

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2009-2010

N° 57

THESE

pour le

Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

DES de Médecine Générale

Par

Audrey ROLLOT

Née le 20/03/1982 à Paris (13^{ème})

Présentée et soutenue publiquement le 19 octobre 2010

**PERTINENCE DES HOSPITALISATIONS
NON PROGRAMMEES EN CANCEROLOGIE :**

**Quel écart entre urgence ressentie et urgence confirmée ?
Quelles conséquences sur l'organisation des soins ?**

Président : M. Le Professeur HAROUSSEAU

Directeur de thèse : Docteur H. SENELLART

Sommaire

1	INTRODUCTION	5
2	MATERIEL ET MEHODES.....	10
2.1	Objectif principal	10
2.2	Objectifs secondaires.....	10
2.3	Cadre de l'étude	11
2.4	Population cible	12
2.4.1	Taille de l'échantillon.....	12
2.4.2	Critères d'inclusion/exclusion	12
2.5	Outils.....	12
2.5.1	Questionnaire d'évaluation de la pertinence (AEPF)(cf annexe)	12
2.5.2	Description de la feuille d'urgence CRG	13
2.6	Recueil et validation des données	14
2.6.1	L'inclusion	14
2.6.2	Le contrôle.....	14
2.6.3	L'évaluation à 3 mois.....	14
3	RESULTATS	16
3.1	Conditions du recueil.....	16
3.2	Caractéristiques de la population.....	16
3.2.1	Eloignement géographique	17
3.2.2	Pathologies tumorales primitives.....	18
3.2.3	Stade de la maladie et phase thérapeutique	19
3.3	Conditions d'admission en hospitalisation.....	20
3.3.1	Renseignement de la feuille d'urgence CRG/ identification du 1 ^{er} appelant	20

3.3.2	Lieu de soins précédant l'hospitalisation en cancérologie.....	24
3.3.3	Délai de prise en charge	24
3.4	Pertinence des hospitalisations.....	26
3.4.1	Ratio des hospitalisations pertinentes	26
3.4.2	Caractéristiques des hospitalisations jugées pertinentes	26
3.4.3	Caractéristiques des hospitalisations jugées comme non pertinentes.....	35
3.5	Comparaison des caractéristiques d'admission 2010 à celles de 1999 au centre René Gauducheau.....	37
3.5.1	Par rapport aux motifs d'admissions.....	37
3.5.2	Par rapport au mode d'entrée	38
3.5.3	Selon la localisation primitive.....	38
3.5.4	Selon la durée du séjour.....	39
3.5.5	Selon le mode de sortie.....	39
4	DISCUSSION.....	41
4.1	Pertinence des hospitalisations : des résultats particulièrement élevés ?	42
4.2	Caractéristiques des hospitalisations : pathologies évoluées et patients précaires.....	44
5	CONCLUSION.....	49
6	BIBLIOGRAPHIE	52
7	LISTE DES ABREVIATIONS.....	55
8	ANNEXE	56
8.1	Questionnaire AEPf.....	56
8.2	Feuille d'urgence CGR.....	63

INTRODUCTION

1 INTRODUCTION

Les patients suivis en onco-hématologie forment une population hétérogène mais globalement fragilisée, physiquement (multiplicité des symptômes, iatrogénie des traitements) et psychologiquement (conscience du pronostic vital engagé). Toute situation aigue dans un tel contexte de vulnérabilité exacerbe les difficultés préexistantes et appelle une réponse rapide.

La maladie, et plus particulièrement l'urgence médicale, sont appréhendées et ressenties différemment d'un individu à un autre et d'un soignant à un autre.

Le terme maladie recouvre plusieurs réalités et cela se traduit en anglais par deux mots distincts : disease et illness. Le premier correspond à des troubles organiques objectifs ayant une ou des causes. Le second est utilisé pour désigner l'expérience subjective des patients qui ne correspond pas forcément à une pathologie identifiable (1).

De la même manière, le terme « urgence médicale » peut faire appel à plusieurs réalités avec une dimension médico-chirurgicale et une dimension plus subjective faisant référence au ressenti du patient et de sa famille. La base de données internet Wikipedia, non académique mais largement consultée, propose une définition universelle du mot « urgence » comme « une perception de toute situation empirant rapidement ou susceptible de le faire » (2). Le terme a évolué avec des spécialisations et des déclinaisons : « l'urgence médicale se définit par toute symptomatologie dont le diagnostic et le traitement voire l'orientation, ne peuvent être différés. » (3)

Ainsi, pour les patients atteints d'une pathologie grave et leurs proches, l'apparition de tout nouveau symptôme est souvent perçue comme une urgence diagnostique et/ou thérapeutique.

Les difficultés d'hospitalisation en service spécialisé existent notamment en raison d'une demande générale de soins qui s'accroît et d'une transformation des structures hospitalières en unité de soins programmées (hôpital de semaine, hôpital de jour) (7).

Toutefois, l'hospitalisation non programmée des malades ne nécessite pas un passage systématique par les services d'urgences. Les services spécialisés peuvent recevoir directement des malades sur appel téléphonique d'un médecin libéral ou d'un autre hôpital (7).

Dans le cas particulier de l'oncologie, l'évolution épidémiologique se répercute sur les situations d'urgence liées à la pathologie cancéreuse ou aux traitements. En effet, l'incidence des cancers a augmenté entre 1980 et 2005. 320 000 cas de cancers ont été diagnostiqués en France en 2005. En 2006, le cancer a été la cause de 149 100 décès (8).

Le cancer est la première cause de mortalité en France chez l'homme depuis 1989 devant les maladies cardio-vasculaires, et chez la femme depuis 2002. Entre 1968 et 2005, le nombre de décès par cancer est passé de 106 000 à 149 000 soit une augmentation de 41% (8).

En région Pays de Loire, l'incidence du cancer est estimée à 15000 nouveaux cas annuels selon les dernières données du SROS. L'incidence et la prévalence du cancer sont en augmentation dans notre région. Cet accroissement est lié au vieillissement de la population, à une amélioration du dépistage permettant un diagnostic plus précoce, à des thérapeutiques de plus en plus efficaces avec une augmentation de la durée de vie sous traitement. Les séjours ont eux-mêmes augmenté de 5,36% entre 2000 et 2001 d'après les mêmes données du SROS (9).

Les situations d'urgence en cancérologie peuvent être décrites selon deux modalités :

- Les situations médico-chirurgicales : elles ont été décrites dans de nombreux ouvrages de référence (De Vita, Harrison). Il peut s'agir d'urgences obstructives, compressives, métaboliques ou infectieuses. Elles peuvent être liées à la tumeur elle-même mais aussi aux complications des thérapeutiques employées à visée anti-tumorale.
- Toutes autres situations nécessitant une réponse rapide : épuisement familial, précarité sociale, détresse psychique.

La réponse aux situations d'urgences, quelque soit leur nature, dans les services de cancérologie peut prendre différentes formes.

Les centres de cancérologie organisent tous une régulation permanente de la demande médicale en urgence, qu'elle émane des patients, de leurs proches, de leurs médecins traitants ou de services d'amont. Les organisations sont variables d'un établissement à un autre. Pour exemple :

- Aux CLCC Baclesse à Caen et Gauducheau à Nantes, la permanence est assurée pendant les heures ouvrables par l'oncologue référent du patient concerné ou par le médecin régulateur. Un interne formé à cette activité prend le relais la nuit et le week end avec un accès informatique à la totalité des dossiers et un senior référent d'astreinte (1)
- Une consultation programmée d'urgence assurée par les oncologues médicaux est proposée aux patients de l'Institut Curie après régulation téléphonique. Seul le médecin de garde est joignable la nuit (12).
- L'Institut Gustave Roussy à Villejuif dispose d'un service d'accueil d'urgences avec des lits disponibles pour des hospitalisations de courte durée (18).

La prise en compte des urgences et la gestion des admissions non programmées est source de désorganisation et de difficultés d'adaptation des services. Les équipes médicales et paramédicales exerçant en cancérologie sont particulièrement soumises à cette problématique.

L'amélioration des conditions de prise en charge en situation d'urgence est une nécessité pour la sécurité physique et psychique des patients fragilisés par le cancer. Les tutelles demandent la création de structures ou de filières de prise en charge adaptées aux caractéristiques des patients. En revanche, l'HAS insiste également sur la nécessité de prévenir les hospitalisations injustifiées (13) (14).

L'évaluation de la pertinence des hospitalisations est possiblement l'un des moyens pour améliorer les conditions de prise en charge tout en évitant les admissions non justifiées. La littérature médicale est encore pauvre dans ce domaine.

Le travail présenté ici propose une évaluation de la pertinence des hospitalisations non programmées avec évaluation des écarts entre urgence perçue et urgence réelle dans un établissement spécialisé en cancérologie : le CLCC René Gauducheau.

MATERIEL ET METHODES

2 MATERIEL ET MEHODES

La démarche retenue pour cette étude correspond au modèle de la roue de Denning ou revue de qualité qui se déroule en quatre étapes :

- PLANIFIER : étape de définition de la démarche idéale, avec identification des professionnels et des structures impliqués. Programmation des étapes nécessaires à l'étude.
- FAIRE : étude de la pratique clinique, avec recueil des données traduisant l'activité du service.
- ANALYSER : étape où la pertinence des soins dispensés pendant la période étudiée est analysée.
- AMELIORER : étape qui va au-delà de la thèse, vers une amélioration des pratiques et, éventuellement, vers des mesures correctrices dans un but d'amélioration de la qualité de soins (14).

2.1 Objectif principal

Dans la continuité des précédents travaux menés sur les patients atteints de cancer admis aux service d'accueil des urgences de Nantes (15) et sur les hospitalisations non programmées en service conventionnel de cancérologie (16), ce travail propose une évaluation de la pertinence des hospitalisations non programmées en milieu spécialisé de cancérologie.

Il s'agit d'une étude prospective monocentrique d'observation réalisée sur une période du 15 décembre 2009 au 30 juin 2010 soit 147 jours.

2.2 Objectifs secondaires

Les autres résultats analysés au cours de l'étude seront :

1. Caractéristiques de la population hospitalière
2. Conditions d'admission
3. Motifs d'hospitalisation

4. Devenir des patients
5. Comparaison avec les chiffres rapportés en 1999 dans un contexte similaire

2.3 Cadre de l'étude

Il y a actuellement vingt centres, en France, référents régionaux de la cancérologie. Dès 1964, ces établissements se regroupent au sein d'une fédération nationale (FNCLCC).

Les centres de lutte contre le cancer sont des établissements de santé hospitalo-universitaires, privés à but non lucratif, participant au service public hospitalier. Leur statut leur confère une triple mission de soins, de recherche et d'enseignement exclusivement axé sur le cancer. Le regroupement des moyens, des plateaux techniques et de personnel hautement qualifié dans chaque centre rend possible la prise en charge du cancer dans sa globalité.

Le site d'étude est le service d'oncologie médicale du centre René Gauducheau. Ce dernier est un établissement de type ESPIC (Etablissement de Santé Privé d'intérêt collectif).

Le département d'oncologie médicale au CLCC R.Gauducheau repose sur :

- 11 oncologues médicaux et 3 médecins généralistes
- 20 lits d'hospitalisation conventionnelle comprenant des lits identifiés pour les soins palliatifs.

Le CLCC R.Gauducheau cumule plus de 23 000 journées d'hospitalisation par an.

Les médecins participant au recueil sont les médecins prenant en charge les patients dans les unités d'hospitalisation conventionnelle comportant des médecins généralistes et des internes.

2.4 Population cible

2.4.1 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.

Les données de l'activité du service ont été recueillies durant la même période par le Département d'Information Médicale de l'établissement (15).

2.4.2 Critères d'inclusion/exclusion

Patients suivis au CLCC R.Gauducheau dans le cadre d'une néoplasie quel que soit le stade de prise en charge.

Patients admis en secteur conventionnel dans le cadre d'une hospitalisation non programmée.

2.5 Outils

2.5.1 Questionnaire d'évaluation de la pertinence (AEPF)(cf annexe)

La revue de pertinence des soins appliquée aux hospitalisations a été retenue. Cette méthode permet de comparer les motifs d'admissions observés à un ensemble de critères regroupés dans une grille AEPf (Appropriateness Evaluation Protocol version française), soit 16 critères dont 10 liés à l'état de sévérité clinique du patient, et 6 critères sur la nécessité de soins hospitaliers. L'AEPf identifie, de manière reproductible, des admissions et des journées d'hospitalisation répondant à des critères de pertinence simples, précis, explicites. Les critères de pertinence de la grille AEPf définissent la pertinence d'une admission ou d'une journée d'hospitalisation, exclusivement par rapport à l'utilisation du plateau technique

hospitalier, c'est-à-dire à l'existence d'un état clinique ou de procédures diagnostiques ou thérapeutiques lourdes nécessitant une surveillance médicale étroite. Il s'agit d'une grille reconnue et recommandée par l'HAS. (18) (19)

Les admissions sont déclarées comme pertinentes si, au moins un des critères est présent. (18) (19)

Certains critères ont été adaptés à la situation spécifique des patients suivis en onco-hématologie, avec introduction de la notion de perte de poids, de prise en charge antalgique et de perturbation du bilan sanguin notamment du bilan hépatique.

Si une admission est considérée comme non pertinente, il a été créé une série de trois items supplémentaires :

- principaux soins ou services nécessaires au patient,
- lieu le mieux adapté au patient,
- raison principale de l'admission.

2.5.2 Description de la feuille d'urgence CRG

Une feuille dite d'urgence CRG est remplie par le médecin régulateur responsable de la liste des demandes d'hospitalisation, lors de la réception du 1^{er} appel concernant le patient. Cette feuille, dont un exemplaire est disponible en annexe, permet de prioriser les admissions, d'organiser une évaluation de la situation médicale du patient en fonction de sa situation pré-hospitalière, et de mettre en place des alternatives à une hospitalisation au CLCC en cas de besoin.

Elle regroupe les données suivantes :

- Nom prénom, numéro de dossier du patient
- Identification du 1^{er} appelant
- Motif de la demande
- Orientation du patient
- Evolution de la demande

2.6 Recueil et validation des données

2.6.1 L'inclusion

La première partie du recueil se fait en temps réel lors de l'admission du patient. La grille est remplie selon la bonne volonté des médecins participant.

2.6.2 Le contrôle

La seconde partie du questionnaire est remplie par l'investigateur en différé, à partir de données du dossier médical, et du compte-rendu d'hospitalisation permettant le recueil des principales caractéristiques des patients. La cohérence des données remplies à l'inclusion est contrôlée lors de cette étape.

2.6.3 L'évaluation à 3 mois

L'évaluation du devenir des patients à 3 mois de leur entrée est obtenue par consultation du dossier patient sur le SIH (Système d'Information Hospitalière) du CLCC R.Gauducheau (15). Les données recueillies concernent le décès ou non du patient et les éventuelles réhospitalisations.

RESULTATS

3 RESULTATS

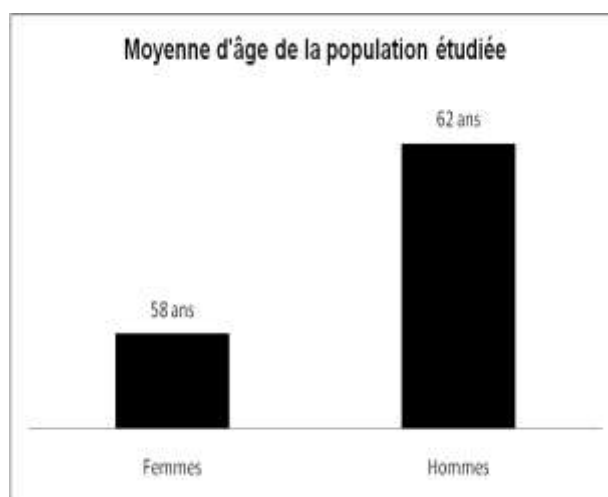
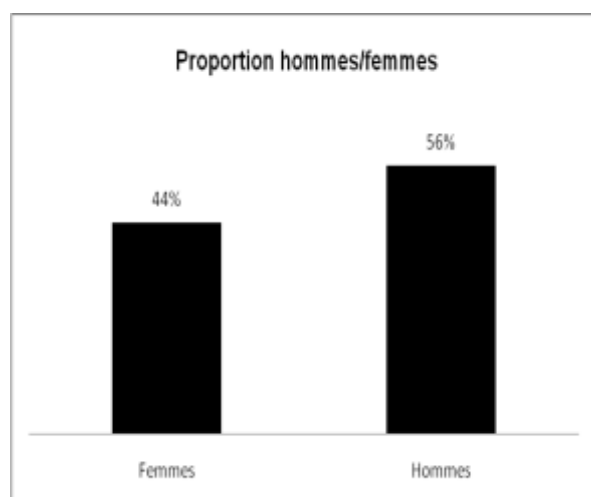
3.1 Conditions du recueil

Durant la période de recueil, 333 hospitalisations ont eu lieu dans le secteur conventionnel au CRLCC (LISP compris). 127 questionnaires ont été remplis soit 38% des hospitalisations.

Au terme de la première partie du recueil (15 décembre-15 avril), et au vu des résultats de pertinence très élevés, il a été décidé d'élargir les données prises en compte notamment à partir des données de la feuille d'urgence CRG. Ceci a été fait pour mieux caractériser la population bénéficiant d'une hospitalisation, et de s'assurer que les hospitalisations non pertinentes n'ont pas été perdues de vue, du fait d'un délai de prise en charge trop long.

3.2 Caractéristiques de la population

127 patients ont été inclus. Il s'agissait de 71 hommes (56%) et 56 femmes (44%). La moyenne d'âge pour les hommes est de 62 ans [25-86 ans] (médiane 64 ans) et de 58 ans [22-83 ans] (médiane 58 ans) pour les femmes.



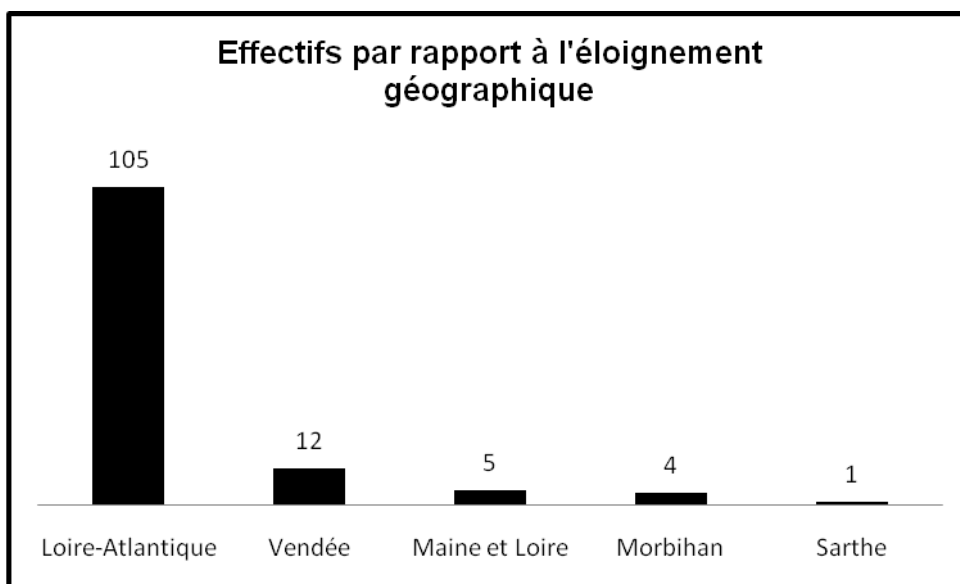
3.2.1 Eloignement géographique

La majorité des patients habite en Loire-Atlantique (82,7%, soit 105 patients). La médiane de distance parcourue est de 16 kilomètres, le maximum étant de 179 kilomètres.

Les patients consultant au CLCC tout en étant très éloignés présentent des tumeurs dites rares ou nécessitant une prise en charge particulière. Le CLCC R.Gauducheau est notamment centre expert régional pour les tumeurs cérébrales oligodendrogiales de haut grade, pour les tumeurs rares du péritoine et pour les tumeurs de la thyroïde réfractaire selon les dernières études de projets de labellisation de l'Inca (20).

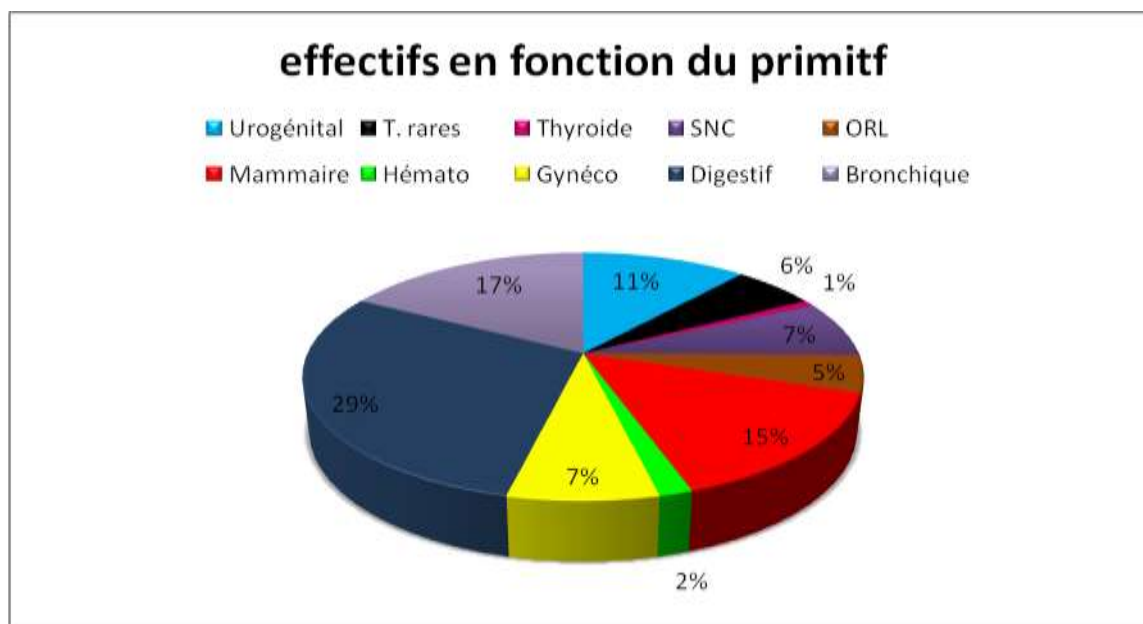
Les principales raisons de l'éloignement des patients (plus de 100kms parcourus) :

- patient déjà suivi au centre pour une autre pathologie tumorale
- patient atteint de tumeur nécessitant une expertise pour le diagnostic, et le traitement dans un centre de référence (sarcome, tumeur du système nerveux central, mésothéliome)



3.2.2 Pathologies tumorales primitives

L'encadré expose les tumeurs primitives présentées par les patients en admission non programmées au CLCC R.Gauducheau lors de la période de recueil.



Le type de tumeurs rencontrées au cours du recueil couvre l'ensemble des types histologiques que l'on peut rencontrer dans la prise en charge des pathologies tumorales à l'exclusion des mélanomes qui sont suivis par le CHU.

L'origine digestive représente la localisation à l'origine du plus grand nombre d'hospitalisations (28,35%), suivie des cancers bronchiques (16,53%) et mammaires (14,17%). Ces chiffres coïncident avec la dernière étude parue à ce sujet en 2009 (8).

Seulement 5 patients sur 127 patients présentant un cancer prostatique ont été inclus dans l'étude alors qu'il s'agit du 1^{er} cancer en incidence pour les hommes (8).

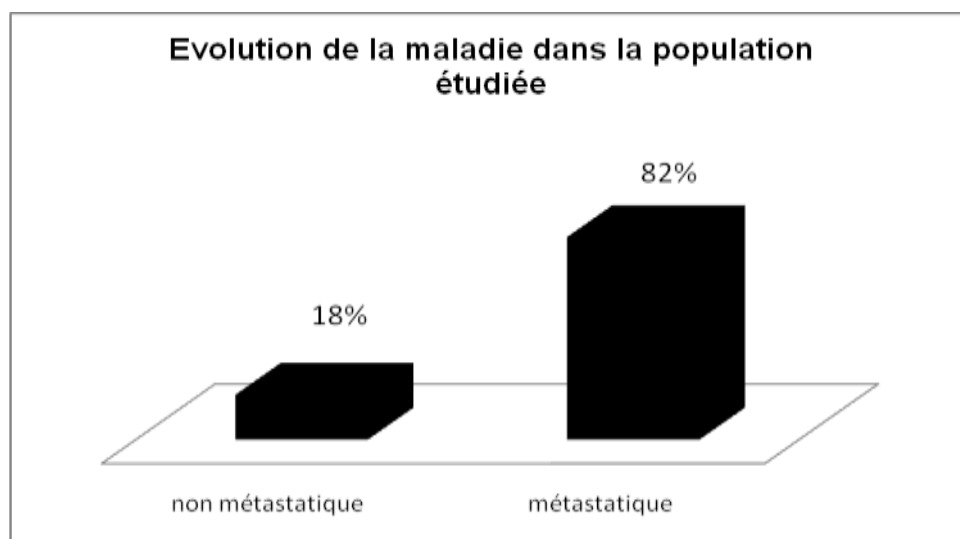
La répartition est restée stable entre l'étude intermédiaire et les résultats définitifs.

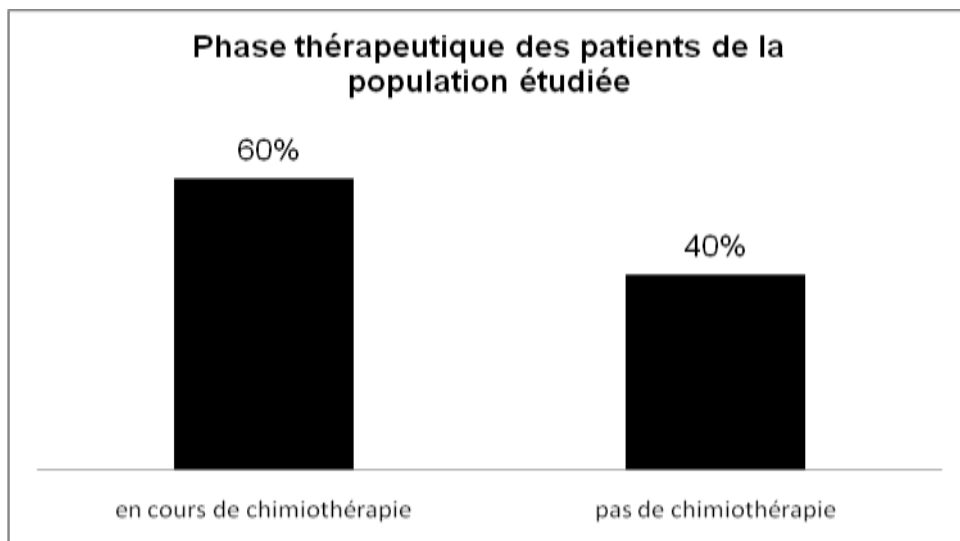
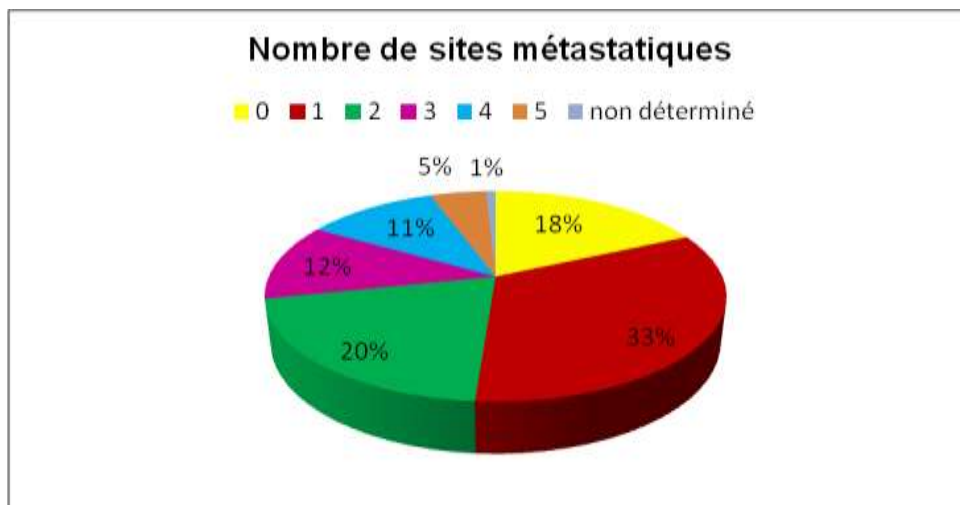
3.2.3 Stade de la maladie et phase thérapeutique

Il n'existe pas de critère objectif et consensuel 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, avec détermination du nombre de sites métastatiques, existence d'une chimiothérapie en cours ou non.

Dans la population étudiée, 82% des patients étaient en situation métastatique.

Près de 60% des patients de la population étudiée étaient en cours de traitement : soit dans le cadre d'un traitement curatif, soit dans le cadre d'une chimiothérapie palliative.





3.3 Conditions d'admission en hospitalisation

3.3.1 Renseignement de la feuille d'urgence CRG/ identification du 1^{er} appelant

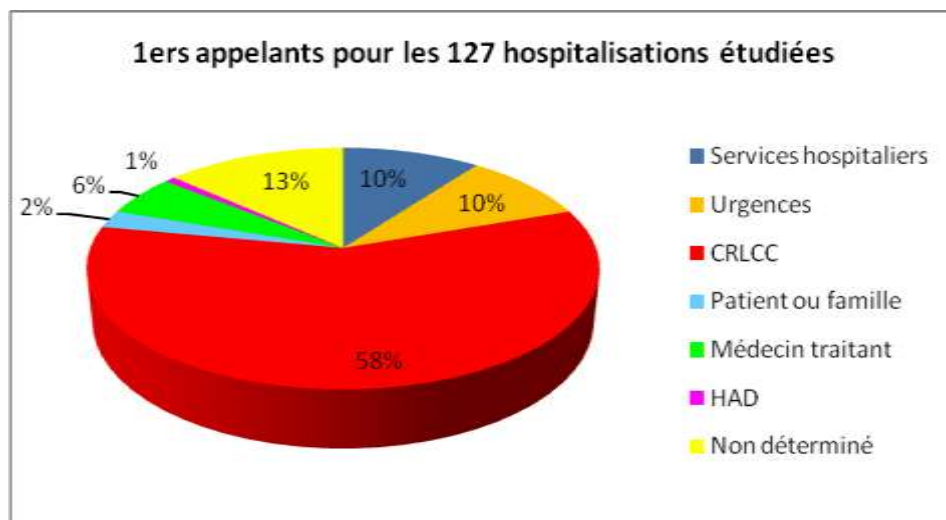
Pour l'ensemble du recueil, une feuille d'urgence CRG a été renseignée avant l'admission des patients dans 69% des cas.



3.3.1.1 Identification des 1ers appelants pour les 127 hospitalisations étudiées

1ers appelants	Nombre de patients	Délai de prise en charge à partir du 1 ^{er} appel (en jour)
Services hospitaliers	13	2
Urgences	12	1,5
CRLCC	74	1
Patient ou famille	3	
Médecin traitant	7	1
HAD	1	4
Non déterminé	17	
TOTAL	127	

Pour 17 patients, il n'a pas été possible de déterminer le 1ers appelant ni le délai de prise en charge.



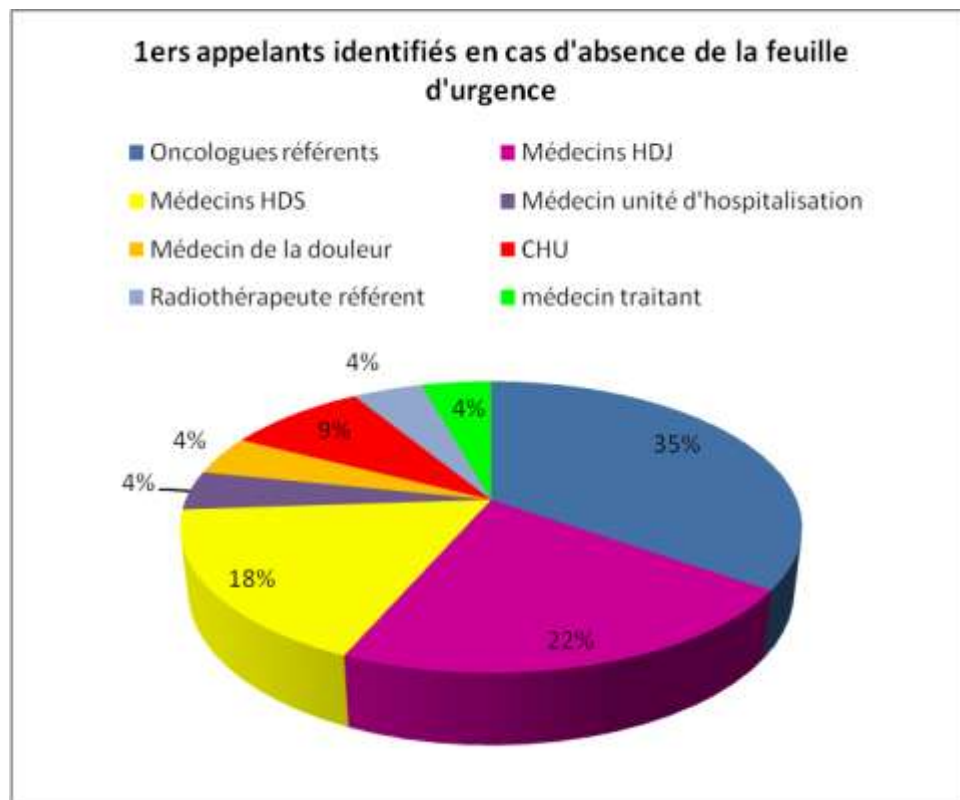
3.3.1.2 1er appelant en cas d'absence de la feuille d'urgence

Pour 39 personnes, aucune feuille d'urgence CRG n'a été remplie. Deux hospitalisations parmi les 39, ont été considérées comme non pertinentes. Le parcours des patients est alors difficile à établir.

A partir des données recueillies auprès des questionnaires et du dossier médical des patients, il a été possible d'établir les 1ers appelants pour ces hospitalisations :

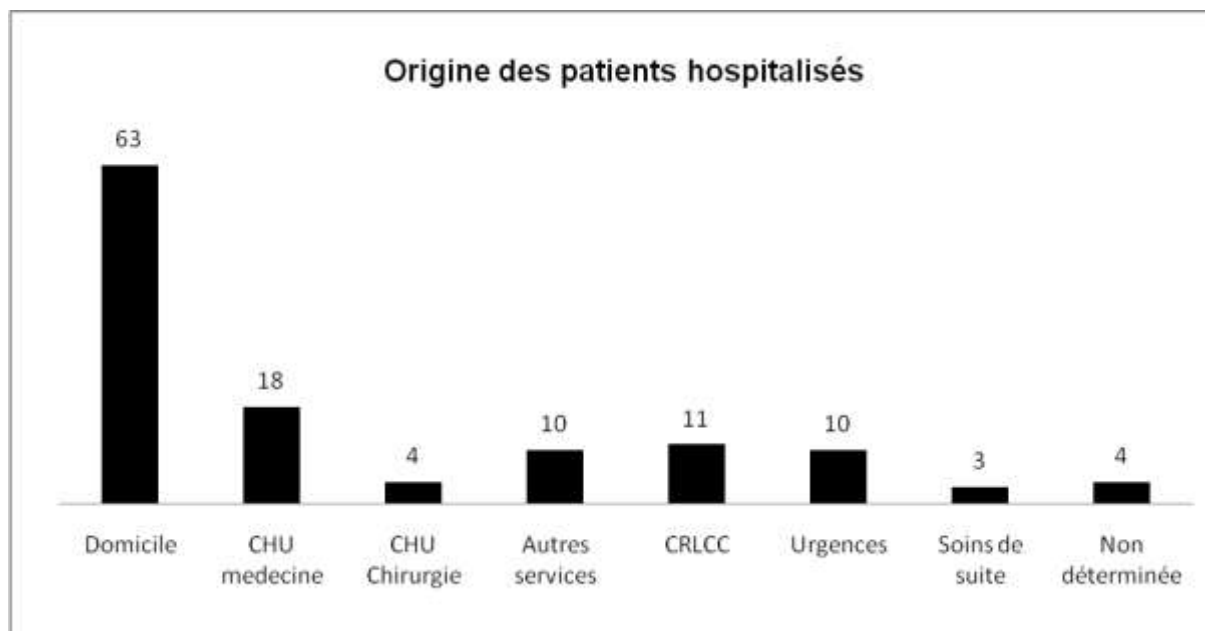
- 8 oncologues référents
- 5 médecins HDJ
- 4 médecins HDS
- 1 médecin hospitalisation
- 1 médecin de la douleur
- 2 appels du CHU
- 1 appel du radiothérapeute référent
- 1 appel du médecin traitant
- 16 premiers appelants non déterminés

Soit pour 20 patients, les 1^{ers} appelants étaient des médecins du CLCC R.Gauducheau qui n'ont pas saisi le médecin régulateur et ont procédé à une entrée directe.



3.3.2 Lieu de soins précédant l'hospitalisation en cancérologie

Le diagramme ci-dessous illustre l'origine des patients avant d'être hospitalisé sachant que 49,6% des patients viennent de leur domicile



3.3.3 Délai de prise en charge

3.3.3.1 En fonction des motifs d'hospitalisations

Le délai de prise en charge a été calculé pour les 3 motifs d'hospitalisation les plus fréquents.

Motifs d'hospitalisation	Délai médiane de prise en charge à partir du 1 ^{er} appel (en jour)
Douleur	2,5 jours
Troubles neurologiques	5 jours
Altération de l'état général	1 jour

3.3.3.2 En fonction de l'origine des patients avant hospitalisation en cancérologie

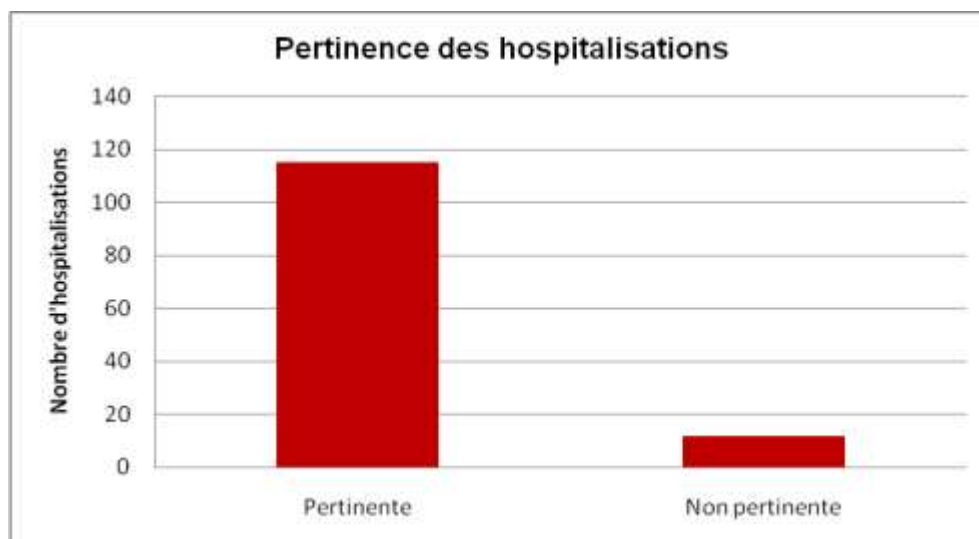
Origine du patient	Délai médian de prise en charge à partir du 1 ^{er} appel (en jour)	
Domicile	1 jour [0-8]	
Autre Service	4 jours [0-21]	
Cas particulier des Services d'accueil des urgences	Par rapport à inscription sur le liste d'attente urgence CRG	Par rapport à leur prise en charge effective au SAU
	6 jours	0 jours

Certains patients ont bénéficié d'une prise en charge dans un service d'accueil des urgences alors qu'ils étaient déjà inscrits sur la liste d'urgence CRG. Ce qui a amené à calculer le délai médian de prise en charge par rapport à l'inscription sur la liste d'urgence CRG, mais aussi par rapport à leur prise en charge dans un SAU. Ainsi, le délai médian de prise en charge calculé est de 6,5 jours à partir du 1^{er} appel, et est nul en cas de prise en compte du délai par rapport à l'appel du service d'accueil des urgences.

3.4 Pertinence des hospitalisations

3.4.1 Ratio des hospitalisations pertinentes

Au terme de l'étude, 90,55% des admissions (n=115) ont été jugées comme pertinentes selon les critères reconnus de l'AEPf.



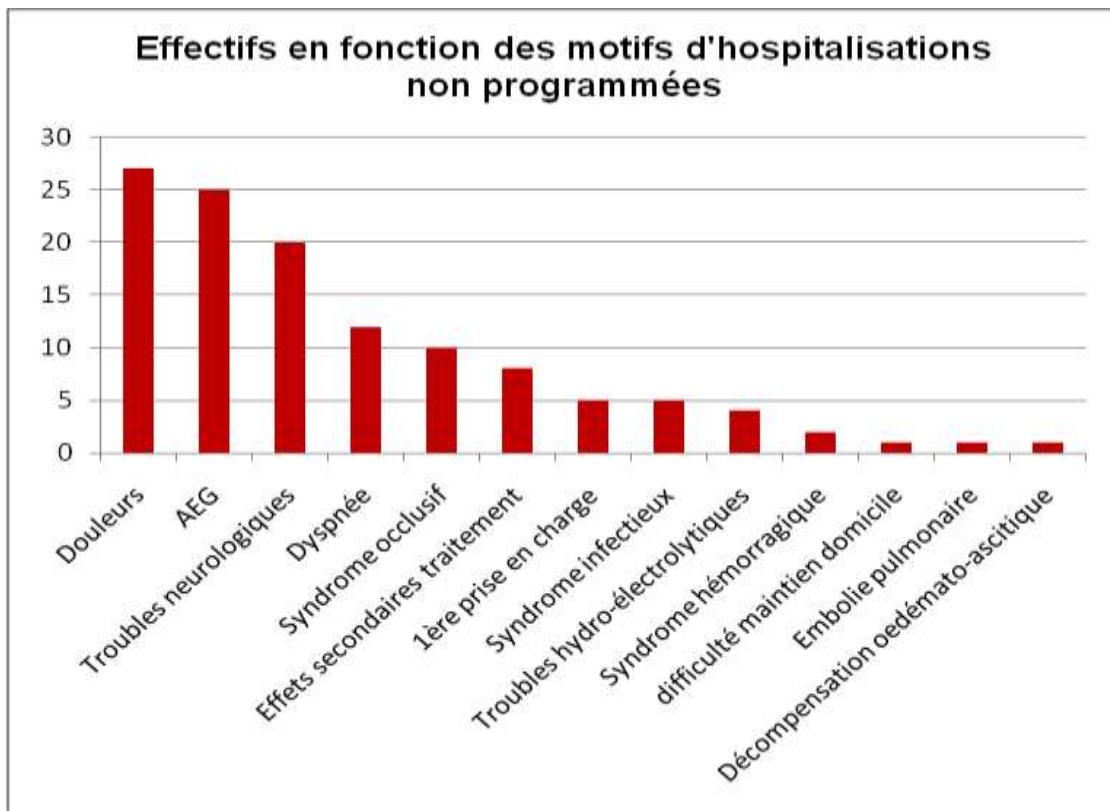
3.4.2 Caractéristiques des hospitalisations jugées pertinentes

3.4.2.1 Motifs des admissions pertinentes

15 motifs d'hospitalisations non programmées au total, ont été retrouvés au cours de l'étude. Plusieurs motifs pouvaient être évoqués pour une même hospitalisation.

Les motifs les plus fréquents sont :

- Altération de l'état général (25/115)
- Prise en charge antalgique (26/115)
- Troubles neurologiques (21/115)



3.4.2.1.1 Douleurs

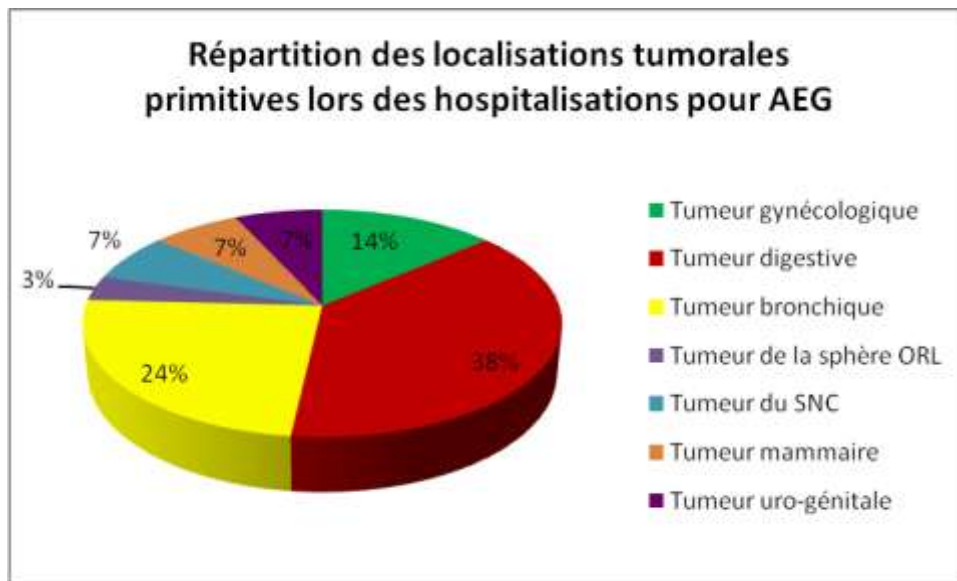
Dans le cadre des 26 hospitalisations pour douleurs, 25 sont liées à l'évolution de la maladie. Une des hospitalisations est liée à des effets secondaires de traitement (radio-chimiothérapie concomitante avec apparition d'une œsophagite)

4 hospitalisations sont associées à une altération de l'état général.

3.4.2.1.2 Altération de l'état général

25 patients ont été hospitalisés pour altération de l'état général dans le cadre d'hospitalisations non programmées jugées comme pertinentes.

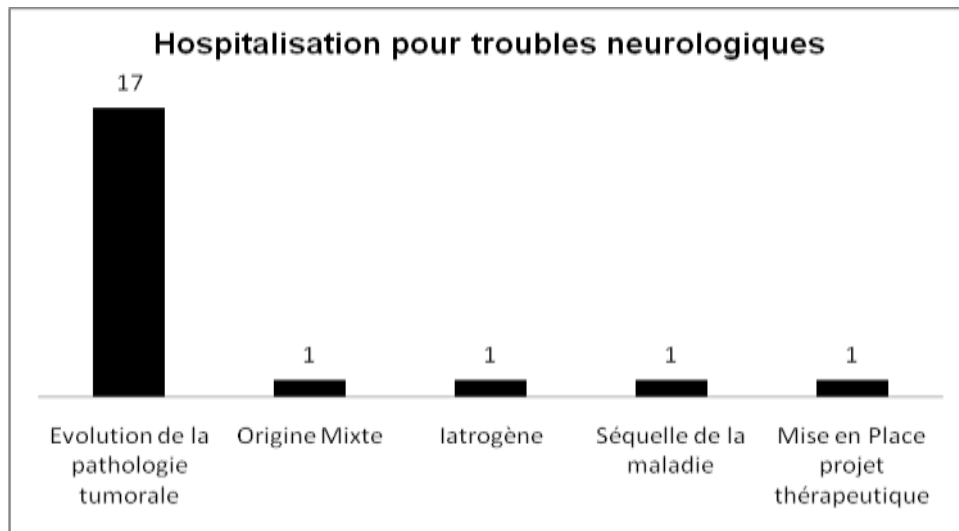
Le délai médian de prise en charge est de 24 heures avec une durée médiane d'hospitalisation de 10 jours.



3.4.2.1.3 Troubles neurologiques

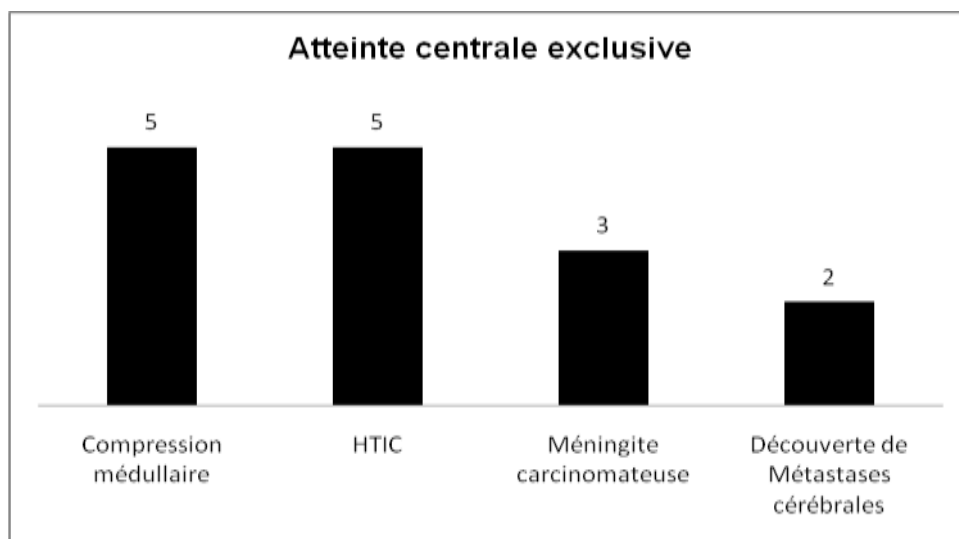
21 patients ont été hospitalisés pour troubles neurologiques :

- 17 patients : évolution de leur pathologie tumorale
- 1 patient hospitalisé : origine mixte (symptômes liés à l'expression de métastases cérébrales associées à une pathologie psychiatrique sous-jacente)
- 1 origine iatrogénique liée à la prise de morphinique
- 1 patient a été hospitalisé pour prise en charge des séquelles de la pathologie tumorale
- 1 patient : éloignement du domicile pour mettre en place le projet thérapeutique par radiothérapie quotidienne (protocole STUPP).



La totalité des patients présentaient des troubles centraux :

- 5 patients présentaient une compression médullaire
- 5 patients présentaient des symptômes en faveur d'une hypertension intracrânienne.
- 3 patients présentaient une méningite carcinomateuse
- 2 patients ont été hospitalisés pour découverte de métastases cérébrales.



La durée médiane d'hospitalisation est de 19 jours avec un délai médian de prise en charge de 5 jours.

Un patient a été réhospitalisé dans les 24 heures suivant sa sortie, pour hypertension intracrânienne, suivi d'une nouvelle hospitalisation en unité de soins palliatifs où il décèdera 196 jours après l'hospitalisation initiale.

3.4.2.1.4 Effets secondaires des traitements

11 patients ont été hospitalisés dans le cadre d'effets secondaires liés au traitement :

- 5 sur 11 pour aplasie fébrile
- 3 sur 11 pour troubles digestifs à type de nausées/vomissements

3.4.2.1.5 Dyspnée

12 patients ont été hospitalisés dans le cadre d'une dyspnée, tous dans le cadre de l'évolution de leur pathologie tumorale :

- Evolution métastatique : 6 patients
- Cancer broncho-pulmonaire : 3 patients
- Autres (embolie pulmonaire, hémothorax sur métastase costale, hémorragie sur tumeur buccale) : 3 patients

3.4.2.1.6 Prise en charge initiale

5 patients ont bénéficié d'une prise en charge initiale dans le cadre d'une hospitalisation au CLCC R.Gauducheau.

Type de néoplasie prise en charge	Statut évolutif	Nombre de réhospitalisation	devenir
Tumeur rénale	Métastatique	0	décédé
Tumeur colique	Métastatique	0	En cours de prise en charge
Lymphome cérébral	Non métastatique	0	En cours de prise en charge
Cancer bronchique	Métastatique	0	décédé
Sarcome thoracique	Non métastatique	0	En cours de prise en charge

3.4.2.1.7 Syndrome Hémorragique

2 patients ont été hospitalisés pour suspicion de syndrome hémorragique dans le cadre de complications de leur pathologie tumorale.

3.4.2.1.8 Syndrome infectieux

5 patients ont été hospitalisés pour syndrome infectieux en dehors de toute aplasie fébrile.

2 de ces patients ont été réhospitalisés dans d'autres centres hospitaliers pour récurrence du même syndrome infectieux avec le même point de départ, dans un délai de 1 mois pour l'un.

3.4.2.1.9 Syndrome occlusif

Dix patients ont été hospitalisés pour syndrome occlusif :

- 9 dans le cadre de l'évolution de leur pathologie tumorale,
- 1 patient ayant présenté un syndrome occlusif d'origine mixte associant des symptômes liés à la maladie et des effets secondaires liés aux traitements

3.4.2.1.10 Troubles hydro-électrolytiques

4 patients ont été hospitalisés pour troubles hydro-électrolytiques pour des hospitalisations de courte durée allant de 24 heures à sept jours.

Une réhospitalisation pour les mêmes raisons à sept jours de la sortie du patient.

2 patients ont présenté des symptômes ne pouvant être rapprochés à la pathologie cancéreuse.

3.4.2.1.11 Difficulté de maintien à domicile

Un patient a été hospitalisé pour difficulté de maintien à domicile au vu du pronostic défavorable à court terme et des difficultés de prise alimentaire.

3.4.2.1.12 Autres

Un patient a été hospitalisé pour décompensation oedémato-ascitique dans le cadre de l'évolution de sa pathologie cancéreuse sans autre facteur déclenchant que la chimiothérapie. Le patient est décédé au terme de 27 jours d'hospitalisation.

Un patient a été hospitalisé pour embolie pulmonaire dans le cadre des risques liés à la maladie. Il a été hospitalisé pour mise en place d'un traitement anticoagulant à dose efficace. Le patient est décédé à 100 jours de l'hospitalisation sans rapport avec les motifs de l'hospitalisation initiale.

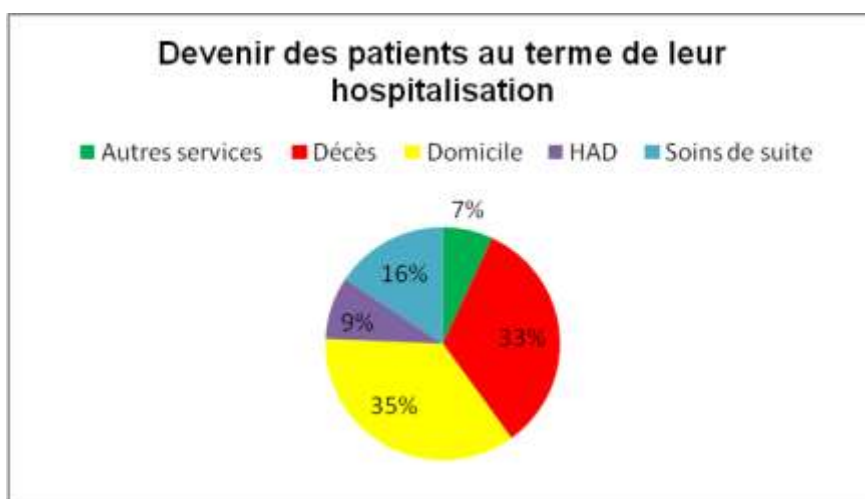
3.4.2.2 Devenir des patients hospitalisés pour les admissions jugées pertinentes

3.4.2.2.1 Au terme de l'hospitalisation

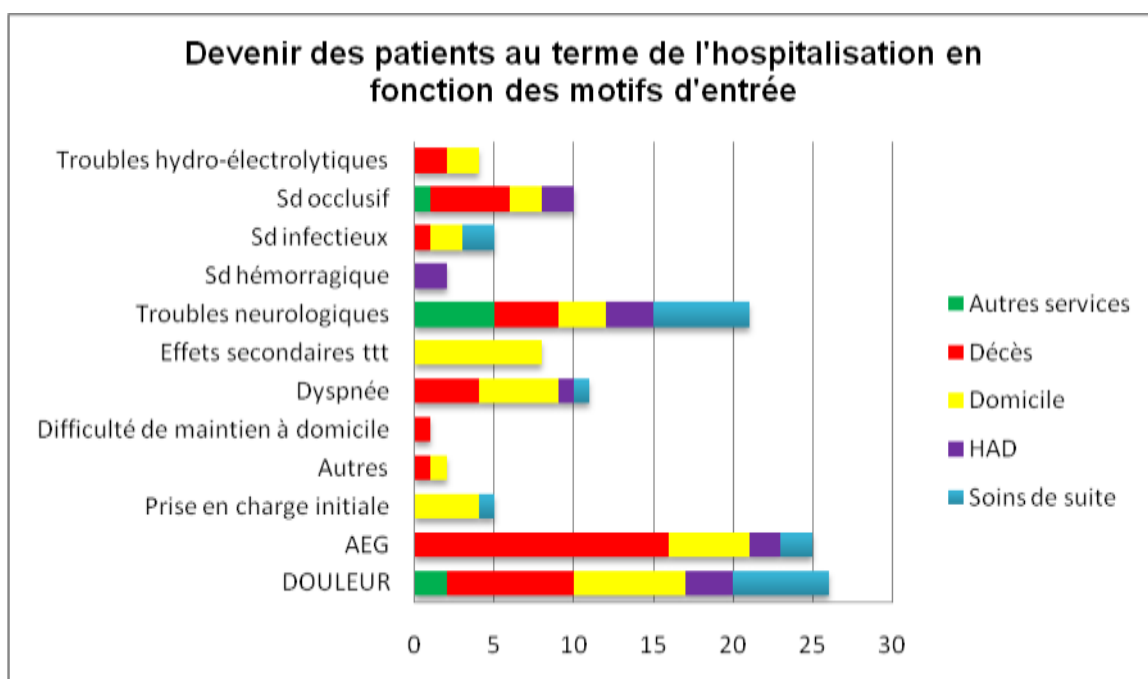
Au terme de l'hospitalisation, 33% des patients hospitalisés sont décédés.

Le devenir des patients après leur sortie du CLCC R.Gauducheau se répartit en 4 secteurs :

- Retour à domicile
- Transfert vers un autre service
- Prise en charge dans le cadre d'une hospitalisation à domicile
- Transfert dans un service de soins de suite



Le diagramme ci-dessous met en évidence les disparités qui peuvent exister dans le devenir des patients en fonction de leurs motifs d'entrée. A titre d'exemple, il est observé un nombre important de décès (16 sur 28) en cas d'hospitalisation pour altération de l'état général alors que la totalité des patients hospitalisés pour effets secondaires des traitements ont pu retourner à leur domicile.



3.4.2.2.2 A 3 mois de la date d'entrée au CLCC

Au terme des 3 mois de surveillance sur les 77 patients sortant de l'hospitalisation, 43 patients sont décédés soit 55,8%, tandis que 34 patients sont en cours de prise en charge (44,2%).

Le tableau ci-dessous détaille la surveillance des patients, au terme des 3 mois suivant leur entrée au CLCC R.Gauducheau ainsi que les médianes de survie pour les motifs d'hospitalisation les plus fréquents.

	Nombre d'entrée pour le motif	Nombre de décès au terme de l'hospitalisation	Nombre de patients sortant au terme de l'hospitalisation	Nombre de réhospitalisation	Devenir à 90 jours de l'entrée au CLCC		Médiane de survie (jours)	Taux de survie
					Décès	En cours de prise en charge		
Altération de l'état général	25	16	9	0	5	4	4	16%
Douleurs	26	8	18	5	11	7	23	27%
Troubles neurologiques	21	4	17	2	12	5	26	24%
Effets secondaires	11	2	9	3	2	7		
Dyspnée	12	4	8	1	4	4		
1ère prise en charge	5	0	5	0	2	3		
Syndrome hémorragique	2	0	2	1	1	1		
Syndrome infectieux	5	1	4	1	1	3		
Syndrome Occlusif	10	5	5	4	5	0		
Troubles hydro-électrolytiques	4	2	2	2	1	1		
Autres	2	1	1	1	1	0		

3.4.3 Caractéristiques des hospitalisations jugées comme non pertinentes

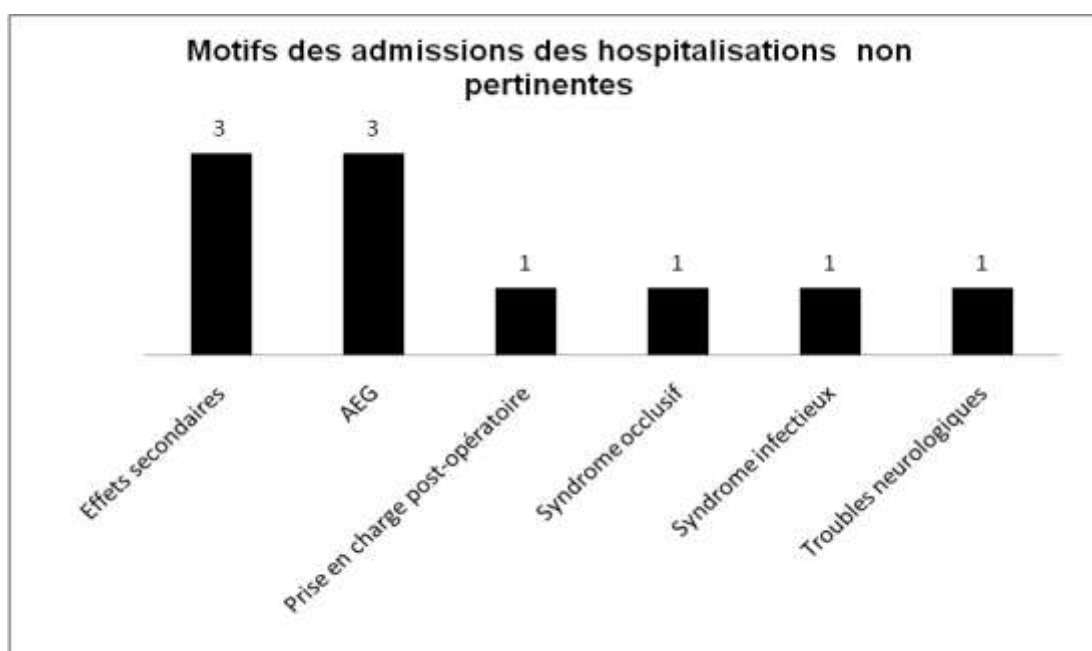
Chez les 12 patients dont l'admission a été jugée comme non pertinente, l'âge moyen est de 61 ans, [22-78 ans] (médiane 60 ans).

Les primitifs les plus pourvoyeurs d'hospitalisations non pertinentes sont dans l'ordre : les cancers uro-génitaux (33,34%), les cancers digestifs (25%) et les cancers bronchiques (16,67%).

3.4.3.1 Motifs des admissions jugées non pertinentes

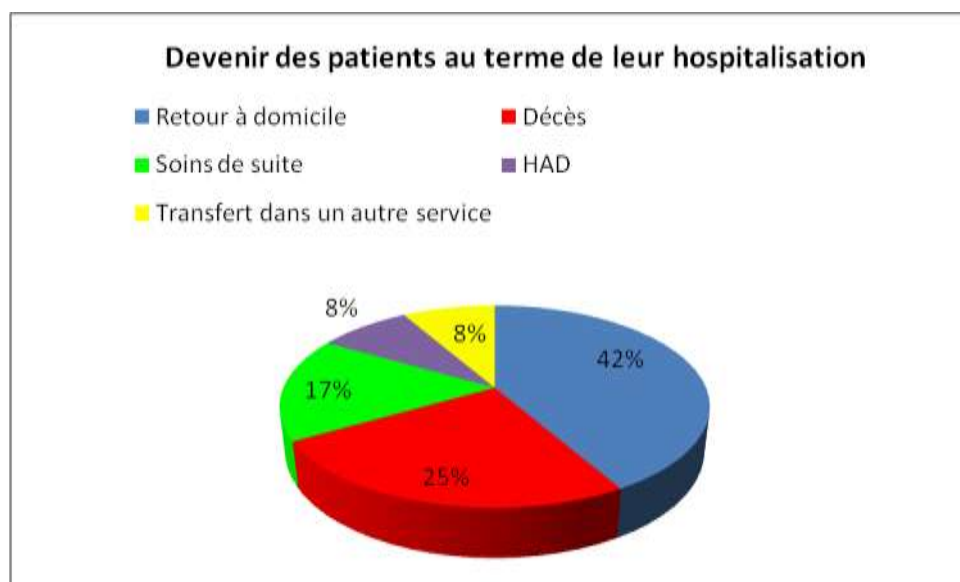
Les motifs des hospitalisations jugées non pertinentes selon les critères du questionnaire de l'AEPf sont :

- 3 pour prise en charge des effets secondaires liés aux traitements dont 2 neutropénies fébriles
- 1 pour prise en charge post-opératoire
- 3 pour altération de l'état général
- 1 pour syndrome occlusif
- 1 pour syndrome infectieux
- 1 pour troubles neurologiques



3.4.3.2 Devenir des patients pour les admissions jugées non pertinentes

Le diagramme ci-dessous illustre le devenir des patients au terme de leur hospitalisation :



Sur les 9 patients suivis au terme de leur hospitalisation, 4 patients sont décédés au cours de la surveillance (44%). Les autres patients sont toujours en cours de prise en charge, soit 58%.

Nombre de patients admis	Nombre de décès	Nombre de patients sortant au terme de l'hospitalisation	Nombre de réhospitalisations dans les 3 mois suivant l'entrée	Devenir à 90 jours de l'entrée au CLCC		Médiane de survie (jours)
				Décès	En cours de prise en charge	
12	3	9	4	4(44%)	5 (58%)	69 jours

7 patients sur 12 sont décédés au terme des 3 mois de l'étude.

A noter que lors d'une hospitalisation pour syndrome occlusif jugée non pertinente, le patient est finalement décédé au terme de 12 jours d'hospitalisation.

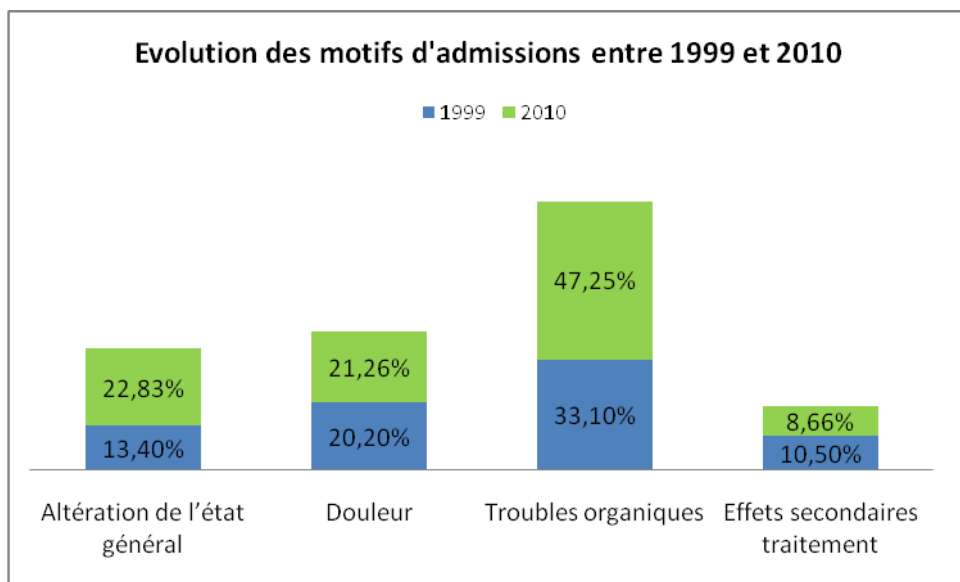
3.5 Comparaison des caractéristiques d'admission 2010 à celles de 1999 au centre René Gauducheau

Les chiffres de l'activité hospitalière rapportés en 1999 dans le travail de thèse du Docteur Barbarot permettent une comparaison avec dix ans de recul par rapport aux chiffres décrits ci-dessus (16).

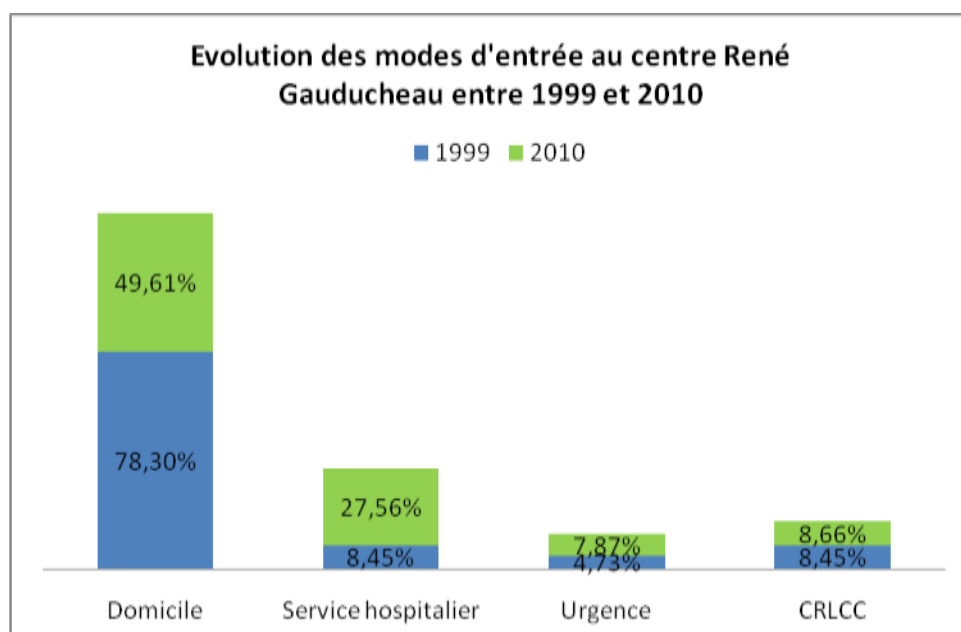
Les chiffres utilisés pour 2010 prennent en compte les hospitalisations pertinentes ou non.

3.5.1 Par rapport aux motifs d'admissions

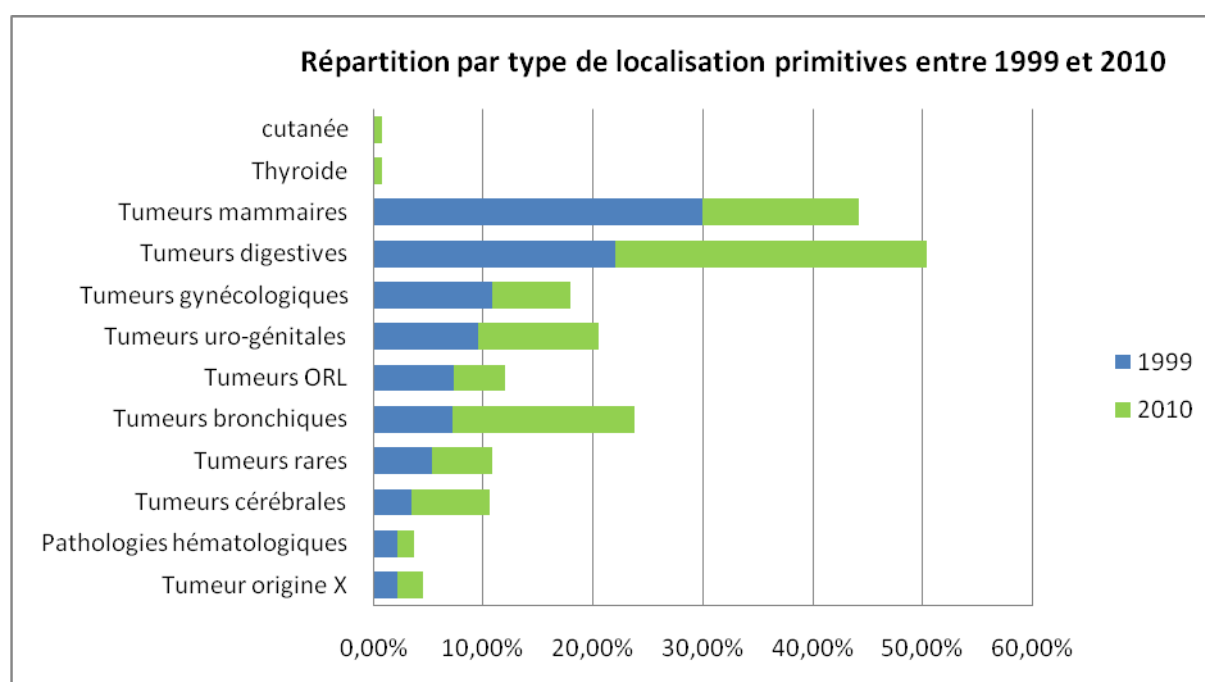
A l'époque, le motif d'admission pour douleur était le plus fréquent, et représentait 20,2% des hospitalisations. Les troubles organiques ne sont pas des groupes comparables dans les deux études.



3.5.2 Par rapport au mode d'entrée



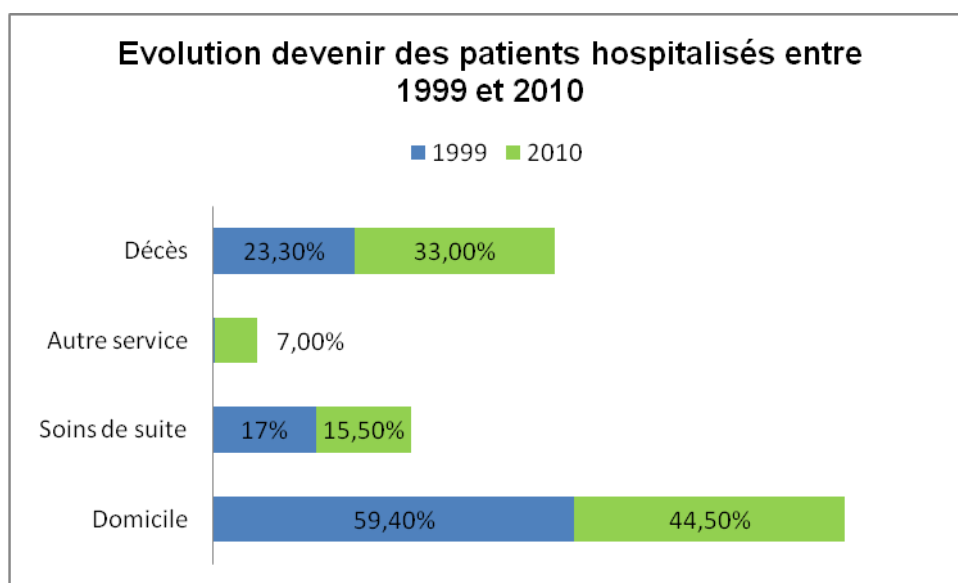
3.5.3 Selon la localisation primitive



3.5.4 Selon la durée du séjour



3.5.5 Selon le mode de sortie



Les résultats pour 2010 en ce qui concerne le mode de sortie « domicile » tiennent aussi compte des patients sortis dans le cadre d'une HAD.

DISCUSSION

4 DISCUSSION

Les patients suivis en cancérologie sont des patients fragilisés tant au niveau physique que psychologique. Les urgences en oncologie peuvent prendre différentes formes, demandant une réponse adaptée à chaque situation. L'amélioration des conditions de prise en charge des patients atteints de cancer demande une meilleure évaluation de la pertinence des hospitalisations non programmées.

L'étude prospective présentée ici, apporte de nouvelles informations sur la pertinence des admissions non programmées en cancérologie, domaine dans lequel peu d'études ont été publiées.

Avant de discuter la portée des résultats obtenus, deux biais principaux mis à jour au cours du recueil doivent être discutés :

- Le nombre des questionnaires obtenus est inférieur au chiffre attendu au vu du nombre d'hospitalisations comptabilisées sur la période de recueil. Le taux de questionnaires remplis représente 38% des hospitalisations enregistrées. Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour expliquer ce résultat :
 - Les questionnaires ont été remplis selon la bonne volonté des internes et des médecins généralistes responsables des unités d'hospitalisation conventionnelle. Au cours de l'élaboration du questionnaire, le facteur temps avait été pris en compte avec une estimation du taux de remplissage à 1 minute,
 - L'inclusion a été également ralentie par le changement des internes qui a eu lieu au milieu de la période de recueil.
- Les limites de l'outil questionnaire constituent également un biais de l'étude. L'ensemble des critères pris en compte dans la grille n'a pas toujours été adapté aux hospitalisations non programmées en cancérologie. Les éléments du questionnaire ont été validés par plusieurs équipes de statisticiens, tant en France qu'à l'étranger, et utilisés dans plusieurs revues de pertinence notamment dans le domaine de la cancérologie (18) (19).

Les critères de sévérité clinique ont été adaptés après plusieurs réunions de concertation avec les médecins du CLCC R.Gauducheau afin d'être au plus près possible de la pratique de la cancérologie.

Concernant le problème des critères liés aux soins délivrés, 2 questionnaires sur 127 n'ont que le critère « traitement intraveineux » comme critère de pertinence. La nécessité de la mise en place d'un traitement intraveineux comme seul motif d'hospitalisation peut être discutable. En effet, il existe des alternatives à domicile à une hospitalisation dans un secteur conventionnel en cas de mise en place d'un tel traitement.

4.1 Pertinence des hospitalisations : des résultats particulièrement élevés ?

L'objectif principal de ce travail était l'évaluation de la pertinence des hospitalisations non programmées en cancérologie.

Le taux de pertinence obtenu au cours de cette étude est de 90,5%. Il s'agit d'un taux élevé qui a amené à un recueil des données de chaque hospitalisation, afin de caractériser au mieux les admissions non programmées au CLCC R.Gauducheau.

Pour comparaison, un taux du même ordre (88%) a été obtenu par l'équipe de l'Institut Gustave Roussy lors d'une étude réalisée en 2008 sur le même sujet (18).

Dans la thèse du Docteur Kerrouault sur la pertinence des hospitalisations des patients atteints de cancer au service d'accueil des urgences de Nantes, un taux de 76% d'admissions pertinentes a été retrouvé (15).

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées pour expliquer l'obtention d'un tel taux d'hospitalisations non programmées jugées comme pertinentes :

- Le taux élevé d'hospitalisations pertinentes peut s'expliquer aussi par la place prédominante de l'oncologue référent dans la prise en compte des demandes d'admissions permettant une évaluation initiale adaptée en cas de situation urgente ou ressentie comme telle. En effet au cours de notre étude, les oncologues référents sont les premiers appelants dans 58% des cas,

- le taux élevé d'admissions pertinentes tient probablement aussi au travail de hiérarchisation des demandes et de gestion des lits fait par les médecins régulateurs responsables de la liste d'urgence CRG. Ces derniers reçoivent toutes les demandes d'hospitalisation, puis organisent une réévaluation régulière de la situation, soit par téléphone directement auprès du patient, soit via le médecin traitant, soit en recontactant le service où le patient est hospitalisé. Les médecins régulateurs recherchent également des alternatives à l'hospitalisation au CLCC R.Gauducheau, soit en cas de non-nécessité d'une hospitalisation dans une unité conventionnelle, soit en cas de délai estimé de prise en charge trop long au vu de l'état clinique du patient. Dans 69% des cas, la feuille d'urgence CRG a été retrouvée dans le dossier du patient. En cas d'absence de celle-ci, il s'agit le plus souvent d'une hospitalisation ayant eu lieu dans les heures suivant le 1^{er} appel et gérée directement soit par l'oncologue référent, soit par le médecin régulateur qui a reçu l'appel en prenant contact avec les médecins responsables des unités d'hospitalisation conventionnelle. Un travail d'amélioration des pratiques est à faire en interne pour savoir si chaque patient doit avoir une feuille d'urgence CRG en particulier dans les cas où le patient est hospitalisé dans les heures suivant le 1^{er} appel.
- Les possibilités d'hébergement au CLCC R.Gauducheau sont souvent inférieures à la demande. Certains patients sont hospitalisés dans des structures locales ou proches de leur domicile où ils seront pris en charge et bénéficieront d'une sortie en cas de résolution de la situation considérée comme urgente sans qu'aucune hospitalisation au CLCC R.Gauducheau n'ait eu lieu. Le délai de prise en charge suite au 1^{er} appel au médecin régulateur de la liste d'urgence CRG peut aller de 0 jusqu'à 6,5 jours, variant en fonction de l'origine pré-hospitalière du patient. Les hôpitaux de proximité sont donc des structures relais permettant aux patients de bénéficier d'une prise en charge efficace en milieu hospitalier, tout en évitant l'éloignement d'un séjour au CLCC quand cela est possible.

Au cours de l'étude, les hospitalisations enregistrées concernaient toutes des urgences médico-chirurgicales. Dans le cadre d'hospitalisations pertinentes ou non, seulement 2 patients ont été pris en charge pour des difficultés de maintien à domicile. Aucun patient n'a été pris en charge pour détresse psychique ou cela ne correspondait pas au motif d'hospitalisation principal. Ceci explique que les résultats exposés ne font pas état de données entre urgence réelle et urgence ressentie, aucun travail n'ayant pu être réalisé à ce sujet.

4.2 Caractéristiques des hospitalisations : pathologies évoluées et patients précaires

Au-delà de l'analyse de pertinence, certains résultats sur les objectifs secondaires méritent d'être discutés.

- **Concernant les pathologies tumorales**, une comparaison peut être faite entre les chiffres obtenus sur les cancers primitifs à l'origine d'hospitalisations non programmées en 1999 à partir des données du travail du Dr Barbarot et en 2010 via les résultats obtenus au cours de notre étude :
 - En 1999, les tumeurs broncho-pulmonaires représentaient 7,2% des localisations primitives contre 16,53% en 2010. Cette augmentation de la représentation des cancers broncho-pulmonaires dans les cancers primitifs à l'origine d'hospitalisation non programmée peut être mise en rapport avec une augmentation de leur incidence au cours des dernières années (8). Des chiffres similaires sont observés pour les tumeurs digestives (22% en 1999 et 28,35% en 2010). Les cancers digestifs et broncho-pulmonaires sont également à l'origine de symptômes (dyspnée, syndrome occlusif par exemple) qui sont largement représentés dans les principaux motifs d'hospitalisation de notre étude. Pour ces 2 types de pathologies tumorales, les traitements restent lourds et pourvoyeurs d'effets secondaires (aplasies fébriles),

- Les tumeurs mammaires représentaient 30% des localisations primitives en cas d'admissions non programmées en 1999 contre seulement 14,17% en 2010. En effet, le traitement du cancer du sein a connu de nombreux progrès au cours de la dernière décennie. Ces innovations semblent avoir permis le développement de traitements de plus en plus performants mais également une meilleure gestion des effets secondaires, ce qui serait à l'origine d'une réduction du nombre et de la durée des hospitalisations tout en faisant bénéficier, aux patientes, d'une prise en charge optimale,
 - les cancers prédominant dans l'incidence nationale (cancer du sein et cancer de la prostate) ne sont pas les plus pourvoyeurs d'hospitalisations non programmées dans les services de cancérologie selon notre étude. En effet, seulement 5 patients ont été hospitalisés dans le cadre d'un cancer prostatique alors qu'il s'agit du 1^{er} cancer chez l'homme en terme d'incidence (8).
- **Concernant les motifs d'hospitalisation**, les plus fréquemment rencontrés dans cette étude sont : la nécessité d'une prise en charge antalgique, l'altération de l'état général, les troubles neurologiques.
- La nécessité de prise en charge antalgique : le CLCC R.Gauducheau est doté de 4 médecins et d'une réunion de concertation pluridisciplinaire « douleur ». Les traitements de la douleur ont évolué avec de nouvelles galéniques (formes per-cutanées, orodispersibles) et de nouvelles co-antalgies (antiépileptiques, antidépresseurs, analogues morphiniques, lidocaïne percutanée).
Pourtant le taux d'hospitalisation reste stable entre 1999 et 2010. Cela témoigne probablement des limites de la prescription antalgique ambulatoire :
 - Patients déjà polymédiqués pour lesquels la iatrogénie du traitement antalgique est à craindre,
 - Patient à risque de surdosage (insuffisance rénale ou hépatique),

- Traitement antalgique réservé à l'usage hospitalier (kétamine, cathéter intra-rachidien).
- L'altération de l'état général est le deuxième motif d'hospitalisation retrouvé dans le cadre des hospitalisations non programmées jugées comme pertinentes. Une augmentation de la proportion des hospitalisations non programmées pour altération de l'état général est observée entre 1999 et 2010. Est-ce que cela veut dire que les patients atteints de cancer vont moins bien en 2010 qu'en 1999 ? Cela témoigne plus vraisemblablement d'un recours à l'hospitalisation à un stade plus tardif de la maladie (diminution de la morbidité des traitements et augmentation de l'utilisation des solutions alternatives à l'hospitalisation).

En effet, le développement récent des réseaux en oncologie a permis de mettre en place une coordination des soins à domicile auprès des différents intervenants principalement paramédicaux et représente une alternative à l'hospitalisation. Le rapport d'activité de l'unité expérimental du CLCC appartenant au réseau RTCN (réseau de cancérologie de Nantes) retrouve 243 patients pris en charge dans le cadre de soins à domicile tous soins confondus au cours de l'année 2009.

Une autre alternative à l'hospitalisation traditionnelle est l'hospitalisation à domicile ou HAD qui permet d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés en associant le médecin hospitalier, le médecin traitant et tous les professionnels paramédicaux et sociaux.
- La prise en charge des effets secondaires liés aux traitements anticancéreux reste un motif d'hospitalisation stable entre 1999 et 2010.

- **Concernant le devenir des patients.** Les résultats de notre étude concernant le devenir des patients hospitalisés sont particulièrement informatifs. Ils montrent un pourcentage de décès très élevé.

Malgré les progrès thérapeutiques réalisés dans le domaine de l'oncologie, au terme de l'évaluation à 3 mois à partir de leur entrée en hospitalisation, 70% des patients pris en charge dans le cadre d'une hospitalisation jugée comme pertinente sont décédés (dont 33% au terme de l'hospitalisation).

36% des patients hospitalisés pour altération de l'état général sont décédés au terme de l'hospitalisation avec une médiane de survie de 4 jours.

Tous motifs d'hospitalisation confondus, la médiane de survie après une hospitalisation jugée comme pertinente est de 24 jours.

Les hypothèses pour expliquer le taux élevé de décès au cours de l'étude sont :

- Les patients arrivent à un stade évolué de leur maladie avec 82% de patients métastatiques,
- Certains motifs rapportés ici correspondent de fait à des facteurs de mauvais pronostic connu. Ainsi, le syndrome occlusif est classiquement un facteur de mauvais pronostic dans le cancer colo-rectal. La survenue de troubles neurologiques en rapport avec la découverte de métastases cérébrales est associée à une diminution de l'espérance de vie quelque soit le primitif. En effet, 76% des patients hospitalisés pour troubles neurologiques sont décédés au terme des 3 mois d'évaluation, et 100% des patients en cas de prise en charge pour syndrome occlusif.

CONCLUSION

5 CONCLUSION

Le travail présenté ici rapporte une évaluation de la pertinence des hospitalisations non programmées dans un établissement spécialisé de cancérologie, le centre René Gauducheau à Nantes.

127 questionnaires ont été recueillis sur une durée de 147 jours. Ce qui représente 38% des hospitalisations enregistrées au cours de la même période.

Concernant le taux de pertinence des hospitalisations non programmées, il est de 90,5%. Ce qui représente un taux élevé pouvant être expliqué par plusieurs facteurs :

- La place des oncologues référents est prédominante dans l'évaluation des admissions en cas de situation urgente. En effet, l'oncologue référent est le 1^{er} appelant dans 58% des cas,
- Le travail du médecin régulateur responsable de la liste d'urgence CRG permet une évaluation et une hiérarchisation des demandes d'admissions,
- Le nombre de lits au CLCC R.Gauducheau est souvent inférieur à la demande. Les hôpitaux de proximité assurent un relais efficace de prise en charge.

Concernant les caractéristiques des hospitalisations, les résultats ont permis de mettre en avant la grande fragilité des patients atteints de cancer avec le décès de 70% des patients pris en charge dans le cadre d'une hospitalisation jugée comme pertinente au terme des 3 mois d'évaluation (dont 33% au terme de l'hospitalisation). La médiane de survie calculée est de 24 jours tout motif d'hospitalisation confondu. Pour les patients hospitalisés pour altération de l'état général, la médiane de survie est de 4 jours.

Certains motifs d'hospitalisation rapportés au cours de l'étude correspondent à des facteurs de mauvais pronostic connu notamment la survenue d'un syndrome occlusif dans un cancer colo-rectal ou de troubles neurologiques en rapport avec la présence de métastases cérébrales.

Il a été également mis en évidence au cours du recueil que les patients sont hospitalisés à des stades tardifs de la maladie (82% de patients ayant un stade métastatique). Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour expliquer ce phénomène :

- Diminution de la morbidité des traitements,
- Une meilleure gestion des effets secondaires avant même leur apparition,
- Une augmentation de l'utilisation des solutions alternatives à l'hospitalisation (Réseau RTCN, HAD).

En comparaison avec les chiffres du travail du Dr Barbarot réalisé en 1999 (16), il est observé en 2010 :

- Une nette diminution des patients provenant du domicile de plus de 29%,
- Une augmentation significative des patients venant des services hospitaliers de plus de 19%.

En ce qui concerne les perspectives de cette étude, les résultats sont prometteurs mais demandent à être approfondis. Une seconde étude pourra être menée afin de déterminer :

- Les facteurs de risque d'hospitalisation non programmée à partir des données recueillies au cours de l'étude,
- Les facteurs de mauvais pronostic concernant l'évolution de la maladie en cas d'hospitalisation dans un service de cancérologie,

Déterminer ces facteurs permettrait de mieux anticiper la prise en charge des patients et mieux organiser les soins en amont et en aval de l'hospitalisation.

Dans les suites de cette étude, il serait également intéressant de recueillir l'ensemble des appels reçus au CLCC R.Gauducheau pour une demande d'hospitalisation non programmée tant par le médecin régulateur que par l'oncologue référent, et de comparer les taux de pertinence obtenus entre l'étude actuelle et la seconde.

Outre le haut niveau de pertinence des hospitalisations non programmées, cette étude a montré l'extrême précarité des patients concernés et la sévérité des urgences médicochirurgicales rencontrées, avec pronostic vital souvent engagé à court terme.

Cependant la démographie médicale limite aujourd'hui les évaluations au domicile notamment du fait de la désertification médicale de certaines régions. Le médecin généraliste est soumis à une sollicitation croissante qu'il ne peut gérer seul pour un bassin de population important.

Ces données sous-tendent donc le projet de création au CLCC R.Gauducheau, d'une unité d'évaluation ambulatoire (UEA) dans les mois à venir, afin de pallier aux difficultés d'obtention d'une évaluation médicale initiale à domicile, en cas de situation urgente ou ressentie comme telle.

6 BIBLIOGRAPHIE

1. **CARPENTIER, JP.** *Soins infirmiers aux urgences et en réanimation, transfusion sanguine.* Paris : Masson, collection Nouveaux cahiers de l'infirmier, 2002.
2. **WIKIPEDIA.** [En ligne]
<http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=urgences&action=history>.
3. **POURRIAT, Jean-Louis.** Responsabilité du Médecin Face à l'Urgence. *La Revue du Praticien Médecine Générale.* 26 Janvier 2010.
4. **HENRIK ET WULFF.** *Initiation à la Philosophie Médicale.* s.l. : Sauramps Médical, 1993.
5. **BAUDEAU, D. et CARRASCO, V.,** Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et Résultats n°215.* Janvier 2003.
6. **DHOS.** *Prise en charge des urgences.* DHOS n°2007-65, 13 février 2007.
7. **SFMU.** *L'organisation de l'aval des urgences : états de lieux et propositions.* Mai 2005.
8. **HILL Catherine, DOYON Françoise.** Le cancer en France. *La Revue du Praticien Médecine Générale Tome 23.* 25 Février 2009, pp. 134-136.
9. **SROS.** *COTER Cancérologie : proposition du comité technique régional de cancérologie dans le cadre du SROS III 2005-2009.* Septembre 2004.
10. **BOULEUC Carole.** La Demande d'hospitalisation en urgence des patients atteints de cancer en phase palliative. *Laennec.* 2010.
11. **CLCC Jean François Baclesse,** Caen. [En ligne] www.baclesse.fr.
12. **Institut Curie, Paris.** [En ligne] www.curie.fr.
13. **HAS.** *Le recours à l'hôpital en Europe. Service évaluation économique et santé publique.* Mars 2009.

14. —**HAS**. *Une méthode d'amélioration de la qualité : revue de pertinence des soins-Applications aux admissions et aux journées d'hospitalisation*.
15. **KERROUAULT Eva**. *Profil des patients atteints de cancer admis aux urgences*. Thèse de Médecine - Université de Nantes, , Mai 2005.
16. **BARBAROT Véronique**, Les soins à domicile pour les patients atteints de cancer. Etude prospective des besoins auprès des partenaires de soins. 165 pages - Thèse de médecine- Université de Nantes , Octobre 2000.
17. **hopital.fr**. [En ligne] www.hopital.fr.
18. **BUSSY, C, et al**. *Evaluation de la pertinence des hospitalisations des patients consultant aux urgences de l'Institut Gustave Roussy*. 2008, Risque et Qualité, pp. Volume V- n°3.
19. **ROBAIN, M, et al**. *Reproductibilité et validité de la version française de la première partie de l'appropriateness Evaluation Protocol (AEPf*. *Revue Epidem. et Santé Publique*, 1999, pp. 139-149.
20. **INCa**. Institut Nationale du Cancer. [En ligne] www.e-cancer.fr.
21. **Dictionnaire historique de la langue française**. Robert.
22. **Manlon, Ruchon et Scweiter**. *Psychologie de la santé : Modèle-concepts et méthodes*. s.l. : Dunod, Avril 2002.
23. **Dravet, François**. *Introduction à la Médecine d'Urgence. Vers une nouvelle forme de travail médical*. s.l. : ERES, 2008.
24. **Dagada, c, et al**. *Prise en charge des patients cancéreux par les médecins généralistes. Résultats d'une enquête auprès de 422 médecins en Aquitaine*. *La Presse Médicale*. 2003, pp. 32:1060-5.
25. **DHOS**. *Organisation des soins en Cancérologie*. s.l. : Circulaire n°DHOS/SDO/2005/101, 22 Février 2005.
26. **HERON, Jean-François**. *Urgences en Cancérologie. Cours de la Faculté de Médecine de Caen*. Caen : s.n., 19 décembre 2003.

27. **DHOS.** *L'organisation des soins en cancérologie en application du plan cancer 2003-2007.* s.l. : Rapport du groupe de travail DHOS.

7 LISTE DES ABREVIATIONS

AEPf : Appropriateness Evaluation Protocole version française

CRG : Centre René Gauducheau

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer

HAS : Haute Autorité de Santé

FNCLCC : Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer

ESPIC : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

SIH : Système d'information hospitalière

LISP : lits identifiés de soins palliatifs

CHU : Centre hospitalier universitaire

HDJ : hôpital de jour

HDS : hôpital de semaine

SAU : service d'accueil des urgences

GCS : Groupement de coopération sanitaire

RTCN : Réseau territorial de cancérologie de Nantes

Kms : kilomètres

8 ANNEXE

8.1 Questionnaire AEPf

ENREGISTREMENT

Pertinence des hospitalisations non programmées en cancérologie



Date d'admission :

Médecin accueillant le patient lors de son hospitalisation :

Etiquette Patient

Motif d'hospitalisation annoncé à l'entrée du patient :

Origine du patient :

Domicile	☐ OUI	☐ NON
Soins de Suite et Rééducation	☐ OUI	☐ NON
Service d'accueil des urgences	☐ OUI	☐ NON
Maison de retraite	☐ OUI	☐ NON

1. Critères de sévérité clinique (à remplir en fonction de votre évaluation clinique)

Coma, inconscience ou désorientation d'installation récente	☐ OUI	☐ NON
Troubles hémodynamiques dans le cadre d'un choc	☐ OUI	☐ NON
Troubles neurologiques hors troubles de la conscience	☐ OUI	☐ NON
Fièvre persistante > 38.5°C sous le bras depuis plus de 2 jours dans un contexte d'aplasie ou fièvre réfractaire nécessitant un bilan	☐ OUI	☐ NON
Syndrome hémorragique	☐ OUI	☐ NON
Troubles hydroélectriques ou du bilan hépatique sans cause de chronicité	☐ OUI	☐ NON
Atteintes des fonctions essentielles de façon brutale (impossibilité de bouger, de manger, de respirer et d'uriner) à l'exception d'une manifestation chronique sans fait nouveau	☐ OUI	☐ NON
Dénutrition sévère (perte de poids > 10% au cours du dernier mois)	☐ OUI	☐ NON
Douleur réfractaire au traitement ambulatoire bien conduit	☐ OUI	☐ NON

2. Critères liés aux soins délivrés

Traitement intraveineux continu et transfusion	☐ OUI	☐ NON
Chirurgie ou autres actes médicaux prévus dans les 24h nécessitant soit une anesthésie générale ou régionale, soit l'utilisation de matériel, de services uniquement disponibles dans un hôpital	☐ OUI	☐ NON
Surveillance de signes vitaux (pouls, TA, fréquence respiratoire, scope, surveillance neurologique) au moins une fois toutes les 4 heures	☐ OUI	☐ NON
Prescription d'un traitement nécessitant une surveillance continue ou faisant craindre une réaction allergique et/ou hémorragique	☐ OUI	☐ NON
Utilisation de façon intermittente ou continue d'une assistance respiratoire au moins une fois toutes les 8h	☐ OUI	☐ NON

3. Conclusion (pour rappel, un seul critère cochée rend l'hospitalisation pertinente)

Admission considérée comme pertinente dans le service	☐ OUI	☐ NON
---	------------------------------	------------------------------

4. Si l'admission ne correspond à aucun des critères supra

- i. Quels sont les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat ?
(plusieurs réponses possibles)

1	Avis diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision	☐ OUI	☐ NON
2	Procédure diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision	☐ OUI	☐ NON
3	Surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée pendant quelques heures	☐ OUI	☐ NON
4	Education sanitaire	☐ OUI	☐ NON
5	Soutien psychologique	☐ OUI	☐ NON
6	Aide sociale	☐ OUI	☐ NON
7	Aucun soin ni aucun service	☐ OUI	☐ NON

- ii. Parmi les principaux soins ou services dont le patient a besoin dans l'immédiat quel est celui qui est responsable de son admission ? (1 seule réponse possible)

1 seule réponse possible parmi le codage de la question précédente	N°
--	----

iii. Dispositif existant à domicile du patient avant l'hospitalisation :

Hospitalisation à domicile	☐ OUI	☐ NON
Infirmière	☐ OUI	☐ NON
Aides ménagères	☐ OUI	☐ NON
Aide à la toilette	☐ OUI	☐ NON
Médecin traitant	☐ OUI	☐ NON

ENREGISTREMENT

Pertinence des hospitalisations non programmées en cancérologie



QUESTIONNAIRE N°2, à remplir à partir du CRH du patient

Date d'admission :

Médecin demandeur :

Médecin traitant :

Médecin accueillant le patient lors de son hospitalisation :

Etiquette Patient

1. Informations sur le patient et sa maladie :

Lieu de domicile – département :

Date du diagnostic :

Si besoin date de récurrence :

Localisation primitive :

Métastase		☐ OUI	☐ NON
		☐ OUI	☐ NON
Localisation métastatique			
Stade de la maladie	Curative	☐ OUI	☐ NON
	Palliative	☐ OUI	☐ NON
	indéterminé	☐ OUI	☐ NON

2. Concernant l'hospitalisation :

Date du 1 ^{er} appel			
Appelant	Médecin traitant	☐ OUI	☐ NON
	SOS médecin	☐ OUI	☐ NON
	Famille ou patient	☐ OUI	☐ NON
	Oncologue référent	☐ OUI	☐ NON
	Médecin HDJ	☐ OUI	☐ NON
	Médecin soins de support	☐ OUI	☐ NON

En cas de non pertinence :

<i>Le patient nécessite absolument d'être admis ce jour après évaluation pré-hospitalière</i>	
	☐ OUI
	☐ NON

<i>Quels sont les services ou les soins dont le patient a besoin dans l'immédiat</i>		
1	Avis diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision	☐ OUI ☐ NON
2	Procédure diagnostique ou thérapeutique nécessaire pour une prise de décision	☐ OUI ☐ NON
3	Surveillance thérapeutique ou clinique rapprochée pendant quelques heures	☐ OUI ☐ NON
4	Education sanitaire	☐ OUI ☐ NON
5	Soutien psychologique	☐ OUI ☐ NON
6	Aide sociale	☐ OUI ☐ NON
7	Aucun soin, aucun service	☐ OUI ☐ NON

Quel lieu d'hébergement serait le mieux adapté pour prendre en charge le patient aujourd'hui (jour de l'admission) compte tenu de son état de santé, de sa situation socio-économique et familiale ? (1 seule réponse possible)

<i>Quel lieu d'hébergement serait le mieux adapté pour prendre en charge le patient le jour de son admission ?</i>	
1. Le domicile 1.1 sans aide 1.2 avec aide non médicale 1.3 avec aide médicale ou paramédicale 1.4 avec aide médicale ou paramédicale soutenu 2. Une structure d'hébergement 2.1 non médicalisée de proximité 2.2 non médicalisée pouvant être éloignée de l'hôpital 2.3 avec soins médicaux/paramédicaux 2.4 médicalisée 3. L'hôpital court séjour d'une autre spécialité	
<i>Réponse :</i>	

Si l'hôpital n'est pas le lieu le mieux adapté, quelle est la raison principale expliquant l'admission (1 seule réponse possible)

<i>Quel est la raison principale de l'admission ?</i>
1. Organisation des soins 1.1 Attente d'un avis diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure 1.2 Attente d'un avis d'expert (ressource externe aux urgences) 1.3 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique au sein de cette structure 1.4 Attente d'une procédure diagnostique ou thérapeutique dans une autre structure 1.5 Manque de personnel aux urgences pour surveillance rapprochée d'un patient pendant plusieurs heures 2. Service de relais 2.1 Indisponible (place ou RDV indisponible) 2.2 Inaccessible (isolement géographique, situation socio-économique du patient) 2.3 Inexistant ou inconnu 3. Décision médicale 3.1 Attente d'un avis d'expert (senior indisponible) 3.2 Demande express du médecin de ville 3.3 Attente d'un avis collégial (concertation avec les services cliniques et médico-techniques) 4. Raisons liées au patient ou à sa famille 4.1 Risque de non observance des prescriptions 4.2 Décision du patient et/ou de sa famille 4.3 Retour à domicile transitoirement impossible (heure tardive ou WE) compte tenu du contexte social ou de l'âge
<i>Réponse :</i>

ENREGISTREMENT

Pertinence des hospitalisations non programmées en cancérologie



QUESTIONNAIRE N°3, à remplir à 90 jours de l'entrée du patient au CLLC R.Gaucheau

Date d'admission :

Médecin demandeur :

Médecin traitant :

Médecin accueillant le patient lors de son hospitalisation :

Etiquette Patient

Sortie du patient :

Date de sortie :

Durée de l'hospitalisation :

Orientation du patient :

Retour à domicile	☐ OUI ☐ NON
Soins de suite	☐ OUI ☐ NON
Transfert dans un autre service	☐ OUI ☐ NON
Maison de retraite alors que le patient vivait à domicile précédemment	☐ OUI ☐ NON
Décès	☐ OUI ☐ NON

Devenir à 3 mois :

Personne contactée	patient	☐ OUI ☐ NON
	Médecin traitant	☐ OUI ☐ NON
Etat du patient	Non décédé	☐ OUI ☐ NON
	décédé	☐ OUI ☐ NON
	Date du décès	

8.2 Feuille d'urgence CGR

Date de l'appel :

Nom/ Prénom du patient :

Oncologue référent :

N° de dossier :

Date de Naissance :

Motif de l'appel :

1^{er} appelant :

Lieu de prise en charge :

N° de téléphone où le patient est joignable :

Surveillance :

Nom : ROLLOT

Prénom : Audrey

Sujet : Pertinence des hospitalisations non programmées en cancérologie : quel écart entre urgence ressentie et urgence confirmée ? Quelles conséquences sur l'organisation des soins ?

RESUME

Les patients suivis en onco-hématologie forment une population hétérogène mais fragilisée, physiquement et psychologiquement. Toute situation aigue dans un tel contexte de vulnérabilité exacerbe les difficultés préexistantes et appelle une réponse rapide. Le travail présenté ici propose une évaluation de la pertinence des hospitalisations non programmées dans un établissement spécialisé en cancérologie : le CLCC René Gauducheau. Il s'agit d'une étude prospective monocentrique d'observation réalisée sur une période de 147 jours. 127 questionnaires ont été recueillis, représentant 38% des hospitalisations enregistrées au cours de la même période dans le secteur conventionnel (LISP compris). Au terme de l'étude, 90,5% des admissions ont été jugées comme pertinentes selon les critères reconnus de l'AEPf. Ce taux élevé peut être expliqué par plusieurs facteurs : le relais auprès des hôpitaux de proximité, la place des oncologues référents prédominante dans l'évaluation des admissions, le travail du médecin régulateur responsable de la liste d'urgence CRG. Concernant les caractéristiques des hospitalisations, les résultats ont permis de mettre en avant la fragilité des patients atteints de cancer avec le décès de 70% d'entre eux dans le cadre d'une hospitalisation jugée comme pertinente au terme des 90 jours d'évaluation. La médiane de survie est de 24 jours tous motifs d'hospitalisation confondus. Pour les patients hospitalisés pour altération de l'état général, la médiane de survie est de 4 jours. Il a été également mis en évidence au cours du recueil, que les patients sont hospitalisés à des stades plus tardifs de la maladie probablement du fait de la diminution de la morbidité des traitements et d'une augmentation de l'utilisation des solutions alternatives à l'hospitalisation (Réseau RTCN, HAD).

MOTS-CLES : Pertinence hospitalisation, urgence, cancérologie
