

Faculté de Médecine

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 14 septembre 2018

Par Paul PAPAICONOMOU

Né le 26 juin 1989 à Limoges

Parcours de soins du patient en cancérologie : facteurs favorisant le retour à domicile après prise en charge en Soins de Suite et Réadaptation Onco-Hématologie

Thèse dirigée par M. le Docteur Mohamed TOUATI

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Denis VALLEIX Président

M. le Professeur Pierre CLAVERE Juge

M. le Professeur Daniel BUCHON Juge

M. le Docteur Mohamed TOUATI Directeur de thèse

M. le Docteur Frédéric THUILLIER Membre invité



Faculté de Médecine

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 14 septembre 2018

Par Paul PAPAICONOMOU

Né le 26 juin 1989 à Limoges

**Parcours de soins du patient en cancérologie : facteurs
favorisant le retour à domicile après prise en charge en Soins de
Suite et Réadaptation Onco-Hématologie**

Thèse dirigée par M. le Docteur Mohamed TOUATI

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Denis VALLEIX Président

M. le Professeur Pierre CLAVERE Juge

M. le Professeur Daniel BUCHON Juge

M. le Docteur Mohamed TOUATI Directeur de thèse

M. le Docteur Frédéric THUILLIER Membre invité



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 1^{er} septembre 2017

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L. (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Élisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE



DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE



MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES



YARDIN Catherine

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET
STOMATOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BARRAUD Olivier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

CHABLE Hélène

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
(Retraite au 31-07-2018)

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

JACQUES Jérémie

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

JESUS Pierre

NUTRITION

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE et
CARDIOVASCULAIRE

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

MURAT Jean-Benjamin

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

QUELVEN-BERTIN Isabelle

BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TCHALLA Achille

GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE



P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel (Maintenu en fonction jusqu'au 31.08.2019)

DUMOITIER Nathalie (Responsable du département de Médecine Générale)

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique (du 1^{er} septembre 2016 au 12 janvier 2018)

PREVOST Martine (du 1^{er} septembre 2015 au 31 août 2018)

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan (du 1^{er} septembre 2016 au 31 août 2019)

LAUCHET Nadège (du 1^{er} septembre 2017 au 31 août 2020)

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule (du 1^{er} septembre 2015 au 31 août 2018)

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul du 01.09.2017 au 31.08.2019

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2016 au 31.08.2018

BONNAUD François du 01.09.2017 au 31.08.2019

DE LUMLEY WOODYEAR Lionel du 01.09.2017 au 31.08.2019

DENIS François du 01.09.2017 au 31.08.2019

GAINANT Alain du 01.09.2017 au 31.08.2019

MERLE Louis du 01.09.2017 au 31.08.2019

MOULIES Dominique du 01.09.2015 au 31.08.2018

VALLAT Jean-Michel du 01.09.2014 au 31.08.2018

VIROT Patrice du 01.09.2016 au 31.08.2018



Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2017

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BASTIEN Frédéric	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
BAUDRIER Fabien	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
CHARISSOUX Aurélie	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
CHARPENTIER Mathieu	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAUTHIER François	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
KONG Mélody	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LARRADET Matthieu	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE (Démission à compter du 1 ^{er} janvier 2018)
LEGRAS Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION (Surnombre du 1 ^{er} novembre 2017 au 20 février 2018 inclus)
MARQUET Valentine	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

AZAÏS Julie	MEDECINE INTERNE A
BAUDONNET Romain	OPHTALMOLOGIE
BIDAUT-GARNIER Mélanie	OPHTALMOLOGIE (A compter du 11 mai 2016)
BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
BOUKEFFA Nejma	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BOUSQUET Pauline	PEDIATRIE (A compter du 09 janvier 2017)



CHAMPIGNY Marie-Alexandrine	PEDIATRIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
COLOMBIÉ Stéphanie	MEDECINE INTERNE A (A compter du 02 mai 2017)
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
CROSSE Julien	PEDIATRIE
DANTHU Clément	NEPHROLOGIE
DARNIS Natacha	PEDOPSYCHIATRIE
DELUCHE Élise	CANCEROLOGIE
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE (A compter du 02 mai 2017)
DIDOT Valérian	CARDIOLOGIE
DUSSAULT-JARLAN Lucile	CARDIOLOGIE
EVARD Bruno	REANIMATION
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GORDIENCO Alen	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
GOUDELIN Marine	REANIMATION
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
LACHATRE Denis	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
LACOSTE Marie	MALADIES INFECTIEUSES
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE



LATHIERE Thomas	OPHTALMOLOGIE
LEHMAN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
LEPETIT Hugo	GASTROENTEROLOGIE
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MARTINS Elie	CARDIOLOGIE
PRUD'HOMME Romain	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
RAMIN Lionel	ORL
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (NRI)
ROUSSELLET Olivier	NEUROLOGIE
SAINT PAUL Aude	PNEUMOLOGIE (Démission à compter du 23 décembre 2017)
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SANGLIER Florian	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
TAÏBI Abdelkader	ANATOMIE
USSEGLIO-GROSSO Julie	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et STOMATOLOGIE
VAYSSE VIC Mathieu	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
VITAL Pauline	MEDECINE INTERNE B
VITALE Gaetano	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

CHEFS DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

DOIN Corinne

RUDELLE Karen

SEVE Léa



PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BALLOUHEY Quentin

CHIRURGIE INFANTILE
(du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)

CROS Jérôme

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
(du 1^{er} mai 2014 au 31 octobre 2018)

LERAT Justine

O.R.L. (du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)

MATHIEU Pierre-Alain

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et
TRAUMATOLOGIQUE
(du 1er mai 2016 au 31 octobre 2020)



Deviens-le, c'est ta seule chance



Vis lumineux, crée un poème et va : accrois l'espace de la terre

Adonis



Remerciements

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

Doyen de la Faculté de Médecine de Limoges

Professeur des Universités d'Anatomie et de Chirurgie Générale

Chef de service de Chirurgie Digestive, Générale et Endocrinienne

Praticien Hospitalier

Chirurgien des Hôpitaux

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse. Que ce travail soit l'occasion de vous exprimer notre admiration et le respect que nous avons pour vous. Vos connaissances que vous nous avez transmises avec passion ainsi que votre pédagogie vous honorent.

Vous avez toujours su faire preuve d'une grande humanité.

Nous vous exprimons notre très haute considération et nos sincères remerciements.



A NOTRE MAITRE ET JUGE
Monsieur le Professeur Pierre CLAVERE

Professeur des Universités de Radiothérapie
Chef du Pôle Cancer du CHU de Limoges
Chef de service de Radiothérapie du CHU de Limoges
Praticien Hospitalier

Vous nous faites le grand honneur d'accepter de siéger parmi ce jury. Nous vous remercions de votre confiance et de l'intérêt que vous avez porté à notre travail. Nous vous sommes reconnaissant pour votre enseignement dans nos études et les Diplômes Universitaires que nous avons suivis grâce à vous.

Que cette thèse soit l'expression de notre profond respect.



A NOTRE MAITRE ET JUGE
Monsieur le Professeur Daniel BUCHON

Professeur des Universités de Médecine Générale
Médecine Générale

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en siégeant parmi les membres du jury, pour votre enseignement délivré au cours de nos études d'internat ainsi que pour la formation des nouveaux médecins généralistes.

Nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes.

Veillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.



A NOTRE DIRECTEUR ET JUGE
Monsieur le Docteur Mohamed TOUATI

Praticien Hospitalier
Service d'Hématologie Clinique et Thérapie Cellulaire du CHU de Limoges
Président des réseaux HématoLim et ROHLim

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, vos conseils et votre aide m'ont été précieux pour l'élaboration de ce travail. Par votre disponibilité, vos connaissances et votre pédagogie, vous avez su me donner l'impulsion, la direction et l'engouement qu'il fallait suivre pour mener à bonne fin ce travail.

Que cette thèse soit le témoignage de ma reconnaissance et de ma sincère sympathie.



A NOTRE MAITRE ET JUGE
Monsieur le Docteur Frédéric THUILLIER

Praticien Hospitalier
Service d'Oncologie Médicale du CHU de Limoges
Service de Médecine et Oncologie du CH de Saint-Junien

Merci d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse. Tes conseils et ta disponibilité me sont précieux, tu me fais partager ton savoir et travailler à tes côtés est chaque jour un bonheur.

Ta passion pour la médecine et ton investissement sans limite font de toi un médecin exceptionnel et un modèle pour moi.



Au service de Médecine Interne A du CH de Saint-Junien, au Dr Signol et au Dr Uscaïn, aux infirmières et aides-soignantes de ce service si formidable ; un grand merci à vous qui m'avez vu évoluer et progresser au fil des mois. Vous êtes une équipe exceptionnelle qui m'a si bien accueilli et je suis heureux de travailler avec vous.

Au service des Urgences du CH de Saint-Junien, aux Dr Cueille, Dr Couty, Dr Percheron, Dr Say, Dr Andreatta, Dr Jaouen et Dr Romera, ainsi que toute l'équipe paramédicale, merci de m'avoir donné confiance en moi pour mes débuts de jeune interne.

Au service de SSR Onco-Hématologie du CHU de Limoges, au Dr Boëly et au Dr Sol-Touati qui m'ont donné goût à la cancérologie et aux soins palliatifs. Merci à toute l'équipe paramédicale pour votre soutien sans limites. Merci de m'avoir permis de réaliser ma thèse dans votre service.

Aux Dr Chassac-Gérouard, Dr Servant et Dr Tournet, mes maîtres de stage qui m'ont fait découvrir leur beau métier de médecin généraliste et que j'ai eu l'honneur de pouvoir remplacer.

Au service des Urgences Pédiatriques de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Limoges, aux Dr Tahir, Dr Messenger et Dr Laguille, aux puéricultrices et auxiliaires de puériculture. Merci d'avoir pu me permettre d'acquérir de formidables connaissances en pédiatrie.

A l'Équipe Mobile de Gériatrie du CH de Saint-Junien, aux Dr Thomas et Dr Willebois, Lisbeth et Christelle pour votre bienveillance et cette passion que vous avez su me transmettre.

Merci au **Dr Karen Rudelle** pour ses conseils avisés et pour avoir donné la première impulsion à ce travail.

Merci à **Sophie Leobon** pour son aide précieuse dans la réalisation de l'analyse statistique de cette thèse.

Aux patients, que j'ai pu aider, à ceux qui m'ont touché, qui m'ont fait rire ou pleurer, et qui m'ont confirmé que la médecine était un des plus beaux métiers du monde.



A mes parents, merci pour votre amour inconditionnel et pour votre soutien indéfectible au cours de ces longues années d'études. Merci de me donner du courage et de la force au quotidien. Si j'en suis là, c'est bien évidemment grâce à vous et j'espère continuer à vous rendre fiers chaque jour.

A Julie, ma petite sœur adorée, je te félicite pour ton parcours et ta réussite, merci beaucoup d'être là pour moi et de me faire confiance ; et à **Benjamin** pour ton soutien et ton aide « technique » apportée à ma thèse.

A ma grand-mère Mamoune, et à Annie, merci pour votre affection, votre bienveillance et vos petits plats. C'est aussi grâce à vous que j'ai pu parvenir à surmonter toutes les difficultés et en être là aujourd'hui. Je serai toujours là pour vous.

A ma marraine et mon parrain, mes tantes, oncles et cousins ; proches ou éloignés, vous avez tous une place dans mon cœur.

A mes filleuls : Manon, Anatole et Arthur, mes trois petites étoiles que j'aime plus que tout. Quelle fierté pour moi d'être votre parrain.



A Florent, pour ton amitié si précieuse qui dure depuis tant d'années, pour tous les souvenirs passés avec toi depuis la P1 et ceux à venir ; pour le pilier que vous êtes devenus dans ma vie avec **Astrid**, et l'admiration que je vous porte à tous les deux. Et pour tous les beaux enfants que vous allez avoir (en plus de ceux que vous avez déjà...).

A Florence, Franck, Jessica, Antoine et Lisa, pour cette superbe amitié débutée le premier jour de notre internat, pour les apéros et la bière du dimanche... qui sait on se retrouvera peut-être un jour dans un cabinet médical à Oradour...

A Benjamin, notre Lémovice préféré, notre généticien du futur ! Merci pour ton entrain permanent et ton sens de l'humour. Vivement ton retour dans la région pour des soirées interminables à refaire le monde...

A Simon, mon ami d'enfance, tu seras toujours quelqu'un sur qui je pourrai compter malgré nos parcours différents, merci d'être là ; à **Émilie**, qui sait écouter et comprendre comme peu de gens savent le faire.

A Catha, pour ta personnalité exceptionnelle et ton grand cœur, merci pour la chanson française, merci pour tes solos de sax, merci pour Dalida et Joe Dassin, merci pour les wraps, merci pour les PLS, merci d'être toi.

A Marie, d'avoir eu le réel bonheur de te rencontrer en tant que mon binôme inégalable de médecine A. Quelle complicité née en si peu de temps ! Bingo, bingo, on est les meilleurs ! « Tic et Tac » jusqu'au bout et jusqu'à 23h s'il le faut.

A Pierre et Sophie, mes Jouss' qui sont toujours là en cas de coup de mou. Sirène... Rodrigues ! Psartek ! Zbraaaaaa !!!

A Daniella, Nicolas et Audrey, pour cette belle amitié depuis la fac et pour le plaisir de nos retrouvailles à chaque fois. Sinon, on repart quand dans les Landes ?

A Caroline, quel plaisir de t'avoir enfin retrouvée... on a du temps à rattraper maintenant ! Merci pour ton précieux soutien dans les moments difficiles.

A Clémentine, pour tous les bons moments que nous avons passés ensemble, les vacances, l'Irlande... J'espère qu'il y en aura bien d'autres !

A Fanny, parce qu'on a plein de choses en commun et qu'on se comprend beaucoup, merci d'être toujours une oreille attentive pleine de douceur.

Aux fanfarons des P'tits Culs Ivres, cette fanfare dont j'ai l'immense honneur d'être le Président m'a tellement apporté et fait grandir. Qu'est-ce que c'est bon de jouer de la musique ensemble ! Les mardis soir de répète, les cultissimes after-fanfare, les prestations, Rouen, Tours, le zénith, l'USAL, les veyracos, Oradour, les marchés de Noël, les galas de médecine, le challenge musical, les WEI, Vladimir Cosma, j'en oublie... que de formidables moments passés ensemble !

A tous ceux que j'oublie, vous savez que ma porte vous est toujours ouverte.



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction	31
I. État des lieux	33
I.1. Épidémiologie des cancers.....	33
I.1.1. Incidence et mortalité	33
I.1.2. Survie nette.....	34
I.1.3. Prévalence.....	35
I.2. Recommandations nationales.....	35
I.2.1. Les plans cancers de 2003 à aujourd'hui	35
I.2.1.1. Le premier plan cancer : plan cancer I : 2003-2007	35
I.2.1.2. Le deuxième plan cancer : plan cancer II : 2009-2013.....	36
I.2.1.3. Le troisième plan cancer : plan cancer III : 2014-2019.....	36
I.2.2. Les acteurs du plan cancer	37
I.2.2.1. Niveau National	37
I.2.2.1.1. Le Ministère des Solidarités et de la Santé.....	37
I.2.2.1.2. L'institut National du Cancer (INCa).....	37
I.2.2.2. Niveau Régional	37
I.2.2.2.1. Les Agences Régionales de Santé (ARS).....	37
I.2.2.2.2. Le Cancéropôle Grand Sud-Ouest.....	38
I.2.2.2.3. Les Réseaux Régionaux de Cancérologie (RRC).....	38
I.2.2.3. Niveau Local.....	38
I.2.2.3.1. Les Centres de Coordination en Cancérologie (3C).....	38
I.2.2.3.2. Les Réseaux Territoriaux (RT).....	39
I.2.3. Les dispositifs du parcours de soins du patient atteint de cancer	40
I.2.3.1. Le Dispositif d'Annonce (DA).....	40
I.2.3.2. La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP).....	41
I.2.3.3. Le Programme Personnalisé de Soins (PPS)	41
I.2.3.4. Le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC).....	41
I.2.3.5. Les Soins de Support	41
I.3. Le rôle pivot du Médecin Généraliste.....	42
I.3.1. Généralités	42
I.3.2. Le Médecin Généraliste face au cancer	42
I.3.3. L'amélioration de la coordination ville-hôpital	43



I.3.4. Un rôle essentiel dans le suivi à long terme	44
I.4. La place des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).....	44
I.4.1. Activité et missions du SSR	44
I.4.2. SSR et cancer.....	45
I.4.3. Le service de SSR Oncologie-Hématologie du CHU de Limoges.....	45
I.5. Les Soins Palliatifs et le retour à domicile du patient atteint de cancer	47
I.5.1. Cadre législatif et loi Claeys-Léonetti du 2 février 2016.....	47
I.5.2. Organisation du retour à domicile du patient en fin de vie	48
I.5.2.1. Le rôle central de l'aidant.....	50
I.5.2.2. Le développement de l'Hospitalisation à Domicile (HAD)	50
II. Matériel et méthodes.....	52
II.1. Matériel	52
II.1.1. Type d'étude	52
II.1.2. Population d'étude	52
II.1.2.1. Critères d'inclusion	52
II.1.2.2. Critères de non-inclusion	52
II.2. Méthodes.....	52
II.2.1. Objectif principal	52
II.2.2. Objectifs secondaires.....	52
II.2.3. Élaboration de la grille de recueil de données.....	53
II.2.4. Recueil et description des données.....	53
II.2.5. Statistiques et analyses comparatives des données	54
III. Résultats.....	56
III.1. Diagramme de flux	56
III.2. Données démographiques de l'échantillon de patients	57
III.2.1. Age et sex-ratio.....	57
III.2.2. Origine des patients	57
III.2.3. Catégories socio-professionnelles.....	59
III.2.4. Aidant principal	60
III.2.5. Pathologies des patients étudiés.....	61
III.2.6. Caractéristiques médicales du patient hospitalisé	63
III.2.7. Traitements du patient hospitalisé.....	64
III.2.8. Devenir du patient hospitalisé	66



III.3. Résultats : objectif principal	67
III.4. Résultats secondaires	72
III.4.1. Analyse multivariée	72
III.4.2. Comparaison entre le groupe « Oncologie » et le groupe « Hématologie »	74
IV. Discussion	75
Conclusion	82
Références bibliographiques.....	83
Table des annexes.....	88
Serment d’Hippocrate	100



Table des abréviations

3C : Centre de Coordination en Cancérologie
AEG : Altération de l'État Général
AFSOS : Association Francophone des Soins Oncologiques de Support
ARS : Agence Régionale de Santé
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CS : Cancer Solide
CSP : Catégories Socio-Professionnelles
CT : Chimiothérapie
DA : Dispositif d'Annonce
DCC : Dossier Communicant de Cancérologie
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DPC : Développement Professionnel Continu
EMSP : Équipe Mobile de Soins Palliatifs
EVA : Échelle Visuelle Analogique
HAD : Hospitalisation à Domicile
HM : Hémopathie Maligne
IDE : Infirmière Diplômée d'État
IMC : Indice de Masse Corporelle
INCa : Institut National du Cancer
LISP : Lit Identifié de Soins Palliatifs
MG : Médecin Généraliste
MMSE : Mini-Mental State Examination
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PPS : Programme Personnalisé de Soins
PS : Performans Status
RAD : Retour à Domicile
RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
ROHLim : Réseau d'Oncologie-Hématologie du Limousin
RRC : Réseau Régional de Cancérologie
RT : Radiothérapie



SFNEP : Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme

SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

USP : Unité de Soins Palliatifs



Table des illustrations

Figure 1 : Diagramme de flux des 175 patients inclus dans l'étude	56
Figure 2 : Répartition de la population selon le sex-ratio	57
Figure 3 : Répartition départementale des patients de l'échantillon.....	58
Figure 4 : Répartition de la population selon la zone géographique de résidence définie par l'INSEE	59
Figure 5 : Répartition de la population selon les catégories socio-professionnelles CSP-PCS INSEE 2003	59
Figure 6 : Répartition de la population selon le type d'aidant principal	60
Figure 7 : Répartition de la population selon le type de pathologie.....	61
Figure 8 : Répartition de la population selon le motif d'hospitalisation dans le service	63
Figure 9 : Répartition de la population selon les traitements spécifiques.....	64
Figure 10 : Répartition de la population selon la démarche thérapeutique envisagée	65
Figure 11 : Répartition de la population en fonction du type de nutrition	65
Figure 12 : Objectif de l'hospitalisation à l'entrée dans le service	66
Figure 13 : Devenir effectif des patients en fin d'hospitalisation.....	66



Table des tableaux

Tableau 1 : Répartition de la population selon le type de néoplasie	62
Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques des patients inclus.....	68
Tableau 3 : Pathologies cancéreuses des patients inclus	69
Tableau 4 : Caractéristiques médicales des patients inclus	70
Tableau 5 : Traitement des patients inclus.....	71
Tableau 6 : Devenir des patients inclus.....	72
Tableau 7 : Analyse multivariée par régression logistique du retour à domicile.....	73



Introduction

L'augmentation de l'incidence des cancers ainsi que les campagnes d'information pour le dépistage qui ont été menées ces dernières décennies ont hissé le cancer au rang de fléau national [1].

C'est, depuis 2004, la première cause de décès en France devant les maladies cardiovasculaires. Ce sont aujourd'hui dans notre pays, trois millions de personnes qui vivent avec un cancer, et c'est presque 400000 personnes qui ont fait l'objet d'un diagnostic de cancer en 2017 [2].

Ainsi, nous pouvons constater une augmentation du nombre de patients atteints de cancer, principalement en lien avec le vieillissement de la population et une plus grande efficacité des thérapeutiques anticancéreuses. Le système de santé en France doit alors s'adapter à cette forte demande en soins, qui ne s'accompagne pas toujours d'une augmentation des moyens humains et budgétaires.

Le parcours de soins du patient atteint de cancer doit suivre des étapes garantissant la qualité et la sécurité des prises en charge sur l'ensemble du territoire. Le patient doit avoir accès à une information de référence adaptée, bénéficier de soins de grande qualité, être accompagné pendant et après la maladie [3]. De nombreuses actions sont menées depuis plusieurs années pour accompagner les établissements de santé prenant en charge les personnes atteintes de cancer et les professionnels de santé en ville afin de garantir ainsi à chaque patient un parcours personnalisé de soins efficace.

Les services hospitaliers de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) spécialisés en Onco-Hématologie font maintenant partie intégrante du parcours de soins en cancérologie. Ils accueillent le patient ne justifiant plus d'une prise en charge en secteur aigu, mais pour qui le retour à domicile n'est pas possible dans l'immédiat, en raison d'une complication d'un traitement ou d'un état général trop dégradé. Parfois, la question de ce retour à domicile se pose également pour les malades en soins palliatifs ou en fin de vie. L'hôpital reste en effet le lieu principal de décès en France pourtant 80% des patients expriment le désir de finir leur vie à domicile alors que seulement 27% décèdent réellement à domicile d'après une étude de 2010 [4]. Les SSR peuvent contribuer à une prise en charge optimale de ces patients avant leur retour à domicile.

Il existe actuellement une volonté politique forte, à travers la réduction des durées d'hospitalisation, pour une diminution des dépenses de santé, et le développement croissant de l'ambulatoire. Cela semble faire consensus autour de l'intérêt du retour à domicile. Cependant, les réhospitalisations de ces patients atteints de cancer, fragiles, sont fréquentes et la préparation de la sortie du patient est essentielle pour réussir la prise en charge à domicile, grâce à l'articulation entre les structures hospitalières et les professionnels de la ville.

Le médecin généraliste (MG) se trouve être un pivot du parcours de soins du patient atteint de cancer, il est cependant souvent mal préparé à la prise en charge de ces pathologies complexes et se sent mis à l'écart des processus de décision. Cela est renforcé par la multiplicité des intervenants et l'évolution rapide des innovations thérapeutiques. Il est donc nécessaire de pouvoir consolider son rôle et de renforcer la liaison ville-hôpital [5]. Cette démarche est appuyée par une volonté constitutionnelle à travers les Plans Cancer successifs et la loi de modernisation de notre système de santé [6].



Notre travail s'est intéressé à identifier les facteurs favorisant le retour à domicile des patients atteints de cancer, hospitalisés dans le service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) Onco-Hématologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges du 1^e novembre 2016 au 31 octobre 2017. Il a pour objectif, d'identifier de façon précoce les patients susceptibles de regagner leur domicile afin d'anticiper les démarches et de mobiliser les ressources, tant humaines que techniques, pour une prise en charge optimale en ville.



I. État des lieux

I.1. Épidémiologie des cancers

Les données épidémiologiques sont issues du réseau Francim des registres des cancers et le service biostatistique des Hospices civils de Lyon, en collaboration avec Santé Publique France et l'Institut National du Cancer (INCa) dans le cadre du troisième plan cancer 2014-2019.

Nous distinguons deux grands ensembles, les cancers solides (CS) et les hémopathies malignes (HM) :

- Les cancers solides peuvent se développer dans n'importe quel tissu : peau, muqueuse, os, organe... Ce sont les plus fréquents puisque, à eux seuls, ils représentent 90% des cancers humains.
- Les hémopathies malignes rassemblent un nombre hétérogène de cancers des cellules sanguines et de leurs précurseurs. On distingue principalement les leucémies, les lymphomes et les syndromes myélodysplasiques.

Nous présentons ci-dessous les données épidémiologiques de l'année 2017 publiées par l'INCa en juin 2018, en termes d'incidence et de mortalité, de prévalence et de survie au niveau national [2] (tableaux en annexe 1).

I.1.1. Incidence et mortalité

En 2017, le nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine est estimé par nos autorités sanitaires à 399 626 (214 021 hommes et 185 605 femmes). Chez l'homme, l'incidence des CS a augmenté régulièrement entre 1980 et 2005, a ensuite diminué jusqu'en 2010 puis tend à se stabiliser depuis. On observe ces dernières années, une diminution de 1,3% par an en moyenne. La mortalité masculine par cancer n'a cessé de diminuer depuis 1980, une diminution qui s'accélère depuis les années 1990.

Chez la femme, l'incidence augmente depuis 1980, et depuis 2005, on peut observer un ralentissement de cette incidence. Comme pour la population masculine, le taux de mortalité féminine pour les CS diminue régulièrement depuis 1980.

Le nombre de décès par cancer en 2017 est estimé à 150 303 (84 100 hommes et 66 203 femmes). Le taux de décès par cancer est toujours plus élevé chez l'homme que chez la femme, mais diminue plus rapidement chez celui-ci. Cette diminution est essentiellement liée à la baisse de la consommation d'alcool et de tabac chez l'homme.

Le cancer de la prostate reste de loin le cancer le plus fréquent chez l'homme (48 427 nouveaux cas en 2013), devant le cancer du poumon (32 260 nouveaux cas) et le cancer colorectal (24 035 nouveaux cas). Avec 58 968 nouveaux cas estimés en 2017, le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme, devant le cancer colorectal (20 837 nouveaux cas) et le cancer du poumon (16 849 nouveaux cas).

Concernant la mortalité par CS chez l'homme, le cancer du poumon est le plus meurtrier avec 20 815 décès estimés en 2017, devant le cancer colorectal (9294 décès) et le cancer de la



prostate (8207 décès). Chez la femme, le cancer du sein se situe en tête de la mortalité par cancer, avec 11 883 décès, juste devant le cancer du poumon (10 176 décès) et le cancer colorectal (8390 décès).

En 2012, l'âge médian du diagnostic des CS est de 68 ans chez l'homme et 67 ans chez la femme. L'âge médian du décès est de 73 ans chez l'homme et 77 ans chez la femme.

Les taux annuels d'incidence des HM sont inférieurs à 5 nouveaux cas pour 100 000 personnes. En 2012, le nombre de nouveaux cas d'HM en France métropolitaine est estimé à 35 000, 19 400 cas chez l'homme et 15 600 cas chez la femme, soit 9,8% des nouveaux cas de cancer tous confondus. Plus de deux-tiers des cas sont des hémopathies lymphoïdes. Les HM sont plus fréquentes chez l'homme et plus de la moitié de ces cas surviennent après 60 ans.

Quatre sous-types représentent 50% de l'ensemble des HM, ce sont le myélome multiple / plasmocytome (4888 nouveaux cas), la leucémie lymphoïde chronique / lymphome lymphocytaire (4464), le lymphome diffus à grandes cellules B (4096), et les syndromes myélodysplasiques (4059).

I.1.2. Survie nette

La survie nette, contrairement à la survie globale, représente la survie qui serait observée si la seule cause de décès possible était la maladie étudiée, ici le cancer [7]. Concernant les CS, sur la période 2005-2010, la survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge varie de 9% (pancréas) à 93% (prostate) chez l'homme et de 10% (pancréas) et 97% (thyroïde) chez la femme.

Les cancers de mauvais pronostic à 5 ans avec une survie inférieure à 33%, représentent environ un quart des CS diagnostiqués (31% chez l'homme et 17% chez la femme). Les cancers de bon pronostic avec une survie à 5 ans égale à au moins 66%, représentent 52% des cas diagnostiqués (57% chez la femme et 44% chez l'homme).

Pour l'ensemble des CS, la survie nette diminue avec l'âge, en raison des comorbidités, de l'espérance de vie raccourcie, des cancers diagnostiqués à un stade plus avancé ou de l'absence de dépistage de sujets plus âgés.

Pour les mêmes raisons que pour les CS, la survie nette des HM diminue avec l'âge. Pour les trois sous-types les plus fréquents, la survie nette à 5 et 10 ans est plus importante cette fois chez l'homme que chez la femme.

La survie nette varie selon les sous-types d'HM considérés, elle varie de 21% (leucémie aiguë myéloïde) à 85% (lymphome de la zone marginale) chez la femme. Chez l'homme, elle varie de 25% (leucémie aiguë myéloïde) à 90% (syndromes myéloprolifératifs chroniques en dehors de la leucémie myéloïde chronique) [8].



I.1.3. Prévalence

Pour la prévalence totale des CS, environ trois millions de personnes de 15 ans et plus (dont 52,7% d'hommes) ont été atteints d'un cancer au cours de leur vie et sont toujours vivants en 2008, cela correspond à 6,4% de la population masculine de 15 ans et plus et 5,3% de la population féminine correspondante. Concernant la prévalence partielle à 5 ans, plus d'un million de personnes de 15 ans et plus (dont 54,3% d'hommes) ont été atteints d'un cancer dans les cinq dernières années et sont toujours en vie en 2008.

Durant cette même année 2008, hors leucémie aiguë, 6,6% des hommes et 6,3% des femmes atteintes d'un cancer au cours de leur vie et toujours en vie, ont eu une hémopathie maligne (prévalence totale). Parmi les personnes qui ont été atteintes d'un cancer diagnostiqué dans les cinq dernières années et toujours en vie (prévalence partielle à 5 ans), 77 121 (près de 7%) ont eu une HM.

I.2. Recommandations nationales

I.2.1. Les plans cancers de 2003 à aujourd'hui

La lutte contre le cancer devient un enjeu de santé publique à partir de 2003 depuis la création de plans nationaux. Cela a incité les acteurs de santé publique à se structurer autour de la prévention, du dépistage, des soins, de la recherche et de l'accompagnement du patient et de ses proches.

Trois plans cancers successifs ont ainsi vu le jour, et à travers leur mise en place, ils renforcent la place du médecin généraliste qu'ils remettent au centre du dispositif de soins.

I.2.1.1. Le premier plan cancer : plan cancer I : 2003-2007

Ce premier plan cancer est annoncé par le Président de la République Jacques Chirac. Il proposait 70 mesures autour de six grands axes et a impulsé une dynamique décisive dans la lutte contre le cancer en France et dans la prise en charge des malades.

Un de ses objectifs principaux était de faire reculer la consommation de tabac, grâce à une stratégie de lutte contre le tabagisme associant l'augmentation des prix, l'interdiction de la vente aux moins de 16 ans, des campagnes d'information et des actions ciblées vers les jeunes et les femmes, ainsi que le développement des aides à l'arrêt du tabac.

Ce plan a permis la généralisation du programme de dépistage organisé du cancer du sein en 2004, tandis que le programme de dépistage organisé du cancer colorectal faisait l'objet d'une expérimentation de 2002 à 2007 dans 23 départements pilotes.

Les critères de qualité, définissant le standard minimum de qualité dans la prise en charge, ont été établis. Les établissements de santé doivent satisfaire à ces critères pour être autorisés à traiter des malades atteints de cancer (en chirurgie, en radiothérapie et en chimiothérapie).



Une nouvelle dynamique a été impulsée dans la recherche sur le cancer et sept cancérôpôles ont été mis en place pour animer la recherche en régions. En créant l'Institut National du Cancer en 2005, l'État s'est, par ailleurs, doté d'une agence sanitaire et scientifique chargée de coordonner les actions de lutte contre le cancer [9].

I.2.1.2. Le deuxième plan cancer : plan cancer II : 2009-2013

En consolidant les acquis du plan précédent, ce deuxième plan a ouvert de nouvelles voies. Il est annoncé le 8 octobre 2010 par le Président de la République Nicolas Sarkozy. Il visait à « faire un effort sur la coordination des soins en remettant le MG au centre du suivi des patients, un effort sur le vivre après le cancer, en corrigeant également les handicaps créés par les traitements et la réinsertion professionnelle »

Ce plan s'est structuré autour de cinq grands axes : recherche, observation, prévention-dépistage, soins, vivre pendant et après le cancer. Il a permis de mieux prendre en compte les inégalités de santé pour assurer plus d'équité et d'efficacité dans l'ensemble des mesures de lutte contre les cancers. Il a pu stimuler l'analyse et la prise en charge avant, pendant, et après la maladie ; renforcer le rôle du médecin traitant à tous les moments de la prise en charge pour permettre notamment une meilleure vie pendant et après la maladie [10].

Ce plan a œuvré au renforcement de la qualité et de la sécurité des soins sur l'ensemble du territoire. Des organisations ont été adaptées pour la prise en charge des enfants atteints de cancer, des patients âgés ainsi que des personnes atteintes de cancers rares. L'accès à la médecine personnalisée et la participation aux essais cliniques a également progressé. Le Plan s'est aussi engagé dans des voies nouvelles pour soutenir la recherche, notamment dans le domaine de la génomique des cancers. Le dépistage du cancer colorectal s'est aussi généralisé lors de l'année 2009.

Afin d'assurer une continuité des parcours des patients, les programmes personnalisés de soins (PPS) et de l'après-cancer ont été expérimentés ; la coordination entre équipes hospitalières et intervenants de ville, en particulier les médecins traitants, demandant toutefois à être renforcée.

I.2.1.3. Le troisième plan cancer : plan cancer III : 2014-2019

Il est initié le 4 février 2014 lors de la journée mondiale de lutte contre le cancer par le Président de la République François Hollande [11]. Ce plan a été élaboré à partir du rapport d'orientation du Pr Jean-Paul Vernant, cette phase de préparation a permis de recueillir les points de vue et les propositions de toutes les parties prenantes de la lutte contre les cancers, à titre individuel ou collectif, et de dégager plusieurs grands axes d'action. L'aspiration première est forte : répondre aux besoins et aux attentes des personnes malades, de leurs proches et de l'ensemble des citoyens.

Ce troisième plan cancer traduit et soutient la mobilisation de l'ensemble d'une communauté de soignants, chercheurs, acteurs de prévention, mais aussi de professionnels du social ou de l'éducation qui travaillent au quotidien au service des malades et de leur population.

Avec pour priorité majeure la réduction des inégalités et des pertes de chance face aux cancers, le plan porte aussi une attention particulière aux besoins des enfants, adolescents et



jeunes adultes atteints de cancer. L'objectif est de faire progresser l'accès à l'innovation et améliorer encore la qualité des soins, ainsi que l'accompagnement des enfants et de leurs familles pendant et après la maladie.

Le rôle du MG est à nouveau renforcé, la coordination ville-hôpital étant un des axes principaux de ce troisième plan, avec la mise en place coordonnée d'une organisation d'interventions pluridisciplinaires, afin d'éviter les ruptures dans les parcours de soins.

I.2.2. Les acteurs du plan cancer

Cette organisation a été mise en place progressivement à partir des trois plans cancers successifs.

I.2.2.1. Niveau National

I.2.2.1.1. Le Ministère des Solidarités et de la Santé

C'est l'Administration française chargée de la mise en œuvre de la politique du gouvernement dans les domaines des affaires sociales, de la solidarité et de la cohésion sociale, de la santé publique et de la protection sociale. Cette structure est actuellement dirigée par une ministre, Agnès Buzyn, membre du gouvernement français. Les Agences Régionales de Santé (ARS) sont sous sa tutelle [12].

I.2.2.1.2. L'institut National du Cancer (INCa)

Cet organisme a été créé officiellement par la loi de santé publique du 9 août 2004, elle est placée sous la tutelle conjointe du ministère des Solidarités et de la Santé d'une part, et du ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation d'autre part. C'est un groupement d'intérêt public français chargé de coordonner la recherche scientifique et la lutte contre le cancer. C'est une agence sanitaire d'expertise qui rassemble en son sein l'État, les grandes associations de lutte contre le cancer, les caisses d'assurance maladie, les organismes de recherche et les fédérations hospitalières [13].

I.2.2.2. Niveau Régional

I.2.2.2.1. Les Agences Régionales de Santé (ARS)

Ce sont des établissements publics et autonomes chargés du pilotage de la politique de santé publique et de la régulation de l'offre de santé en région [14]. Les ARS pilotent, pour la région et au niveau des territoires, la déclinaison régionale des plans nationaux. Elles permettent l'adaptation des plans nationaux de santé publique dont le Plan Cancer, en les adaptant aux spécificités de leurs territoires et aux besoins de la population. Elles assurent la mise en œuvre du programme d'actions en région, en incluant la thématique nationale dans les politiques et



activités qu'elles pilotent dans une logique de proximité, au plus près des besoins des populations, et en assurant l'évaluation et le suivi des résultats [15].

I.2.2.2. Le Cancéropôle Grand Sud-Ouest

Le Cancéropôle Grand Sud-Ouest est un des sept Cancéropôles labellisés par l'INCa dans le cadre des Plans Cancer. Il se définit comme un maillage entre experts et cliniciens, il mutualise expertises et savoir-faire pour susciter et renforcer les projets de recherche, accélérer l'innovation thérapeutique et son transfert au bénéfice du malade. Le Cancéropôle a pour objectif de construire une animation scientifique de la Recherche en Cancérologie dans une approche interrégionale et transdisciplinaire qui s'appuie sur la synergie des compétences et des équipements des régions. Il regroupe Bordeaux, Limoges et Poitiers en région Nouvelle-Aquitaine ; Montpellier, Nîmes et Toulouse en région Occitanie [16].

I.2.2.3. Les Réseaux Régionaux de Cancérologie (RRC)

Les RRC ont été formalisés par la circulaire de septembre 2007, leur premier objectif est de faciliter les échanges entre professionnels de santé à travers la promotion des outils de communication au sein de la région dont le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) par exemple. Ils doivent faciliter la réalisation des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP), l'information des professionnels de santé, des patients et de leurs proches ainsi que la formation continue de ces professionnels. La promotion et l'amélioration de la qualité des soins en cancérologie comprennent la diffusion auprès des professionnels de santé des recommandations pour la bonne pratique clinique en cancérologie [17]. Ce ne sont pas des réseaux de soins, ils ne prennent pas directement en charge les patients.

Ces réseaux regroupent des établissements de soins dits autorisés à traiter le cancer et les établissements dits associés. L'adhésion de ces établissements de soins à un RRC est une des conditions nécessaires pour obtenir l'autorisation de traitement du cancer. Ces structures sont les établissements de santé de statut public ou privé, les Centres de Coordination en Cancérologie (3C), les Hospitalisations à Domicile (HAD) [18].

Dans l'ancienne région Limousin, le réseau ROHLim (Réseau d'Oncologie-Hématologie du Limousin) [19] constitue la structure juridique du RRC. Ce réseau est actuellement en cours de fusion avec les RRC des anciennes régions Poitou-Charentes et Aquitaine, afin de former un seul RRC « grande région » qui prendra le nom de réseau Onco-Nouvelle-Aquitaine.

I.2.2.3. Niveau Local

I.2.2.3.1. Les Centres de Coordination en Cancérologie (3C)

La mesure 32 du premier Plan Cancer a conduit à la mise en place des Centres de Coordination en Cancérologie (3C). C'est la cellule qualité opérationnelle en cancérologie des établissements, ils coordonnent un ou plusieurs établissements, souvent proches les uns des autres. Il veille à la bonne mise en place des recommandations et mesures telles que la RCP,



le dispositif d'annonce, et la remise à chaque patient du PPS. Ainsi il participe à l'amélioration continue des pratiques et à l'harmonisation entre les professionnels et les établissements [20].

Les 3C peuvent informer les patients, les orienter, aider à leur prise de rendez-vous, voire obtenir des informations sur leur dossier médical. Cette fonction pourra évoluer vers un suivi plus individualisé des parcours patients, intégrant les soins de support, les soins à domicile et la coordination avec les acteurs du réseau, ainsi que les relations avec les établissements membres du pôle régional. Des structures d'information et de soutien de patients ont d'ores et déjà été intégrées au sein de certains établissements. Les 3C produisent également des informations sur les activités oncologiques médico-chirurgicales et pharmaceutiques de l'établissement [21].

Il existe trois différents 3C en Limousin pour les tumeurs solides, un par département et un 3C régional pour l'Hématologie.

I.2.2.3.2. Les Réseaux Territoriaux (RT)

Les RT réunissent les différents professionnels de santé en particulier le MG, au plus proche du patient. Tandis que les RRC ont des actions tournées principalement vers les professionnels de santé, les RT ont des actions destinées aux patients [18].

Ils ont comme principale mission d'assurer aux patients des soins coordonnés, continus et de proximité en lien avec le MG. Ils ont une fonction essentielle d'appui à la coordination. Leur organisation n'est pas structurée exclusivement autour du cancer, ils peuvent être pluri-thématiques (cancer, hématologie, nutrition, soins palliatifs, lien avec les pharmacies de ville, coordination ville-hôpital, chimiothérapies à domicile, prise en charge psychologique, gériatrique, sociale ...) [22].

Dans l'ancienne région Limousin, HématoLim est un des principaux réseaux territoriaux de cancérologie centré sur l'Hématologie. Il s'agit d'un réseau de santé d'Hématologie, créé en 1994, avec pour objectif principal d'harmoniser les soins et la prise en charge des hémopathies malignes ou non malignes dans des structures hospitalières de proximité de la région Limousin [23]. Ce réseau s'est formalisé en 1999 avec la création d'un poste de praticien hospitalier multi-site pour les consultations avancées en Hématologie dans des établissements hospitaliers sans hématologue. Ce fonctionnement est basé sur un temps médical partagé formalisé par des conventions inter-hospitalières, avec des hématologues du CHU de Limoges. Des RCP délocalisées ont été organisées par la suite à partir de 2005. Ce réseau a pu renforcer son maillage territorial dans le cadre du déploiement du plan Cancer de 2003 selon les recommandations de l'INCa, et en adéquation avec la circulaire DHOS de février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie [20].

Depuis 2009, un comité de pilotage régional a été mis en place pour concrétiser la chimiothérapie injectable en Hospitalisation à Domicile pour les HM : prescrite par un médecin hospitalier au CHU de Limoges, au CH de Brive ou au CH de Guéret [24]. La chimiothérapie est alors préparée dans une pharmacie hospitalière autorisée, puis confiée à l'un des quatre établissements d'HAD qui achemine le produit au domicile du patient où l'administration est assurée par l'Infirmière Diplômée d'État (IDE) sous la responsabilité du médecin coordonnateur de l'HAD.



Le dispositif Psy'Hématolim a été créé avec des psychologues libéraux adhérents au réseau pour pallier les carences de prises en charge pouvant survenir du fait de l'éloignement géographique. Les consultations avec un psychologue pour les patients et/ou leur famille sont réalisées en ville au plus près de leur domicile et sont prises en charge financièrement dans le cadre d'une dérogation tarifaire par Hématolim.

Les patients du réseau peuvent bénéficier d'un suivi nutritionnel à domicile, grâce à l'association d'Hématolim avec le réseau de diététiciennes libérales LINUT, permettant un suivi au domicile du patient.

Un numéro vert, gratuit pour les patients et financé par le réseau, est devenu un outil essentiel qui renforce le lien ville-hôpital. Il est à disposition des professionnels de santé de ville et à l'entourage du patient. Ce n'est pas un numéro d'urgence mais une source d'information, de réassurance et d'écoute pour les patients atteints d'HM.

De plus, le réseau participe à la formation des professionnels de santé, ce sont des formations multidisciplinaires qui s'adressent à l'ensemble des professionnels impliqués : cliniciens, biologistes, pathologistes, radiothérapeutes, pharmaciens, IDE ou psychologues... Le réseau organise également des journées d'information grand public et les anime en partenariat avec plusieurs associations de patients [24].

Le site internet www.hematolim.fr contient des documents d'information destinés au patient ou à leurs proches, concernant leur pathologie, leur traitement, le service d'Hématologie et les professionnels.

I.2.3. Les dispositifs du parcours de soins du patient atteint de cancer

Avec la mise en place des différents Plans Nationaux contre le Cancer, le parcours de soins du patient en Onco-Hématologie est aujourd'hui relativement bien codifié et soumis à des recommandations précises. Les processus définis ci-dessous sont désormais « incontournables » dans la prise en charge du patient atteint de cancer. Cependant en pratique quotidienne, les situations multiples et parfois complexes à résoudre nécessitent d'optimiser la coordination des différents professionnels : MG, pharmacien d'officine, IDE libérale... Cette démarche implique une pluridisciplinarité.

I.2.3.1. Le Dispositif d'Annonce (DA)

L'annonce d'un diagnostic grave a été rendue obligatoire par la loi du 4 mars 2002 puis renforcée par les différents plans cancer [25]. Cela permet au malade atteint de cancer de bénéficier des meilleures conditions d'annonce du diagnostic lors d'une consultation dédiée.

Ce DA comporte quatre temps successifs : un temps médical d'annonce du diagnostic et de proposition de traitement définie lors de la RCP, puis un temps d'accompagnement soignant souvent réalisé par une infirmière d'annonce pour la reformulation de ce qui a été dit lors du temps médical. Ensuite, le temps de soutien et d'accès aux soins de support vise à accompagner le patient tout au long de son traitement, à évaluer ses besoins, notamment en terme social et psychologique, mais également de kinésithérapeutes et de groupes de malades. Enfin, l'information du médecin traitant, que l'on remet au centre de la prise en charge de son malade, permet une articulation ville-hôpital optimale.



I.2.3.2. La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)

Chaque nouveau cas de patient atteint de cancer doit être obligatoirement discuté en RCP. Cette volonté est réaffirmée dans le troisième plan cancer 2014-2019. Ces réunions sont des temps d'échange entre médecins spécialistes de différentes disciplines, au moins trois différents (oncologues, hématologues, radiothérapeutes, chirurgiens, radiologues...). Au cours de ces réunions, se discutent les traitements possibles en fonction des différentes études scientifiques, l'analyse des bénéfices et des risques encourus, ainsi que l'évaluation de la qualité de vie qui va en résulter. Chaque patient se voit proposer une stratégie thérapeutique adaptée et d'éventuelles alternatives à l'issue du processus de concertation. C'est donc un outil d'information pour le malade qui donne son accord sur l'orientation et les modalités de son parcours thérapeutique.

Un dossier de patient peut être présenté plusieurs fois en RCP en fonction de son niveau de complexité ou en cas d'évolution défavorable, afin de proposer au patient la conduite à tenir optimale vis-à-vis de l'évolution de sa pathologie néoplasique [26].

I.2.3.3. Le Programme Personnalisé de Soins (PPS)

Il s'agit là encore d'un point-clé du troisième plan cancer 2014-2019 : tout patient doit se voir remettre un PPS, il permet l'information du malade et de ses proches et de formaliser la proposition thérapeutique élaborée lors de la RCP. C'est un document pratique, synthétique et facilement compréhensible, qui vise également à faciliter les échanges entre professionnels. Il doit prendre en compte l'ensemble des besoins du patient.

Deux parties le composent : un volet « soins » expliquant le calendrier prévisionnel des traitements et du suivi, et un volet « social » comportant les contacts des intervenants.

I.2.3.4. Le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC)

Le partage et l'échange de données médicales entre professionnels de santé, hospitaliers et MG, sont des facteurs importants d'amélioration de la qualité des soins et de la continuité de la prise en charge du patient sur le terrain. Le DCC a été développé pour permettre à ces professionnels d'échanger des données médicales telles que les fiches de RCP, les compte-rendu anatomopathologiques, les résultats d'examens... Il permet également de gérer les outils et les services nécessaires à l'activité de cancérologie : gestion des RCP, élaboration des PPS, accès aux recommandations de pratique clinique et aux registres des essais cliniques [27].

Le troisième Plan Cancer 2014-2019 prévoit la généralisation du DCC et vise à mobiliser les outils de communication numérique au service de la coordination ville-hôpital.

I.2.3.5. Les Soins de Support

Les soins de support désignent l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long des maladies graves, selon la définition de l'Association Francophone des Soins Oncologiques de Support



(AFSOS) [28]. Ils comprennent entre autres, le traitement de la douleur, le soutien psychologique, le suivi social pendant la maladie, les problèmes diététiques et les soins palliatifs. Ils font partie intégrante de ce qui est attendu d'une prise en charge de qualité pour tout patient. Cependant, des améliorations sont encore à concevoir tant sur la lisibilité de l'offre et de la demande, que sur la détection des besoins en soins de support pour les patients atteints de pathologies cancéreuses.

Les soins de support doivent être introduits le plus précocement possible dans la prise en charge du patient, puis tout au long de son parcours de soins. Ils sont intégrés, avec l'accompagnement médico-social et social, au sein des PPS.

Le MG doit pouvoir orienter de façon adéquate et plus facilement ses patients vers une prise en charge adaptée en soins de support, point sur lequel le troisième plan cancer axe particulièrement ses conclusions.

I.3. Le rôle pivot du Médecin Généraliste

I.3.1. Généralités

La Médecine Générale est une spécialité médicale prenant en charge le suivi durable, le bien-être et les soins médicaux généraux primaires d'une communauté, sans se limiter à des groupes de maladies relevant d'un organe, d'un âge ou d'un sexe particulier [29].

Il constitue généralement le premier contact du patient avec le système de soins, et assure la continuité et le suivi optimal du patient. Le MG coordonne les soins et oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés. Il établit pour les patients atteints de cancer le protocole de soins en concertation avec les autres médecins pour permettre au patient d'être informé sur les actes et prestations qui seront nécessaires et prises en charge à 100%. Il centralise toutes les informations concernant les soins et l'état de santé du patient et tient à jour le dossier médical (résultats d'exams, diagnostics, traitements). C'est un interlocuteur indispensable qui fait le lien avec la famille du patient et les aidants.

Le MG permet également une prévention personnalisée concernant les risques de santé : examens de dépistage organisés, aide à l'arrêt du tabac, conseils nutrition... en fonction de l'âge et des antécédents personnels ou familiaux du patient [30].

I.3.2. Le Médecin Généraliste face au cancer

La place du cancer dans la patientèle des MG est assez difficile à approcher mais elle peut être estimée par le nombre de demandes de mise en affection longue durée (ALD) remplies par le médecin, qui représentent le nombre de nouveaux patients atteints de cancer de sa patientèle [31]. Au cours de l'année 2015, 55% des médecins interrogés avaient rempli moins de dix demandes de mise en ALD pour cancer, 34% entre 10 et 20, 11% plus de 20. Ces chiffres sont supérieurs aux résultats des enquêtes des années précédentes réalisées auprès de généralistes français [32,33], ce qui est cohérent avec le constat de l'augmentation du nombre de cas de cancer ces dernières années.



En dépit de la proportion relativement élevée de personnes souffrant d'un cancer dans leur patientèle, les MG sont relativement peu formés à la cancérologie : seuls 11% des MG ont déclaré avoir suivi une formation complémentaire en rapport avec la cancérologie ou avoir un diplôme complémentaire et 16% sont membres d'un réseau de cancérologie ou de soins palliatifs. En revanche, ils sont plus nombreux à avoir participé à au moins une séance de formation médicale continue sur une thématique en lien avec la cancérologie sur les cinq dernières années (62%).

L'accompagnement de la fin de vie et le soutien psychologique du patient sont les deux aspects de la prise en charge pour lesquels les MG considèrent le plus souvent que leur rôle est important : près de 70% des médecins interrogés le considèrent comme tel. Les rôles dans l'aide à la réinsertion professionnelle et le soutien social du patient sont à l'inverse jugés moins importants respectivement par 18 et 25% des médecins. L'appartenance à un réseau ou le fait d'avoir reçu une formation complémentaire en Oncologie, ainsi que le fait d'exercer en dehors des grands pôles urbains sont les deux facteurs qui sont liés au sentiment du MG d'avoir un rôle important dans le suivi global à long terme [31]. En revanche, l'importance du suivi médical par le MG n'est liée ni à sa formation en cancérologie ni à son lieu d'exercice.

I.3.3. L'amélioration de la coordination ville-hôpital

L'amélioration de la coordination ville-hôpital et des échanges d'informations entre professionnels constitue l'une des priorités du Plan Cancer 2014-2019. Et ce, dans un contexte de développement de la chirurgie ambulatoire et de la chimiothérapie par voie orale, qui rend l'enjeu de coordination entre les acteurs hospitaliers et libéraux d'autant plus crucial [4].

L'hôpital est positionné, depuis de nombreuses décennies, au centre du système de santé français, mais ne peut plus jouer pleinement ce rôle car l'environnement a changé : vieillissement de la population, augmentation de la prévalence des maladies chroniques, progrès thérapeutiques... L'exigence d'une meilleure qualité de vie et la nécessité d'optimisation des coûts font que l'hôpital ne peut plus répondre à lui seul, aux besoins en soins de la population et son fonctionnement va devoir s'articuler avec la ville [34]. Dans ce contexte, l'hôpital devient simplement une étape du parcours du patient et le MG est repositionné au centre du système de soins.

La réorganisation du système de santé tend vers trois parcours identifiés [35] : parcours de santé, de soins et de vie. Les parcours de soins, doivent permettre l'accès aux consultations de premier recours et, quand cela est nécessaire, aux autres structures de soins : hospitalisation conventionnelle avec hébergement, hospitalisation de jour, hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Les parcours de santé articulent les soins avec, en amont, la prévention, et en aval, l'accompagnement médico-social, le maintien et le retour à domicile. Enfin, les parcours de vie prennent en compte la personne dans son environnement : famille, entourage, scolarisation, travail...

Concernant les MG et leur lien avec l'hôpital, les confrères oncologues et hématologues représentent la source d'information sur le cancer la plus citée (92% des médecins l'évoquent) devant les revues médicales nationales (84%), les guides de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (57%) et les référentiels régionaux de cancérologie (54%) [31]. Plus de la moitié des MG consultent également internet et 23% des revues médicales internationales.



La participation à des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP) est relativement rare : elle ne concerne que 10% des MG interrogés, soit un taux légèrement inférieur à celui décrit précédemment en France (13% en 2014 [36]). La zone d'exercice (rurale ou urbaine) du MG n'a pas d'effet sur cette participation. En revanche, cette dernière est plus fréquente parmi les médecins membres d'un réseau de cancérologie ou de soins palliatifs (18%).

Concernant les consignes reçues venant de l'hôpital, la majorité des MG les considèrent comme claires. Ils déplorent cependant ne pas les recevoir toujours dans les temps et parfois ces consignes sont peu adaptées à leur pratique, moins d'un MG sur cinq reçoit systématiquement l'information sur les effets secondaires attendus des traitements. Plus de deux-tiers des MG sont désormais sollicités pour donner leur avis sur la faisabilité du retour ou du maintien à domicile des malades.

La communication entre les professionnels de santé hospitaliers et les MG tend à s'améliorer. En effet, le parcours de soins du patient atteint de cancer est optimisé grâce à un renforcement du lien ville-hôpital dans le cadre du virage ambulatoire souhaité par nos autorités sanitaires et renforce le rôle du MG dans la prise en charge de ces malades.

I.3.4. Un rôle essentiel dans le suivi à long terme

De plus en plus de patients sont en rémission prolongée de leur cancer et bénéficient d'un suivi spécifique comprenant le traitement de la douleur, l'évaluation de leurs besoins en soins de support et la détection de récurrences. Le MG a précisément en charge la coordination de cette surveillance.

La majorité des MG (78%) a déclaré avoir un confrère référent pour la prise en charge des douleurs et connaissent un professionnel pouvant être contacté en cas de suspicion d'effet indésirable d'un traitement. Cependant, seulement la moitié dispose d'un référent diététique (48%) ou d'une personne contact susceptible de traiter des problèmes sociaux (50%). Les MG formés en cancérologie ou membres d'un réseau sont plus nombreux à avoir un référent parmi les professionnels assurant les soins de suite (82% pour la douleur, 81% pour la pharmacologie, 57% pour la prise en charge sociale et 54% pour la nutrition).

La moitié des MG déclare donner systématiquement des conseils hygiéno-diététiques à leurs patients en rémission d'un cancer. 80% des médecins font la promotion d'une activité physique régulière quels que soient le sexe et l'âge du patient. Concernant la consommation tabagique, 40% des médecins affirment interroger systématiquement leurs patients sur leur consommation de tabac et 70% proposent un sevrage tabagique à tous les fumeurs.

I.4. La place des Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

I.4.1. Activité et missions du SSR

Il existe 1700 structures de SSR en France, ce nombre témoigne de la vitalité de ce secteur. Ces structures sont accessibles soit après un séjour hospitalier en médecine, chirurgie obstétrique (MCO) pour les trois-quarts, soit directement depuis le domicile personnel ou un autre établissement d'hébergement.



Globalement, le nombre de journées totales réalisées en SSR ne cesse d'évoluer : il est passé de 35,9 millions en 2012 à un peu plus de 37 millions en 2014. Environ 950 000 patients sont accueillis et pris en charge chaque année : c'est une vraie réponse à l'évolution des besoins et l'augmentation des maladies chroniques [37].

Outre des soins médicaux curatifs voire palliatifs, une structure autorisée en SSR assure [37] :

- Une rééducation pour aider le patient à recouvrer le meilleur potentiel de ses moyens physiques, cognitifs et psychologiques. L'objectif est, autant que possible, la restitution intégrale de l'organe lésé ou le retour optimal à sa fonction.
- Une réadaptation pour accompagner le patient si les limitations de ses capacités s'avèrent irréversibles. Le but est de lui permettre de s'adapter au mieux à ces limitations et de pouvoir les contourner autant que possible.
- Une réinsertion pour aller au-delà des soins médicaux et garantir une réelle autonomie du patient - dans sa vie familiale et professionnelle - afin qu'il recouvre au maximum les conditions de vie qui précédaient son séjour hospitalier. Cette réinsertion représente donc l'aboutissement d'une prise en charge totalement personnalisée du patient.

I.4.2. SSR et cancer

En 2015, 114 085 personnes (11,5%) atteintes de cancer ont été hospitalisées en SSR, dont 52,6% de femmes. Cela représente 7,5% de l'ensemble des patients hospitalisés en SSR. Les femmes sont âgées en moyenne de 75,9 ans (médiane de 79 ans) et les hommes de 73,7 ans (médiane de 76 ans). Les femmes sont hospitalisées en moyenne 31,6 jours (médiane de 23 jours) par séjour et les hommes 30,5 jours (médiane de 22 jours) [37].

L'activité de cancérologie en SSR est évaluée à environ 4,8 millions de journées, soit 11,7% de l'ensemble des journées réalisées en SSR. Elle est réalisée majoritairement dans les établissements publics (40,2%), puis les établissements privés (33,9%) et les établissements privés à tarification publique (établissements privés à but non lucratifs et centres de lutte contre le cancer : 25,9%).

Depuis 2008 et la réforme des soins de suite et de réadaptation [38], les structures de SSR sont divisés en deux catégories : les établissements non spécialisés (SSR dits polyvalents) et les établissements spécialisés. Certains SSR, dont le service de SSR Onco-Hématologie du CHU de Limoges, ont ainsi pu se spécialiser parmi neuf catégories dont l'Onco-Hématologie. Pour chacune de ces mentions de spécialisation, des conditions techniques sont décrites en matière de compétence médicales et paramédicales, ainsi que d'équipement [39].

I.4.3. Le service de SSR Oncologie-Hématologie du CHU de Limoges

Ce service situé à l'hôpital Jean Rebeyrol fait partie intégrante du CHU de Limoges. Initialement ce service était nommé « service convalescent », puis Médecine de Suite d'Aigu (MSA) et finalement SSR Onco-Hématologie après la réforme des SSR de 2008. Il a spécialisé une partie de ses activités premièrement en Oncologie, puis en Hématologie dans un second



temps pour se muer en un service de Soins de Suite et de Réadaptation spécialisé dans les prises en charge de cancérologie.

Le service de SSR Onco-Hématologie est sous la responsabilité depuis 2010 du Dr Thierry Boëly, médecin généraliste, avec un deuxième praticien, spécialisé en Oncologie médicale et ancienne chef de clinique en Hématologie le Dr Caroline Sol-Touati. Ce service est rattaché au pôle Cancer dont le responsable est le Pr Pierre Clavère.

Il comporte 24 lits dont 5 lits identifiés de soins palliatifs (LISP) permettant une prise en charge optimale des patients en soins palliatifs dans des chambres individuelles, spacieuses, pouvant recevoir des visites à toute heure et bénéficiant surtout d'un personnel renforcé et qualifié dans la prise en charge de ces patients.

Les missions de ce service sont de prendre en charge les patients atteints de cancers solides ou d'hémopathies malignes, dans l'attente ou après leur traitement spécialisé réalisé dans le service de soins aigu, pour une complication de ce traitement ou de leur maladie. Le SSR Onco-Hématologie joue un rôle primordial pour les malades avec une altération de l'état général importante ou chez ceux bénéficiant de protocoles thérapeutiques particuliers mais éloignés de l'hôpital.

Les patients proviennent pour la grande majorité des services d'Oncologie Médicale ou d'Hématologie Clinique du CHU de Limoges et les transferts de ces patients entre ces services sont fréquents. Les malades hospitalisés dans le service sont plutôt jeunes, ne relevant pas dans la grande majorité des cas d'une prise en charge gériatrique ; les patients plus âgés étant orientés préférentiellement en SSR gériatrique.

La durée moyenne de séjour dans le service est de 30,2 jours, comparable à la moyenne nationale des autres SSR (35,6 jours en 2016) [37].

Le service de SSR Onco-Hématologie organise et coordonne également de multiples soins de support, avec de nombreux intervenants : assistante sociale, psychologue, kinésithérapeute, diététicienne, socio-esthéticienne, sophrologue, réflexologue plantaire...

La plupart de ces intervenants ont suivi des formations en lien avec l'Oncologie, l'Hématologie ou les soins de support. On peut citer par exemple une proportion importante d'infirmières du service en possession du Diplôme Universitaire de Soins Palliatifs ou du Diplôme Universitaire de la douleur, certaines aides-soignantes formées à l'hypnose ou au toucher bien-être.

Dans ce service, où sont réalisées de nombreuses prises en charges palliatives, une réunion mensuelle est organisée en collaboration avec le service de Soins Palliatifs, intégrant l'équipe médicale et paramédicale afin de rediscuter des prises en charge et d'améliorer les pratiques du service. Des contacts et avis réguliers sont d'ailleurs pris avec l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs du CHU de Limoges devant des prises en charge complexes de patients en fin de vie.

Un staff médico-social est organisé une fois par semaine pendant une demi-journée avec la plupart des intervenants du service, notamment l'assistante sociale. Tous les dossiers des patients hospitalisés dans le service sont donc discutés chaque semaine afin d'établir un devenir prévisible pour ces patients. En effet, une des grandes problématiques des patients hospitalisés dans le service de SSR Onco-Hématologie est leur devenir.



Il existe une double interface avec d'une part le Réseau Régional de Cancérologie ROHLim et d'autre part le réseau territorial de soins HéματοLim et les autres partenaires comme les 3C. Cette étroite collaboration permet un fonctionnement conforme aux exigences du Plan Cancer, notamment la formation des professionnels et l'actualisation des référentiels de prise en charge des patients.

Le service est ainsi un maillon indispensable dans le parcours de soins du patient atteint de cancer solide ou d'hémopathie maligne, positionné entre le service aigu et le domicile.

I.5. Les Soins Palliatifs et le retour à domicile du patient atteint de cancer

I.5.1. Cadre législatif et loi Claeys-Léonetti du 2 février 2016

Les Soins Palliatifs concernent toute personne atteinte d'une maladie grave évolutive, mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale. Les soins prodigués visent à améliorer le confort et la qualité de vie et à soulager les symptômes : ce sont tous les traitements et soins d'accompagnement physiques, psychologiques, spirituels et sociaux envers ces personnes et leur entourage [40].

Toute personne est informée par les professionnels de santé de la possibilité d'être prise en charge à domicile, dès lors que son état le permet [41]. Le retour à domicile nécessite une anticipation et une préparation rigoureuse afin d'assurer la continuité des soins entre l'hôpital et la ville [42]. Il est important de respecter le projet de vie du patient et de sa famille, d'informer les différents professionnels de santé du domicile, en premier lieu le MG qui sera en première ligne de la prise en charge. Il est également nécessaire de mettre en place un traitement adapté, et d'envisager un suivi de la sortie et la possibilité d'une réhospitalisation si certains problèmes deviennent difficilement gérables au domicile.

La loi du 2 février 2016 dite loi Claeys-Léonetti modifie les dispositions relatives à la fin de vie. Elle permet de mieux répondre à la demande de mourir dans la dignité, en clarifiant l'usage de la sédation profonde et continue, jusqu'au décès, en phase terminale [43]. Elle permet également de conforter la place de l'expression de la volonté du patient dans le processus décisionnel et en particulier de ses « volontés clairement exprimées ». Concrètement, la loi permet de réaffirmer le droit au malade à l'arrêt de tout traitement. Elle rend contraignantes les directives anticipées pour les médecins et développe ces directives anticipées en les formalisant. On peut désormais dans le cadre législatif prendre en compte les volontés du patient exprimées par écrit sous forme de directives formalisées éventuellement contraignantes et assurer leur accessibilité. A défaut de l'existence de directives anticipées, il est possible de prendre en compte l'expression des volontés exprimées par le patient, portées par le témoignage de la personne de confiance ou à défaut tout autre témoignage de la famille et des proches. La loi permet d'améliorer l'accès et l'utilisation des directives anticipées pour les professionnels de santé et pour le public, de pouvoir utiliser un modèle de ces directives anticipées qui pourra être rédigé de préférence avec l'aide de son médecin et d'enregistrer ces directives anticipées pour faciliter leur accessibilité et développer l'information.



La loi oblige désormais les professionnels de santé à mettre en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que toute personne ait le droit d'avoir une fin de vie digne, et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance (article 1). Il existe également une obligation pour le médecin de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité, de refuser ou ne pas recevoir un traitement (article 5). La loi Claeys-Léonetti permet une réaffirmation de la meilleure prise en compte de la souffrance réfractaire du malade en phase avancée ou terminale par des traitements analgésiques ou sédatifs, une prise en charge en fin de vie qui renforce les droits des patients. Les professionnels se doivent d'informer leurs patients sur les possibilités et les conditions de rédactions de directives anticipées (article 8).

I.5.2. Organisation du retour à domicile du patient en fin de vie

C'est le patient en premier lieu qui décide du retour au domicile, c'est son souhait qui doit être respecté. Il est nécessaire de lui expliquer que rien n'est définitif ni figé, et que les décisions pourront être réévaluées, réadaptées et modifiées.

Le médecin et l'équipe hospitalière peuvent envisager le retour à domicile mais ne peuvent le décider seuls, ils sont tributaires de la décision du patient et/ou de ses accompagnants. Le médecin ou tout autre soignant doit se renseigner sur la présence ou non de directives anticipées rédigées par le patient, modifiées par la loi du 2 février 2016 « Les directives anticipées s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale » [44]. La personne de confiance doit être clairement identifiée pour faciliter l'interface entre les professionnels de santé, le patient et ses proches.

La décision du retour à domicile d'un patient pris en charge en soins palliatifs peut intervenir à n'importe quel moment. La sortie doit être anticipée, préparée et organisée avec les différents intervenants du domicile et il est souhaitable qu'une relation ait été établie entre tous avant toute décision définitive. Pour éviter la rupture de soins, il est préférable de prévoir la sortie de façon précoce, même s'il reste néanmoins possible de l'envisager dans l'urgence quand le décès du patient est imminent, en accord avec sa famille.

En fonction de l'état de santé et des symptômes du patient, le médecin pourra juger opportun ou non le retour à domicile du patient, en s'assurant de la continuité des soins. Il est indispensable d'évaluer également la charge de travail quotidienne en essayant de mettre en place une répartition du travail harmonieuse des soins sur 24 heures, c'est-à-dire que les prescriptions soient cohérentes avec les possibilités du domicile. Avant le retour du patient, l'installation de tout le matériel doit être possible et le patient et ses proches doivent comprendre que ceci est nécessaire pour assurer la continuité et la qualité des soins. Une évaluation sociale est recommandée dans la plupart des cas, car parfois le maintien à domicile peut être difficile à assumer financièrement pour le malade et sa famille. Les assistantes sociales aident à identifier les problèmes, à les poser et à effectuer les demandes d'aides appropriées.

Une équipe pluridisciplinaire autour du patient est nécessaire pour une prise en charge optimale à domicile [45] : le MG est l'élément indispensable pour permettre au patient de terminer sa vie à son domicile, il doit être disponible et assurer des visites régulières. Le



médecin établit des prescriptions anticipées, indispensables pour l'infirmière pour éviter toute rupture de soins, permettant d'anticiper les crises. Tout patient nécessitant des soins palliatifs doit avoir des prescriptions anticipées personnalisées pour traiter l'ensemble des symptômes qui risquent de survenir (par exemple une dyspnée aigue, des vomissements, un encombrement bronchique important, une angoisse majeure, une hémorragie massive, une douleur aigue...) [44].

L'infirmière libérale a également un rôle important autour du malade, ses passages permettent une continuité des soins et l'identification des problèmes. Elle alerte le médecin, accompagne l'entourage du malade peut leur apprendre des gestes de confort et de soins.

Le pharmacien va fournir les médicaments prescrits au malade dans les plus brefs délais, organiser la livraison du matériel, assurer les livraisons si besoins. Il a un rôle de conseil quant au choix des équipements pour l'amélioration du confort du malade. Les aides-soignantes de Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) peuvent assurer les soins de nursing. Peuvent être également présents le masseur-kinésithérapeute, l'ergothérapeute, l'orthophoniste, la diététicienne et des bénévoles d'accompagnement.

Si la gradation des soins le justifie, les établissements d'Hospitalisation à Domicile (HAD), en plein essor ces dernières années, permettent au patient de bénéficier de soins médicaux et paramédicaux complexes à son domicile, en y associant les professionnels de santé de ville.

Les prestataires de santé à domicile sont également de plus en plus présents dans la prise en charge du patient et fournissent aux différents intervenants le matériel nécessaire et assurent une coordination entre la ville et l'hôpital. Ils peuvent permettre une hydratation, une alimentation parentérale ou une antibiothérapie à domicile par exemple.

L'absence de contrôle d'un symptôme (douleur...), l'existence de problématiques somatiques ou psychologiques non soulagées peuvent conduire à solliciter une équipe mobile de Soins Palliatifs (EMSP) et/ou à proposer un transfert en lit identifié de Soins Palliatifs (LISP) ou en Unité de Soins Palliatifs (USP). Les EMSP peuvent être sollicitées, par les professionnels de santé sans se substituer à eux en accord avec le médecin traitant. Elles permettent d'optimiser et de coordonner le travail de l'équipe pluridisciplinaire intervenant à domicile, et peuvent également répondre aux appels directs du malade ou de son entourage.

Le retour à domicile peut cependant avoir des limites et divers éléments peuvent être la cause de son échec : la peur, l'angoisse, l'isolement, le sentiment d'insécurité ou le sentiment d'être une charge trop importante pour ses proches. Il faut alors à nouveau respecter le choix du malade. Les proches sont les principaux acteurs de soins, alors que ce n'est pas leur rôle habituel. Chaque nouveau symptôme est alors susceptible d'augmenter leur anxiété. A cela, s'ajoute leur vécu personnel devant la perte imminente d'un être cher. Un temps consacré aux proches doit être trouvé afin de répondre à leurs questions et leurs capacités physiques et émotionnelles à poursuivre le maintien à domicile, doivent être réévaluées régulièrement. En cas d'épuisement de l'aidant, c'est au soignant de proposer une réhospitalisation du malade pour un temps de repos, afin d'éventuellement reprendre le malade à la maison après cette période de répit.

Les professionnels de santé peuvent se retrouver également en difficulté : les MG doivent se rendre disponibles et parfois sont sollicités 24h/24 et 7j/7 et ce malgré la permanence des soins ambulatoires visant à assurer une continuité des soins sur l'ensemble du territoire.



Il est souvent recommandé et nécessaire pour ces patients en soins palliatifs et plus particulièrement en fin de vie d'informer les médecins du SAMU le plus proche et du centre 15 de régulation médicale, afin d'avoir l'approche optimale vis-à-vis de ce patient dans l'hypothèse où une détresse vitale surviendrait, principalement la nuit. En effet, le fait d'anticiper et de prévenir ces centres d'urgence peut permettre d'éviter des manœuvres techniques invasives ou un transfert vers un service d'urgence chez un patient en fin de vie pouvant bénéficier de soins de confort exclusifs à domicile.

Les échanges entre professionnels de santé sont indispensables pour une meilleure coordination autour du malade afin de réaliser les bons choix dans la prise en charge.

I.5.2.1. Le rôle central de l'aidant

La famille ou les aidants habituels du patient sont tout aussi importants puisqu'ils vont remplir un rôle primordial dans cette prise en charge. L'aidant, l'accompagnant, va devoir être disponible en permanence, prêt à s'investir totalement et capable d'assumer une charge émotionnelle et physique considérable.

Selon une enquête réalisée en 2016 par La Ligue contre le Cancer [46], une personne sur dix en France aide un proche touché par le cancer et 38% des français déclarent avoir aidé un malade du cancer dans les cinq dernières années. Les résultats d'une autre enquête de la Ligue contre le Cancer en partenariat avec IPSOS ont distingué quatre grandes catégories d'aidants classées selon leur niveau d'implication : l'aidant unique, intervenant seul et quotidiennement ; l'aidant principal, très impliqué mais pouvant trouver un relais auprès d'autres aidants ; l'aidant secondaire, venant en appui de proches plus impliqués et enfin l'aidant occasionnel, intervenant plus rarement. Il n'y a pas d'opposition entre les différents types d'aidants mais leur présence est, dans certaines situations, décrite comme indispensable pour assurer le retour à domicile ou y permettre son maintien.

Les données les plus récentes de l'Association Francophone des Soins Oncologiques et de Support (AFSOS) de 2018 réaffirment le rôle actif et central de l'aidant principal par rapport au malade atteint de cancer [47], en l'intégrant obligatoirement au sein du soin global du patient dans une démarche pluridisciplinaire. L'AFSOS ne fait aucune distinction entre les aidants : elle met en avant leurs difficultés et leurs besoins ainsi que les impacts possibles de la maladie sur eux. Le rôle de l'aidant paraît être un enjeu crucial dans les années à venir particulièrement avec le développement des chimiothérapies à domicile, de la chirurgie ambulatoire et le développement accru de la radiothérapie ciblée qui espacera le nombre de séances. La proportion de patients soignés à domicile devrait s'accroître, mobilisant ainsi davantage leur entourage : telle est la projection réalisée par l'étude Unicancer de 2013 sur la prise en charge des cancers à l'horizon 2020 [48].

I.5.2.2. Le développement de l'Hospitalisation à Domicile (HAD)

Le virage ambulatoire, souhaité par les autorités sanitaires, s'intègre dans la réorganisation des soins du système de santé en France. Sa mise en œuvre est conditionnée par un renforcement de l'axe ville-hôpital, articulé avec les professionnels de santé de premier recours, dont le MG. Dans cette configuration, l'HAD va certainement constituer un des piliers de la réussite de cette mutation [34].



Les services d'Hospitalisation à Domicile (HAD) permettent d'assurer au domicile, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés en associant les médecins hospitaliers, les MG et tous les professionnels paramédicaux et sociaux. Il existe actuellement 302 établissements HAD qui prennent en charge 109 866 patients en France. Les critères de l'HAD sont basés sur la complexité de la situation avec nécessité de soins multiples [41]. Il peut s'agir d'une prescription d'un médicament réservé à l'usage hospitalier, d'un accès à des ressources spécialisées ou d'une permanence des soins (permanence téléphonique 24h/24, 7j/7), d'une technicité élevée des soins ou de difficultés à organiser les soins. Elle concerne des patients malades de tous âges atteints de pathologies aiguës ou chroniques médicales, chirurgicales ou obstétricales qui, en l'absence de prise en charge en HAD, relèveraient d'une hospitalisation avec hébergement. Le fonctionnement des établissements HAD repose sur des professionnels salariés comme les médecins coordonnateurs, les cadres de santé, les IDE, les aides-soignants, les psychologues, les pharmaciens, les kinésithérapeutes... D'autre part, l'HAD peut mobiliser de nombreux intervenants libéraux selon les besoins, où le MG reste le pivot de la prise en charge.

Ces structures sont devenues des établissements de santé à part entière qui sont soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement. Les établissements HAD se sont adaptés à l'offre de soins, au terrain et aux besoins des patients, ils sont de mieux en mieux intégrés dans le tissu sanitaire sur l'ensemble du territoire. Ils ont ainsi pu améliorer leur accessibilité auprès des prescripteurs par divers moyens de communication [34].



II. Matériel et méthodes

II.1. Matériel

II.1.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective descriptive monocentrique.

II.1.2. Population d'étude

II.1.2.1. Critères d'inclusion

La population de notre étude a été sélectionnée à partir de la file active des patients atteints de cancer solide ou d'hémopathie maligne, hospitalisés dans le service de SSR Oncologie-Hématologie du CHU de Limoges entre le 1^{er} novembre 2016 et le 31 octobre 2017.

La liste de ces patients a été établie à partir des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) du CHU de Limoges.

II.1.2.2. Critères de non-inclusion

Les patients hospitalisés dans le service pour des motifs autre que « cancer solide » ou « hémopathie maligne » étaient exclus de l'étude.

Un seul séjour a été pris en compte pour chaque patient lors du recueil de données. Ainsi, la dernière hospitalisation seule a été prise en compte si un patient comptait plusieurs séjours sur la période étudiée.

II.2. Méthodes

II.2.1. Objectif principal

L'objectif principal de l'étude est de déterminer les facteurs favorisant le retour à domicile des patients hospitalisés dans le service de SSR Onco-Hématologie du CHU de Limoges.

II.2.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont de :

- Déterminer les caractéristiques médicales et socio-démographiques des patients qui retournent à leur domicile après prise en charge dans le service de SSR Onco-Hématologie.



- Déterminer les motifs de non retour à domicile des patients hospitalisés.
- Vérifier le respect du souhait du patient au début de la prise en charge et son devenir effectif en fin d'hospitalisation.
- Déterminer la force d'association entre les différents résultats mis en évidence lors de l'analyse principale et le retour à domicile.
- Comparer les caractéristiques médicales et socio-démographiques des patients d'Oncologie et d'Hématologie.

II.2.3. Élaboration de la grille de recueil de données

La grille de recueil de données est composée de 5 sous-catégories distinctes : « données socio-démographiques », « pathologie cancéreuse du patient », « caractéristiques médicales du patient », « traitement du patient » et « devenir du patient hospitalisé ». Chaque catégorie comporte un nombre défini d'items.

II.2.4. Recueil et description des données

Les données ont été recueillies de manière anonymisée par un opérateur unique à partir des dossiers papiers et informatisés des patients hospitalisés dans le service et ont été ensuite colligées dans un tableur Excel[®]. Le recueil de données a concerné les éléments suivants :

Données socio-démographiques :

- Age à l'entrée dans le service
- Sex-ratio : homme / femme
- Département de résidence
- Zonage géographique de la commune de résidence (selon les données INSEE de la commune de résidence) avec répartition en trois sous-groupes : rural, semi-urbain, urbain (annexe 2)
- Catégorie socio-professionnelle (CSP) classée en sous-groupes selon l'échelle CSP-PCS de 2003 de l'INSEE (annexe 3)
- Type d'aidant principal défini par le patient à l'entrée dans le service

Pathologie cancéreuse du patient :

- Pathologie oncologique / hématologique
- Type de pathologie cancéreuse : regroupement des pathologies cancéreuses par localisation



Caractéristiques médicales du patient :

- Motif d'hospitalisation dans le service (précisé par le médecin qui a pris en charge le patient initialement en aigu) : suite de traitement spécifique / complication de traitement spécifique / infection / altération de l'état général
- Antécédent ou comorbidité de dépression ou démence : oui / non
- Échelle Visuelle Analogique (EVA) à l'entrée dans le service : de 0 à 10
- Score de BRADEN à l'entrée dans le service (évaluation du risque de complication de décubitus, risque d'escarre élevé si score bas) établi par l'infirmière du service à l'admission du patient par un questionnaire informatique : de 6 à 23 (annexe 4)
- Performans Status (PS) à l'admission : de 0 à 4 (annexe 5)
- Indice de Masse Corporelle (IMC) en kg/m², à l'entrée dans le service
- Taux d'albumine en g/L, à l'entrée dans le service

Traitement du patient :

- Traitement spécifique réalisé en service aigu (Oncologie Médicale ou Hématologie Clinique) : chimiothérapie (CT), radiothérapie (RT), immunothérapie, autre schéma thérapeutique, aucun traitement spécifique
- Démarche thérapeutique : curative, palliative, soins de confort exclusifs
- Type de nutrition pendant l'hospitalisation dans le service : orale, nutrition entérale, nutrition parentérale

Devenir du patient hospitalisé :

- Durée d'hospitalisation dans le service de SSR Onco-Hématologie : en nombre de jours
- Contact de l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) du CHU de Limoges : oui / non
- Devenir pressenti à l'admission en accord avec le souhait du patient : retour à domicile / soins de confort exclusifs / transfert programmé / institutionnalisation
- Retour à Domicile effectif : oui (en Hospitalisation à Domicile ou non) / non (raison du non retour à domicile)

II.2.5. Statistiques et analyses comparatives des données

Les variables quantitatives ont été décrites selon la moyenne, l'écart-type et la médiane. Les variables qualitatives ont été décrites par les effectifs et les pourcentages.

La comparaison des variables quantitatives entre les deux groupes a été effectuée par le test t de Student après vérification des conditions d'application.



La comparaison des variables qualitatives entre les deux groupes a été effectuée par le test du Chi 2 après vérification des conditions d'application.

Les résultats ont été considérés comme significatifs dès lors que la valeur p était inférieure à 0,05.

Une régression logistique a été réalisée pour déterminer l'effet, exprimé en odds-ratio, des variables retenues dans le modèle multivarié. Pour être incluses dans ce dernier, les variables devaient avoir une valeur de p inférieure à 0,2 en analyse univariée. Dans le respect du principe de parcimonie, le modèle final a été obtenu par la méthode dite pas-à-pas descendante. Le seuil de significativité retenu pour ces analyses était de 5%. Les interactions entre les variables explicatives du modèle final ont été recherchées.

Les analyses statistiques ont été conduites avec le logiciel Statview®.



III. Résultats

III.1. Diagramme de flux

Le diagramme de flux suivant expose les effectifs inclus dans chacun des deux groupes.

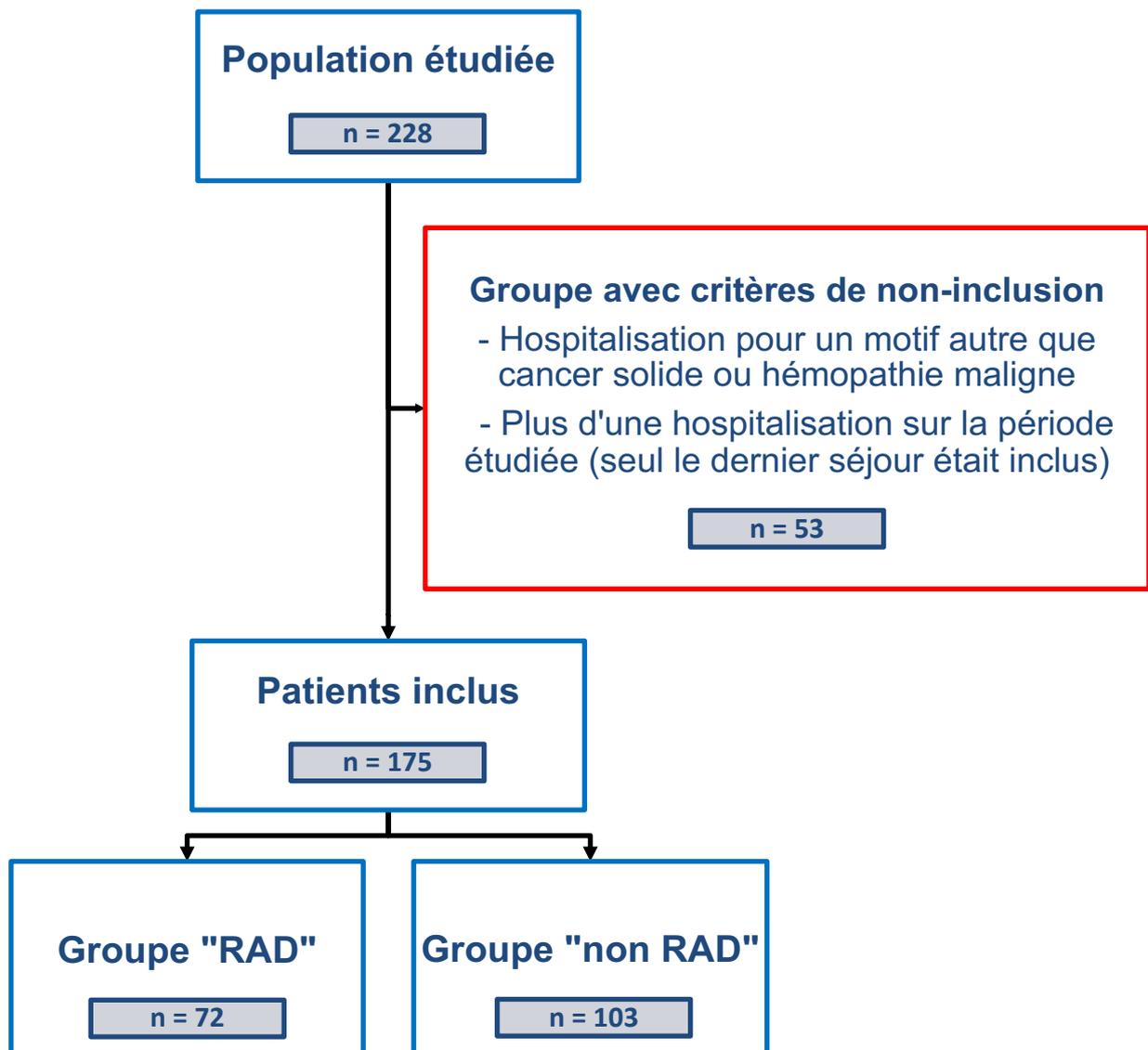


Figure 1 : Diagramme de flux des 175 patients inclus dans l'étude

Un total de 175 patients a constitué la cohorte de l'étude : 72 dans le groupe « retour à domicile » (RAD) et 103 dans le groupe « non retour à domicile » (non RAD).



III.2. Données démographiques de l'échantillon de patients

III.2.1. Age et sex-ratio

Le diagramme ci-dessous indique la répartition de la population des patients inclus dans cette étude selon le sex-ratio.

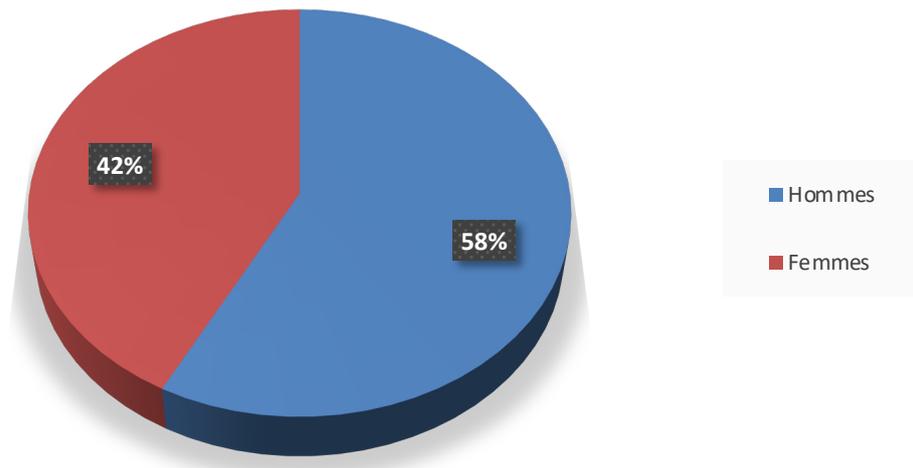


Figure 2 : Répartition de la population selon le sex-ratio

L'âge moyen de la série de patients est de 67,2 ans, le patient le plus jeune a 42 ans, tandis que le plus âgé a 93 ans. L'âge médian correspond à l'âge moyen puisqu'il est à 67 ans.

La population de l'étude est composée de 101 hommes, soit 58% ($n = 101/175$) et 74 femmes, soit 42% ($n = 74/175$). Le sex-ratio est de 1,36 ($n = 101/74$) en faveur des hommes.

III.2.2. Origine des patients

La carte suivante (figure 3) illustre l'origine géographique de la population étudiée.



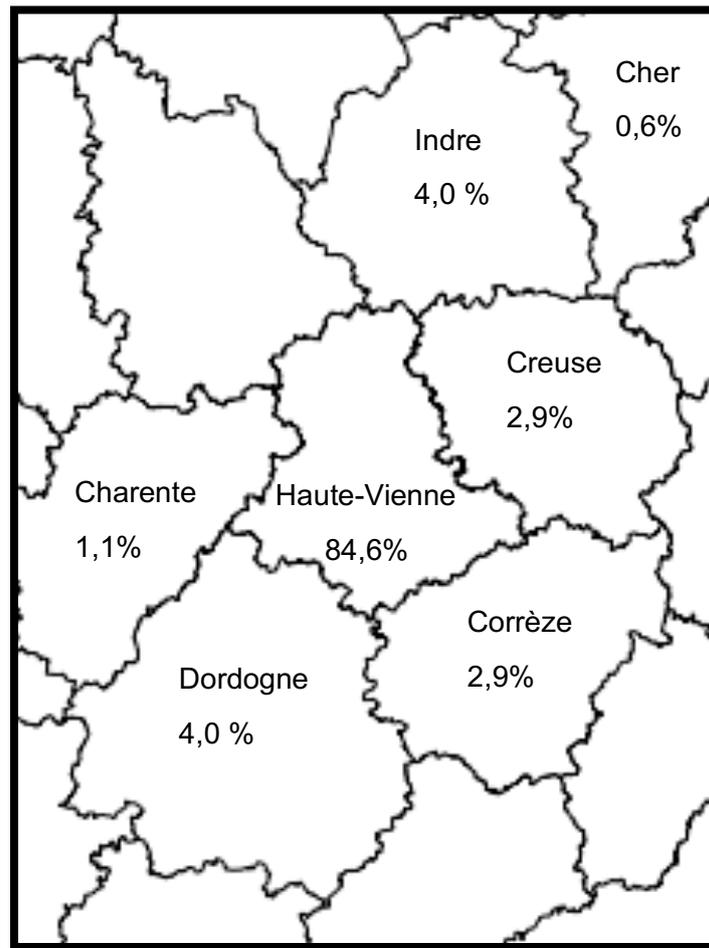


Figure 3 : Répartition départementale des patients de l'échantillon

La grande majorité des patients, 148 (84,6%), vient du département de la Haute-Vienne et principalement de Limoges. La plupart des autres patients vit dans les départements limitrophes, de la Corrèze 5 (2,9%), de la Creuse 5 (2,9%), de l'Indre 7 (4,0%), de la Dordogne 7 (4,0%), de la Charente 2 (1,1%) et du Cher 1 (0,6%).

Plus de 90% de notre population réside dans l'ancienne région Limousin (Haute-Vienne, Corrèze et Creuse).

Le diagramme suivant indique la répartition de la population selon la zone géographique de résidence définie par l'INSEE.



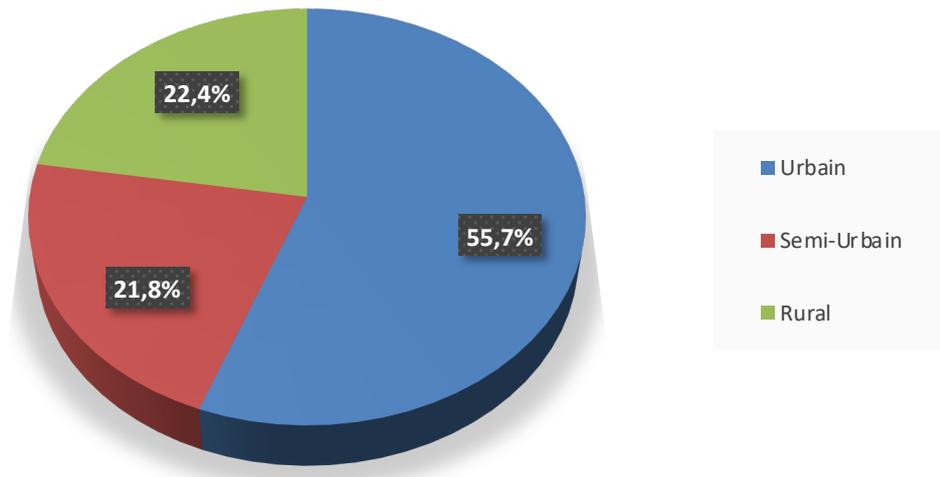


Figure 4 : Répartition de la population selon la zone géographique de résidence définie par l'INSEE

Concernant leur milieu de vie, plus de la moitié des patients de l'échantillon évaluable vit en milieu urbain soit 97 personnes (55,7%), 38 patients résident en zone semi-urbaine (21,8%), tandis que 39 vivent en zone rurale (22,4%) selon les critères définis par l'INSEE.

III.2.3. Catégories socio-professionnelles

Les catégories socio-professionnelles des patients de l'échantillon sont exposées en figure 5 ci-dessous (120 patients évaluables sur 175).

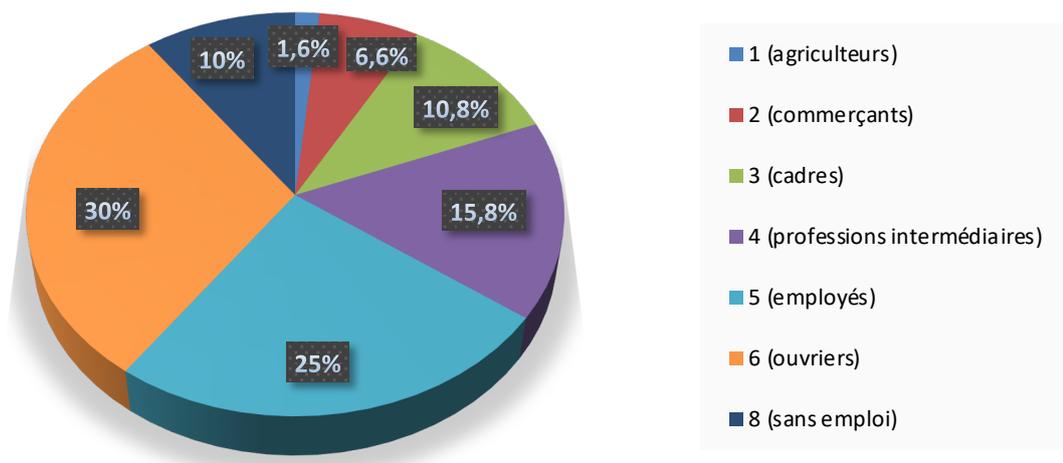


Figure 5 : Répartition de la population selon les catégories socio-professionnelles CSP-PCS INSEE 2003



Selon la nomenclature des catégories socio-professionnelles établie par l'INSEE en 2003, la catégorie la plus représentée dans notre étude est la catégorie 6, celle des ouvriers, par 36 patients (30%), puis la catégorie 5, les employés, comprend 30 patients (25%). Ensuite, la catégorie 4 des professions intermédiaires comporte 19 patients (15,8%), puis les cadres et professions intellectuelles supérieures de la catégorie 3 comprennent 13 patients (10,8%). Douze patients appartiennent à la catégorie 8 et sont sans emploi (10%), Seuls 8 patients font partie de la catégorie 2 des artisans, commerçants et chefs d'entreprise (6,6%) et enfin, 2 patients sont des agriculteurs exploitants de la catégorie 1 (1,6%).

Nous avons tenu compte de l'activité professionnelle antérieure si le patient est retraité et avons donc exclu la catégorie 7, celle des retraités.

III.2.4. Aidant principal

Le diagramme suivant montre la répartition de la population de l'étude selon le type d'aidant principal (figure 6).

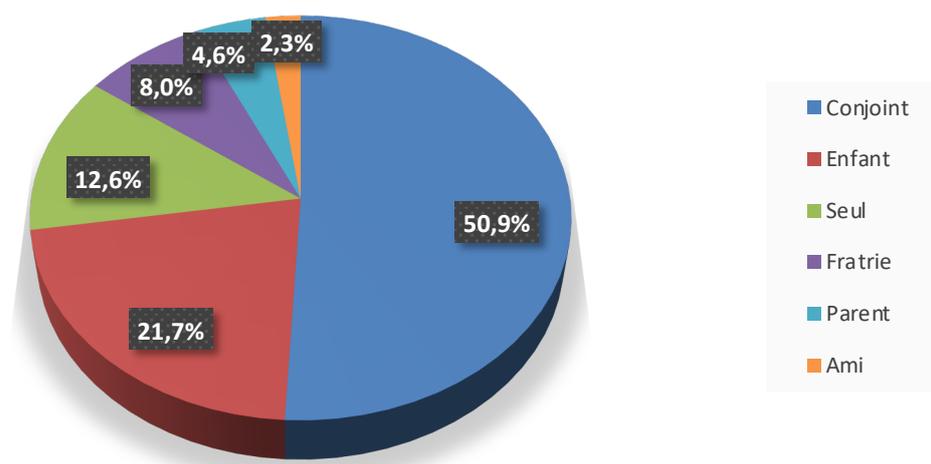


Figure 6 : Répartition de la population selon le type d'aidant principal

Le conjoint est l'aidant principal pour un peu plus de la moitié des patients de l'échantillon, cela concerne 89 malades (50,9%), il s'agit ensuite des enfants pour 38 patients (21,7%). 22 patients n'ont pas d'aidant et sont seuls, ils représentent 12,6% de l'effectif. Ensuite, la fratrie 14 (8,1%), les parents 8 (4,6%) et les amis 4 (2,3%), complètent les données concernant les aidants principaux des patients.



III.2.5. Pathologies des patients étudiés

La proportion des prises en charge en lien avec l'oncologie et l'hématologie reflète la prévalence de ces pathologies dans la population générale (figure 7).

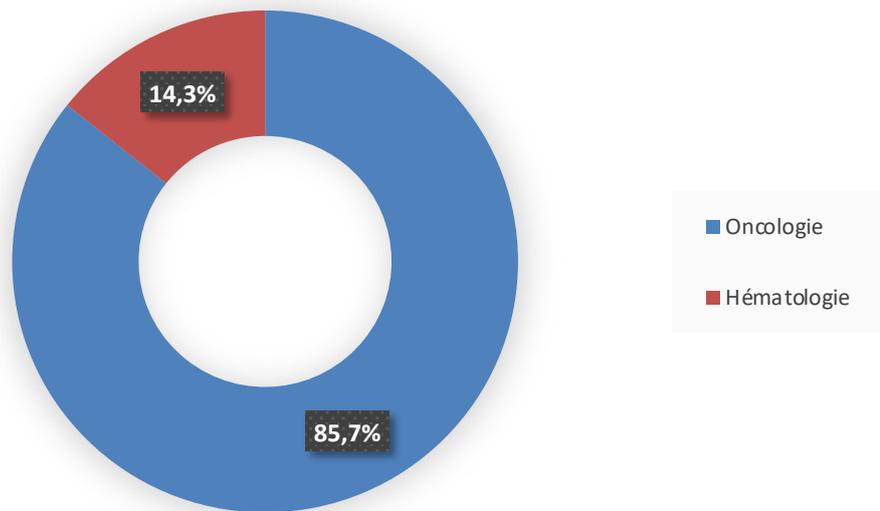


Figure 7 : Répartition de la population selon le type de pathologie

La majorité des patients étudiés dans l'échantillon souffre de pathologies oncologiques, soit 150 personnes de l'étude (85,7%) par rapport aux pathologies hématologiques qui touchent 25 malades (14,3%).

Le tableau 1 ci-dessous expose les différents types de néoplasie des patients de l'étude.



Tableau 1 : Répartition de la population selon le type de néoplasie

Type de néoplasie	Effectif	Pourcentage
Poumon	40	22,9%
Colorectal	18	10,3%
Digestif	16	9,2%
Sein	15	8,6%
Cérébral	14	8,0%
Lymphome	13	7,4%
Urologique	11	6,3%
ORL	10	5,7%
Autres	9	5,1%
Gynécologique	7	4,0%
Leucémie aigue	7	4,0%
Prostate	6	3,4%
Myélome multiple	5	2,9%
Pancréas	4	2,3%
Total	175	100%

Concernant les cancers solides, la pathologie retrouvée le plus fréquemment est le cancer du poumon chez 40 patients (22,9%), ensuite, le cancer colorectal pour 18 malades (10,3%), les autres cancers digestifs 16 (9,2%), les néoplasies mammaires 15 (8,6%), les tumeurs cérébrales 14 (8,0%), les cancers urologiques 11 (6,3%), les néoplasies ORL 10 (5,7%), les cancers « autres » 9 (5,1%), les cancers gynécologiques 7 (4,0%), les néoplasies de prostate 6 (3,4%) et les cancers du pancréas 4 (2,3%).

Pour les hémopathies malignes, les lymphomes sont retrouvés pour 13 patients (7,4%), ensuite les leucémies aigues pour 6 malades (3,4%), et enfin les myélomes multiples chez 5 patients (2,9%).



III.2.6. Caractéristiques médicales du patient hospitalisé

La répartition de la population selon le motif d'hospitalisation est décrite figure 8.

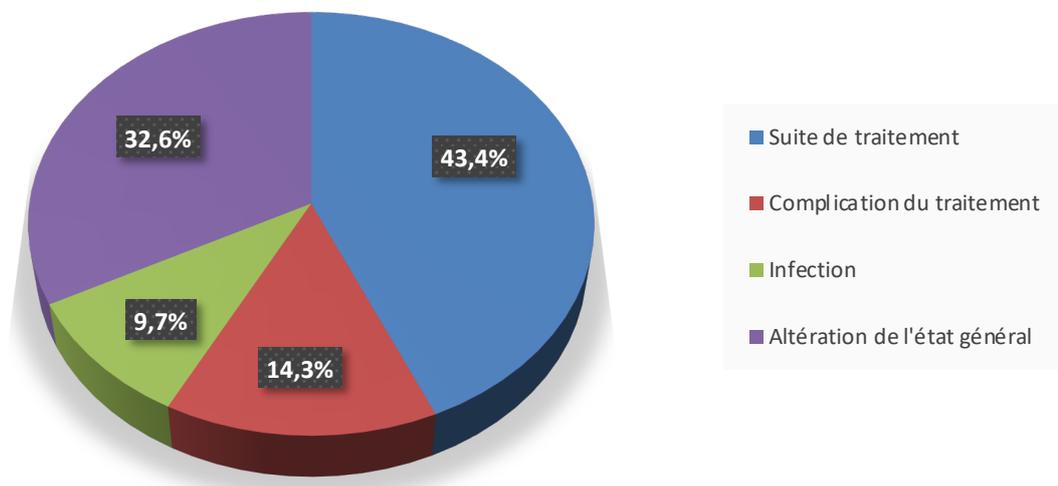


Figure 8 : Répartition de la population selon le motif d'hospitalisation dans le service

Concernant les motifs d'hospitalisation dans le service de SSR Onco-Hématologie, la plupart des patients, 76 (43,4%), est hospitalisée dans les suites de traitement spécifique oncologique ou hématologique.

Le deuxième motif d'hospitalisation est l'altération de l'état général (AEG) qui affecte 57 patients, soit 32,6% de l'effectif.

Ensuite, les complications du traitement spécifique concernent 25 malades (14,3%) et les infections 17 (9,7%), qui sont les autres motifs d'hospitalisation dans le service.

Soixante-quinze patients (42,9%) ont des antécédents ou comorbidités de dépression ou de démence, 100 patients (57,1%) en sont donc exempts.

Par rapport à l'EVA à l'entrée dans le service, la moyenne est à 1,2 ; pour le score de BRADEN, cette moyenne s'établit à 16,6.

Le Performans Status à l'admission dans le service a une valeur médiane à 3 (valeur moyenne à 2,6).

L'IMC moyen retrouvé à l'entrée dans le service s'établit à 23,2 kg/m² pour une valeur médiane à 22,5 kg/m². Le taux d'albumine moyen est à 28,4 g/L, les valeurs s'échelonnent de 13,6 g/L à 47,6 g/L et la valeur médiane est à 28,5 g/L.



III.2.7. Traitements du patient hospitalisé

Les traitements spécifiques réalisés dans les services d'Oncologie Médicale ou d'Hématologie Clinique sont répertoriés figure 9.

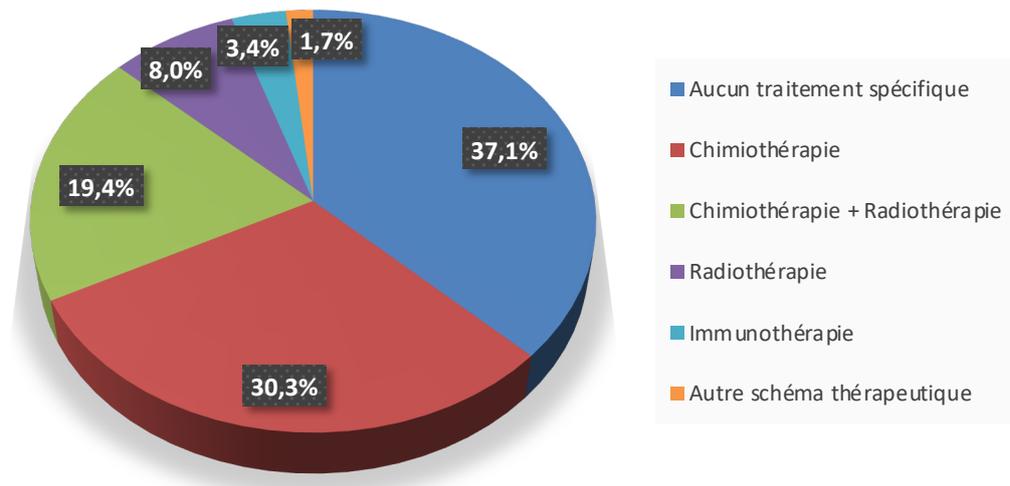


Figure 9 : Répartition de la population selon les traitements spécifiques

Une proportion importante de patients hospitalisés dans le service de SSR Onco-Hématologie soit 65 patients (37,1%), ne bénéficie pas ou plus de traitement spécifique à l'arrivée dans le service. Ce sont 53 patients (30,3%) qui ont été traités par une chimiothérapie seule, 34 patients (19,4%) par une association chimiothérapie-radiothérapie, 14 patients (8,0%) par une radiothérapie seule, 6 patients (3,4%) par une immunothérapie seule et 3 patients (1,7%) par un schéma thérapeutique autre.

Nous décrivons sur la figure suivante la répartition de la population selon la démarche thérapeutique envisagée.



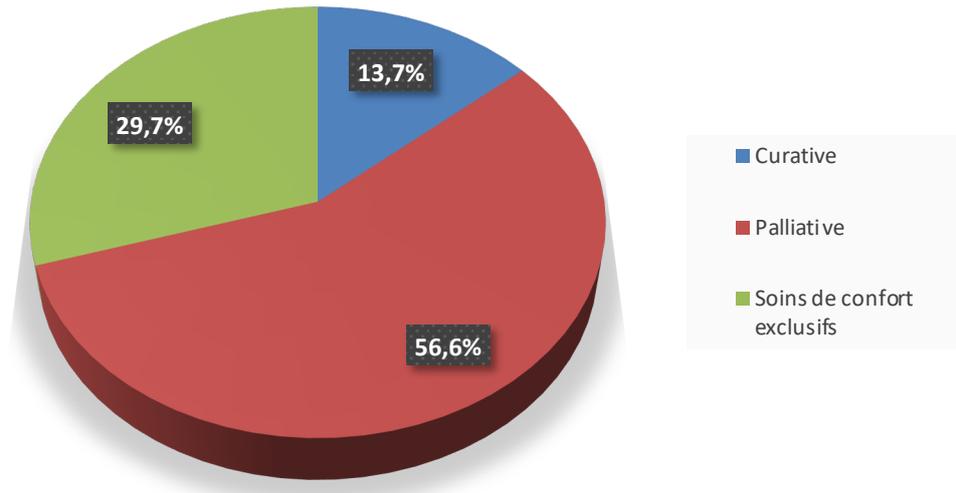


Figure 10 : Répartition de la population selon la démarche thérapeutique envisagée

Concernant le projet thérapeutique, il s'agit d'une démarche palliative pour 99 patients (56,6%), de soins de confort exclusifs pour 52 patients (29,7%). La démarche thérapeutique est curative pour 24 patients (13,7%).

Les résultats concernant le type de nutrition dont bénéficient les patients de l'étude sont présentés figure 11.

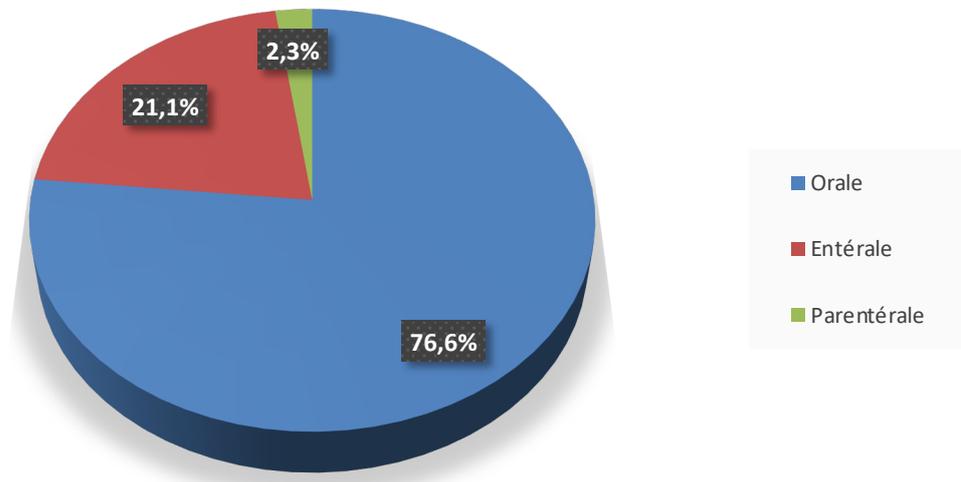


Figure 11 : Répartition de la population en fonction du type de nutrition

La nutrition des patients hospitalisés est principalement orale pour 134 patients (76,6%). Concernant la nutrition artificielle, elle est entérale chez 37 patients (21,1%) et parentérale pour 4 malades (2,3%).



III.2.8. Devenir du patient hospitalisé

Nous nous intéressons maintenant au devenir des patients (figure 12 et 13).

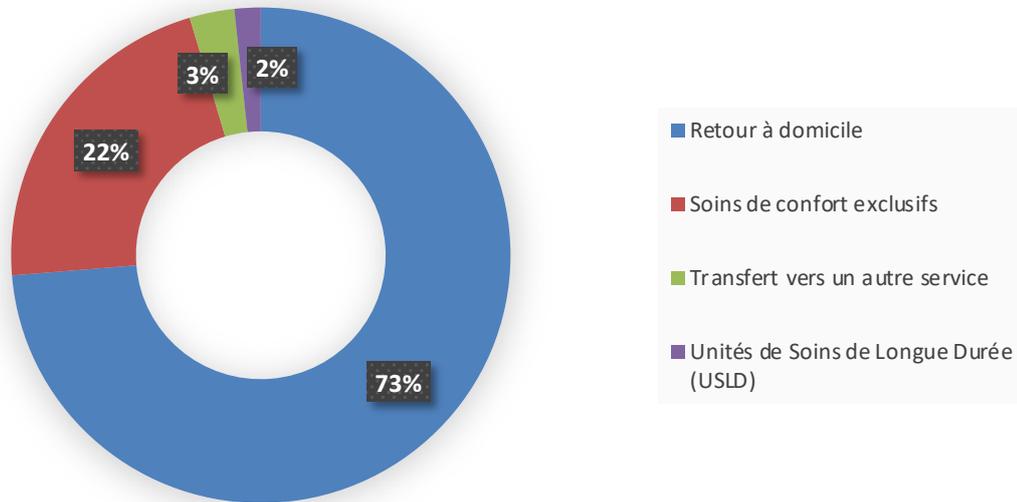


Figure 12 : Objectif de l'hospitalisation à l'entrée dans le service

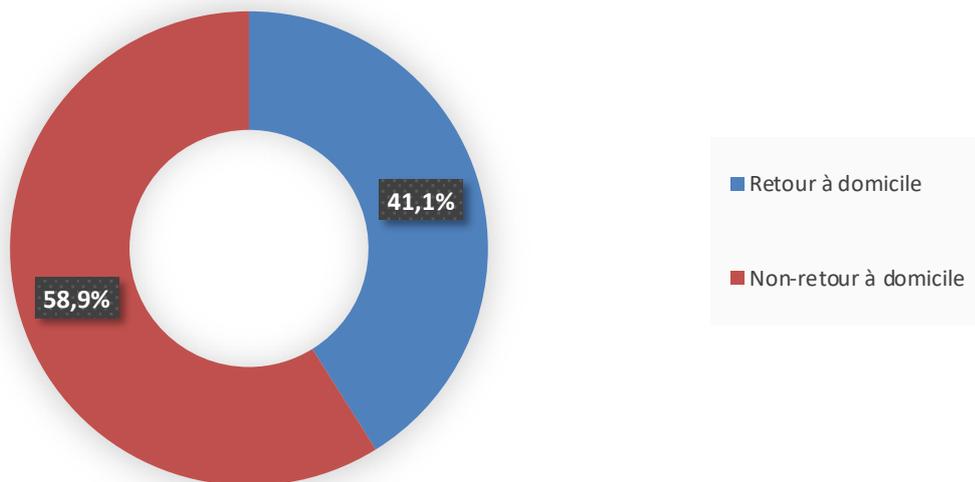


Figure 13 : Devenir effectif des patients en fin d'hospitalisation



L'objectif à l'entrée dans le service était un retour à domicile pour 129 patients (73,7%).

Pour 38 patients (21,7%), il s'agissait de soins de confort exclusifs hospitaliers.

Le transfert vers un autre service était déjà programmé pour 5 patients (2,9%) et le choix d'une USLD était prévu pour 3 patients (1,7%).

Finalement, le retour à domicile a été effectif pour 72 patients (41,1%) de notre série, tandis que 103 n'ont pas pu regagner leur domicile (58,9%).

Parmi les 72 patients qui ont regagné leur domicile, 14 l'ont fait par le biais d'une HAD (18,9%).

Concernant les 103 patients qui n'ont pas rejoint leur domicile, 68 sont décédés (66,0%), 25 (24,3%) ont été transférés dans les services aigus d'origine (Oncologie Médicale ou Hématologie Clinique), 6 patients (5,8%) ont été transférés en USLD, 4 (3,9%) ont été transférés dans le service de Soins Palliatifs.

Le nombre moyen de jours d'hospitalisation dans le service est de 38,2 jours, avec une valeur médiane à 31. L'équipe mobile de Soins Palliatifs (EMSP) a été contactée pour 40 patients (22,9%).

III.3. Résultats : objectif principal

L'objectif principal de cette étude est de déterminer les facteurs favorisant le retour à domicile des patients hospitalisés dans le service de SSR Onco-Hématologie du CHU de Limoges.

Les caractéristiques socio-démographiques des patients sont présentées dans le tableau 2.



Tableau 2 : Caractéristiques socio-démographiques des patients inclus

Facteurs	Tous les patients	Groupe RAD	Groupe non RAD	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Age	67,2 [57,0 – 77,4]	67,0 [57,5 – 76,5]	67,3 [56,7 – 77,9]	0,8526
Sexe				0,8898
Homme	101 (57,7)	42 (58,3)	59 (57,3)	
Femme	74 (42,3)	30 (41,7)	44 (42,7)	
Département				0,7815
Haute-Vienne (87)	148 (84,6)	58 (80,6)	90 (87,4)	
Indre (36)	7 (4,0)	4 (5,6)	3 (2,9)	
Dordogne (24)	7 (4,0)	4 (5,6)	3 (2,9)	
Corrèze (19)	5 (2,9)	2 (2,8)	3 (2,9)	
Creuse (23)	5 (2,9)	3 (4,2)	2 (1,9)	
Charente (16)	2 (1,1)	1 (1,4)	1 (1,0)	
Cher (18)	1 (0,6)	0 (0)	1 (1,0)	
Zone géographique				0,0064
Urbain	97 (55,7)	46 (64,8)	51 (49,5)	
Semi-urbain	38 (21,8)	7 (9,9)	31 (30,1)	
Rural	39 (22,4)	18 (25,4)	21 (20,4)	
CSP INSEE 2003				0,1902
6 (ouvriers)	36 (30,0)	15 (28,3)	21 (31,3)	
5 (employés)	30 (25,0)	13 (24,5)	17 (25,4)	
4 (intermédiaires)	19 (15,8)	6 (11,3)	13 (19,4)	
3 (cadres)	13 (10,8)	7 (13,2)	6 (9,0)	
8 (sans emploi)	12 (10,0)	5 (9,4)	7 (10,4)	
2 (artisans)	8 (6,7)	5 (9,4)	3 (4,5)	
1 (agriculteurs)	2 (1,7)	2 (3,8)	0 (0,0)	
Aidant principal				0,1264
Conjoint	89 (50,9)	37 (51,4)	52 (50,2)	
Enfant	38 (50,9)	17 (23,6)	21 (20,4)	
Seul	22 (12,8)	5 (6,9)	17 (16,5)	
Fratrerie	14 (8,0)	9 (12,5)	5 (4,9)	
Parent	8 (4,6)	3 (4,2)	5 (4,9)	
Autre	4 (2,3)	1 (1,4)	3 (2,9)	



Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes dans la distribution de l'âge, du genre, et des catégories socio-professionnelles définies par l'INSEE.

En revanche, on retrouve une différence statistiquement significative de non retour à domicile des patients selon leur zone géographique ($p = 0,0064$), en particulier influencée par les populations semi-urbaines (9,9% contre 30,1%), par rapport aux populations urbaines et rurales.

Il n'y a cependant pas de différence inter-départementale du lieu de résidence ($p = 0,7815$).

La catégorie socio-professionnelle du patient selon la nomenclature INSEE de 2003 n'est pas un facteur statistiquement discriminant entre les deux groupes de patients ($p = 0,1902$).

Le type d'aidant principal n'est pas non plus un facteur statistiquement influant ($p = 0,1264$) entre les deux groupes.

Le tableau 3 ci-dessous caractérise les pathologies cancéreuses des patients de l'échantillon.

Tableau 3 : Pathologies cancéreuses des patients inclus

Facteurs	Tous les patients n (%)	Groupe RAD n (%)	Groupe non RAD n (%)	p
Pathologie				0,4517
Oncologique	150 (85,7)	60 (83,3)	90 (87,4)	
Hématologique	25 (14,3)	12 (16,7)	13 (12,6)	
Type de néoplasie				0,4826
Poumon	40 (22,9)	13 (18,1)	27 (26,2)	
Colorectal	18 (10,3)	6 (8,3)	12 (11,7)	
Digestif	16 (9,2)	6 (8,3)	10 (9,7)	
Sein	15 (8,6)	8 (11,1)	7 (6,8)	
Cérébral	14 (8,0)	7 (9,7)	7 (6,8)	
Lymphome	13 (7,4)	8 (11,1)	5 (4,9)	
Urologique	11 (6,3)	4 (5,6)	7 (6,8)	
ORL	10 (5,7)	7 (9,7)	3 (2,9)	
Autres	9 (5,1)	5 (6,9)	4 (3,9)	
Gynécologique	7 (4,0)	2 (2,8)	5 (4,9)	
Leucémie aigue	7 (4,0)	2 (2,8)	5 (4,9)	
Prostate	6 (3,4)	2 (2,8)	4 (3,9)	
Myélome multiple	5 (2,9)	2 (2,8)	3 (2,9)	
Pancréas	4 (2,3)	0 (0)	4 (3,9)	



Le fait que la pathologie relève de l'Oncologie ou de l'Hématologie n'est pas un facteur discriminant entre les deux groupes de patients ($p = 0,4517$), de même que le type de néoplasie ($p = 0,4826$).

Nous présentons dans le tableau 4 les caractéristiques des patients inclus, l'influence du motif d'hospitalisation, des antécédents de dépression ou de démence, de l'EVA, du score de BRADEN, du PS, de l'IMC et du taux d'albumine à l'admission.

Tableau 4 : Caractéristiques médicales des patients inclus

Facteurs	Tous les patients n (%)	Groupe RAD n (%)	Groupe non RAD n (%)	p
Motif d'hospitalisation				0,0006
Suite de traitement	76 (43,4)	34 (47,2)	42 (40,8)	
Altération de l'état général	57 (32,6)	12 (16,7)	45 (43,7)	
Complication de traitement	25 (14,3)	16 (22,2)	9 (8,7)	
Infection	17 (9,7)	10 (13,9)	7 (6,8)	
Antécédent ou comorbidité de dépression et / ou démence				0,7902
Oui	75 (42,9)	30 (41,7)	45 (43,7)	
Non	100 (57,1)	42 (58,3)	58 (56,3)	
EVA à l'entrée dans le service	1,2 [0 – 3,5]	1,5 [0 – 4,2]	1,0 [0 – 3,0]	0,2473
Score de BRADEN à l'admission	16,6 [12,9 – 20,3]	17,4 [14,1 – 20,7]	15,9 [12,1 – 19,7]	0,0621
PS à l'admission	2,6 [1,6 – 3,6]	2,1 [1,2 – 3,0]	3,0 [2,1 – 3,9]	< 0,0001
IMC à l'admission	23,2 [18,4 – 28,0]	24,1 [18,8 – 29,4]	22,5 [18,1 – 26,9]	0,0286
Taux d'albumine à l'admission	28,4 [21,9 – 34,9]	32,3 [27,1 – 37,5]	25,6 [19,7 – 31,5]	< 0,0001

Il existe une différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant le motif d'hospitalisation ($p = 0,0006$) : l'altération de l'état général lors de l'admission au SSR est un facteur discriminant en faveur du non RAD, contrairement à l'infection et aux complications de traitement.

Les patients qui regagnent leur domicile ont un meilleur Performans Status à l'admission (moyenne de 2,1 contre 3,0, $p < 0,0001$).



L'IMC est significativement moins diminué chez les patients dans le groupe « retour à domicile » avec une moyenne de 24,1 kg/m² contre 22,5 kg/m², (p = 0,0286) tout comme le taux d'albumine avec une moyenne de 32,3 g/L contre 25,6 g/L (p < 0,0001) par rapport à l'autre groupe.

Le score de BRADEN initial, score de fragilité clinique, est de 17,4 contre 15,8 (p = 0,0621), émet une tendance sans être statistiquement significatif. Ce score, s'échelonnant de 6 à 23, est d'autant plus bas que le patient est fragile (annexe 4). Les patients retournant à domicile ont tendance à être moins fragiles que les autres et à avoir un score de BRADEN plus élevé.

L'EVA initiale n'est pas un élément discriminant entre les deux groupes (p = 0,2473).

Le projet de soins influence le retour à domicile comme indiqué dans le tableau 5.

Tableau 5 : Traitement des patients inclus

Facteurs	Tous les patients n (%)	Groupe RAD n (%)	Groupe non RAD n (%)	p
Traitement spécifique				< 0,0001
Aucun	65 (37,1)	10 (13,9)	55 (53,4)	
CT seule	53 (30,3)	29 (40,3)	24 (23,3)	
CT + RT	34 (19,4)	20 (27,8)	14 (13,6)	
RT seule	14 (8,0)	6 (8,3)	8 (7,8)	
Immunothérapie	6 (3,4)	4 (5,6)	2 (1,9)	
Autre schéma	3 (1,7)	3 (4,2)	0 (0)	
Démarche thérapeutique				< 0,0001
Palliative	99 (56,6)	51 (70,8)	48 (46,6)	
Soins de confort	52 (29,7)	5 (6,9)	47 (45,6)	
Curative	24 (13,7)	16 (22,2)	8 (7,8)	
Type de nutrition				0,1489
Per os	134 (76,6)	59 (81,9)	75 (72,8)	
Entérale	37 (21,1)	13 (18,1)	24 (23,3)	
Parentérale	4 (2,3)	0 (0)	4 (3,9)	

Concernant les traitements des patients inclus dans notre étude, il existe une différence significative entre les deux groupes du fait de bénéficier d'un traitement spécifique pour 13,9% des patients contre 53,4% (p < 0,0001). Les patients qui regagnent leur domicile bénéficient plus souvent d'un traitement spécifique.



De même la démarche thérapeutique, qu'elle soit curative ou palliative est un facteur statistiquement significatif pour le retour à domicile ($p < 0,0001$) par rapport aux soins de confort exclusifs.

Le type de nutrition n'est pas un facteur statistiquement significatif entre les deux groupes ($p = 0,1489$).

Nous présentons dans le tableau 6 le devenir des patients inclus dans l'étude.

Tableau 6 : Devenir des patients inclus

Facteurs	Tous les patients n (%)	Groupe RAD n (%)	Groupe non RAD n (%)	p
Nombre de jours d'hospitalisation	38,2 [5,4 – 71]	44,3 [11,3 – 77,3]	34,0 [1,9 – 66,1]	0,0408
Contact de l'EMSP				0,0064
Oui	40 (22,9)	9 (12,5)	31 (30,1)	
Non	135 (77,1)	63 (87,5)	72 (69,9)	
Objectif initial de l'hospitalisation				< 0,001
RAD	129 (73,7)	70 (97,2)	59 (57,3)	
Soins de confort	38 (21,7)	2 (2,8))	36 (35,0)	
Transfert	5 (2,9)	0 (0)	5 (4,9)	
Institution	3 (1,7)	0 (0)	3 (2,9)	

Le nombre de jours d'hospitalisation dans le service est significativement plus élevé chez les patients qui rejoignent leur domicile, avec une moyenne de 44,3 contre 34,0 ($p = 0,04$).

L'EMSP est plus fréquemment contactée chez les patients du groupe non RAD ($p = 0,0064$).

Enfin, par rapport à l'objectif initial de l'hospitalisation, on peut noter une très forte différence entre les deux groupes, les patients rentrant à domicile étant premièrement ceux qui le souhaitent au début de l'hospitalisation en accord avec l'équipe médicale et paramédicale. A l'inverse, les patients pris en charge pour des soins de confort exclusifs bénéficient d'une prise en charge nettement plus hospitalière.

III.4. Résultats secondaires

III.4.1. Analyse multivariée

Pour l'analyse multivariée par régression logistique, les variables suivantes ont été sélectionnées pour être incluses dans le modèle. Il s'agit du sex-ratio, du PS à l'admission, de



l'IMC, du taux d'albumine, du nombre de jours d'hospitalisation, de la zone géographique de résidence (rural / urbain / semi-urbain), du motif d'hospitalisation, du traitement spécifique, de la démarche thérapeutique et le contact de l'EMSP.

Le modèle final obtenu comportait le sex-ratio, le PS à l'admission, le taux d'albumine et le motif d'hospitalisation.

Ces résultats sont présentés dans le tableau 7.

Tableau 7 : Analyse multivariée par régression logistique du retour à domicile

Facteurs	Effectif	p	Odds-ratio	IC 95%
PS à l'admission	174	0,0049	0,497	[0,305 – 0,809]
Taux d'albumine	169	< 0,0001	1,231	[1,134 – 1,338]
Motif d'hospitalisation :				
- complication vs AEG	25	0,0030	6,962	[1,934 – 25,065]
- infection vs AEG	17	0,0155	6,202	[1,415 – 27,183]
- suite de traitement vs AEG	76	0,9177	1,056	[0,375 – 2,977]
Sex-ratio : H vs F	101	0,6905	0,845	[0,369 – 1,936]

Une amélioration du PS d'un point entraîne une augmentation des chances de RAD de 50%.

Concernant le taux d'albumine, on peut dire que l'augmentation d'un point de ce taux entraîne une augmentation des chances de RAD de 23%.

Pour le motif d'hospitalisation :

- complication *versus* AEG : le fait d'être admis pour une complication de traitement spécifique donne 7 fois (ou 700%) plus de chances de RAD par rapport à une hospitalisation pour AEG.
- infection *versus* AEG : le fait d'être admis pour une infection donne 6,2 fois (ou 620%) plus de chances de RAD par rapport à une hospitalisation pour AEG.
- suite de traitement *versus* AEG : il n'y a pas de différence statistiquement significative mise en évidence entre une hospitalisation pour suite de traitement par rapport à une hospitalisation pour AEG.



III.4.2. Comparaison entre le groupe « Oncologie » et le groupe « Hématologie »

Une analyse statistique comparative a été effectuée entre les deux groupes de patients provenant des services d'Oncologie Médicale et d'Hématologie Clinique.

Une différence statistiquement significative a été mise en évidence entre les deux groupes concernant l'âge ($p = 0,0192$), les patients d'oncologie du service étant généralement plus jeunes que ceux d'hématologie.

Le facteur nutritionnel est significativement discriminant ($p = 0,0460$). Les patients d'oncologie bénéficient plus souvent de nutrition entérale.

Le contact avec l'EMSP est aussi un facteur significatif discriminant entre les deux groupes ($p = 0,0153$), l'EMSP étant plus souvent sollicitée pour les patients d'oncologie.

Aucune différence statistiquement significative entre les deux groupes n'a été mise en évidence par rapport à la zone géographique de résidence ($p = 0,7072$), au département ($p = 0,2633$), aux catégories socio-professionnelles ($p = 0,1227$), à l'IMC ($p = 0,1301$), au taux d'albumine ($p = 0,2910$), aux antécédents ou comorbidités de dépression ou de démence ($p = 0,9007$), au PS à l'admission ($p = 0,1407$), à l'EVA ($p = 0,7129$), au score de BRADEN ($p = 0,4372$), au nombre de jours d'hospitalisation dans le service ($p = 0,7078$), au type d'aidant principal ($p = 0,6045$), au motif d'hospitalisation dans le service ($p = 0,5921$) et à la démarche thérapeutique ($p = 0,2684$).



IV. Discussion

Dans cette étude rétrospective, nous avons mis l'accent sur les facteurs favorisant le retour à domicile des patients hospitalisés dans le service de SSR Onco-Hématologie du CHU de Limoges.

Les principaux facteurs retrouvés dans l'étude univariée sont un Performans Status (PS) non altéré, un indice de masse corporelle (IMC) conservé, un taux d'albumine non diminués, une durée d'hospitalisation allongée. Cela concerne les patients n'habitant pas les zones semi-urbaines, avec un motif d'hospitalisation autre qu'une altération de l'état général. D'autres facteurs sont également mis en évidence comme le fait de bénéficier d'un traitement spécifique du cancer et une démarche thérapeutique autre que des soins de confort exclusifs.

L'analyse multivariée a permis de mettre en évidence parmi ces variables significatives, trois facteurs principaux ayant un lien fort avec le retour à domicile : un Performans Status peu altéré à l'admission, un taux d'albumine peu diminué à l'entrée dans le service et un motif d'hospitalisation autre qu'une altération de l'état général relevé par le médecin de soins aigus.

Un des principaux résultats de notre étude est la proportion de retour à domicile de 41%. Des valeurs plus élevées (jusqu'à 55%) sont retrouvées dans d'autres études comparant des populations plutôt en fin de vie [49,50]. La volonté du patient de retour à domicile reste un élément majeur de cette étude, En effet, à l'admission, 73,7% des patients souhaitaient un retour à domicile. Ceci est un paramètre majeur retrouvé dans la littérature [51,52].

Le respect des souhaits du patient par le médecin et l'équipe paramédicale, permet de préserver l'autonomie du patient en le valorisant [53]. Ces choix surviennent souvent dans un contexte de perte d'autonomie physique et de dépendance aux autres qui peuvent être vécues par le patient comme une atteinte à sa dignité responsable d'une souffrance supplémentaire ; le choix du patient est alors primordial [54].

Pour des patients atteints d'un cancer avancé, une étude de 2015 montre que la probabilité de retour à domicile est liée au Performans Status et/ou à l'indice de Karnofsky [55], concordant avec les résultats de notre étude, où un PS peu altéré est un paramètre clé du retour à domicile. Nous montrons dans notre étude que l'amélioration du PS d'un point augmente les chances de retour à domicile de 50%. Une analyse prospective américaine de 2000 montre également que des patients plus jeunes avec des aidants plus jeunes rentrent à domicile plus souvent. Ils ont un meilleur PS et un Mini-Mental State Examination (MMSE) non altéré [56]. A ce propos, nous ne mettons pas en évidence dans notre étude de facteur significatif concernant les antécédents dépressifs ou de démence.

Concernant les aidants, nous n'avons pas retrouvé de différence entre les deux groupes en lien avec le type d'aidant, même pour les personnes vivant seules ($p = 0,1264$). Ceci va à l'inverse des données de la littérature quasi unanimes sur le fait que la présence d'un aidant à domicile est indispensable [51,57]. Ces données sont retrouvées dans des études en rapport avec la fin de vie et les soins de confort exclusifs. En effet, dans une importante revue de la littérature de 2006 incluant 58 études avec plus d'un million et demi de patients de treize pays, six facteurs sont associés à un décès survenant à domicile : la perte d'autonomie du patient, son choix de retour à domicile, le soutien des proches, l'intensité du soutien des proches, le fait de vivre avec des proches et un soutien familial étendu [57].



Une étude prospective d'observation de 2010 [49], incluant des patients en fin de vie hospitalisés souhaitant regagner leur résidence habituelle, montre que 75% des patients retournent sur leur lieu de vie quand l'aidant principal n'est pas un proche contre 52% des patients avec un entourage resserré.

Le motif d'hospitalisation dans le service est une donnée importante de l'étude puisqu'il s'agit d'un des trois paramètres ayant un lien fort avec le retour à domicile. Les patients hospitalisés pour un autre motif qu'une altération de l'état général, notamment une complication du traitement spécifique ou une infection, regagnent plus souvent leur domicile. En effet, dans notre étude, les patients hospitalisés pour une altération de l'état général ont une forte probabilité de décès (60%), en accord avec la littérature [58]. Une étude sur les usages hospitaliers en Ontario sur plus de 200 000 patients atteints de cancer, décédés entre 1986 et 1998, indique que moins de 10% des patients ne sont pas hospitalisés dans les six derniers mois de leur vie et que le taux d'hospitalisation augmente de façon spectaculaire avec le risque de décès [59]. D'autres études européennes vont également dans ce sens, comme une étude belge de 2007 qui confirme le caractère significatif du motif d'hospitalisation [60].

La plupart des comparaisons avec la littérature disponible se font avec des services aigus d'Oncologie ou d'Hématologie comme une étude américaine de 2013 montrant qu'une hospitalisation non programmée pour un cancer avancé est prédictive d'une survie moyenne d'un peu moins de six mois [61]. On peut rapprocher cette notion d'hospitalisation « programmée » avec les hospitalisations pour « traitement » ou « complication de traitement » dans notre étude, à l'inverse des hospitalisations non programmées de type « altération de l'état général », grevées d'un pronostic plus sombre.

En ce qui concerne les paramètres nutritionnels des patients, il est important de noter que le PS n'évalue pas l'état nutritionnel [62]. L'IMC est un paramètre intéressant, mais qui manque de sensibilité et de spécificité. L'évolution de la perte de poids est un paramètre plus pertinent, cependant difficile à mettre en évidence dans les données recueillies, et souvent peu réalisé pour les patients de SSR Onco-Hématologie.

La Société Francophone Nutrition Clinique et Métabolisme (SFNEP) définit la perte de poids par rapport au poids antérieur comme un des paramètres nutritionnels qui altère le plus le pronostic, chez les patients atteints de cancer. D'une part, une perte de poids de plus de 5% augmente le risque de survenue de complications post-opératoires et de toxicités de chimiothérapie ou de radiothérapie ; d'autre part, elle diminue la survie et altère la qualité de vie [63].

Le taux d'albumine est le troisième paramètre très discriminant entre nos deux groupes avec des moyennes à 32,3 g/L pour le groupe RAD contre 25,6 g/L pour le groupe non RAD ($p < 0,0001$). Nos résultats indiquent que l'augmentation d'un point du taux d'albumine augmente le taux de RAD de 23%. Il s'agit cependant d'une donnée biologique très sensible au syndrome inflammatoire contemporain de la pathologie néoplasique. Selon la SFNEP, le seuil d'hypoalbuminémie se situe à 35 g/L en Oncologie Médicale en tant que facteur pronostique. En cas de dosage d'albuminémie, il est donc recommandé de doser la protéine C-réactive qui est un facteur de morbidité associé. Le dosage du taux d'albumine n'est pas recommandé à titre systématique en raison des nombreux paramètres influant sur sa valeur, elle est en revanche proposée systématiquement dans les situations chirurgicales en préopératoire des cancers. Le dosage du taux de pré-albumine n'est pas recommandé dans ces situations.



Une évaluation nutritionnelle optimale pour un patient atteint de cancer comprend : une pesée systématique, le pourcentage de perte de poids, le calcul de l'IMC, l'évaluation des ingesta et éventuellement le dosage du taux d'albumine (dans les situations chirurgicales) [63]. Cette évaluation est réalisée de façon optimale dans le service de SSR Onco-Hématologie, comme en témoigne l'exhaustivité des informations disponibles lors du recueil de données ayant donné lieu à notre étude.

Deux études japonaises de 2009 et 2014 mettent en avant la prise par voie orale comme facteur déterminant du retour à domicile des patients atteints de cancer principalement en soins palliatifs [64,65] par rapport à l'absence de prise par voie orale. Nous ne mettons pas en évidence de différence statistiquement significative entre les différents types de nutrition (orale, entérale ou parentérale) et le retour à domicile.

Une prise en charge palliative précoce et la mise en œuvre d'une démarche de retour à domicile anticipée aident à un retour à domicile plus rapide [51,66], ce que renforcent les dernières conclusions de l'ASCO de 2018 [67]. Dans notre analyse, à l'inverse, le contact de l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) est associé au non RAD, probablement par la gestion par l'EMSP de soins plus complexes mis en œuvre plus aisément en structure hospitalière, et la gestion de douleurs réfractaires principalement chez les patients en fin de vie. Certains travaux montrent, comme dans notre cas, qu'une intervention d'une structure spécialisée en soins palliatifs précoce n'est pas prédictive d'un retour à domicile plus rapide [68].

Concernant nos résultats sur la durée d'hospitalisation, ils sont plutôt inattendus, du fait que les patients rejoignant leur domicile ont une durée d'hospitalisation préalable au RAD plus longue que ceux du groupe non RAD. Un des biais de notre étude est la durée d'hospitalisation plus courte des patients décédés dans le service (32 jours en moyenne), ce qui diminue de fait la durée de séjour moyenne du groupe non RAD.

La durée d'hospitalisation moyenne est établie à 38,2 jours, durée supérieure à la moyenne nationale qui est de 31 jours dans les autres SSR [37]. Le fait d'avoir tenu compte du dernier séjour seulement pour les patients ayant eu plusieurs hospitalisations et donc étant rentrés à leur domicile, augmente la durée moyenne d'hospitalisation de notre étude. Les données du PMSI du CHU de Limoges retrouvent une durée moyenne de séjour (DMS) réelle du service à 30,3 jours donc sensiblement inférieure aux 38,2 jours de notre étude prenant en compte les critères de non-inclusion. Ces patients non-inclus dans l'étude ne sont souvent hospitalisés que quelques jours avant ou après leur cure de chimiothérapie dans la plupart des cas avant de regagner leur domicile. Cette donnée est donc à modérer au regard des critères de non-inclusion de notre étude. A l'inverse, dans la littérature, une durée d'hospitalisation prolongée est associée à une surmortalité, mais principalement chez les personnes âgées atteintes de cancer [69]. Elle ne semble pas avoir d'incidence quand il s'agit d'une Unité de Soins Palliatifs [64,70].

La pathologie principale du patient n'est pas un facteur significatif pour le retour à domicile en accord avec les données de la littérature ($p = 0,48$) [51], tout comme la pathologie du patient de type cancer solide ou hémopathie maligne ($p = 0,45$). Nous n'avons pas trouvé de différences majeures lors de la comparaison des deux sous-groupes de patients d'oncologie et d'hématologie, les deux groupes étant relativement comparables en dehors de l'âge.

Concernant l'origine géographique des patients, il n'y pas de différence inter-départementale entre les deux groupes. Cependant les résultats sont inattendus par rapport à la zone de



résidence quant au fait que les patients vivant en zone semi-urbaine regagnent moins leur lieu de vie que les patients en zone rurale ou en zone urbaine. Une autre thèse française [70] ne met pas en évidence de différence entre les trois milieux de vie pour un retour à domicile après un séjour en unité de soins palliatifs.

Les critères socio-démographiques, l'âge et le sexe, tout comme l'activité professionnelle des patients de notre étude ne sont pas des facteurs influençant le retour à domicile, ce que nous retrouvons dans les données de la littérature [49]. Les antécédents ou comorbidités de dépression ou de démence ne favorisent pas le retour à domicile des patients également, en accord avec les données observées dans d'autres études [64].

Le niveau de fragilité du patient ne favorise pas non plus son retour à domicile, ce que l'on peut rapprocher du score de BRADEN [49], méthode de calcul du risque d'apparition d'escarre. Cette échelle est beaucoup utilisée aux États-Unis. Son intérêt réside dans sa simplicité et sa validation dans de nombreuses études internationales [71]. Nous pouvons remarquer dans notre étude une certaine tendance ($p = 0,06$), montrant que nos patients les moins fragiles quittent l'hôpital plus souvent que les autres.

Notre étude concède néanmoins certaines limites : en effet, elle présente une population de patients plutôt jeunes avec des pathologies lourdes ne pouvant regagner dans l'immédiat leur domicile après une prise en charge dans les services d'Oncologie Médicale et d'Hématologie Clinique. Cette population présente des situations cliniques disparates, de pathologies diverses, en cours de traitement spécifique ou non. Certaines démarches sont curatives, d'autres palliatives ou terminales. Tout cela rend notre population difficilement comparable à d'autres groupes du fait de son hétérogénéité et constitue un biais important de notre étude.

Le département de la Haute-Vienne d'où proviennent près de 85% des patients est également atypique : il a comme principal pôle urbain Limoges et son agglomération, regroupant plus de la moitié de la population départementale, le reste du département étant quasi exclusivement rural [72]. L'ancienne région Limousin est composée d'une population des plus âgées de France voire d'Europe.

Par ailleurs, il existe davantage de séjours d'Hématologie en réalité que ceux comptabilisés dans notre étude, en raison des nombreuses hospitalisations de jour, alternées avec les séjours au SSR. En effet, nombreux sont ces patients qui bénéficient de schémas thérapeutiques séquentiels, nécessitant parfois de multiples hospitalisations au SSR. Cependant, seul le dernier séjour hospitalier est comptabilisé selon les critères de non-inclusion de l'étude. Parmi les 53 séjours non-inclus dans l'étude, 29 (54,7%) correspondent à des hospitalisations pour hémopathie maligne, mettant en évidence la proportion importante de séjours d'Hématologie non-inclus dans l'étude.

La population globale de cette étude présente également des problématiques psycho-sociales difficiles à mettre en évidence, interagissant pleinement avec les problématiques médicales dans le questionnement du retour à domicile : problématiques d'emploi, ressources financières...



La population étudiée a été choisie dans un service de SSR spécifique à l'oncologie et l'hématologie ; ce type de structure connaît et est amenée à connaître une évolution dans les prochaines années, s'adaptant au paysage sanitaire en transformation.

Depuis 2016 et l'article 78 de la loi de financement de la Sécurité Sociale, la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation vise à mettre en place un modèle de financement plus équitable, commun aux secteurs public et privé, et adapté aux spécialités de ces prises en charge. Elle repose sur un modèle mixte qui associe une part de financement à l'activité et des financements forfaitaires permettant de prendre en compte les besoins spécifiques des SSR [73]. Ces structures bénéficient d'un nouveau système de financement fondé sur une dotation modulée à l'activité qui doit être mis en place de manière progressive en vue de permettre l'appropriation du nouveau modèle et sa mise en œuvre dans les meilleures conditions possibles d'ici à 2022.

Certaines critiques envers les soins de suite se font entendre outre-atlantique, notamment une récente étude américaine [74] qui a été réalisée dans l'objectif d'évaluer les orientations de sortie d'hospitalisation et l'évolution ultérieure de patients en phase avancée d'un cancer. La comparaison a été faite entre « hospices » (unités de soins palliatifs), « post acute care » (unités de SSR) et domicile. Les critères prédictifs d'orientation des 932 patients inclus ont été évalués et l'orientation de sortie s'est faite majoritairement vers le domicile (77,9% des patients), 12,7% en soins de suite et 9,4% en unités de soins palliatifs. L'incidence de l'ensemble des symptômes (fatigue, douleur, troubles digestifs, dyspnée ou souffrance psychologique) a été moins élevée chez les patients au domicile. Ces valeurs ont été similaires entre SSR et USP. Les critères de sortie au domicile ont été : un âge jeune, une durée moyenne de séjour courte et l'absence de consultation de soins palliatifs avant la sortie. Tous les autres critères de l'étude ont été en faveur d'une orientation vers une unité de soins palliatifs. La survie a été nettement inférieure pour ces derniers patients. Les patients en SSR ont eu un même risque de réhospitalisation, un contrôle des symptômes moins efficace et une survie moins bonne en comparaison des patients au domicile. Ces résultats mettent donc en balance l'intérêt des SSR, car cette étude propose en fonction des caractères prédictifs, de préférer le domicile pour la majorité des patients et d'orienter les autres en USP en cas de facteur prédictif péjoratif et de nécessité d'hospitalisation.

En France, au contraire, les structures de SSR, principalement celles spécialisées en Onco-Hématologie sont en plein essor. Ces structures sont généralement privées et plus rares sont les structures de SSR spécialisées en cancérologie faisant partie intégrante d'un CHU. Le service de SSR Onco-Hématologie de Limoges, une des pionnières en France, a donc préfiguré ces structures hospitalières actuelles. En région Ile-de-France, en 2011, il n'existait aucun service de soins de suite avec une autorisation de prise en charge spécialisée en Onco-Hématologie ; seize établissements avaient une « reconnaissance d'établissement associé à la prise en charge du cancer » seulement [75].

Ces structures en plein développement répondent au besoin grandissant d'une prise en charge spécialisée et complexe de ces patients atteints de cancers, impliquant des moyens techniques lourds et une prise en charge pluridisciplinaire médico-sociale. Du fait de la réduction de la DMS des services aigus et par une volonté de réduction des dépenses de santé, les patients sont admis dans les services de SSR de plus en plus précocement. Les malades hospitalisés sont ainsi de plus en plus complexes et fragiles et il existe un certain



glissement des compétences entre les services de soins aigus d'Oncologie Médicale, d'Hématologie Clinique et le SSR.

Les patients atteints de cancer, en situation clinique souvent instable, nécessitent des soins de plus longue durée, justifiant un temps médical et soignant importants. Ils ne peuvent pas être accueillis en SSR polyvalents « non spécialisés ». Les besoins sont ressentis autant par les oncologues, hématologues, les MG et par les patients eux-mêmes.

Les SSR spécialisés vont donc devoir sans cesse s'adapter et se réinventer pour poursuivre leur mission de prise en charge optimale du patient atteint de cancer dans un monde médical en pleine mutation.

Concernant le médecin généraliste, nous n'avons pas pu mettre en évidence les liens unissant le médecin de ville à l'hôpital de façon directe dans notre étude car ils ne sont pas répertoriés de façon formelle dans les dossiers médicaux. En effet, il existe de nombreuses prises de contact du MG, (appels téléphoniques, visites dans le service), pour prendre des nouvelles de son patient. Réciproquement, les différents intervenants de l'hôpital contactent le MG pour avoir des informations complémentaires concernant le patient. Ces différents échanges ne figurent pas dans les dossiers médicaux.

Les courriers de sortie d'hospitalisation sont envoyés au MG lors de l'arrivée au SSR, transmis par le service d'amont (Oncologie Médicale ou Hématologie Clinique) et le courrier de sortie du SSR qui communique la synthèse de l'hospitalisation au médecin de ville. Cependant, lors des hospitalisations longues au SSR, pouvant parfois durer plusieurs semaines, se pose le problème de l'information du médecin traitant qui perd parfois de vue son patient. La sortie au domicile s'organise alors pour un patient dont l'état clinique et le traitement ont considérablement changé, ce qui peut mettre en difficulté le MG, amené à voir rapidement ces patients en consultation.

Plusieurs travaux ont montré que le suivi à long terme du malade atteint de cancer peut être assumé par un MG, en alternance avec les médecins hospitaliers en garantissant la qualité de la prise en charge et la satisfaction des patients [76,77].

Les politiques de santé actuelles, en Europe comme aux États-Unis [78], incitent à un transfert de plus en plus précoce de la prise en charge de ces patients de l'hôpital vers la médecine de ville. Toutefois, les MG ne sont pas toujours prêts à assumer ce rôle [79,80] et l'enquête française réalisée entre décembre 2015 et mars 2016 dans le cadre du troisième plan national de médecins généralistes de ville a interrogé ces derniers dans leur implication dans la prise en charge des patients atteints de cancer [31].

Quelle que soit la pathologie, la poursuite du maintien à domicile ne peut être possible qu'après contrôle des symptômes, même relatif [81]. Là encore, est mis en évidence le rôle clé du MG à domicile, notamment dans sa prise en charge des soins de support (douleur, anxiété, inconfort...), en collaboration avec les autres professionnels de santé de premiers recours, quels que soit le stade de la maladie et l'état clinique du patient.

Une méta-analyse anglaise récente de 2017, illustre parfaitement ce propos en identifiant les facteurs favorisant les soins terminaux jusqu'au décès à domicile : outre la volonté des patients, l'accent est mis sur le soutien des professionnels de santé au domicile du malade, ainsi que sur la formation de ces derniers, la coordination et la communication efficace entre



les différents intervenants du domicile [82]. Les freins identifiés dans cette analyse sont les limites des connaissances des intervenants. Une thèse française de 2004 déterminant les critères de faisabilité du retour à domicile des patients en soins palliatifs a également mis en évidence plusieurs critères pour un retour à domicile réussi : l'accord des soignants sur le projet de soin du patient, l'accord du patient et/ou de sa famille, la composition d'une équipe pluridisciplinaire, le contrôle des symptômes, la continuité des soins et l'organisation d'une réunion de coordination avant la sortie [83].

A ce propos, plusieurs initiatives ont été ainsi mises en place en France pour contribuer à la formation médicale continue des MG, comme le Développement Professionnel Continu (DPC). C'est un dispositif de formation initié par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires en 2009, effectif depuis 2013, et adapté par la loi de Modernisation du système de Santé en 2016, dédié aux professionnels de santé de France, principalement les libéraux [84]. Il a pour objectifs l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles et de gestion des risques, le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences et la prise en compte des priorités de santé publique. Dans la vie réelle, la surcharge de travail rencontrée par les MG, ne rend pas aisée l'acquisition de compétences toujours plus spécialisées dans de multiples domaines d'activité. L'évolution des nouvelles technologies et des techniques de communication, devraient permettre aux professionnels un meilleur accès à ces formations.

Devant l'augmentation du nombre de patients atteints de cancer et les contraintes budgétaires, le médecin généraliste est sollicité pour prendre de plus en plus de place dans le parcours de soins. Une véritable redistribution des soins est en marche à travers le virage ambulatoire, où l'hôpital n'est plus qu'un maillon de la chaîne et le MG le pivot central de la prise en charge du patient atteint de cancer.



Conclusion

L'identification des facteurs favorisant le retour à domicile est essentielle, dès l'admission du patient atteint de cancer, dans le service de SSR Onco-Hématologie. Cela permet aux professionnels de santé tant hospitaliers que libéraux de pouvoir anticiper la sortie et proposer des soins adaptés aux besoins des patients. Trois principaux facteurs favorisant le retour à domicile sont mis en évidence par notre étude : un Performans Status conservé, un taux d'albumine non effondré et un motif d'hospitalisation retenu autre qu'une altération de l'état général.

Les services de Soins de Suite et de Réadaptation, dont le SSR Onco-Hématologie du CHU de Limoges, ont un rôle capital dans l'optimisation du parcours de soins du patient atteint de cancer. Ils réalisent des soins techniques et spécialisés chez des patients qui ne justifient plus d'une prise en charge en secteur aigu, mais qui restent atteints de pathologies complexes, nécessitant des soins ne pouvant être effectués au domicile. Ces structures créent un véritable lien entre les soins aigus et le domicile à travers la préparation du retour à ce dernier tant sur le plan médical que social.

Ces structures sont amenées à vivre des changements profonds, et des réformes principalement sur leur financement dans les prochaines années. Leur rôle devient indispensable dans le paysage sanitaire en pleine mutation, à l'heure du virage ambulatoire, s'adaptant à l'évolution actuelle de la réorganisation des soins autour du patient.

Les SSR vont certainement contribuer au renforcement du lien ville-hôpital. Leur articulation avec les professionnels de santé de la ville intègre le MG au cœur d'une organisation fondée sur l'interdisciplinarité et la complémentarité des différents acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux.

Notre thèse, premier travail inédit réalisé dans ce service de SSR Onco-Hématologie, pourra être le support d'une étude prospective ultérieure s'attachant à mesurer directement auprès des patients, les facteurs prédictifs de leur retour à domicile, en intégrant le rôle central du MG.

Cette volonté d'implication profonde du Médecin Généraliste dans la prise charge du patient et de la pathologie cancéreuse sera un enjeu majeur de santé publique dans les années à venir.



Références bibliographiques

- [1] P. Pinell, *Naissance d'un Fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France*. 1992.
- [2] Institut National du Cancer, « Les cancers en France, édition 2017 ». Disponible sur : http://www.e-cancer.fr/ressources/cancers_en_france/.
- [3] Institut National du Cancer, « Parcours de soins des patients - Professionnels de santé ». Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients>.
- [4] Observatoire National de la fin de vie, « Vivre la fin de vie chez soi », mars-2013. Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000186.pdf>.
- [5] Institut National du Cancer, « Expérimentation du parcours - Parcours personnalisé du patient pendant et après le cancer ». Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Parcours-personnalise-du-patient-pendant-et-apres-le-cancer/Experimentation-du-parcours>.
- [6] Ministère des Solidarités et de la Santé, « Loi de modernisation de notre système de santé ». Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante/>.
- [7] Institut National de Veille Sanitaire, « Surveillance et observation des cancers par les registres - Bulletin épidémiologique hebdomadaire », déc-2013. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2013/43-44-45/2013_43-44-45_2.html.
- [8] C. Allemani *et al.*, « Global surveillance of cancer survival 1995-2009 : analysis of individual data for 25,676,887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2) », *Lancet Lond. Engl.*, vol. 385, n° 9972, p. 977-1010, mars 2015.
- [9] Institut National du Cancer, « Le Plan cancer 2003-2007 - Les Plans cancer de 2003 à 2013 ». Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2003-2007>.
- [10] Institut National du Cancer, « Le Plan cancer 2009-2013 - Les Plans cancer de 2003 à 2013 ». Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013>.
- [11] Institut National du Cancer, « Le Plan cancer 2014-2019, de quoi s'agit-il ? - priorités et objectifs ». Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Plan-cancer-2014-2019-de-quoi-s-agit-il>.
- [12] *Code de la santé publique - Article L1432-1*, vol. L1432-1.
- [13] Institut National du Cancer, « Missions et domaines d'intervention - Qui sommes-nous ? ». Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Qui-sommes-nous/Missions>.
- [14] Agence Régionale de Santé, « Qu'est-ce qu'une agence régionale de santé ». Disponible sur : <http://www.ars.sante.fr/quest-ce-quune-agence-regionale-de-sante>.
- [15] Agence Régionale de Santé, « Les plans nationaux déclinés régionalement par les agences ». Disponible sur : <http://www.ars.sante.fr/les-plans-nationaux-declines-regionalement-par-les-agences-0>.
- [16] Cancéropôle Grand Sud-Ouest : Bordeaux, Limoges, Montpellier, Nîmes, Toulouse – « Le Cancéropôle GSO, un réseau interrégional au service de la Recherche en Cancérologie ». Disponible sur : <http://www.canceropole-gso.org/>.



- [17] Institut National du Cancer, « Missions des RRC - Les réseaux régionaux de cancérologie ». Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Les-reseaux-regionaux-de-cancerologie/Missions-des-RRC>.
- [18] M. Touati, « Réseaux de santé en onco-hématologie : hier, aujourd'hui et demain », *Horizons Hémato*, sept. 2015.
- [19] ROHLim, « Missions et textes ». Disponible sur : <http://www.rohlim.fr/reseau/missions>.
- [20] Ministère des Solidarités et de la Santé, « Circulaire DHOS/SDO no 2005-101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie ». Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030034.htm>.
- [21] ROHLim, « Les centres de coordination en cancérologie ». Disponible sur : <http://rohlim.fr/patients-et-public/organisation-des-soins-et-prise-en-charge/les-centres-de-coordination-en-cancerologie>.
- [22] Lymphoma Care, « Les Réseaux territoriaux ou de soins en cancérologie et onco-hématologie ». Disponible sur : <http://www.lymphoma-care.fr/patients-et-acteurs-de-sante/parcours-de-soins/les-reseaux-territoriaux-ou-de-soins-en-cancerologie-et-onco-hematologie/>.
- [23] HématoLim, « Missions du Réseau ». Disponible sur : <https://hemato.chu-limoges.fr/hematolim/Reseau-HEMATOLIM/Missions>.
- [24] M. Touati, « Rôle et évolution des réseaux territoriaux dans l'optimisation de la prise en charge des patients atteints d'hémopathie : exemple du Réseau d'Hématologie du Limousin HEMATOLIM », *Horizons Hémato*, sept. 2016.
- [25] *Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*.
- [26] S. Karlsen et J. Addington-Hall, « How do cancer patients who die at home differ from those who die elsewhere ? », *Palliat. Med.*, vol. 12, n° 4, p. 279-286, juin 1998.
- [27] Institut National du Cancer, « Le dossier communicant de cancérologie - Parcours de soins des patients ». Disponible sur : <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Le-dossier-communicant-de-cancerologie>.
- [28] Association Francophone des Soins Oncologiques de Support, « Que sont les soins de support ? », *Assoc. Francoph. Soins Oncol. Support*.
- [29] WONCA Europe, « La Définition Européenne de la Médecine Générale – Médecine de Famille ». Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org/content/france-la-definition-europeenne-de-la-medecine-generale-%E2%80%93-medecine-de-famille>.
- [30] Assurance Maladie, « Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés ». Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>.
- [31] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques, « Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital », oct. 2017.
- [32] C. Dagada *et al.*, « Prise en charge des patients cancéreux par les médecins généralistes. Résultats d'une enquête auprès de 422 médecins en Aquitaine. », *Presse Médicale* 200332231060-65.



- [33] E. Tardieu *et al.*, « Place du médecin généraliste dans le traitement du cancer en Champagne-Ardenne. », *Bulletin du cancer*, mai 2012, 99(5):557-62.
- [34] M. Touati, « Comment l'hospitalisation à domicile devient incontournable en onco-hématologie à l'heure du virage ambulatoire », *Horizons Héмато*, juin 2018.
- [35] Ministère des Solidarités et de la Santé, « Parcours de santé, de soins et de vie », 13-nov-2015. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>.
- [36] C. Bachevillier et A. Guichard, « La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) en cancérologie : place du médecin généraliste traitant », Lyon, 2014.
- [37] Direction Générale de l'Offre de Soins, « Soins de suite et de réadaptation », 08-mars-2016. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/ssr>.
- [38] Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, *Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation*. 2008.
- [39] V. Schwach, « SSR : hier, aujourd'hui... et demain ? ». Disponible sur : http://www.fondation-arcenciel.fr/wp-content/uploads/2013/10/SSR_hier_aujourd'hui_demain_webpdf.pdf.
- [40] Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs, « Les Soins Palliatifs en France ». Disponible sur : </rubrique/les-soins-palliatifs-en-france>.
- [41] Haute Autorité de Santé, « L'essentiel de la démarche palliative », p. 12, 2016.
- [42] *Code de la santé publique - Article R4127-47*, vol. R4127-47.
- [43] Ministère des Solidarités et de la Santé, « Loi fin de vie du 2 février 2016 », 02-déc-2016. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/findevie/ameliorer-la-fin-de-vie-en-france/article/loi-fin-de-vie-du-2-fevrier-2016>.
- [44] *Code de la santé publique - Article L1111-11*, vol. L1111-11.
- [45] A. De Broca, *Douleurs - Soins Palliatifs - Deuil - Ethique*, Elsevier Masson. 2015.
- [46] La Ligue contre le Cancer, « Les aidants, ces combattants très discrets ». Disponible sur : /vivre/article/37632_les-aidants-ces-combattants-tres-discrets.
- [47] Association Francophone des Soins Oncologiques de Support, « La place des proches aidants », p. 68.
- [48] Unicancer, « Quelle prise en charge des cancers en 2020 ? », oct-2013. Disponible sur : http://www.unicancer.fr/sites/default/files/DP_UNICANCER_6_tendances_prise_en_charge_cancers_2020.pdf.
- [49] C. Perret *et al.*, « Facteurs favorisant le retour à domicile des patients en fin de vie hospitalisés », *Médecine Palliat. Soins Support - Accompagnement - Éthique*, vol. 10, n° 1, p. 14-23, févr. 2011.
- [50] K. Brazil *et al.*, « Preferences for place of care and place of death among informal caregivers of the terminally ill », *Palliat. Med.*, vol. 19, n° 6, p. 492-499, sept. 2005.
- [51] A. Alonso-Babarro *et al.*, « Can this patient be discharged home ? Factors associated with at-home death among patients with cancer », *J. Clin. Oncol. Off. J. Am. Soc. Clin. Oncol.*, vol. 29, n° 9, p. 1159-1167, mars 2011.



- [52] D. Oxenham *et al.*, « Delivering preference for place of death in a specialist palliative care setting », *BMJ Qual. Improv. Rep.*, vol. 2, n° 1, 2013.
- [53] I. M. Proot *et al.*, « The needs of terminally ill patients at home : directing one's life, health and things related to beloved others », *Palliat. Med.*, vol. 18, n° 1, p. 53-61, janv. 2004.
- [54] S. A. Murray *et al.*, « Exploring the spiritual needs of people dying of lung cancer or heart failure: a prospective qualitative interview study of patients and their carers », *Palliat. Med.*, vol. 18, n° 1, p. 39-45, janv. 2004.
- [55] E. K. Masel *et al.*, « Coming and going: predicting the discharge of cancer patients admitted to a palliative care unit: easier than thought? », *Support. Care Cancer Off. J. Multinat. Assoc. Support. Care Cancer*, vol. 23, n° 8, p. 2335-2339, août 2015.
- [56] R. L. Fainsinger *et al.*, « Home versus hospice inpatient care : discharge characteristics of palliative care patients in an acute care hospital », *J. Palliat. Care*, vol. 16, n° 1, p. 29-34, 2000.
- [57] B. Gomes et I. J. Higginson, « Factors influencing death at home in terminally ill patients with cancer : systematic review », *BMJ*, vol. 332, n° 7540, p. 515-521, mars 2006.
- [58] M. C. De Korte-Verhoef *et al.*, « Reasons for hospitalisation at the end of life : differences between cancer and non-cancer patients », *Support. Care Cancer Off. J. Multinat. Assoc. Support. Care Cancer*, vol. 22, n° 3, p. 645-652, mars 2014.
- [59] J. Huang *et al.*, « Time spent in hospital in the last six months of life in patients who died of cancer in Ontario », *J. Clin. Oncol. Off. J. Am. Soc. Clin. Oncol.*, vol. 20, n° 6, p. 1584-1592, mars 2002.
- [60] L. Van den Block *et al.*, « Hospitalisations at the end of life : using a sentinel surveillance network to study hospital use and associated patient, disease and healthcare factors », *BMC Health Serv. Res.*, vol. 7, p. 69, mai 2007.
- [61] G. B. Rocque *et al.*, « Inpatient hospitalization of oncology patients : are we missing an opportunity for end-of-life care ? », *J. Oncol. Pract.*, vol. 9, n° 1, p. 51-54, janv. 2013.
- [62] Association Francophone des Soins Oncologiques de Support, « Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer », *Assoc. Francoph. Soins Oncol. Support.*
- [63] F. Boranian *et al.*, « Nutrition chez le patient adulte atteint de cancer - Validation des recommandations », p. 24, nov 2012.
- [64] M. Miyashita *et al.*, « Discharge from a palliative care unit : prevalence and related factors from a retrospective study in Japan », *J. Palliat. Med.*, vol. 12, n° 2, p. 142-149, févr. 2009.
- [65] K. Amano *et al.*, « The determinants of patients in a palliative care unit being discharged home in Japan », *Am. J. Hosp. Palliat. Care*, vol. 31, n° 3, p. 244-246, mai 2014.
- [66] Y. Y. Tan et J. Blackford, « Rapid discharge : issues for hospital-based nurses in discharging cancer patients home to die », *J. Clin. Nurs.*, vol. 24, n° 17-18, p. 2601-2610, sept. 2015.
- [67] Fay *et al.*, « Survival of advanced cancer patients (ACP) receiving early inpatient palliative care (PC) compared to standard oncologic care (SOC) without palliative care. », 2018.
- [68] G. E. Grande *et al.*, « Place of death and use of health services in the last year of life. », *J. Palliat. Care*, vol. 19, n° 4, p. 263-270, 2003.
- [69] M. Shayne *et al.*, « Risk factors for in-hospital mortality and prolonged length of stay in older patients with solid tumor malignancies », *J. Geriatr. Oncol.*, vol. 4, n° 4, p. 310-318, oct. 2013.



- [70] S. Guiliano, « Facteurs prédictifs de la réussite du retour à domicile après une hospitalisation en unité de soins palliatifs », Thèse d'exercice, Université de Clermont I, Clermont-Ferrand, France, 2007.
- [71] N. Bergstrom *et al.*, « The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk », *Nurs. Res.*, vol. 36, n° 4, p. 205-210, août 1987.
- [72] INSEE, « Recensement 2010 : le regain démographique se poursuit ». Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1291094>.
- [73] D.-D. G. Madelon, « Déploiement de la réforme du financement des activités des SSR », *Le DIM*, oct. 2017.
- [74] E. Basch *et al.*, « Overall survival results of a randomized trial assessing patient-reported outcomes for symptom monitoring during routine cancer treatment », 2017.
- [75] B. Hérisson, « Un accompagnement pluriprofessionnel », *Soins*, vol. 60, n° 800, p. 21-53, nov. 2015.
- [76] E. Grunfeld *et al.*, « Randomized trial of long-term follow-up for early-stage breast cancer : a comparison of family physician versus specialist care », *J. Clin. Oncol. Off. J. Am. Soc. Clin. Oncol.*, vol. 24, n° 6, p. 848-855, févr. 2006.
- [77] K. M. Augestad *et al.*, « Cost-effectiveness and quality of life in surgeon versus general practitioner-organised colon cancer surveillance : a randomised controlled trial », *BMJ Open*, vol. 3, n° 4, 2013.
- [78] E. Geelen *et al.*, « General practitioners' perceptions of their role in cancer follow-up care : a qualitative study in the Netherlands », *Eur. J. Gen. Pract.*, vol. 20, n° 1, p. 17-24, mars 2014.
- [79] M. E. Del Giudice *et al.*, « Primary care physicians' views of routine follow-up care of cancer survivors », *J. Clin. Oncol. Off. J. Am. Soc. Clin. Oncol.*, vol. 27, n° 20, p. 3338-3345, juill. 2009.
- [80] A. J. Dawes *et al.*, « Are primary care providers prepared to care for survivors of breast cancer in the safety net ? », *Cancer*, vol. 121, n° 8, p. 1249-1256, avr. 2015.
- [81] Y. Kobayashi *et al.*, « Factors affecting the continuation of at home treatment », *Gan To Kagaku Ryoho*, vol. 24 Suppl 4, p. 539-542, déc. 1997.
- [82] A. S. Wahid *et al.*, « Barriers and facilitators influencing death at home : A meta-ethnography », *Palliat. Med.*, p. 269216317713427, juin 2017.
- [83] A. Roux, « Etude des caractères de faisabilité du retour à domicile en soins palliatifs : à partir de l'expérience du réseau ville hôpital OÏKIA », Thèse d'exercice, UER de Médecine, Saint- Etienne, France, 2004.
- [84] Agence Nationale du DPC, « Le DPC en pratique ». Disponible sur : https://www.mondpc.fr/mondpc/le_dpc_en_pratique.
- [85] INSEE, « Le nouveau zonage en aires urbaines de 2010 ». Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281191>.
- [86] INSEE, « Professions et catégories socioprofessionnelles PCS 2003 ». Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/information/2400059>.
- [87] M. M. Oken *et al.*, « Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group », *Am. J. Clin. Oncol.*, vol. 5, n° 6, p. 649-655, déc. 1982.



Table des annexes

Annexe 1 : Données épidémiologiques de l'Institut National du Cancer publiées en 2017

Annexe 2 : Zonage géographique de la commune de résidence par l'INSEE

Annexe 3 : Catégories Socio-Professionnelles CSP INSEE 2003

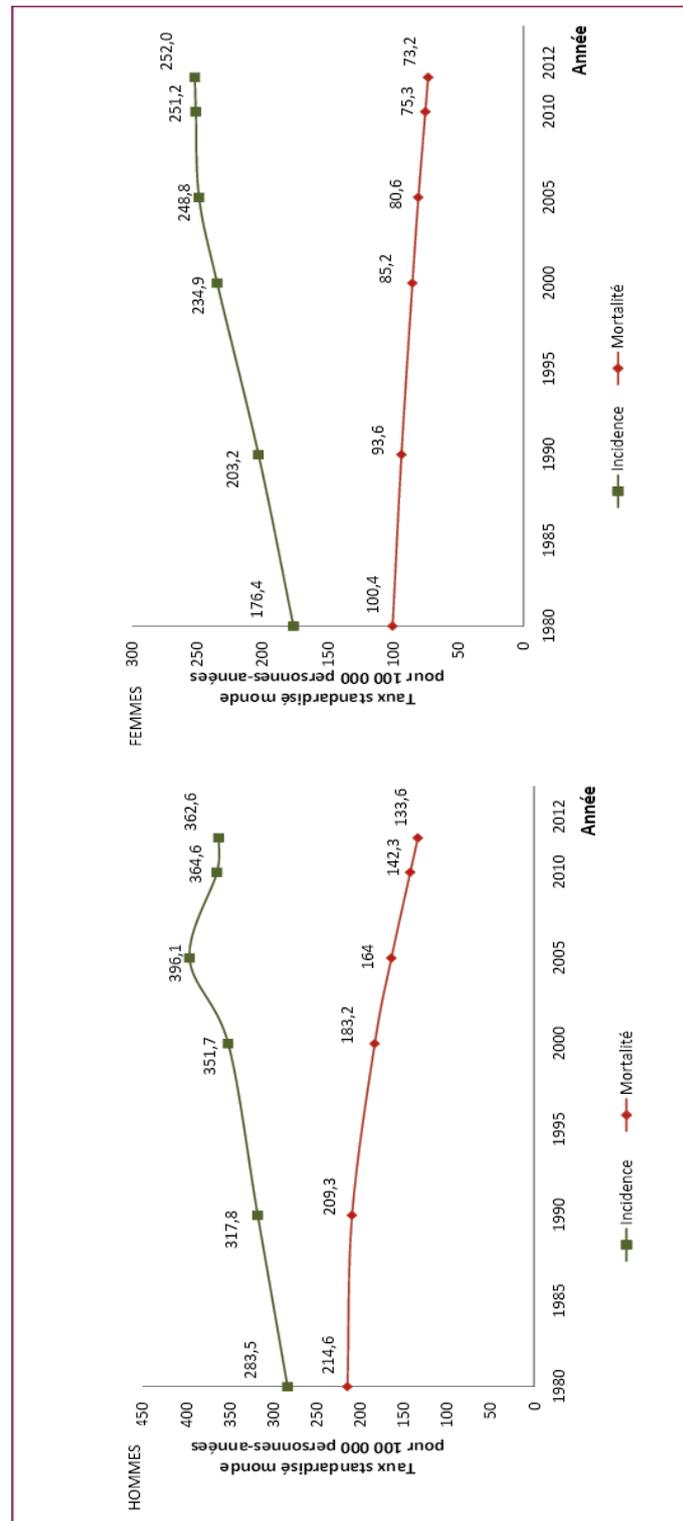
Annexe 4 : Score de BRADEN

Annexe 5 : Performans Status de l'OMS

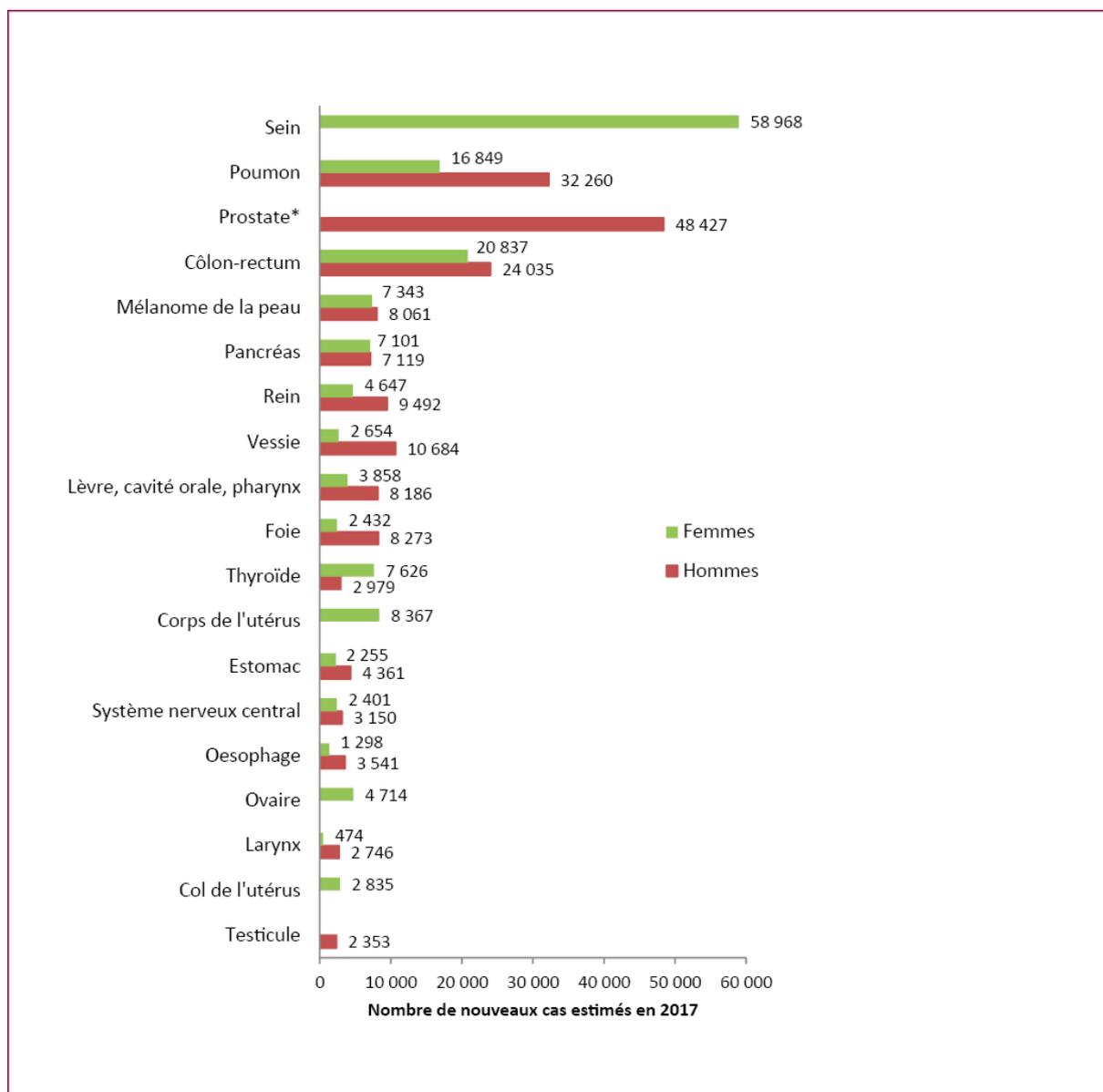


Annexe 1 : Données épidémiologiques de l'Institut National du Cancer publiées en 2017

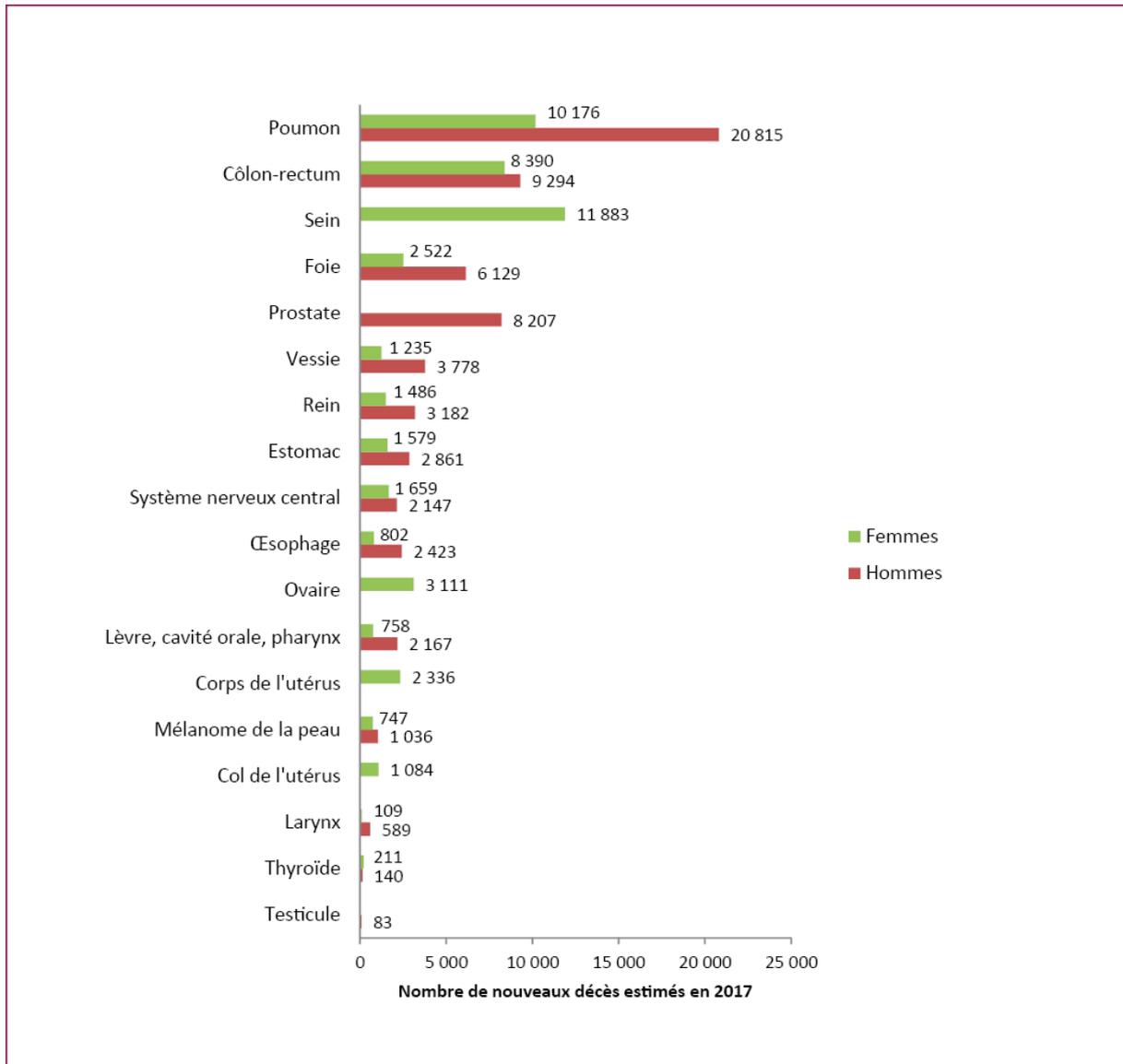
Évolution des taux d'incidence et de mortalité « tous cancers » selon le sexe de 1980 à 2012 en France métropolitaine [2]



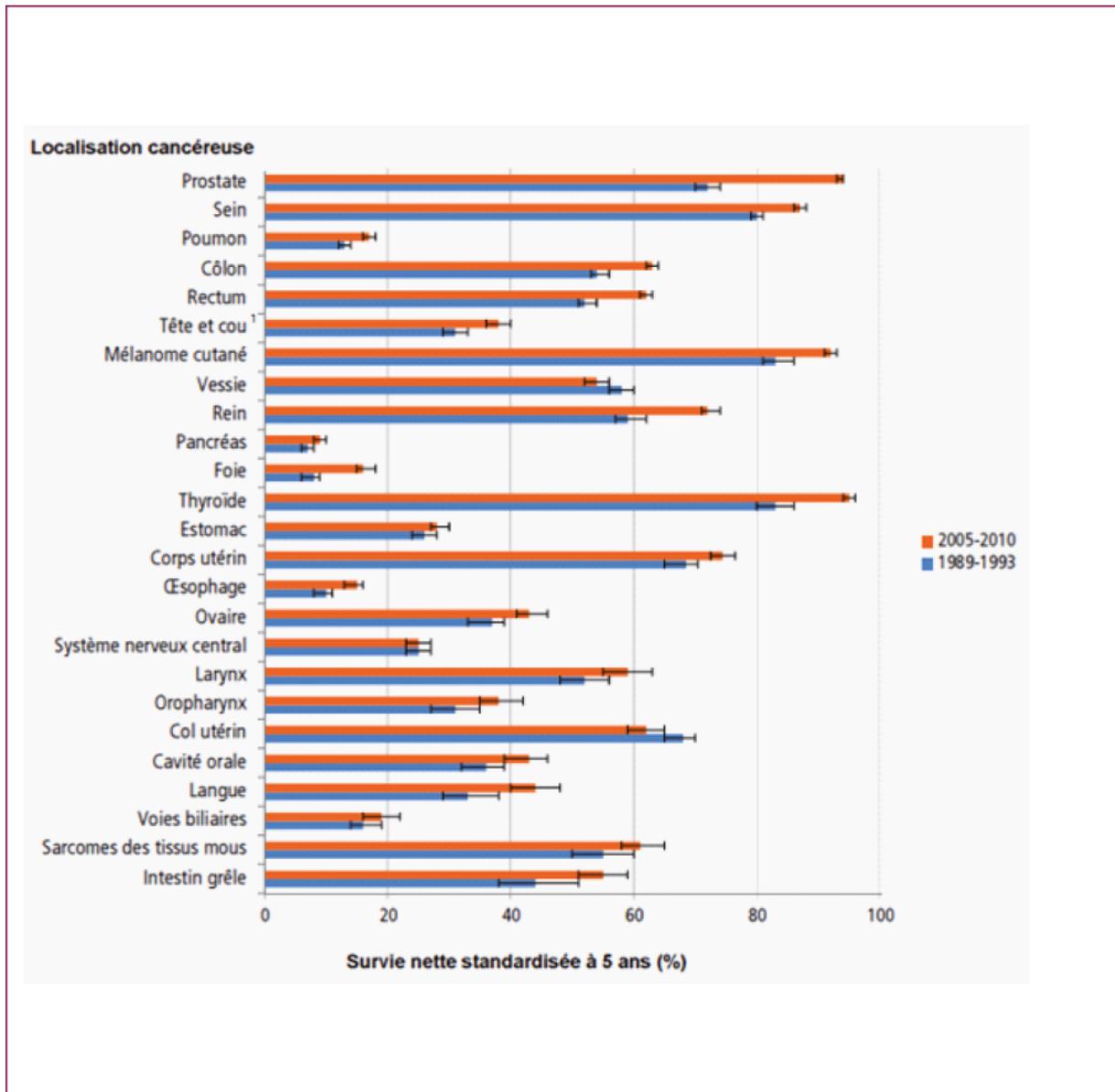
Classement des tumeurs solides par incidence estimée en 2017 en France métropolitaine selon le sexe [2]



Classement des tumeurs solides par mortalité estimée en 2017 en France métropolitaine selon le sexe [2]



Tendances de la survie nette standardisée sur l'âge, à 5 ans, par type de tumeur solide :
 comparaison des périodes de diagnostic 1989-1993 et 2005-2010 en France métropolitaine
 [2]

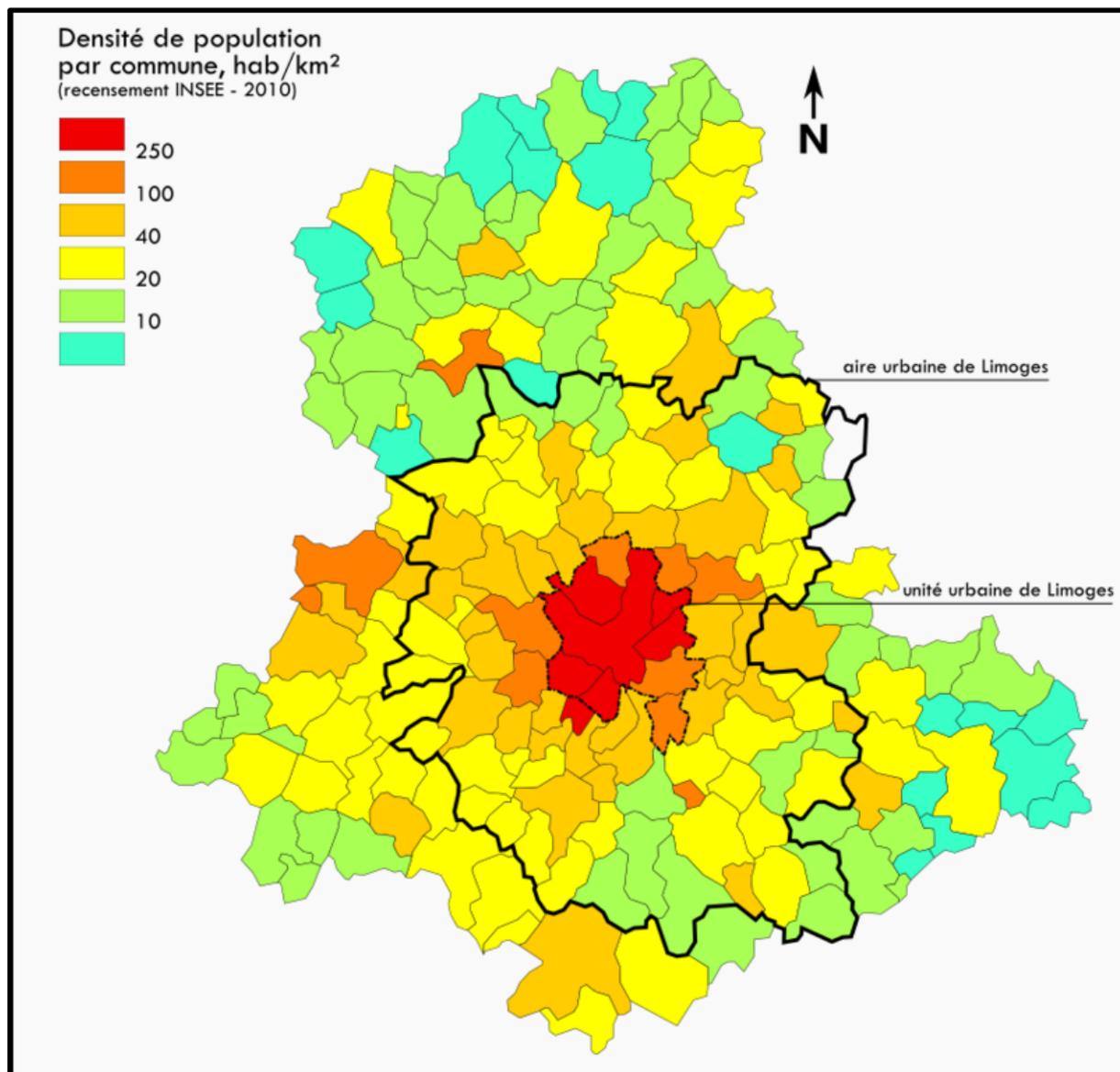


Prévalence partielle [à 1,5 et 10 ans] et totale pour les 3 cancers les plus fréquents en termes d'incidence en France métropolitaine en 2008 chez les 15 ans et plus [2]

		à 1 an	Part (en %)	à 5 ans	Part (en %)	à 10 ans	Part (en %)	Prévalence totale	Part (en %)
Hommes	Prostate	56 175	36,1	265 359	45,5	402 476	45,4	508 699	32,4
	Côlon-rectum	17 577	11,3	64 297	11,0	100 240	11,3	163 548	10,4
	Poumon	16 441	10,6	35 690	6,1	46 029	5,2	60 647	3,9
	Tous cancers	155 673	100,0	583 576	100,0	885 714	100,0	1 570 880	100,0
Femmes	Sein	48 034	38,5	219 756	44,8	383 310	47,1	645 418	45,7
	Côlon-rectum	15 327	12,3	56 567	11,5	90 050	11,1	155 135	11,0
	Poumon	5 789	4,6	13 147	2,7	16 732	2,1	18 823	1,3
	Tous cancers	124 858	100,0	490 324	100,0	813 417	100,0	1 412 283	100,0



Annexe 2 : Zonage géographique de la commune de résidence par l'INSEE [85]



Exemple du département de la Haute-Vienne pour le zonage 2010 INSEE des communes

L'unité urbaine de Limoges correspond aux communes urbaines.

L'aire urbaine de Limoges à l'exception de l'unité urbaine correspond aux communes semi-urbaines.

Les autres communes sont des communes rurales (à l'exception de la commune de Saint-Junien, classée comme commune urbaine).



Annexe 3 : Catégories Socio-Professionnelles CSP INSEE 2003 [86]

Correspondances entre catégories socioprofessionnelles et groupes socioprofessionnels			
Groupes socioprofessionnels (8 postes dont 6 pour les actifs)		Catégories socioprofessionnelles (42 postes dont 31 pour les actifs)	
1	Agriculteurs exploitants	11	Agriculteurs sur petite exploitation
		12	Agriculteurs sur moyenne exploitation
		13	Agriculteurs sur grande exploitation
2	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	21	Artisan
		22	Commerçant et assimilés
		23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures	31	Professions libérales
		33	Cadres de la fonction publique
		34	Professeurs, professions scientifiques
		35	Professions de l'information, des arts et des spectacles
		37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
		38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise



4	Professions intermédiaires	42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés
		43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social
		44	Clergé, religieux
		45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
		46	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
		47	Techniciens
		48	Contremaîtres, agents de maîtrise
5	Employés	52	Employés civils et agents de service de la fonction publique
		53	Policiers et militaires
		54	Employés administratifs d'entreprise
		55	Employés de commerce
		56	Personnels des services directs aux particuliers
6	Ouvriers	62	Ouvriers qualifiés de type industriel
		63	Ouvriers qualifiés de type artisanal
		64	Chauffeurs



		65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
		67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
		68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
		69	Ouvriers agricoles
7	Retraités	71	Anciens agriculteurs exploitants
		72	Anciens artisans, commerçants et chefs d'entreprise
		74	Anciens cadres
		75	Anciennes professions intermédiaires
		77	Anciens employés
		78	Anciens ouvriers
8	Autres personnes sans activité professionnelle	81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
		83	Militaires du contingent
		84	Élèves, étudiants
		85	Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)
		86	Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)



Annexe 4 : Score de BRADEN [71], de 6 à 23

Sensibilité	Humidité	Activité
1 complètement limitée	1 constamment humide	1 confiné au lit
2 très limitée	2 très humide	2 confiné en chaise
3 légèrement limitée	3 parfois humide	3 marche parfois
4 pas de gêne	4 rarement humide	4 marche fréquemment
Mobilité	Nutrition	Frictions et frottements
1 totalement immobile	1 très pauvre	1 problème permanent
2 très limitée	2 probablement inadéquate	2 problème potentiel
3 légèrement limitée	3 correcte	3 pas de problème apparent
4 pas de limitation	4 excellente	

≥ 18 : risque bas 13 à 17 : risque modéré 8 à 12 : risque élevé ≤ 7 : risque élevé

<http://www.escarre.fr/>



Annexe 5 : Performans Status de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [87]

Activité	Score
Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie	0
Activité physique diminuée, mais ambulatoire et capable de mener un travail	1
Ambulatoire et capable de prendre soin de soi-même. Incapable de travailler et alité moins de 50% du temps	2
Capable seulement de quelques activités. Alité ou en chaise plus de 50% du temps	3
Incapable de prendre soin de soi-même. Alité ou en chaise en permanence	4



Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



Parcours de soins du patient en cancérologie : facteurs favorisant le retour à domicile après prise en charge en Soins de Suite et Réadaptation Onco-Hématologie

Introduction : La prise en charge des patients atteints de cancer dans le service de Soins de Suite et de Réadaptation Onco-Hématologie (SSR-OH) du CHU de Limoges doit répondre à une volonté des patients et des professionnels de santé faisant consensus autour de l'importance du retour à domicile (RAD). Nous avons étudié les facteurs favorisant le RAD.

Patients et méthodes : Les patients inclus dans cette étude descriptive, rétrospective, monocentrique étaient atteints de cancer solide ou d'hémopathie maligne et hospitalisés dans le service de SSR-OH entre le 1^e novembre 2016 et le 31 octobre 2017. Deux groupes, RAD et non RAD, ont été comparés selon les caractéristiques des patients, leur pathologie, leur traitement et leur devenir.

Résultats : Au total, 175 patients ont été inclus : 72 dans le groupe RAD et 103 dans le groupe non RAD. L'analyse uni- et multivariée a objectivé trois principaux facteurs clinico-biologiques relevés à l'admission qui favorisent de façon significative le RAD : un meilleur Performans Status à 2 vs 3 ($p < 0,0001$), un taux d'albumine non diminué à 32,3 g/L vs 25,6 g/L ($p < 0,0001$) et un motif d'hospitalisation autre qu'une altération de l'état général ($p = 0,0006$).

Conclusion : L'identification de facteurs favorisant le RAD dès l'admission des patients en SSR-OH permet d'anticiper et de proposer des soins adaptés au domicile. Le SSR-OH s'articule étroitement avec les professionnels de santé hospitaliers et libéraux. Il s'adapte parfaitement au virage ambulatoire et permet de renforcer l'axe ville-hôpital pour optimiser le parcours de soins du patient atteint de cancer.

Mots-clés : parcours de soins, cancer, SSR, onco-hématologie

Patient's care pathway in cancerology: contributing factors for patient's discharged after medical care in Onco-Haematology Post-Acute Care and Rehabilitation unit

Background : The management of cancer patients in Onco-Haematology Post-Acute Care and Rehabilitation (OH-PACR) department of Limoges University Hospital relies on the desire of patients and healthcare professionals to reach a consensus about discharging. Factors contributing for patient's discharged were investigated.

Patients and methods : This descriptive and retrospective study was conducted in a single center study. Patients included in this study were diagnosed with solid cancer or haematological malignancies and were hospitalized in OH-PACR department from 1 november 2016 until 31 october 2017. Two groups, discharged patients (DP) and non-discharged patients were compared according to patient's characteristics, pathology, treatment and future.

Results : A total of 175 patients were included : 72 in the DP group and 103 in the non-DP group. The uni- and multivariate analysis showed three main factors involved in discharging : a better Performans Status at 2 vs 3 ($p < 0,0001$), a higher albumin rate at 32,3 g/L vs 25,6 g/L ($p < 0,0001$) and reasons for hospitalization different than general state deterioration ($p = 0,0006$).

Conclusion : Recognition of early prognostic markers for patients discharge makes possible to anticipate and provide care at home. OH-PACR builds a close relationship with hospital and general healthcare professionals. It adapts perfectly to the switch to ambulatory care and reinforces the city-hospital axis improving cancer patient's care pathway.

Keywords : clinical pathways, cancer, post-acute care, onco-haematology