l'UGEI peuvent être assurées pour des patients habitant loin puisque près de 15% d'entre eux habitent à plus de 100km. C'est une population **plutôt aisée** vivant dans **des territoires dynamiques en périphérie** des grandes villes, d'après Y FAYET dans sa thèse (20) cette population est plutôt **impliquée** dans le dépistage, ce qui implique un suivi de la part des patients eux-mêmes beaucoup plus rapproché.

Les tumeurs le plus souvent en cause dans notre étude sont **les cancers gynécologiques (25%)**. Ce résultat est en lien avec la population de notre étude puisqu'une **majorité de femmes (56.4%)** passe par cette unité. Dans leur étude sur les consultations non programmées, Diaz et al (23) retrouvaient une proportion similaire, 55% de leur population était des femmes et le cancer primitif le plus représenté était le cancer du sein (19%). Selon l'Institut National du Cancer (INCa) (25), chez la femme le cancer du sein se situe au 1^{er} rang des cancers incidents.

Les hémopathies sont également représentées de manière importante (18%). Ceci est dû au fait que cette population nécessite des transfusions régulières qui sont faites au sein de cette unité.

Viennent ensuite **les tumeurs hépato-gastro-intestinales et pneumologiques** en accord avec les données de l'INCa (25). Les tumeurs colorectales représentent le 3^e cancer pour les deux sexes et le cancer pulmonaire est quant à lui au 4^e rang des cancers incidents pour les deux sexes.

Une majorité de notre population (56.6%) est au **stade métastatique** de leur cancer ce qui corrobore souvent la **prise en charge palliative**. C'est une **population fragile** qui nécessite un suivi rapproché et régulier. **Près de 90% (n=117) sont venus** sur le Centre le mois précédent.

Près de 40% de notre population est connue du service d'HAD et plus de 60% est connue du DCSEI. Dans leur étude, Kerrouault et al, (23) avaient, quant à eux, seulement 5% de leur population suivie par une hospitalisation à domicile. L'UGEI étant gérée par un médecin coordonnateur du DCSEI, ce résultat nous montre le lien qu'il y a entre cette unité permettant une évaluation ambulatoire des patients, et la coordination des soins au domicile.

2. Quel est le motif de passage et quelle est la prise en charge ?

Le motif principal de passage est la **transfusion pour 24.1% (n=32)**. Ceci s'explique par la proportion importante de patients ayant des hémopathies (n=25), population présentant régulièrement des anémies ou des thrombopénies.

De plus 40% (n=58) des patients ont eu une chimiothérapie dans le mois précédent, chimiothérapie pourvoyeuse de troubles hématologiques notamment d'anémies.

Ce motif principal est également retrouvé dans les différentes ré-hospitalisations dans le mois suivant. Au 1^{er} passage à l'UGEI il représente 34.4% des admissions et au 2^e passage 45.5%.

¼ des patients suivi par l'HAD vient pour des transfusions. Il est envisagé au vu de ces résultats la mise en place de transfusion au domicile.

La transfusion fait partie des modes de prise en charge de soins délivrés en HAD s'ils sont associés à au moins 2 autres modes de prises en charge et/ou un IK à 50%. D'après les circulaires du 30 mai 2000 (13) et du 1^{er} décembre 2006 (13), elle est assurée directement, selon les lieux, par l'équipe médico-soignante de l'HAD ou en partenariat direct avec l'EFS.

Le décret infirmier (26) et la circulaire sur l'acte transfusionnel (27) indiquent que lors d'une transfusion, un médecin doit pouvoir intervenir à tout moment.

Mais dans un contexte de gestion de risque et d'affaires médico-légales hospitalières (erreur d'attribution ou de doses de médicaments hypertoniques ou pédiatriques), une certaine inquiétude émane des directions des soins et des professionnels eux-mêmes, si la législation n'est pas claire.

Dans leur étude Idri et al de l'hôpital Beaujon (28) à Clichy montraient que pendant 4 années d'existence sur 5548 produits sanguins labiles transfusés chez 757 patients, seulement 31 incidents ont été recensés pendant les séances de transfusion, tous bénins (urticaire, frisson, hyperthermie, sub-OAP).

Craig et al (26), dans une publication de 1999, avaient fait une étude prospective sur la transfusion au domicile. 65 transfusions avaient été réalisées au domicile contre 155 à l'hôpital, 2000 visites à l'hôpital et 65 jours d'hospitalisation avaient ainsi été évités, avec comme corollaire une diminution du temps d'attente avant la transfusion et une satisfaction des patients. De plus cette étude a démontré l'intérêt d'un IDE dédié à ces services.

De plus, dans une publication sur « l'administration des transfusions sanguines à l'hôpital ou à domicile, le choix des patients atteints de cancer » (5), 70 %, avait déclaré préférer le domicile à l'hôpital.

Vient ensuite l'altération de l'état général chez 23.3% des patients (n=31). C'est un motif fréquent d'hospitalisation chez les patients atteints d'une pathologie carcinologique, bien que peu d'études existent sur ce sujet.

Dans sa thèse, le Dr Rollot (29) trouvait, quant à elle, une proportion de 19.7% de patients hospitalisés pour AEG. Cette notion reste floue selon Andrès E (30) qui reproche à cette terminologie un manque de précision quant à sa définition. Sa définition telle que nous l'avons apprise sur les bancs de la faculté regroupe en fait 3 termes que sont l'asthénie, l'anorexie et l'amaigrissement. Au vu de ces 3 symptômes très fréquents en cancérologie la proportion de patients ayant une AEG au moment de leur admission au sein de l'UGEI est probablement plus importante.

En cancérologie cet état peut être évalué grâce aux scores et classification de Karnofsky ou IK et PS ECOG de l'OMS (cf Annexes 1 et 2). Dans notre étude 37.1% des patients ont un IK inférieur ou égal à 50% (PS < ou égale à 3) ce qui signifie que ces patients sont incapables de travailler mais capables de vivre chez eux et d'assumer leurs besoins personnels avec une aide et des soins médicaux fréquents, confinés au lit ou à la chaise plus de 50% de la journée. 9% ont un IK inférieur ou égal à 30% (PS 4), ils sont donc incapables de s'occuper d'eux-mêmes (31).

D'après Bouleuc C (32), la dégradation de l'état de santé de ces patients témoigne souvent de l'échappement aux thérapeutiques spécifiques et donc de l'aggravation du pronostic, réalité médicale dont ils ne sont pas toujours informés mais qu'ils ressentent plus ou moins clairement.

L'activité médicale a augmenté dans les centres de cancérologie du fait des avancées thérapeutiques et donc de l'allongement de l'espérance de vie des patients atteints de tumeurs métastatiques. Les patients métastatiques restent plus ou moins longtemps asymptomatiques. L'altération de l'état général peut survenir de manière aiguë. Les patients n'ont alors d'autres recours que de demander une prise en charge en urgence à leur centre de cancérologie. En effet, il se peut que le médecin traitant ne puisse pas faire de visite au domicile en urgence ou que le médecin traitant ne fasse simplement pas de visite au domicile. Il se peut également que ce dernier préfère ne pas interférer avec la prise en charge du cancer. Enfin il se peut aussi que le patient n'ait simplement pas de médecin traitant.

Eviter d'attendre la survenue de symptômes dit « palliatifs », telle que l'AEG pour en parler pose la question de l'information sur la gravité du pronostic et l'introduction des soins palliatifs. Dans des situations de malades en phase palliative qui se présentent en urgence, une attitude d'écoute permettra au patient d'expliquer ses symptômes et d'exprimer ses émotions, qui pourront permettre d'apaiser et d'évoluer vers une recherche de solutions médicales. Le médecin pourra alors proposer des alternatives à l'hospitalisation, comme la mise en place rapide de soins à domicile ou d'aides sociales.

D'après nos résultats, il semblerait que pour la population déjà connue de l'HAD ce motif d'admission soit en proportion moins importante, et ce, de manière significative. On peut supposer que l'anticipation de la prise en charge palliative par la mise en place de l'HAD et l'évaluation directement au domicile permet d'éviter une hospitalisation non programmée même si ce critère n'a pas été évalué avec cette étude.

23.3 % (n=31) des patients sont venus pour une prise en charge d'une « **urgence médicale** », il représente même le motif principal d'admission pour les patients connus et suivis par l'HAD (30.9% n= 16). Ce terme générique « d'urgences médicales » revêt en fait plusieurs facettes que sont : une probable nouvelle évolution de la maladie des patients, ou une complication due aux traitements. Par exemple, le syndrome occlusif se retrouve fréquemment dans l'évolution du cancer chez les patients suivis pour un cancer colorectal. De même nous pouvons retrouver fréquemment la survenue de céphalées et/ou de crises d'épilepsie dans les tumeurs neurologiques ou par évolution de métastases cérébrales. Enfin les troubles ioniques et l'insuffisance rénale se retrouvent dans les effets indésirables ou complications des chimiothérapies ou de certaines thérapeutiques (antibiotiques). Ces urgences peuvent également rentrer dans la catégorie des « altération de l'état général » puisqu'elles peuvent être directement en rapport avec l'évolution de la pathologie.

La survenue de **douleur pour 12%** de notre population, est fréquente dans l'évolution de pathologies cancéreuses du fait de la maladie, du traitement de la maladie, ou d'une raison intercurrente (33). Ses mécanismes sont variés, elle est souvent un signal d'alarme. Elle est quasi inhérente à l'existence d'une pathologie cancéreuse. L'étiologie des douleurs permet de déterminer le degré d'urgence de leur prise en charge (34) notamment par la recherche de complication tumorale telle qu'une fracture, un dysfonctionnement d'endoprothèse, des signes de compressions d'organes ou des douleurs liées aux traitements carcinologiques (inflammation post radique). Le plus souvent les patients souffrent d'une douleur de fond sur laquelle se greffent des douleurs aiguës, il y'a donc nécessité d'une évaluation rigoureuse de la douleur afin d'adapter le protocole thérapeutique (35).

L'externalisation et l'hospitalisation à domicile augmentent mécaniquement le nombre de patients, le nombre de passages à l'UGEI, mais nous avons pu noter dans cette thèse que la pathologie de **73.7% des patients** (n=98) a nécessité l'usage du **plateau technique** (75% lorsque le patient est connu de l'HAD). Ceci justifie donc leur passage sur le Centre afin de pouvoir avoir accès rapidement aux examens d'imageries (42.9%) et pour bénéficier d'une intervention non réalisable à domicile.

Il est également noté le fait que d'avoir recours à une imagerie et/ou une biologie influence le mode de sortie. Cette donnée avait été retrouvée dans l'étude de Roubaud M (36) sur la mise en place de l'HAD à partir d'un service d'urgences. Elle notait que la réalisation d'examens d'imageries était statistiquement en faveur d'une acceptation de l'HAD.

3. Quelle est leur orientation après le passage par l'UGEI ?

D'après nos résultats, à la sortie de l'UGEI, **31.6%** de notre population rentre chez elle dans le cadre de **l'hospitalisation à domicile**. L'HAD représente le mode de prise en charge numéro 1 à l'issue du passage à l'UGEI. Si l'on prend la totalité du DCSEI (HAD, SAD, RVH) 47.4% des patients rentraient au domicile avec une coordination des soins. Parmi les patients connus de l'HAD plus de 50% des patients sortaient avec l'HAD et plus de 60% avec le DCSEI. Dans son étude sur la pertinence des hospitalisations à domicile A. Roulot (29) trouvait qu'entre 8 et 9% des patients hospitalisés sortaient avec une HAD.

Au total ce sont plus de 75% des patients passant par l'UGEI qui rentraient au domicile à l'issue de leur évaluation au sein de cette unité. Ceci est un bon marqueur d'évitement de l'hospitalisation comme le souhaitent les tutelles.

Parallèlement le nombre d'**hospitalisations** enregistrées à la suite de leur passage représente **23.3%** (n=31). Dans leur étude E KERROUULT et al avaient enregistré que 81.3% de leur population de patients atteints de cancer admis aux urgences, étaient hospitalisés à l'issue de leur passage.

Dans les suites de cette hospitalisation, 10 décès ont été constatés, traduisant un état gravissime des patients. 5 patients ont été orientés vers le SSR car le maintien à domicile n'était pas ou plus possible. Ceci représente donc environ 50% de ces patients se présentant à l'UGEI et restant à l'hôpital justifiant le fait de les avoir hospitalisés. Concernant les 16 autres patients, 5 sont repartis en HAD avec les moyens adéquats et 11 ont réalisé des sorties simples et rapides pouvant se traduire d'après notre expérience par le fait d'une arrivée tardive ne permettant pas une intervention du DCSEI concernant la prise en charge au domicile.

Les motifs principaux d'admission en HAD ou en hospitalisation conventionnelle sont les mêmes : **AEG** (28.6% des HAD (n=12) et 29% des hospitalisations (n=9)) et **urgences médicales** (33.3% des HAD (n=14) et 29% des hospitalisations (n=9)).

Par ailleurs le fait que les patients soient connus de l'HAD influence le temps de sortie. Dans ce cadre, 58% des patients restent moins de 5h à l'UGEI. A l'inverse lorsque les patients ne sont pas connus de l'HAD, 67.5% y restent plus de 5h.

Enfin 52% des patients ne repassent plus par l'UGEI après ce premier passage, traduisant donc un retour à un parcours de soins à nouveau programmé. Pour les 48% de patients repassant par cette unité, plus de 70% ont la nécessité du plateau technique. On peut parler de « Parcours Patient Non Programmé Organisé en Ambulatoire ».

Ces différents résultats peuvent être expliqués par le fait que le fonctionnement de l'UGEI est orchestré par un médecin coordonnateur du DCSEI, spécialisé en oncologie. De ce fait la connaissance du dossier, la connaissance des pathologies et de ses complications, ainsi que la connaissance des indications de l'HAD permettent une grande réactivité et une adaptation en fonction du projet thérapeutique et du souhait du patient.

Au terme de cette étude après inclusion à partir du 1^{er} Décembre 2015 jusqu'au 31 Janvier 2016, soit 2 mois de suivi, 26.3% (n=35) étaient décédés, traduisant des prises en charge dans un contexte de précarité et de fragilité des patients ainsi que des projets terminaux. D'après nos résultats, l'HAD semble augmenter la probabilité du décès à la maison par rapport aux patients non pris en charge et réalise un juste équilibre avec 50% des décès à l'hôpital et 50% des décès au domicile (versus 15% au domicile et 85% à l'hôpital si non connu de l'HAD) bien cela n'ait pas été prouvé statistiquement.

B. Limites et intérêts de l'étude

1. Limites

Cette étude présente des limites. Le fait qu'elle soit rétrospective et descriptive en fait un faible niveau de preuve. L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux des patients passant par cette unité. Ce type d'étude peut donc être justifié.

Nous n'avons pas utilisé de référentiel validé pour juger de la pertinence des admissions notamment les grilles AEPf d'admissions (37). D'une part, il a été impossible de retrouver toutes les données nécessaires pour remplir cette grille a posteriori, notamment par le détail peu développé de l'examen clinique dans le DPI lors de l'arrivée du patient (cette donnée semble en cours d'amélioration). D'autre part, au niveau des critères liés aux soins, dès que le patient reçoit un acte intraveineux et/ou une intervention diagnostique et/ou thérapeutique, il est comptabilisé au niveau de l'activité de « l'hôpital de jour ». Le patient a donc été inclus dans l'étude et son admission peut alors être jugée comme pertinente ou justifiée d'après cette grille. Les autres admissions basculant sur une consultation simple au sein de l'UGEI. Cette grille était donc difficilement applicable à notre étude.

Dans notre étude le critère principal de pertinence des admissions a donc été jugé sur le fait d'avoir recours au plateau technique (pour une imagerie, un geste technique ou un traitement ne pouvant être fait qu'à l'hôpital et non en HAD). Nous pouvons alors noter que près de 75% des admissions peuvent être jugées comme pertinentes à l'issue de cette étude.

De plus un biais de sélection est notable de par le fait de la structuration même de l'UGEI. En effet cette unité est intégrée au sein du DCSEI dont les médecins assurent à la fois l'astreinte téléphonique 24h/24, 7 jours sur 7 et son fonctionnement par l'évaluation des personnes qui y sont admises. Nous n'avons pas étudié l'origine des patients admis au sein de cette unité notamment le médecin demandeur car cela n'était pas renseigné dans le DPI mais dans une grande majorité des cas cette admission est demandée : soit par un des médecins de l'UGEI soit par un des oncologues du centre via le médecin du DCSEI pour évaluation et orientation. Ce fonctionnement est unique en France et ne peut être comparé.

Cette étude est une étude monocentrique établie dans une structure de haute pointe, ultraspécialisée dans la cancérologie et de surcroît régionale. Il n'existe à ce jour qu'une seule autre HAD rattachée à un Centre de Lutte Contre le Cancer à Marseille mais avec un bassin d'action et un nombre de lits beaucoup plus restreint. Se pose alors la question de la reproductibilité de ce fonctionnement.

2. Intérêts de l'étude

La principale force de cette étude vient de son sujet qui est innovant. En effet aucune autre étude n'existe sur ce sujet car que ce type d'unité est peu développé en France.

L'autre atout principal de ce sujet est la recherche de solution quant à la problématique de santé publique qu'est « l'hospitalisation non programmée ». En effet une des volontés principales des tutelles ainsi que de la population, notamment en cancérologie, est une diminution de la durée moyenne de séjour en hospitalisation voir même une diminution des hospitalisations par une prise en charge au domicile plus optimale. Ceci engendre un risque plus important de retours imprévus et d'hospitalisations non programmées. L'étude de ce type d'unité permet d'apporter une réponse à cette problématique

C. Comparaison avec les résultats des études sur le profil des patients passant par des urgences

Comme nous le disions précédemment il n'existe pas d'étude sur ce type d'unité mais 2 études ont suscité notre intérêt, sur le sujet de l'hospitalisation des patients atteints de cancer, en urgence.

Une étude de 2007 (38) a été menée pour évaluer l'impact d'une équipe d'urgence spécialisée sur les hospitalisations non désirées, de patients en phase terminale à domicile, au sein d'une équipe d'urgence. Les résultats de cette étude montraient que 14% des patients étaient hospitalisés pendant la période où cette équipe était mise en place contre 48% au cours de l'année dite « contrôle » où l'équipe n'était pas formée. Cette étude laisse penser qu'une équipe spécialisée dans la prise en charge de ce type de patients est nécessaire et que la mise en place de ce type de dispositif permettait une prise en charge plus optimale des patients atteints de cancer.

Une autre étude de 2007 (23) dont nous avons déjà parlé dans cette thèse évaluait le profil des patients atteints de cancer adressés aux urgences. Les auteurs se demandaient si une meilleure organisation des soins pourrait diminuer le nombre de patients atteints de cancer aux urgences. Les principaux résultats trouvaient que le motif principal d'admission était une altération de l'état général pour 90% d'entre eux, au stade palliatif. 81,3 % de leur population était hospitalisée à l'issue de leur consultation et à 3 mois, 56,1 % des patients étaient décédés. Dans leur discussion, les auteurs expliquaient ces consultations aux urgences par un manque de place dans les structures spécialisées, un déficit de prise en charge à domicile lié à un recours insuffisant au réseau ville-hôpital et à un manque d'aides sociales et psychologiques. Ils proposaient pour améliorer la prise en charge en amont le développement des soins de support et la formation des médecins généralistes.

Au vu des questionnements de ces études et de nos résultats il apparaît donc que cette structuration d'une unité « d'urgences » au sein d'un département de coordination des soins externes avec une HAD permet une optimisation de la prise en charge des patients notamment de la population de patients atteints de cancer.

D. Intérêt de ce type d'unité. Quelles peuvent être les perspectives pour une telle unité ?

Nous avons pu au travers de cette étude établir les profils, les motifs et les orientations des patients admis au sein de l'Unité de Gestions des Entrées Imprévues du Centre Léon Bérard.

La volonté d'externalisation des patients par un suivi au domicile souhaité à la fois par les patients comme le soulignent les différentes études (4) (5) (6) menées au sein du CLB, mais également par les tutelles (39) par l'optimisation de la prise en charge en HAD, suggère une nécessaire anticipation des hospitalisations non programmées.

Une unité comme l'UGEI, au sein d'un Centre de Lutte Contre le Cancer, permet une accessibilité au plateau technique ainsi qu'une prise en charge rapide des patients. Comme le suggèrent Badoux O et Lepine M-A (40) dans leur thèse, sur le fait qu'il existe un partenariat entre les structures d'HAD et l'établissement hospitalier ainsi qu'au vu de notre étude, la structuration de ce type d'unité au sein d'un Département de Coordination des Soins Externes, permet d'éviter l'hospitalisation traditionnelle, favorise le retour au domicile, optimise la trajectoire à venir et s'intègre alors dans « un parcours de soins reprogrammé » ou « non programmé organisé en ambulatoire ».

Mais pour que ceci fonctionne et se pérennise il faut nécessairement une interconnexion avec la ville et les médecins traitants par un partenariat privilégié et une complémentarité. Comme le soulignait le Dr Barbet (41) dans sa thèse, les patients sollicitent préférentiellement le médecin coordonnateur de l'HAD en cas de situation urgente mais restent attachés au médecin traitant pour le suivi de proximité. Ainsi pour l'essor de l'HAD, il serait intéressant de renforcer le rôle du médecin coordonnateur notamment en lui donnant la possibilité d'une interchangeabilité avec le médecin traitant et de se substituer quand celui-ci n'est pas disponible, tout en poursuivant la coordination et la communication avec lui. Le médecin traitant reste le pivot central de ce type de prise en charge. De plus, l'amélioration des connaissances des médecins généralistes et la valorisation de leur pratique ainsi que le fait de faire connaître ce type d'unité pour leur permettre d'y accéder rapidement, favoriserait probablement l'optimisation de la prise en charge en ambulatoire et permettrait d'éviter des passages inappropriés voire non souhaités.

Un autre aspect que souligne ce travail est la place de la transfusion. Elle est jugée comme pertinente dans ce travail car elle n'est pas organisée en ambulatoire via l'HAD, mais mobilise de nombreuses ressources.

C'est le motif principal d'admission au sein de cette unité, autant pour des patients connus de l'HAD que pour ceux non connus. Elle mobilise un lit d'hospitalisation de jour. Elle nécessite le transport du patient sur le Centre qui peut être inconfortable. Comme le soulignaient Remonnay et al (5) dans leur étude, les facteurs explicatifs du choix des patients pour une transfusion au domicile était principalement la distance hôpital-domicile ainsi que le temps d'attente sur l'hôpital.

La transfusion est une des indications de l'HAD au même titre que la chimiothérapie. Or d'après la littérature (39) (40) (42) (43), les principaux freins à son développement sont liés à la méconnaissance de l'HAD par les prescripteurs, à l'absence d'incitation au transfert des patients vers ce type de prise en charge, à des financements (notamment dû aux imperfections de tarifications) parfois inadaptés. De plus, le respect des bonnes pratiques transfusionnelles et de la sécurité (44) (45) (27), impose une organisation rigoureuse complexe et consommatrice de moyens.

D'après Buthion et al (46) décentraliser l'acte transfusionnel suppose que des infirmières acceptent de réaliser cet acte hors des structures traditionnelles avec un médecin joignable à distance, et dans un délai d'intervention plus long qu'en hôpital. La question de la responsabilité juridique est alors un élément de blocage plus important que les risques médicaux. Les infirmières réservent majoritairement un bon accueil à la perspective de réaliser seules des transfusions à domicile, avec une formation et un encadrement adéquat. Mais en cas de transfert de compétences aux infirmières, un aménagement du cadre juridique est nécessaire pour permettre à la fois la protection des infirmières et l'assurabilité de l'acte de transfusion. Une connexion avec la médecine de ville serait intéressante à étudier pour connaître le point de vue des médecins généralistes quant à ce transfert d'un soin technique et ponctuel en partenariat avec les HAD. Enfin des études médico-économiques de haut niveau de preuve seraient souhaitables pour évaluer le bénéfice de cette indication en HAD.

VI. CONCLUSION

L'Unité de Gestions des Entrées Imprévues (UGEI) du Centre Léon Bérard, Centre de Lutte contre le Cancer de la Région Rhône-Alpes, est une unité de jour qui accueille les patients du lundi au vendredi, pouvant s'apparenter à un service d'urgence sans pour autant en être réellement un. Cette unité prend en charge en urgence les patients du Centre, suivis par ses équipes pour leur cancer et faisant l'objet de complications liées à leur traitement ou à leur maladie. C'est une unité très spécifique, unique en France.

Initialement créée pour recevoir les patients suivis par le Département de Coordination des Soins Externes et Interfaces (HAD, SAD, RVH), elle est devenue ces dernières années, le recours pour tout patient non hospitalisé requérant des soins spécifiques ainsi que des nouvelles prises en charge carcinologiques.

Elle s'inscrit dans la poursuite du projet d'externalisation du centre qui a débuté dans les années 1990, pour répondre à la demande des patients d'être pris en charge à leur domicile. Ce projet est en accord avec les différents Plan Cancer notamment le premier de 2003-2007, visant à favoriser la prise en charge à domicile des patients suivis pour un cancer.

Elle est devenue une véritable plateforme de gestion entre les patients suivis à l'extérieur du Centre et le suivi hospitalier. Elle constitue ainsi une porte d'entrée pour les hospitalisations et organise une continuité des soins ainsi que leur coordination lors de leur sortie au domicile au travers du DCSEI.

Nous avons effectué une étude descriptive sur une courte période (14 jours dont 10 jours effectifs), nous permettant d'inclure plus d'une centaine de patients pour connaître le motif d'hospitalisation et pouvoir dresser le profil, la trajectoire de ces patients suivis sur le centre Léon Bérard et passant par cette unité.

Par cette étude, nous avons donc pu constater que la population de patients admis au sein de l'UGEI était jeune, la moyenne d'âge étant de 62 ans. Cette population est suivie pour des pathologies carcinologiques à un stade évolué pour une majorité des patients puisque plus de la moitié sont à un stade métastatique.

La population étudiée était une population fragile, nécessitant un suivi régulier puisque près de 90% sont passés au moins une fois le mois précédent leur venue dans ce service, que ce soit pour une simple consultation (58.6%), une hospitalisation (59.4%) ou un passage à l'UGEI (36.1%). Plus des 2/3 (64.7%) sont connus du DCSEI dont près de 40% par le service d'HAD.

Différents motifs sont à l'origine de cette venue sur l'UGEI dont le premier était la transfusion, probable complication des chimiothérapies, ou de l'évolution de leur maladie. Le deuxième, dans une proportion quasi équivalente de patients, était une urgence médicale due à une probable évolution de leur pathologie et dont le troisième dans la même proportion était l'altération de l'état général nécessitant des examens complémentaires.

La majorité de notre population était sortie le jour même dont ¼ en sortie simple et 1/3 en HAD. Un peu moins d'1/4 était hospitalisée à l'issue de son passage. Une proportion importante était revue régulièrement dans un court délai. Un peu moins de la moitié repassait par l'UGEI dans le mois suivant et le principal motif de venue était également la transfusion.

Par cette étude il apparaît donc qu'une telle unité au sein d'un centre de lutte contre le cancer permet une accessibilité au plateau technique ainsi qu'une prise en charge rapide des patients. Elle favorise le retour au domicile, permet d'éviter l'hospitalisation traditionnelle et optimise la trajectoire à venir grâce au DCSEI.

Les perspectives pour l'avenir seraient de :

- favoriser ce type d'unité au sein des centres de lutte contre le cancer qui permet une prise en charge rapide des patients en ambulatoire ;
- rediscuter la place de la transfusion au domicile ou la création d'une unité consacrée ;
- évaluer au domicile les AEG et pouvoir anticiper les hospitalisations par l'optimisation de la prise en charge en HAD.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. Leone N, Voirin N, Roche L, Binder-Foucard F, Woronoff AS, Delafosse P, Remontet L, Bossard N, Uhry Z. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Rapport technique Francim/HCL/InVS/INCa/Inserm-CépiDc [Internet]. Novembre 2015. Disponible sur: Disponible sur le site de l'InVS (www.invs.sante.fr) et celui de l'INCa (www.e-cancer.fr).
2. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A-S, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra): Institut de veille sanitaire; 2013;122.
3. Institut national du cancer. Les cancers en France - Edition 2015 - Faits et chiffres.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Activite-hospitaliere>
4. Sebban C, Dussart S, Fuhmann C, Ghesquieres H et al. Oral moxifloxacin or intravenous ceftriaxone for the treatment of low risk neutropenic fever in cancer patients suitable for early hospital discharge. Support Care Cancer. sept 2008;16(9):1017-23.
5. Remonnay R, Devaux Y, Morelle M, Kante V et al. Blood transfusion at home or in the hospital? The preferences of cancer patients. Bull Cancer. nov 2008;95(11):1039-45.
6. Chvetzoff, Pérol D, Devaux Y, Lancry I, Rebattu P, et al. Prospective Study on the quality of care and quality of life in advanced cancer patients treated at home or in hospital: intermediate analysis of the Trapado study. Bull Cancer. févr 2006;93(2):213-21.
7. Code de la santé publique - Article L6111-1 [Internet]. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr
8. Code de la santé publique - Article R6121-4-1 [Internet]. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr
9. Qu'est ce que l'HAD [Internet]. Site de la FNEHAD; Disponible sur: www.fnehad.fr
10. Chiffres clés – FNEHAD [Internet]. [cité 22 janv 2017]. Disponible sur: <http://www.fnehad.fr/chiffres-cles/>
11. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. 70-1318 décembre, 1970.
12. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
13. CIRCULAIRE N° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile [Internet]. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr
14. Complément à la circulaire DH/EO 2 n° 2000-295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile [Internet]. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr
15. Ministère de la Santé et des Solidarités. CIRCULAIRE N°DHOSO32006506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile..pdf. 2006.
16. Décret n° 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) et le code de la sécurité sociale [Internet]. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr

17. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr
18. Décret n° 2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement [Internet]. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr
19. CIRCULAIRE DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) [Internet]. Disponible sur: www.legifrance.gouv.fr
20. Fayet Y. Les territoires face aux cancers rares. Création d'une typologie de qualité territoriale pour l'étude des inégalités géographiques face aux cancers [Thèse de doctorat en Géographie]. [Lyon]: Lyon 3; 2014.
21. Escoffier R. Rapport d'activités du centre Léon Bérard 2015-2016. DAF Centre Léon Bérard;
22. Plan_cancer_2014-2019-PNRT (1).pdf.
23. Kerrouault E, Denis N, Le Conte P, Dabouis G. Une meilleure organisation des soins pourrait diminuer le nombre des patients atteints de cancer adressés aux urgences. *Presse Médicale*. nov 2007;36(11):1557-62.
24. FNEHAD. FNEHAD Rapport d'activités 2015-2016- Chiffres de l'hospitalisation à domicile [Internet]. Disponible sur: <http://www.fnehad.fr>
25. Epidemiologie des cancers sur le site de l'Institut National du Cancer. Disponible sur: www.e-cancer.fr
26. Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. 2004-802 juillet, 2004.
27. Décret n° 2014-1042 du 12 septembre 2014 relatif au sang humain | Legifrance [Internet]. [cité 25 janv 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/9/12/AFSP1401585D/jo/texte>
28. Idri S, Catoni MP, Si Ali S, Patte R, Brière J, Baudelot J, et al. La transfusion à domicile ? Une alternative à l'hôpital de jour. *Transfus Clin Biol*. 1996;4:235-9.
29. Rollot A. Pertinence des hospitalisations non programmées en cancérologie: Quel écart entre urgence ressentie et urgence confirmée? Quelles conséquences sur l'organisation des soins? [Thèse de médecine]. [Nantes]: Université de Nantes - Faculté de Médecine; 2010.
30. Andrès E. AEG une terminologie non médicale utile pour le grand public. *Press Med*. 2009;38(7/8):1035-6.
31. oncoprof. Classification état général: Index de Karnofsky et index Ecog [Internet]. [cité 29 janv 2017]. Disponible sur: www.oncoprof.net
32. Bouleuc C. La demande d'hospitalisation en urgence des patients atteints de cancer en phase palliative. *Laennec*. 1 janv 2012;Tome 58(2):48-58.

33. Welsch C, Delorme T, Larue F, Beauchet A, Krakowski I, Brasseur L. Données épidémiologiques sur la douleur du cancer en France. Évolution sur deux décennies de la prévalence et de l'intensité de la douleur chez les malades atteints de cancer. *Douleur Analgésie*. sept 2013;26(3):126-32.
34. Langlade A, Delorme T, Navez M-L, Morin C-D. Douleurs aiguës chez un patient atteint de cancer : prise en charge dans un service d'accueil des urgences. *Douleurs Eval - Diagn - Trait*. févr 2009;10(1):6-15.
35. Nitenberg G. Urgences cancérologiques. *Rev Prat*. 2003;53:2099-172.
36. Roubaud M. Mise en place de l'hospitalisation à domicile à partir d'un service d'urgence. « Etude descriptive de 42 demande d'hospitalisation à domicile venant d'un service d'urgence au sein du service de l'HAD de Crest » [Thèse de médecine]. [Lyon]: Université Claude Bernard Lyon 1- Faculté de Médecine Lyon EST; 2015.
37. DE SANTÉ DLÉ. Évaluation des pratiques professionnelles. littérature [Internet]. 1996 [cité 31 janv 2017]; Disponible sur: <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/docdeuxannee/0311Abprevesc arreANAES1998.pdf>
38. Ciais J-F, Pradier C, Ciais C, Berthier F, Vallageas M, Raucoules-Aime M. Impact d'une équipe d'urgence spécialisée sur les hospitalisations non désirées de patients en phase terminale à domicile. *Presse Médicale*. mars 2007;36(3):404-9.
39. Cours des Comptes. L'hospitalisation à domicile. Évolutions récentes. Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale [Internet]. 2015. Disponible sur: www.ccomptes.fr
40. Badoux O, Lepine M-A. Hospitalisation à domicile: Regards croisés sur les indications. Proposition d'une grille d'aide à l'orientation des patients en HAD à destination des prescripteurs. [Lyon]: Claude Bernard Lyon 1- Faculté de Médecine Lyon EST; 2016.
41. Barbet J. Place du médecin traitant dans la prise en charge en hospitalisation à domicile du centre Léon Bérard: évaluation par le patient. [Lyon]: Claude Bernard Lyon 1- Faculté de Médecine Lyon EST; 2012.
42. Sandlarz M, Cabre P. Transfusion de produits sanguins labiles (PSL) en hospitalisation à domicile (HAD) et en centres de santé (CDS) : analyse sur une année en France. *Transfus Clin Biol*. nov 2014;21(4-5):269-70.
43. HAS. Conditions du développement de la chimiothérapie en Hospitalisation à Domicile : analyse économique et organisationnelle [Internet]. has-santé. 2015 [cité 1 févr 2017]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/conditions_du_developpement_de_la_chimiotherapie_en_hospitalisation_a_domicile_-_synthese_et_recommandations.pdf
44. MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE, ET DES PERSONNES HANDICAPE. CIRCULAIRE DGS/DHOS/AFSSAPS N° 03/ 582 du 15 décembre 2003 relative à la réalisation de l'acte transfusionnel. [Internet]. [cité 1 févr 2017]. Disponible sur: http://www.hemovigilance-cncrh.fr/Textes/2003/circ_securite_acte_transfusionnel_03_582.pdf

45. Décret no 2006-99 du 1er février 2006 relatif à l'Etablissement français du sang et à l'hémovigilance et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) [Internet]. [cité 1 févr 2017]. Disponible sur: http://hemovigilance-cncrh.fr/regions/franche_comte/referentiel_regional/02_cadre_reglementaire_global.pdf
46. Buthion V, Denechaud C, Remonnay R. Organisation de la transfusion Sanguine Thérapeutique : Etude des modalités alternatives de la transfusion sanguine thérapeutique organisable en ambulatoire [Internet]. 2009 [cité 1 févr 2017]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00605849>

VIII. ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'analyse des patients admis UGEI

Présentation du patient

- Numéro dossier DPI :
- Nom :
- Prénom :
- Age :
- Sexe : homme femme

- Adresse lieu de vie

- Oncologue référent :

- Pathologie suivie :

- Groupe d'organe : Hématologie Gynécologie Pneumologie
 HGE ORL Urologie
 Sarcome Neurologie Inconnu

- Organe :

- Stade de la pathologie : localisé métastatique

- Indice de karnofsky :

- Connu : non SAD HAD RVH

Antériorité le mois précédent (à partir du 1^{er} Novembre 2015)

- Dernières consultations sur le Centre Léon Bérard

- Nombre
- Médecins
- Délai entre la dernière consultation et l'UGEI étudié

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> de 1 à 6 jours | <input type="checkbox"/> de 7 à 13 jours |
| <input type="checkbox"/> De 14 à 20 jours | <input type="checkbox"/> de 21 à 27 jours | <input type="checkbox"/> > ou = à 28 jours |

- Dernières hospitalisations au Centre Léon Bérard

- Nombre :

- Service : Médical Chirurgical Radiothérapie

- Hôpital de jour Chirurgie ambulatoire

- Motif AEG Acte Chimiothérapie
- Douleur Infection Transfusion
- Urgences médicales VVC Problème de domicile

- Délai entre la dernière hospitalisation et l'UGEI étudié

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> de 1 à 6 jours | <input type="checkbox"/> de 7 à 13 jours |
| <input type="checkbox"/> De 14 à 20 jours | <input type="checkbox"/> de 21 à 27 jours | <input type="checkbox"/> > ou = à 28 jours |

- Dernier passage à l'UGEI

- Nombre :

- Motif AEG Acte Chimiothérapie

- Douleur Infection Transfusion

- Urgences médicales VVC Problème de domicile

- Délai entre le dernier passage à l'UGEI et l'UGEI étudié

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> de 1 à 6 jours | <input type="checkbox"/> de 7 à 13 jours |
| <input type="checkbox"/> De 14 à 20 jours | <input type="checkbox"/> de 21 à 27 jours | <input type="checkbox"/> > ou = à 28 jours |

UGEI étudié (du 1^{er} au 14 Décembre 2015)

- Heure d'arrivée :

- Heure de départ :

- Motif
- | | | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | AEG | <input type="checkbox"/> | Transfusion | <input type="checkbox"/> | Urgences médicales |
| <input type="checkbox"/> | Douleur | <input type="checkbox"/> | Infection | | |
| <input type="checkbox"/> | VVC | <input type="checkbox"/> | Problème de domicile | | |

- Examen paraclinique

- | | | | |
|--------------------------|----------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Biologie | <input type="checkbox"/> | Imagerie |
|--------------------------|----------|--------------------------|----------|

Type d'imagerie :

- Nécessité plateau technique

- | | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|

Type d'acte :

- Mode de sortie

- | | | | | | |
|--------------------------|--------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | Simple | <input type="checkbox"/> | Hospitalisation | | |
| <input type="checkbox"/> | HAD | <input type="checkbox"/> | SAD | <input type="checkbox"/> | RVH |

- Date consultation prévue :

- Date hospitalisation prévue :

Le mois suivant (jusqu'au 31 janvier 2016)

- Nombre passage UGEI
- Délai nouveau passage

- Motif AEG Transfusion Urgences médicales
 Douleur Infection
 VVC Problème de domicile

- Nécessité plateau technique
 Oui Non

Evolution vis-à-vis du DCSEI

- Décès
 Oui Non
Si oui lieu du décès :
 Domicile Hôpital
- Non suivi DCSEI
 Oui Non

- Poursuite suivi
 HAD SAD RVH
- Mise en place
 HAD SAD RVH

- Sortie
 HAD SAD RVH

Annexe 2 : Index de Karnofsky

Description simple	%	Critères
Peut mener une activité normale	100%	Etat général normal - Pas de plaintes, ni signes de maladie
Pas de prise en charge particulière	90%	Activité normale - Symptômes mineurs - Signes mineurs de maladie – Totalement autonome
	80%	Activité normale avec difficultés - Symptômes de la maladie – totalement autonome
Incapable de travailler Séjour possible à la maison Soins personnels possibles	70%	Capable de s'occuper de lui-même - Incapable de travailler normalement – Autonome mais à stimuler
	60%	Besoin intermittent d'une assistance mais des soins médicaux fréquents – Semi-autonome
	50%	Besoin constant d'une assistance avec des soins médicaux fréquents – Semi-autonome
Incapable de s'occuper de lui-même Soins institutionnels souhaitables	40%	Invalide - Besoin de soins spécifiques et d'assistance
	30%	Sévèrement invalide - Dépendant - Pas de risque imminent de mort
	20%	Complètement invalide – soutien actif, absence totale d'autonomie
Etats terminaux	10%	Moribond, processus fatal progressant rapidement
	0%	Décédé

Annexe 3 : Score Performance Status OMS

Valeur	Critères
0	Activité Normale (peut réaliser un travail)
1	Symptomatique mais quasiment ambulatoire
2	Alité mais moins de 50% de la journée
3	Alité mais plus de 50% de la journée mais pas en permanence
4	Grabataire

RUSSIAS Bruno

CONCLUSIONS

L'Unité de Gestion des entrées Imprévues (UGEI) du Centre Léon Bérard, centre de Lutte contre le Cancer de la région Rhône-Alpes, est une unité de jour qui accueille les patients du lundi au vendredi, pouvant s'apparenter à un service d'urgence sans pour autant en être réellement un. Cette unité prend en charge en urgence les patients du centre, suivis par ses équipes pour leur cancer et faisant l'objet de complications liées à leur traitement ou à leur maladie. C'est une unité très spécifique, unique en France.

Initialement créé pour recevoir les patients suivis par le Département de Coordination des Soins Externes et Interfaces (HAD, SAD, RVH), elle est devenue ces dernières années le recours pour tout patient non hospitalisé requérant des soins spécifiques ainsi que des nouvelles prises en charge carcinologiques.

Elle s'inscrit dans la poursuite du projet d'externalisation du centre débuté depuis les années 1990, pour répondre à la demande des patients d'être pris en charge à leur domicile. Ce projet étant en accord avec les différents Plan Cancer notamment le premier de 2003-2007, visant à favoriser la prise en charge à domicile des patients suivis pour un cancer.

Elle est devenue une véritable plateforme de gestions entre les patients suivis à l'extérieur du Centre et le suivi hospitalier. Elle constitue ainsi une porte d'entrée pour les hospitalisations et organise une continuité des soins ainsi que leur coordination lors de leur sortie au domicile au travers du DCSEI.

Nous avons effectué une étude descriptive sur une courte période (14 jours dont 10 jours effectifs), nous permettant d'inclure plus d'une centaine de patients pour connaître le motif d'hospitalisation et pouvoir dresser le profil, la trajectoire de ces patients suivis sur le centre Léon Bérard et passant par cette unité.

Par cette étude, nous avons donc pu constater que la population de patients admis au sein de l'UGEI était jeune, la moyenne d'âge étant de 62ans, suivi pour des pathologies carcinologiques à un stade évolué pour une majorité des patients puisque plus de la moitié sont à un stade métastatique.

La population étudiée était une population fragile nécessitant un suivi régulier puisque près de 90% sont passés au moins une fois le mois précédent leur venue, que ce soit pour une simple consultation (58.6%), une hospitalisation (59.4%) ou un passage à l'UGEI (36.1%). Plus des $\frac{2}{3}$ (64.7%) sont connus du DCSEI dont près de 40% par le service d'HAD.



Différents motifs sont à l'origine de cette venue sur l'UGEI dont le principal motif était la transfusion probable complications des chimiothérapies ou de l'évolution de leur maladie; suivi par une proportion quasi de patient venant pour une urgence médicale due à une probable évolution de la pathologie et avec la même proportion l'altération de l'état général nécessitant des examens complémentaires.

La majorité de notre population était sortie le jour même dont $\frac{1}{4}$ en sortie simple et $\frac{1}{3}$ en HAD. Un peu moins d' $\frac{1}{4}$ était hospitalisée à l'issue de leur passage. Une proportion importante était revue régulièrement dans un court délai. Un peu moins de la moitié était repassée par l'UGEI dont le principal motif de venue était la transfusion.

Par cette étude il apparaît donc qu'une telle unité au sein d'un centre de lutte contre le cancer permet une accessibilité au plateau technique ainsi qu'une prise en charge rapide des patients. Elle favorise le retour au domicile, permet d'éviter l'hospitalisation traditionnelle et optimise la trajectoire à venir grâce au DCSEI.

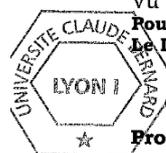
Les perspectives pour l'avenir seraient de favoriser ce type d'unité au sein des centres de lutte contre le cancer qui permet une prise en charge rapide des patients en ambulatoire; rediscuter la place de la transfusion au domicile ou la création d'une unité consacrée; par l'optimisation de la prise en charge en HAD, évaluer au domicile les AEG et pouvoir anticiper les hospitalisations.

Le Président de la thèse,
Professeur Jean-Yves BLAY remplacé par
Professeur Isabelle RAY-COQUARD

Signature

Vu :

Pour Le Président de l'Université
Le Doyen de l'UER de Médecine Lyon Est



Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le **24 JAN. 2017**

RUSSIAS Bruno

Profils, motifs et trajectoires des patients passant par l'unité de gestions des entrées imprévues du centre Léon Bérard, centre de lutte contre le cancer de la région Rhône-Alpes, étude descriptive sur 133 Patients

Pages : 84 Ill : 1 Fig : 6 Tableau : 15

Th Méd : Lyon : 2017 – N°26

RESUME

Introduction : L'Unité de Gestions des Entrées Imprévues (UGEI) du Centre Léon Bérard, Centre de Lutte contre le Cancer de la Région Rhône-Alpes, est une unité de jour qui accueille les patients du lundi au vendredi, pouvant s'apparenter à un service d'urgence sans pour autant en être réellement un. Cette unité prend en charge en urgence les patients du Centre, suivis par ses équipes pour leur cancer et faisant l'objet de complications liées à leur traitement ou à leur maladie. C'est une unité très spécifique, unique en France, rattachée à un Département de Coordination des Soins Externes et Interfaces (dont fait partie l'Hospitalisation à Domicile du Centre). Il n'a jamais été évalué le profil des patients y arrivant, les pathologies présentées et surtout leur trajectoire de soins. **Méthode :** Par une étude quantitative descriptive observationnelle rétrospective à partir du Dossier Patient Informatisé du Centre Léon Bérard, des patients ayant été hospitalisés au sein de l'UGEI, durant la période du 1er décembre 2015 au 14 décembre 2015 inclus, nous avons étudié ce qu'il s'est passé dans leur suivi hospitalier le mois précédent et jusqu'à la fin du mois suivant leur passage à l'UGEI (soit jusqu'au 31 Janvier 2016). **Résultats :** Au total 133 patients ont été inclus dans l'étude. Le sexe ratio était de 0.77. Plus de 60% des patients étaient connus du DCSEI. Les cancers les plus représentés étaient les cancers gynécologiques (26.4%) puis les hémopathies (18.8%). Le motif principal d'admission était la « transfusion » (24.1%) suivis par les motifs « urgences médicales » et « altération de l'état général » (23.3% chacun). 73.7% des passages nécessitaient l'utilisation du plateau technique. Plus de 75% des patients ressortaient le jour même et rentraient à leur domicile. 36.1% rentraient dans le cadre de l'HAD. 26.3% des patients étaient décédés à l'issue de l'étude. **Discussion :** Une unité comme l'UGEI, au sein d'un Centre de Lutte Contre le Cancer, permet une accessibilité au plateau technique ainsi qu'une prise en charge rapide des patients. Un partenariat entre l'HAD et l'établissement hospitalier ainsi que la structuration de ce type d'unité au sein d'un Département de Coordination des Soins Externes, permet d'éviter l'hospitalisation traditionnelle, favorise le retour au domicile, optimise la trajectoire à venir. Une connexion avec la ville doit continuer à être favorisée notamment avec les médecins traitants pour permettre d'améliorer les prises en charge des patients. De nouveaux fonctionnements doivent être pensés pour permettre la poursuite des soins au domicile, notamment pouvoir permettre de faire des transfusions à domicile.

MOTS CLES :

Hospitalisation à domicile,
Cancer,
Urgence,
Hospitalisation non programmée

JURY

Président : Monsieur le Professeur BLAY Jean-Yves remplacé par
Madame le Professeur RAY-COQUARD Isabelle

Membres : Monsieur le Professeur GHESQUIERES Hervé
Monsieur le Professeur TAZAROURTE Karim
Monsieur le Docteur DEVAUX Yves

DATE DE SOUTENANCE : 16 Février 2017

ADRESSE DE L'AUTEUR : 37 Grande Rue de la Croix-Rousse 69004 Lyon
bru_russias@hotmail.com



 06 01 99 75 70

contact@imprimerie-mazenod.com

www.thesesmazenod.fr