

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE • SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE •

Présentée et soutenue publiquement par

Clara GOTREAU

Le 4 juillet 2017

**MOTIFS DE RÉHOSPITALISATION NON PROGRAMMÉE
DE L'HOSPITALISATION À DOMICILE SANTÉ RELAIS DOMICILE
À TOULOUSE : ÉTUDE OBSERVATIONNELLE
ENTRE OCTOBRE 2016 ET MARS 2017**

Directeur de thèse : Docteur Philippe Boulanger

• JURY •

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC
Madame le Professeur Rosine GUIMBAUD
Madame le Docteur Marie-Ève ROUGÉ-BUGAT
Madame le Docteur Marlène MURRIS-ESPIN
Monsieur le Docteur Philippe BOULANGER

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédéric	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
		P.U. Médecine générale	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
 Dr CHICOULAA Bruno
 Dr IRI-DELAHAYE Motoko
 Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
 Dr ANE Serge
 Dr BIREBENT Jordan

◦ REMERCIEMENTS AUX MEMBRES DU JURY ◦

À Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC,

Professeur des Universités, Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. C'est avec vous que j'ai découvert la médecine générale lors de mon premier stage ambulatoire, qui a confirmé mon attachement pour cette spécialité. J'ai beaucoup appris de votre dynamisme et votre passion pour ce métier. C'est avec vous que se termine mon parcours d'interne. Merci pour votre engagement en faveur de notre formation, je n'ai jamais regretté d'avoir choisi Toulouse. Merci de mettre autant d'énergie dans la promotion de notre spécialité. Soyez assuré de mon éternelle reconnaissance et de mon plus grand respect.

À Madame le Professeur Rosine GUIMBAUD,

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier, Oncologie médicale

Vous me faites l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury. Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon respect.

À Madame le Docteur Marlène MURRIS-ESPIN,

Praticien Hospitalier, Pneumologie

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury. Je vous remercie pour votre disponibilité et pour l'expertise que vous apporterez sur ce sujet. Soyez assurée de ma reconnaissance et de mon respect.

À Madame le Docteur Marie-Ève ROUGÉ-BUGAT,

Maître de Conférence des Universités, Médecine Générale

Vous me faites l'honneur d'évaluer mon travail. J'ai eu le privilège de découvrir la médecine générale, sous toutes ses facettes, à vos côtés. Merci pour la qualité de vos enseignements, votre humanité et votre bonne humeur sans faille. Votre pratique médicale est un exemple pour moi. Je vous remercie de la faire partager au sein du DUMG de Toulouse. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Philippe BOULANGER,

Maître de Stage des Universités, Médecine Générale

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse. Merci de m'avoir proposé ce sujet et de m'avoir accompagnée tout au long de ce travail. Merci pour vos encouragements, la pertinence de vos remarques et votre disponibilité. J'ai eu beaucoup de plaisir à travailler avec vous et votre enthousiasme légendaire lors de mon quatrième semestre. Vous m'avez appris que pour prendre soin des autres, il faut savoir prendre soin de soi. Votre bienveillance est admirable. Soyez assuré de ma plus profonde gratitude.

◦ REMERCIEMENTS PERSONNELS ◦

À Laetitia qui m'a apporté son aide précieuse dans la réalisation de cette thèse. Merci d'avoir pris le temps de t'intéresser à mon travail, je t'en suis très reconnaissante. Je souhaite encore une fois te témoigner tout mon respect pour ton engagement associatif et universitaire. Ton parcours est admirable. Je suis très heureuse de t'avoir rencontrée et d'avoir fait une partie de mon internat (la gynéco-pédia, le SAPSAS et maintenant la thèse) à tes côtés, en tant que cointerniste et amie !

À toute l'équipe de l'HAD SRD, pour leur accueil chaleureux, leur bonne humeur et leur contribution à ce travail, toujours avec le sourire. C'était très agréable de travailler avec vous et de se sentir épaulée dans ce projet. Merci à tous, j'espère avoir été à la hauteur.

À mes parents, pour leur soutien essentiel pendant ces 28 dernières années. Merci d'avoir toujours cru en nous et de nous avoir donné les moyens de réussir. Merci papa, merci maman.

À Salomé, la petite sœur devenue globe-trotteuse ! Merci de toujours avoir été là, même quand la distance nous séparait. Je suis très fière de toi et heureuse de voir tes projets se concrétiser.

À tatie Jocelyne et tonton moustache, qui nous ont toujours accompagnées et encouragées à chaque étape. Merci pour votre générosité, votre enthousiasme, merci d'être là aujourd'hui. À Adri, Nat et la petite Juju, qui sont loin mais qui sont là.

À Marien, catoune de ma vie, pour ton soutien de tous les jours, pour être resté à Toulouse, pour ta patience, je te ne remercierai jamais assez. Sans oublier un hommage à tes talents de SR ! Tu me rends heureuse depuis le premier jour, j'ai hâte de commencer cette nouvelle vie à tes côtés.

Merci à Pascale, Joël et Gab pour m'avoir accueillie à bras ouvert dans votre famille.

À Zoé, la plus belle des mariées, à notre amitié, à notre complicité. Merci d'avoir fait changé le cours de ma vie il y a 10 ans, je ne l'oublierai jamais. À nos voyages, à notre inconscience, à nos grands discours sur la vie, tu vas me manquer l'année prochaine.

À Simon, qui la rend heureuse.

À toute sa famille pour m'avoir ouvert leurs bras pendant ces 10 années bordelaises (et encore aujourd'hui) avec une mention spéciale pour le canard du dimanche de Brigitte, le punch de Philippe et les cannelés de Françoise. Sans oublier les révisions médecine-géopolitique avec Sarah !

Aux magendiens, Adrien, Léna et Marine qui m'accompagnent depuis le lycée. J'ai tellement de chance de vous avoir rencontré. Vous m'avez toujours poussée dans la bonne direction. Votre amitié m'est si précieuse. J'espère nous voir tous réunis avant 2024.

À Steph, à sa très belle carrière, à qui je souhaite un bon aménagement à Toulouse, j'espère un jour pour de bon !

À Élo, ma plus vieille amie, le cœur sur la main. Merci pour ton soutien, tes petites attentions et tous les bons moments à chaque fois que l'on se retrouve. Tu es devenue une très belle personne.

À la petite puce qui grandit dans ton ventre, vous allez faire de merveilleux parents avec Jérem.

À ma Leslie, à notre amitié qui s'est construite depuis la P2 et qui résiste bien ! Merci pour tes conseils toujours avisés, pour les fous rires et les (trop rares) week-ends retrouvailles pendant l'internat.

À Samy qui a le courage d'aller au bout de ses rêves. Bravo pour ta persévérance.

À Delphine, ma copilote de P1.

À toute la fine équipe de Saint-Girons, Anne-So, Stellou, Anne, François, vous avez illuminé mon 2e semestre et le reste de mon internat. Merci pour les soirées au bord du lac en Ariège, les soirées tapas à Toulouse, votre humour mémorable et les malentendus qui vont avec !

À Marie, pour ta présence dès le début de cette aventure toulousaine, pour les séances à la salle de sport, pour ta disponibilité dans les bons et les mauvais moments.

À Hélène, la voisine bergeracoise rencontrée à Toulouse ! Pour le partage exhaustif des liens sur les chats, et sur notre ami Jean.

À Alex, le maître des cocktails, à nos vacances à Noirmout et à celles à venir (j'y crois).

À toutes les belles rencontres toulousaines, Anne-Sophie, Johanna, Marania, Élodie, Anne, Oriane.

À tous mes anciens maîtres de stage qui m'ont tant apporté. À Dominique qui m'a appris l'humilité. À Marion qui encourage la remise en question permanente. À Bénédicte pour ta gentillesse. C'est un privilège d'avoir travaillé avec vous !

À Bristol pour cette année que je n'oublierai jamais. À Luz, Juliette, Hamed, Lison, Pauline, Marianne, Romain, Becky, Marie, la liste est longue.

À tous ceux que j'oublie, aux amis que la vie a parfois éloigné, Elsa, Caro, Angèle, Laure, Angelo, Isis, Camille, Mélody, Clément, Marion, mais qui ont compté. À toutes les rencontres qui m'ont permis d'avancer.

À Elisabeth, pour ta présence réconfortante et tes siestes sur mes papiers.

◦ TABLE DES MATIÈRES ◦

LISTE DES ABRÉVIATIONS	3
INTRODUCTION	4
OBJECTIFS	5
PRÉSENTATION DE L'HAD SANTÉ RELAIS DOMICILE	6
MATÉRIELS ET MÉTHODES	7
1. Type d'étude	7
2. Population	7
3. Recherche bibliographique	7
4. Élaboration du formulaire	8
5. Recueil des données	8
6. Critère de jugement principal	9
7. Analyse statistique	9
8. Éthique	9
RÉSULTATS	10
1. Caractéristiques de la population	10
1. 1. Données sociodémographiques	10
1. 2. Données médicales	11
2. Parcours de soin au sein de l'HAD	12
3. Motifs de réhospitalisation non programmée	14
3. 1. Classement des motifs de réhospitalisation non programmée	14
3. 2. Caractéristiques des réhospitalisations non programmées	17
4. Taux de réhospitalisation	18
4. 1. Taux de réhospitalisation non programmée	18
4. 2. Taux de réhospitalisation potentiellement évitable	19

5.	Comparaison des réhospitalisations précoces (survenant dans les 15 jours) aux réhospitalisations plus tardives	19
5. 1.	Comparaison des caractéristiques sociodémographiques et médicales	19
5. 2.	Comparaison des caractéristiques du séjour en HAD	19
5. 3.	Comparaison des motifs de réhospitalisation non programmée	19
DISCUSSION		20
1.	Rappel des principaux résultats	20
2.	Forces et faiblesses de notre étude	20
2. 1.	Faiblesses de l'étude	20
2. 2.	Forces de l'étude	21
3.	Interprétation des résultats et comparaison à la littérature existante	22
3. 1.	Motifs et contextes des réhospitalisations non programmées	22
3. 1. 1.	Comparaison à la littérature existante	22
3. 1. 2.	Interprétation des résultats	23
3. 1. 3.	Discussion du caractère potentiellement évitable	25
3. 2.	Taux de réhospitalisation en HAD	25
3. 2. 1.	Comparaison à la littérature existante	25
3. 2. 2.	Pertinence des réhospitalisations en tant qu'indicateur de qualité des soins	26
3. 3.	Analyse comparative : réhospitalisations précoces et tardives	27
4.	Piste d'amélioration : optimiser la transition ville-hôpital	27
4. 1.	Interventions avant la sortie	28
4. 2.	Interventions au moment de la sortie	28
4. 3.	Interventions après la sortie	29
5.	Le rôle du médecin généraliste	30
CONCLUSION		31
BIBLIOGRAPHIE		32
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES		37
ANNEXES		38

◦ LISTE DES ABRÉVIATIONS ◦

• AEG	Altération de l'État Général
• ARS	Agence Régionale de Santé
• ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
• APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
• AVQ	Actes de la Vie Quotidienne
• CHR	Centre Hospitalier Régional
• CHU	Centre Hospitalier Universitaire
• CCLIN	Centre de Coordination des actions de Lutte contre les Infections Nosocomiales
• EHPAD	Établissement Hospitalier pour Personnes Âgées Dépendantes
• FNASS	Fond National d'Action Sanitaire et Sociale
• HAD	Hospitalisation À Domicile
• HAS	Haute Autorité de Santé
• HDJ	Hospitalisation De Jour
• IDE	Infirmier Diplômé d'État
• IDEL	Infirmier Diplômé d'État Libéral
• IK	Indice de Karnofsky
• IN	Infection Nosocomiale
• IUCT	Institut Universitaire du Cancer de Toulouse
• MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
• MPP	Mode de Prise en charge Principal
• MT	Médecin Traitant
• PEC	Prise En Charge
• PICC-Line	Cathéter Central Inséré par voie Périphérique
• RAISIN	Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales
• RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
• RSS	Résumé Standardisé de Sortie
• SRD	Santé Relais Domicile
• SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
• T2A	Tarifcation À l'Activité
• USP	Unité de Soins Palliatifs
• USLD	Unité de Soins de Longue Durée

INTRODUCTION

L'Hospitalisation À Domicile (HAD) est reconnue comme une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière (1). En effet, les structures d'HAD permettent d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés, pour une période limitée et révisable, qui se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité, la durée et la fréquence des actes. Elles s'adressent à tous les patients qui relèveraient d'une hospitalisation traditionnelle.

Le caractère polyvalent et généraliste de l'HAD est précisé dans la circulaire du 1^{er} décembre 2006 (2) qui place d'ailleurs le médecin traitant au centre de cette prise en charge, en collaboration avec le médecin coordonnateur. Son aval est indispensable à la mise en place d'une HAD. Il est responsable du suivi médical et de la surveillance des soins en collaboration avec les autres intervenants. Son rôle de premier recours est conforté.

L'HAD s'inscrit dans la modernisation de l'organisation de notre système de santé. Elle intègre au sein d'une même prise en charge, une équipe pluriprofessionnelle médico-psycho-sociale, associant libéraux et hospitaliers, et elle permet l'adaptation du domicile du patient. La circulaire du 4 décembre 2013 (3) témoigne d'ailleurs de la volonté d'associer l'HAD au « virage ambulatoire » avec des objectifs qui visent à doubler son activité d'ici 2018, en proposant de se substituer aux hospitalisations traditionnelles. L'HAD est décrite comme une offre en développement qui devrait contribuer à répondre à la demande croissante de la population d'être soignée à domicile.

Si l'HAD a pour but d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement, en 2015, 34 % des séjours en HAD sur le territoire se sont soldés par un transfert en milieu hospitalier traditionnel (4).

À l'occasion d'un stage au sein de l'établissement d'HAD Santé Relais Domicile (SRD) en Haute-Garonne, nous nous sommes interrogés sur le contexte et le caractère évitable de ces réhospitalisations, afin d'évoquer des pistes d'amélioration pour réduire leur incidence. Il s'agissait en effet d'évènements frustrants pour les équipes soignantes.

Le taux de réhospitalisation non programmée survenant dans les 30 jours suivant la sortie est de plus en plus utilisé comme indicateur de la qualité des soins, notamment à l'étranger. Il s'agit d'un indicateur facilement mesurable et applicable à un large éventail de pathologies (5).

En Suisse, l'Association Nationale pour le développement de la Qualité des soins dans les hôpitaux (6) a décidé d'inclure le taux de réhospitalisations potentiellement évitables (définies selon un algorithme) dans les indicateurs de surveillance de la qualité des hôpitaux depuis 2012.

Aux États-Unis, le « Hospital Readmission Reduction Program » de la Loi Obama (7) prévoit depuis 2012 des pénalités financières envers les hôpitaux ayant des taux de réhospitalisation excessifs pour certaines pathologies. Il existe un programme similaire au Royaume-Uni depuis 2011 concernant les réhospitalisations en urgence jugées évitables (8)(9).

La Haute Autorité de Santé (HAS) a rédigé en 2013 une fiche dans le but de réduire les réhospitalisations évitables, définies comme non programmées, en lien avec le séjour hospitalier précédent et survenant dans les 30 jours suivant la sortie, ciblant les personnes âgées de plus de 75 ans (10).

S'il n'existe pas de modèle unique et fiable pour repérer les patients à risque de réhospitalisation, certains facteurs de risque sont bien décrits dans la littérature : l'âge, le sexe masculin, les comorbidités, les antécédents d'hospitalisation mais aussi la situation sociale et l'état fonctionnel des patients.

L'HAD est souvent citée parmi les interventions permettant de réduire le risque de réhospitalisation, grâce à l'optimisation de la transition hôpital-domicile (10). Il semble pertinent de s'interroger sur le contexte des réhospitalisations non programmées au sein de l'HAD.

Les données épidémiologiques concernant les motifs de réhospitalisation et plus généralement les séjours des patients pris en charge en HAD sont limitées, probablement en raison de l'émergence récente de ce mode d'hospitalisation, encore insuffisamment développé.

OBJECTIFS

L'objectif principal de cette étude était de décrire les motifs de réhospitalisation non programmée en milieu traditionnel, chez les patients pris en charge avec l'HAD SRD entre octobre 2016 et mars 2017.

Les objectifs secondaires étaient de décrire le contexte de ces réhospitalisations, évaluer le taux de réhospitalisation non programmée de l'HAD SRD et comparer les réhospitalisations précoces aux réhospitalisations plus tardives.

PRÉSENTATION DE L'HAD SANTÉ RELAIS DOMICILE (11)

Santé Relais Domicile est une association loi 1901 à but non lucratif créée en 2009 par le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse et l'association Santé Relais 31. Les fondateurs de cette dernière sont l'Institut Claudius Regaud, l'Hôpital Joseph Ducing, l'Association de Gestion d'Établissements pour Personnes atteintes de Scléroses en Plaques 31 et la Mutualité Française Haute-Garonne.

L'HAD SRD résulte du regroupement en 2010 des services d'HAD du CHU de Toulouse et de Santé Relais 31. Il s'agit d'un établissement de santé privé à but non lucratif.

L'HAD SRD intervient sur la moitié nord de la Haute-Garonne et une partie du Gers, selon trois secteurs géographiques : Toulouse-Villefranche, Montastruc et Léguevin (cf. ANNEXE 1). Elle dispose d'un site principal à Toulouse et d'une antenne à Léguevin. Il s'agit d'une HAD polyvalente et généraliste avec des spécialités périnatalité et chimiothérapie anticancéreuse injectable.

L'HAD SRD coordonne des soins complexes, médicaux et paramédicaux, à domicile, grâce à une équipe multidisciplinaire composée de médecins coordonnateurs, cadres de santé, Infirmiers Diplômés d'État (IDE), aides-soignants, sages-femmes, assistantes sociales et psychologues. Ces soins sont organisés en coopération avec les professionnels de santé libéraux de proximité des patients.

Si le suivi médical des patients reste sous la responsabilité de leur médecin traitant, l'HAD assure la continuité des soins 24h/24 et 7j/7 grâce à une astreinte infirmière avec déplacements et possibilité de joindre un médecin coordonnateur par téléphone. L'HAD SRD prend en charge quotidiennement une centaine de patients avec une équipe pluridisciplinaire de cinquante professionnels.

En 2016, l'HAD SRD a pris en charge 831 patients, sur 33 895 journées et 1676 séjours, tous secteurs confondus. Il s'agissait de la plus importante activité d'HAD de Midi-Pyrénées, en comptabilisant 19,7 % des journées d'HAD dans la région et 48,8 % des journées d'HAD en Haute-Garonne (12).

En 2016, 608 (36,2 %) séjours concernaient la prise en charge du cancer et 220 (13,1 %) les soins palliatifs. Le secteur périnatalité comptabilisait 232 (13,8 %) séjours.

Le taux global de réhospitalisation en milieu traditionnel était de 33,1 % en 2016. Seulement 6,2 % des séjours se sont soldés par un décès. Les patients sont restés à leur domicile ou dans une structure d'hébergement médico-sociale suite à la majorité (60 %) des séjours. La durée moyenne de séjour était de 21,8 jours.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive et analytique.

2. Population

Dans cette étude, les réhospitalisations étaient définies au sens de l'HAD, c'est à dire toute interruption de prise en charge avec transfert, à partir d'une nuit passée dans un établissement hors du domicile.

La population cible correspondait à l'ensemble des réhospitalisations non programmées, au sein de l'HAD SRD Polypathologie de Toulouse, pendant 6 mois, entre octobre 2016 et mars 2017, sans restriction d'âge, de sexe ou de motif de prise en charge des patients.

Les réhospitalisations qui étaient programmées en début de prise en charge ou prévues devant l'évolution du plan de soin des patients étaient exclues. Il s'agissait par exemple des cas d'intervention chirurgicale, hospitalisation pour chimiothérapie, ou pour examens complémentaires. Les hospitalisations en Unité de Soins de Longue Durée (USLD) ou structure de répit prévues dans le plan de soin étaient aussi exclues. Nous avons exclus les hospitalisations en fin de vie qui étaient souhaitées par le patient dès le début de la prise en charge.

Les transferts vers un autre établissement d'HAD ont été exclus. Les réhospitalisations du secteur Périnatalité ont été exclues en raison d'une organisation structurelle distincte de l'HAD Polypathologie, avec des réhospitalisations souvent programmées pour accoucher.

3. Recherche bibliographique

Une étude de la littérature a été menée dès le début de ce travail dans le but notamment d'élaborer le formulaire qui a permis le recueil de données dans les dossiers médicaux.

Les mots-clefs utilisés pour la recherche bibliographique dans les bases de données françaises (Banque de Santé Publique, Cairn, EM Premium) étaient : réadmission du patient, réhospitalisation, hospitalisation à domicile, médecin généraliste, médecin traitant. Les bases de données internationales (Pubmed, Cockrane Library) ont aussi été interrogées avec les termes MeSH suivants : patient readmission, hospital readmission, home care services.

La recherche a été enrichie par la lecture de la littérature grise, en particulier les travaux de thèse via le moteur de recherche spécifique Sudoc. Nous avons aussi consulté les références des articles retenus.

4. Élaboration du formulaire

Un formulaire de recueil des données a été élaboré à partir des données de la littérature recensant les motifs de réhospitalisation et les facteurs associés les plus souvent retrouvés (13) (14) (10) ainsi qu'en collaboration avec l'équipe de l'HAD (IDE coordinatrices, médecins coordonnateurs) en réunion pluridisciplinaire.

Le formulaire a été modifié après une phase de test d'un mois (octobre 2016) toujours en collaboration avec l'équipe de l'HAD, en fonction des données réellement disponibles dans les dossiers. Les résultats de la phase de test ont été inclus car le formulaire a très peu été modifié.

Des variables qualitatives et quantitatives ont été retenues et classées selon les catégories suivantes (détails en ANNEXE 2) :

- A. Motif de réhospitalisation
 - ⇒ Aggravation ou rechute de la pathologie principale
 - ⇒ Pathologie intercurrente
 - ⇒ Limites de la prise en charge en HAD
 - ⇒ Hospitalisation non justifiée par des critères médicaux
- B. Conditions de réhospitalisation
- C. Données administratives relatives à l'HAD
- D. Contexte médical
- E. Contexte sociodémographique du patient

Il s'agissait de questions fermées à choix multiples. Une seule réponse était possible pour le motif de réhospitalisation. Des commentaires libres pouvaient être ajoutés.

Concernant le Mode de Prise en charge Principal (MPP) nous avons décidé pour tout patient en situation de soins palliatifs, d'en faire le MPP même s'il n'apparaissait pas en tant que tel dans le codage de la Tarification À l'Activité (T2A). Le but était de mieux refléter la réalité clinique.

5. Recueil des données

Les cas consécutifs de réhospitalisation étaient recensés, à partir des statistiques de mouvements des patients du logiciel *Athome*® de l'HAD, tous les 15 jours environ, entre le 01/10/2016 et le 31/03/2017.

Les formulaires étaient ensuite complétés, à partir du dossier informatisé du patient (*Athome*®) et avec l'aide des IDE et des médecins coordonnateurs (appel téléphonique) qui prenaient en charge le patient, en cas de données manquantes. Un formulaire a été rempli par réhospitalisation non programmée. Plusieurs formulaires ont donc parfois été remplis pour un même patient.

Ce recueil des données était réalisé par la thésarde et le directeur de thèse. À la fin du recueil, tous les dossiers ont été revus conjointement pour confirmer le caractère non programmé de la réhospitalisation, c'est à dire son inclusion dans l'étude, et le motif de réhospitalisation retenu.

Les données ont ensuite été retranscrites manuellement dans un fichier *Excel*® comportant une ligne par réhospitalisation et une colonne par variable. Certaines variables étaient créées à partir des variables brutes recueillies. Parallèlement, le nombre total de séjours en HAD sur cette période a également été recueilli.

Nous avons arbitrairement fixé la durée de l'étude à 6 mois pour obtenir un nombre de réhospitalisations suffisant et être compatible avec le temps de réalisation du travail de thèse.

6. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal était le motif de réhospitalisation non programmée.

Les critères de jugement secondaires étaient l'initiateur de la réhospitalisation, le service d'orientation et la durée du séjour. Le taux de réhospitalisation non programmée sur la période était aussi recherché.

7. Analyse statistique

Il s'agissait d'une analyse statistique descriptive puis comparative. Les données ont été analysées avec les outils du logiciel *Excel*®, à partir de tableaux croisés dynamiques. Pour l'analyse comparative, les données ont été analysées avec les outils du logiciel *Biostatgv*®.

Nous avons réalisé une analyse en sous-groupes afin de comparer les réhospitalisations non programmées précoces (survenant dans les 15 jours) et donc potentiellement évitables, et les réhospitalisations plus tardives. Le délai de 15 jours a été retenu suite au sentiment d'insatisfaction des équipes dans ces situations, en l'absence de référence pour l'HAD dans la littérature.

Nous avons décrit la population en terme de moyenne et d'écart type pour les variables quantitatives. Nous avons décrit la population en terme d'effectifs et de pourcentages pour les variables qualitatives. Pour la comparaison des variables quantitatives, nous avons réalisé un test de Wilcoxon. Pour la comparaison des variables qualitatives, nous avons réalisé un test du Chi 2. Quand les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5, nous avons réalisé un test de Fisher.

8. Éthique

Les données ont été anonymisées à partir des numéros de dossier et de séjour des patients, et reportées sur une base de données avec le logiciel *Excel*®.

RÉSULTATS

Au total, nous avons recensé 122 réhospitalisations. Nous avons exclu 27 réhospitalisations, dont 2 correspondaient à des transferts vers une autre HAD, et 25 à des réhospitalisations programmées :

- 11 interventions chirurgicales
- 3 avis spécialisés
- 3 chimiothérapies anticancéreuses
- 3 hospitalisations en USLD ou Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) dont la place était en attente
- 2 fins de vie à l'hôpital
- 2 séjours de répit
- 1 séjour de répit programmé en HAD lors d'une hospitalisation en milieu traditionnel

Quatre-vingt quinze réhospitalisations non programmées ont donc été incluses dans la population étudiée. Cela correspondait à 78 patients, 1 patient ayant été réhospitalisé 4 fois, 3 patients 3 fois et 12 patients 2 fois pendant ces 6 mois.

1. Caractéristiques de la population

1.1. Données sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques de la population sont présentées dans les tableaux 1 et 2. La moyenne d'âge était de 61,3 ans, avec des âges extrêmes de 15 et 92 ans. L'écart type était de 18,1 ans. L'âge médian était de 62 ans.

Tableau 1 : Répartition de la population selon le sexe et le statut marital

Sexe	n (%)
- femme	53 (56)
- homme	42 (44)
Statut marital	n (%)
- en couple	51 (54)
- célibataire	40 (42)
- données manquantes	4 (4)

La moyenne d'âge des femmes était de 63,1 ans avec un écart type de 16,4 ans.

La moyenne d'âge des hommes était de 59,8 ans avec un écart type de 19,3 ans.

En l'absence d'aidant naturel, il existait un plan d'aide à domicile dans 38% des cas (n=6).

Tableau 2 : Description de l'environnement au domicile de la population

Lieu de vie	n (%)
- domicile du patient	81 (85)
- domicile de la famille du patient	13 (14)
- EHPAD	1 (1)
Présence d'un aidant naturel	n (%)
- oui	79 (83)
- non	16 (17)
Nature de l'aidant principal	n (%)
- conjoint	52 (66)
- parent	14 (18)
- enfant	11 (14)
- autre	2 (3)
Plan d'aide à domicile*	n (%)
- oui	57 (60)
- non	37 (39)
- Non applicable (EHPAD)	1 (1)

EHPAD : Établissement Hospitalier pour Personnes Âgées Dépendantes

* Plan d'aide à domicile : APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) ou FNAASS (Fond National d'Action Sanitaire et Sociale) ou MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)

1. 2. Données médicales

Les pathologies principales de la population sont présentées dans le tableau 3. Les cancers solides étaient majoritaires.

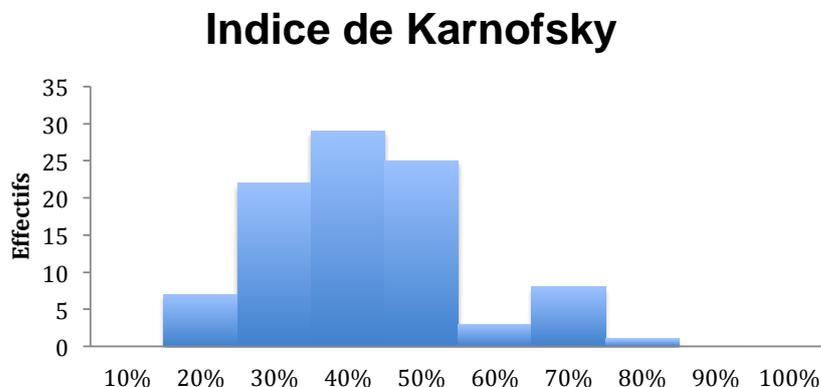
Tableau 3 : Pathologie principale justifiant la prise en charge en HAD dans la population

Pathologie principale	n (%)
Cancers solides	57 (60)
- digestifs	23 (24)
- broncho-pulmonaires	10 (11)
- gynécologiques	11 (12)
- ORL	4 (4)
- prostate	2 (2)
- peau	2 (2)
- cérébral	2 (2)
- os	1 (1)
- voies urinaires	1 (1)
- tumeur pelvienne	1 (1)
Hématologie	2 (2)
Pathologies neurologiques	12 (13)
- paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques	8 (8)
- affections neuromusculaires	3 (3)
- maladie de Parkinson	1 (1)
Insuffisance respiratoire terminale	9 (9)
Plaies complexes	5 (5)
Pathologies infectieuses	5 (5)
Autre	5 (5)

L'Indice de Karnofsky (IK) était utilisé pour décrire l'état de santé global d'un patient, d'un point de vue fonctionnel et médical. Il varie de 100 % (patient normal) à 10 % (patient moribond) (cf. ANNEXE 3).

La figure 1 présente la répartition des IK dans la population. L'IK moyen était de 42,4 % avec un écart type de 13,4. La médiane était de 40 %.

Figure 1 : Répartition des IK en fonction du nombre de réhospitalisations non programmées pour chaque valeur (n)



Le score AVQ (Actes de la Vie Quotidienne) décrit l'état de dépendance d'un patient. Il est détaillé en ANNEXE 4. La répartition des scores AVQ et leur interprétation sont décrits dans le tableau 4. L'AVQ moyen était de 14,5 avec un écart type de 4,3. La médiane était de 14.

Tableau 4 : Répartition des scores AVQ dans la population

Valeur du score AVQ	Interprétation	n (%)
Inférieur ou égal à 6	Patient totalement autonome	6 (6)
7 à 12	Patient faiblement dépendant	24 (25)
13 à 18	Patient moyennement dépendant	44 (46)
19 à 24	Patient complètement dépendant	21 (22)

2. Parcours de soin au sein de l'HAD

La répartition de la population selon le secteur géographique d'origine est décrite dans le tableau 5. Toulouse-Villefranche était le secteur le plus représenté.

Tableau 5 : Secteur géographique d'origine de la population

Secteur géographique	n (%)
Toulouse-Villefranche	43 (45)
Léguévin	26 (27)
Montastruc	26 (27)

Dans 97 % des cas (n=92) l'hôpital était à l'origine de la prise en charge en HAD. Le médecin traitant était demandeur d'HAD dans seulement 3 % des cas (n=3).

Les services hospitaliers référents pour la pathologie principale du séjour concerné par la réhospitalisation sont présentés dans le tableau 6. Le CHU (dont l'Oncopôle) était référent dans deux tiers des cas.

Tableau 6 : Service hospitalier référent pour le séjour concerné

Service référent	n (%)
CHU hors IUCT Oncopôle	38 (40)
IUCT Oncopôle	23 (24)
Clinique	21 (22)
SSR	7 (7)
CHR	4 (4)
USP Joseph Ducuing	1 (1)
Données manquantes	1 (1)

IUCT : Institut Universitaire du Cancer de Toulouse

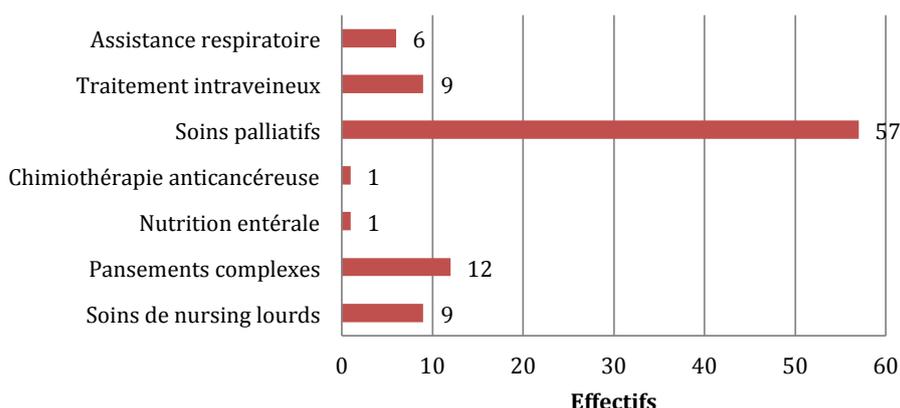
CHR : Centre Hospitalier Régional

USP : Unité de Soins Palliatifs

La figure 2 expose la répartition des MPP lors du séjour en HAD concerné par la réhospitalisation. Dans 60 % des cas de réhospitalisations non programmées, le MPP était les soins palliatifs.

Figure 2 : Mode de prise en charge principal en HAD retenu pour le séjour concerné par la réhospitalisation non programmée (n)

Mode de prise en charge principal



L'organisation de la prise en charge avec les professionnels libéraux lors du séjour en HAD est présentée dans le tableau 7. Dans 84 % des cas, l'équipe de l'HAD intervenait quotidiennement à domicile.

Tableau 7 : Organisation de la prise en charge en HAD pour le séjour concerné

Organisation de la prise en charge	n (%)
Équipe mixte	69 (73)
HAD seule	10 (11)
Coordination	16 (17)

Le tableau 8 précise la répartition de la population en terme de durée de séjour. Les réhospitalisations non programmées intervenaient en moyenne 31,2 jours après le début de la prise en charge, avec un écart type de 32,3. La médiane était de 54,3 jours, le minimum de 2 jours et le maximum de 159 jours.

Tableau 8 : Répartition des réhospitalisations non programmées en terme de durée de séjour en HAD

Durée de séjour avant la réhospitalisation	n (%)
Inférieure ou égale à 7 jours	17 (18)
Inférieure ou égale à 15 jours	41 (43)
Inférieure ou égale à 30 jours	63 (66)
Supérieure à 30 jours	32 (34)

3. Motifs de réhospitalisation non programmée

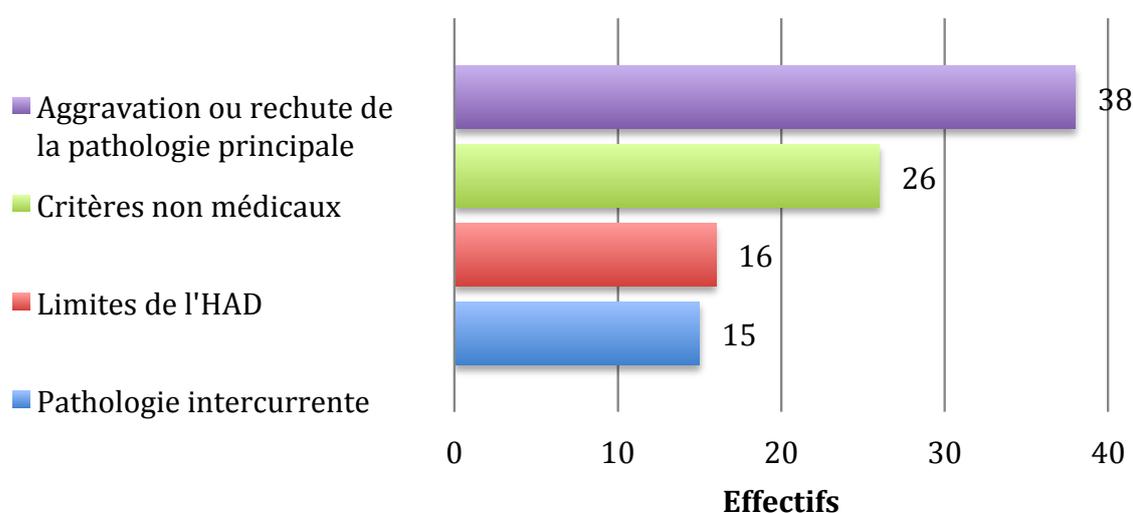
3. 1. Classement des motifs de réhospitalisation non programmée

Les motifs de réhospitalisation non programmée ont été regroupés en quatre grandes catégories : aggravation ou rechute de la pathologie principale, pathologie intercurrente, limites de l'HAD et critères non médicaux. Leur répartition est illustrée dans la figure 3. L'aggravation de la pathologie principale était la première cause de réhospitalisation dans 40 % des cas.

Indépendamment de ces catégories, les syndromes infectieux (18 %, n=17) et l'admission sociale (18 %, n=17) représentaient les causes les plus fréquentes de réhospitalisation non programmée, suivies par la nécessité de plateau technique spécifique (12 %, n=11).

Figure 3 : Répartition des motifs de réhospitalisation non programmée au sein de l'HAD SRD entre octobre 2016 et mars 2017 selon 4 grandes catégories (n)

Motifs de réhospitalisation non programmée

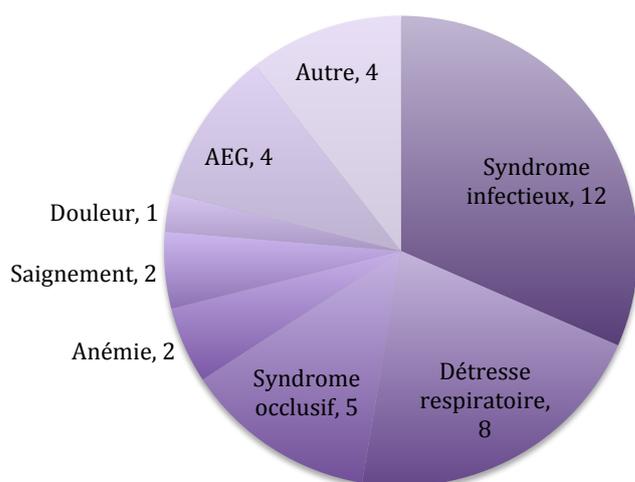


Les 4 figures suivantes présentent le détail de la répartition des motifs de réhospitalisation non programmée au sein des catégories citées ci-dessus (cf. ANNEXE 5).

Le syndrome infectieux et la détresse respiratoire représentaient plus de la moitié des réhospitalisations pour aggravation ou rechute de la pathologie principale (figure 4).

Figure 4 : Détail des motifs de réhospitalisation non programmée au sein de la catégorie « Pathologie principale » (n)

Pathologie principale



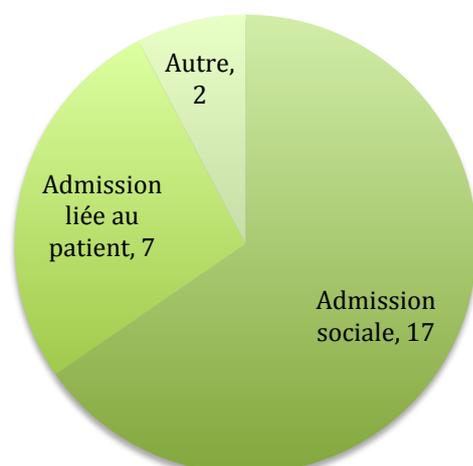
AEG : Altération de l'État Général

Autre : iatrogénie, suspicion d'embolie pulmonaire, trouble hydroélectrique, vomissements

L'admission sociale représentait 65 % des critères non médicaux (figure 5).

Figure 5 : Détail des motifs de réhospitalisation non programmée au sein de la catégorie « Critères non médicaux » (n)

Critères non médicaux

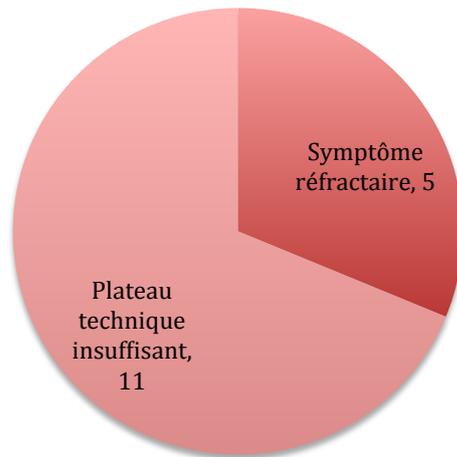


Autre : Médecin Traitant (MT) indisponible, demande du MT

La nécessité de plateau technique spécifique était la première limite de l'HAD (figure 6). Il s'agissait principalement de problèmes liés aux Cathéters Centraux Insérés par voie Périphérique (PICC-lines).

Figure 6 : Détail des motifs de réhospitalisation non programmée au sein de la catégorie « Limites de l'HAD » (n)

Limites de l'HAD

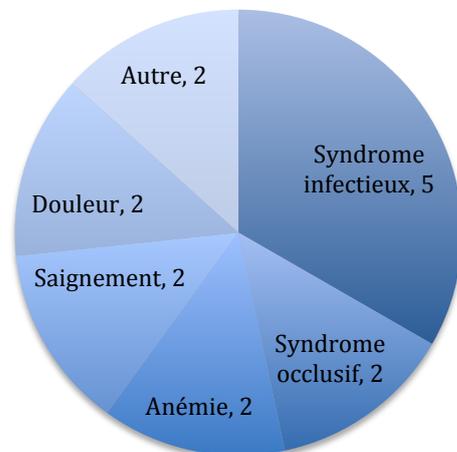


Symptôme réfractaire : 4 douleur, 1 anxiété

Le syndrome infectieux était le premier motif de réhospitalisation en lien avec une pathologie intercurrente (figure 7).

Figure 7 : Détail des motifs de réhospitalisation non programmée au sein de la catégorie « Pathologie intercurrente » (n)

Pathologie intercurrente

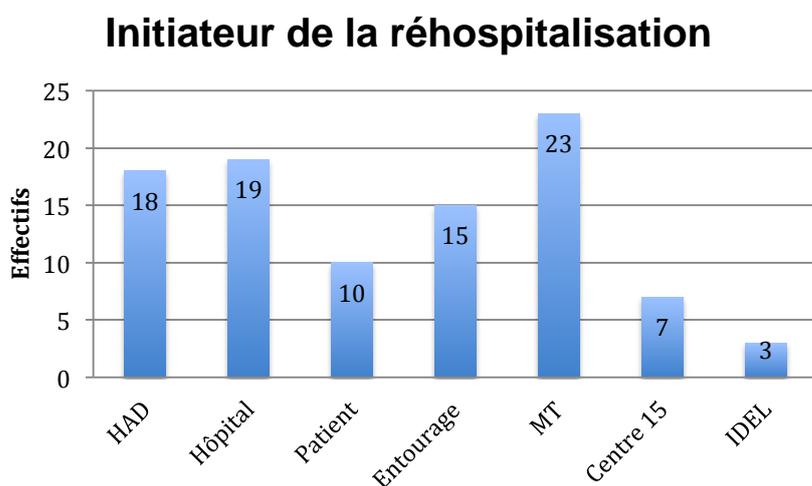


Autre : trouble hydroélectrique, déficit moteur

3. 2. Caractéristiques des réhospitalisations non programmées

La figure 8 décrit les initiateurs de ces réhospitalisations. Le médecin traitant était le premier initiateur (dans un quart des cas) puis il s'agissait de l'hôpital (service référent ou autre) et de l'HAD dans respectivement 20 % et 19 % des cas.

Figure 8 : Répartition des réhospitalisations non programmées en fonction de l'initiateur (n)

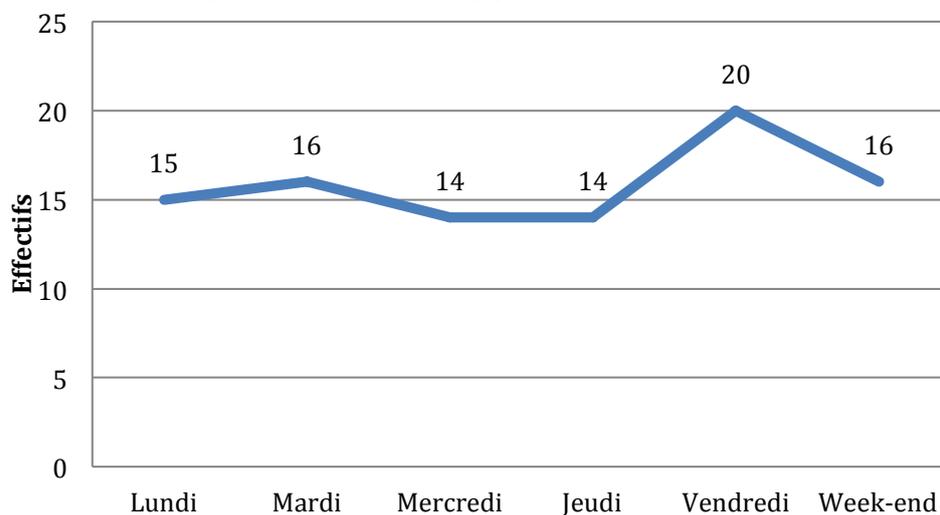


IDEL : Infirmier Diplômé d'État Libéral

Lorsque l'HAD n'était pas directement à l'origine de la réhospitalisation, elle était associée à son organisation dans 81 % des cas (n=62). Dans 19 % des réhospitalisation (n=15), l'HAD n'avait pas été associée ni prévenue de la réhospitalisation.

Le nombre de réhospitalisations en fonction du jour de la semaine est rapporté dans la figure 9. Il existait un pic de réhospitalisations non programmées le vendredi, en veille de week-end, qui concernait 21 % des réhospitalisations.

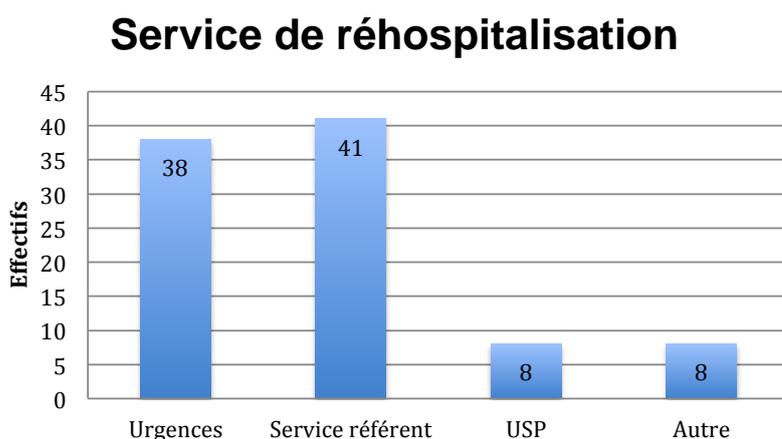
Figure 9 : Evolution du nombre de réhospitalisation non programmée en fonction du jour de la semaine (n)



En dehors des week-ends et jours fériés, c'est-à-dire des périodes de garde, 94 % des réhospitalisations (n=74) avaient lieu en journée entre 8 heures et 20 heures. Au total, seulement 22 % des réhospitalisations non programmées (n=21) avaient lieu sur les plages horaires de garde (week-ends, jours fériés et nuits).

La figure 10 expose le service d'orientation de la population réhospitalisée : 43 % des réhospitalisations étaient adressées directement dans le service référent, 40 % aux urgences et 8 % en USP.

Figure 10 : Répartition des réhospitalisations non programmées en fonction du service de réhospitalisation (n)



Le tableau 9 présente la prévalence des courriers et des ordonnances de sortie dans les dossiers informatisés. Dans la majorité des cas de réhospitalisation, l'ordonnance de sortie était disponible dans le dossier, mais pas le courrier de sortie.

Tableau 9 : Présence des documents de sortie de l'hospitalisation précédente dans les dossiers des réhospitalisations non programmées

Courrier de sortie dans le dossier	n (%)
Oui	41 (43)
Non	51 (54)
Non applicable (entrée depuis le domicile)	3 (3)
Ordonnance de sortie* dans le dossier	n (%)
Oui	71 (75)
Non	24 (25)

* ou du médecin traitant à l'entrée en HAD

4. Taux de réhospitalisation

4. 1. Taux de réhospitalisation non programmée

Entre le 01/10/2016 et le 31/03/2017, il y a eu un total de 728 séjours réalisés sur les trois secteurs Léguevin, Montastruc et Toulouse-Villefranche de l'HAD Polypathologie.

Le taux de réhospitalisation global était de 16,8 % (n=122) sur cette période.

Le taux de réhospitalisation non programmée était de 13 % (n=95).

4.2. Taux de réhospitalisation potentiellement évitable

Selon la HAS, et la littérature, le taux de réhospitalisation potentiellement évitable correspond aux réhospitalisations non programmées, survenant dans les 30 jours et en lien avec la pathologie principale. Il était de 3,6 % (n=26) sur cette période.

Cela correspondait à 21,3 % de l'ensemble des réhospitalisations et 27,4 % des réhospitalisations non programmées.

5. Comparaison des réhospitalisations précoces (survenant dans les 15 jours) aux réhospitalisations plus tardives

Le détail des analyses statistiques est présenté dans l'ANNEXE 6.

5. 1. Comparaison des caractéristiques sociodémographiques et médicales

L'âge, le sexe, l'hébergement, la présence d'un aidant, le statut fonctionnel et la pathologie principale n'étaient pas statistiquement différents entre les deux groupes.

La présence d'un plan d'aide à domicile était associée à une réhospitalisation plus tardive (p=0,043).

5. 2. Comparaison des caractéristiques du séjour en HAD

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative en terme de parcours de soins en HAD. L'absence du courrier ou de l'ordonnance de sortie n'était pas un facteur de réhospitalisation précoce.

5. 3. Comparaison des motifs de réhospitalisation non programmée

Les réhospitalisations précoces étaient plus souvent en lien avec la pathologie principale ou la nécessité de plateau technique, et étaient plus fréquentes le vendredi sans que cela soit statistiquement significatif (p>0,05).

L'HAD était significativement plus souvent associée à l'organisation de la réhospitalisation quand elle avait lieu dans les 15 jours suivant la sortie (p=0,011).

Le centre 15 était plus souvent initiateur en cas de réhospitalisation précoce (p=0,040).

Nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence statistiquement significative en terme de service et horaire de réhospitalisation entre les deux groupes.

DISCUSSION

1. Rappel des principaux résultats

Les motifs de réhospitalisation non programmée au sein de l'HAD SRD étaient en premier lieu l'aggravation ou la rechute de la pathologie principale (40 %) puis les critères non médicaux (27 %), les limites de l'HAD (17 %) et enfin la survenue d'une pathologie intercurrente (16 %). Indépendamment de ces catégories, les syndromes infectieux (18 %) et l'admission sociale (18 %) représentaient les causes les plus fréquentes de réhospitalisation non programmée, suivies par la nécessité de plateau technique spécifique (12 %).

Le médecin généraliste était le premier initiateur des réhospitalisations.

Le taux de réhospitalisation non programmée sur les 6 mois de l'étude était de 13 %.

2. Forces et faiblesses de notre étude

2. 1. Faiblesses de l'étude

Nous avons choisi d'inclure les réhospitalisations à partir d'une nuit passée dans un autre établissement, comme défini selon l'HAD. Cela peut constituer un biais de sélection étant donné que les séjours plus courts n'ont pas été comptabilisés. Le taux de réhospitalisation est donc sous-estimé.

Le recueil des données s'est déroulé en dehors des périodes de congés d'été pendant lesquelles le manque de moyens rend les réhospitalisations plus fréquentes. Nous avons constaté que les médecins généralistes n'étaient pas toujours remplacés l'été.

Certains patients réhospitalisés de façon répétée ont été inclus plusieurs fois. L'inconvénient est de comptabiliser une même situation problématique plusieurs fois.

Les biais de mesure sont la principale faiblesse de cette étude. Le motif de réhospitalisation retenu reste subjectif car plusieurs motifs peuvent coexister. Sa traçabilité dépend des intervenants. Le recueil de cette variable était d'autant plus difficile qu'il était fait du point de vue de l'HAD et non de l'hôpital. Nous étions face à des symptômes et non des diagnostics.

Nous aurions souhaité étudier d'autres variables, notamment les facteurs de risque de réhospitalisation retrouvés dans la littérature, mais ces données n'étaient pas disponibles dans les dossiers ou d'interprétation subjective. Il aurait été pertinent d'étudier la catégorie socio-professionnelle, le profil psychologique, l'acceptation de la maladie (majorité de soins palliatifs) ou encore l'âge de l'aidant principal. L'intervention du médecin traitant et la présence de directives anticipées sont aussi des critères manquants.

Le devenir des patients réhospitalisés aurait pu nous informer sur le caractère évitable des réhospitalisations.

Enfin, on ne connaît pas la proportion de réhospitalisations qui ont été évitées.

La taille de l'échantillon n'a pas permis d'obtenir une puissance suffisante pour mettre en évidence des différences statistiquement significatives sur plusieurs critères entre les groupes réhospitalisation précoce ou tardive.

Le délai retenu pour définir les réhospitalisations précoces, arbitrairement porté à 15 jours, est discutable, en l'absence de consensus dans la littérature. Le délai de 30 jours (plus souvent utilisé) nous paraissait peu pertinent pour refléter la qualité des soins dispensés par l'hôpital. Le délai de 7 jours proposé par certains auteurs nous paraissait trop court pour refléter la qualité des soins mis en place par l'HAD.

L'HAD Santé Relais Domicile a une activité forte (première HAD de Midi-Pyrénées) et spécifique, étroitement associée au CHU de Toulouse, ce qui limite la représentativité de notre étude et l'extrapolation de nos résultats à l'ensemble des HAD.

2. 2. Forces de l'étude

La principale force de cette étude repose sur son originalité. L'analyse de la littérature retrouve peu d'études portant sur les réhospitalisations du point de vue de l'HAD et non de l'hôpital. Cela a permis d'appréhender les réhospitalisations sous un autre angle, notamment en intégrant le contexte environnemental du patient.

Il s'agit d'un sujet d'actualité, les réhospitalisations non programmées étant récemment utilisées en tant qu'indicateur de qualité des soins dans plusieurs pays.

Pour le recueil et le classement des motifs de réhospitalisation par catégorie, nous nous sommes inspirés d'outils validés à l'étranger (13). Le caractère prospectif du recueil des données augmente la fiabilité des résultats en limitant le biais de mémorisation. En faisant appel à l'équipe en charge du patient en cas de dossier incomplet ou équivoque, nous avons pu recueillir des données de qualité et relativement exhaustives.

La double lecture des dossiers réalisée par la thésarde et le directeur de thèse a permis de limiter les biais de sélection (décisions d'exclusion en cas de réhospitalisation programmée) et les biais de mesure (choix du motif de réhospitalisation). Nous avons ainsi cherché à réduire au maximum la subjectivité dans le recueil des données.

Enfin, l'utilité des résultats pour la démarche d'amélioration de la qualité de l'établissement SRD valorise ce travail. Cette auto-évaluation a permis d'éclairer l'HAD SRD sur son activité et de relativiser le problème des réhospitalisations en revenant sur des idées reçues erronées. Avant cette étude, nous avons l'impression que les réhospitalisations étaient plus fréquentes, et que les réhospitalisations précoces se distinguaient des autres.

3. Interprétation des résultats et comparaison à la littérature existante

3. 1. Motifs et contextes des réhospitalisations non programmées

3. 1. 1. Comparaison à la littérature existante

La comparaison de la répartition des motifs de réhospitalisation en HAD est périlleuse étant donné l'hétérogénéité des méthodes utilisées pour leur recueil selon les études. La variété du fonctionnement institutionnel des HAD en France et à l'étranger limite aussi la comparaison.

Une thèse réalisée dans la région d'Angers en 2015 par Juttin et Paillas-Olivier (15) retrouvait des résultats comparables aux nôtres. Trois principaux motifs de réhospitalisation étaient mis en évidence : le non contrôle des symptômes (syndrome infectieux, hémorragie, dyspnée, anxiété) puis la nécessité de plateau technique et enfin l'épuisement de l'aidant ou du patient. Comme dans notre étude, 80 % de ces réhospitalisations étaient non programmées.

L'HAD était associée à ces réhospitalisations dans deux tiers des cas. On note que seuls 12 % des patients ont été orientés dans leur service référent, contre 80 % aux urgences, alors que la répartition entre ces deux services était équivalente dans notre étude. La majorité des réhospitalisations avaient pourtant lieu en semaine et 53 % étaient considérées comme « évitables » par l'équipe de l'HAD.

Dans sa thèse portant sur les hospitalisations en urgence dans les 5 jours suivant une entrée en HAD (16), Naklé retrouve la pathologie infectieuse au premier plan (29 %) et les problèmes respiratoires (17 %) en 3^{ème} position. La fin de vie (27 %) était beaucoup plus prépondérante. Cela peut s'expliquer par l'utilisation d'une grille différente pour classer les motifs, l'admission sociale étant peu décrite. La nécessité de plateau technique n'apparaissait pas dans cette étude qui se focalisait sur les réhospitalisations très précoces. L'entourage et le patient étaient plus souvent initiateurs de la réhospitalisation que dans notre étude. Le médecin traitant n'était impliqué que dans 12 % des cas.

Il est intéressant de préciser que dans ces deux études, la proportion de patients en soins palliatifs était similaire à celle de notre étude.

Dans une thèse réalisée en 2014 avec le Réseau Reliance en Haute-Garonne (17), Fourcade rapporte 46 % de réhospitalisations non programmées sur l'ensemble des réhospitalisations, proportion bien inférieure à celle observée dans notre étude. Cela peut s'expliquer par l'utilisation de critères d'inclusion différents. Les motifs étaient d'abord d'ordre respiratoire (28 %). Les syndromes infectieux ne représentaient que 6 % des cas et l'admission sociale 4 %. Ces différences sont à mettre en relation avec la prise en charge exclusivement palliative de ce réseau. La faible proportion d'admission sociale reste surprenante dans ce contexte. Le médecin traitant était, comme dans notre étude, le premier initiateur (32 %) suivi par l'entourage (22 %) et les IDEL (10 %). Le réseau Reliance était à l'origine de seulement 2 % des réhospitalisations non programmées. Ces résultats suggèrent la plus

grande implication de l'HAD au domicile des patients.

Les patients étaient majoritairement orientés vers les urgences (68 %) contre seulement 14 % vers leur service référent. La majorité des réhospitalisations (86 %) se faisait en journée. Concernant les réhospitalisations programmées, 62 % l'étaient pour un décès à l'hôpital, 21 % pour des examens complémentaires ou des soins et 15 % pour un séjour de répit.

À l'étranger, une cohorte australienne de plus de 3 400 patients en HAD (18) retrouvait comme principal motif de réhospitalisation non programmée l'absence d'amélioration clinique de la pathologie principale (30 %). Les critères non médicaux ne représentaient que 5 % des cas, ce qui est expliqué par la différence de population étudiée. Les principales pathologies prises en charge dans cette étude étaient la pathologie infectieuse et les thromboses veineuses profondes. Aucun patient n'était pris en charge en soins palliatifs.

3. 1. 2. Interprétation des résultats

Dans notre étude comme dans la littérature, les motifs médicaux, avec en tête la pathologie infectieuse, représentent les principaux motifs de réhospitalisation en HAD. Comme dans tout service hospitalier, les patients de l'HAD sont à haut risque infectieux. Ils sont souvent porteurs de pathologies lourdes ou de dispositifs invasifs.

Dans l'enquête nationale menée en HAD en 2012 par le Réseau d'Alerte, d'Investigation et de Surveillance des Infections Nosocomiales (RAISIN) (19) la prévalence des Infections Nosocomiales (IN) était de 6,8 %, dont 35,5 % étaient acquises en HAD. Parallèlement, 15,2 % des patients étaient traités par un anti-infectieux. Indépendamment de l'origine de l'IN, les 3 sites infectieux les plus fréquents étaient urinaire, peau/tissus mous et site opératoire. D'après le Centre de Coordination des actions de Lutte contre les IN (CCLIN) Sud Ouest (20) la prévalence des IN à l'HAD SRD était de 13 % en 2016. La prévalence des IN acquises en HAD était de 5,6 %.

Concernant le taux d'incidence des infections liées aux dispositifs invasifs en HAD, une étude lyonnaise (21) retrouvait un taux d'incidence des infections urinaires de 1,4/1000 jours de sondage et un taux d'incidence de bactériémies de 1,1/1000 jours de cathétérisme central. Le délai moyen de l'acquisition de l'infection était respectivement de 77,8 jours et 51,8 jours. La lutte contre les infections nosocomiales doit rester une priorité en HAD.

Les réhospitalisations pour des critères non médicaux, en particulier l'admission sociale, arrivaient souvent en seconde position. La forte proportion de patients en soins palliatifs dans ces études explique ce résultat. Cela suggère la nécessité d'améliorer la prise en charge psycho-sociale du patient et surtout des aidants.

Les réhospitalisations engendrées par la nécessité de plateau technique, limite inhérente à l'HAD, sont citées dans une étude (15). Elles étaient principalement liées aux PICC-lines dans notre étude, alors que la prévalence de ces dispositifs dans l'enquête nationale (19) était

de seulement 2,7 % en HAD. Selon une étude prospective menée en HAD (22) l'incidence des complications sur PICC-line était de 38,6 %, survenant dans un délai médian de 25 jours. L'obstruction était la complication la plus fréquente (22,9 %) et l'infection était rare (4,3 %). Le champ d'action de l'HAD doit cibler la formation des professionnels à l'utilisation de ces dispositifs.

On constate que le non-contrôle des symptômes (comme la douleur ou l'anxiété) est un motif peu fréquent de réhospitalisation. La faible prévalence des détresses respiratoires est également surprenante étant donné la proportion de patients en soins palliatifs. Les professionnels de l'HAD semblent bien formés dans ce domaine.

On remarque que l'HAD SRD a davantage tendance à orienter les patients directement dans leur service référent et à limiter le recours aux urgences. On peut mettre en avant la participation des médecins de l'HAD aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) de l'Oncopôle et du CHU, services référents de la majorité des patients de notre étude. La présence de l'HAD dans ces établissements a certainement favorisé la communication hôpital-domicile. La disponibilité des professionnels hospitaliers est également valorisée par ce résultat.

Parallèlement, des réhospitalisations ont probablement été évitées grâce à l'organisation d'hospitalisations de jour ou l'ajustement des traitements en RCP. L'orientation de certains patients directement en USP dans notre étude témoigne du lien étroit entre l'HAD et les deux USP du CHU, réactives même en situation de réhospitalisation non programmée.

Le médecin traitant est souvent retrouvé comme premier initiateur des réhospitalisations. Si les HAD sont fortement associées à leur organisation, le médecin traitant demeure, conformément à la loi (2), le pivot de la prise en charge du patient.

Les réhospitalisations avaient majoritairement lieu en journée dans toutes les études. Ce constat rassurant suggère que le caractère « non programmé » des réhospitalisations n'est pas synonyme de « désorganisé ». L'orientation des patients ne se fait pas exclusivement vers les urgences et le centre 15 est très peu sollicité.

Notre étude retrouvait une tendance à l'augmentation des réhospitalisations le vendredi, donnée non retrouvée dans la littérature. L'anxiété générée par l'arrivée du week-end peut expliquer que les professionnels hospitalisent plus facilement le vendredi.

La présence des documents de sortie dans les dossiers n'a pas pu être comparée à la littérature. Il s'agit cependant d'une piste d'amélioration, à la fois pour l'hôpital et l'HAD, notamment concernant le compte-rendu d'hospitalisation.

3. 1. 3. Discussion du caractère potentiellement évitable

Dans leur étude, Juttin et Paillas-Olivier (15) se basent sur le ressenti des IDE de l'HAD pour définir le caractère évitable d'une réhospitalisation. Cela illustre l'absence de consensus et le caractère subjectif d'une telle notion.

La notion de réhospitalisation potentiellement évitable a pour la première fois été évoquée par Halfon *et al.* (5) au début des années 2000. Elle correspondait aux réhospitalisations non programmées, en lien avec une pathologie connue et survenant dans les 30 jours suivant la sortie.

D'après ce modèle, retenu par la HAS, 27,4 % des réhospitalisations non programmées seraient potentiellement évitables dans notre étude.

On peut aussi s'appuyer sur les travaux d'Eggli *et al.* (13) pour qui les réhospitalisations liées à des critères non médicaux sont évitables, car pourraient être anticipées, soit 27 % des cas de notre étude. D'après Halfon *et al.* (5) les réhospitalisations en lien avec la pathologie principale sont également évitables car connues, soit 40 % des cas de notre étude.

Il est raisonnable de considérer que les réhospitalisations consécutives à une pathologie intercurrente ou une limite de l'HAD (principalement la nécessité de plateau technique) sont inévitables, ce qui correspondait à 33 % des cas de notre étude.

Dans notre étude, 67 % des réhospitalisations non programmées seraient ainsi potentiellement évitables.

On constate la variabilité de la proportion des réhospitalisations potentiellement évitables selon le modèle utilisé.

3. 2. Taux de réhospitalisation en HAD

3. 2. 1. Comparaison à la littérature existante

En 2015, sur l'ensemble du territoire français, 34 % des séjours en HAD se sont soldés par une hospitalisation en milieu traditionnel, tous motifs confondus (4). On constate donc que le taux de réhospitalisation de l'HAD SRD est inférieur de moitié (16 %) à la moyenne nationale. Ce taux est cependant sous-estimé étant donné que les patientes du secteur Périnatalité ont été exclues.

En Australie, la cohorte de Montalto *et al.* (18) a recensé un taux de réhospitalisation non programmée de seulement 4,2 % lors d'un séjour en HAD. Ce résultat est à confronter à l'absence de patients en soins palliatifs dans cette étude. Une autre étude australienne (23) portant sur les réhospitalisations des patients pris en charge en HAD pour un traitement intraveineux retrouve un taux de 32,5 % à 30 jours. Les différences dans l'organisation des soins à l'étranger rendent ces résultats peu transposables en France.

3. 2. 2. Pertinence des réhospitalisations en tant qu'indicateur de qualité des soins

Selon Halfon *et al.* (24) le taux de réhospitalisation potentiellement évitable peut servir d'indicateur de la qualité des soins dispensés dans les hôpitaux.

Ces travaux ont donné naissance dans différents pays à des programmes de pénalités financières s'appuyant sur cet indicateur. Ils font actuellement l'objet de controverses.

Un indicateur de qualité doit être fiable (capacité de mesure précise et reproductible) et valide (capable de mesurer la qualité des soins).

Van Walraven *et al.* (25) soulignent l'influence de facteurs indépendants de l'hôpital sur les réhospitalisations. On sait par exemple que le statut psychologique du patient, son environnement ou encore la sévérité de sa maladie sont des facteurs de risque de réhospitalisation. Fischer *et al.* (26) confirment le caractère périlleux de la comparaison des taux de réhospitalisation entre hôpitaux. Le recueil imparfait ou non exhaustif de certaines données dans les dossiers administratifs limite l'ajustement des taux de réhospitalisation et donc leur fiabilité.

Dans une revue de la littérature, van Walraven *et al.* (27) estiment que 25 % (proportion médiane) des réhospitalisations précoces non programmées sont en réalité potentiellement évitables. Les hôpitaux n'ont donc pas de contrôle sur la plupart des réhospitalisations. Il est donc important de ne pas confondre réhospitalisation précoce non programmée et réhospitalisation potentiellement évitable, ce qui limite la validité de cet indicateur.

Van Walraven *et al.* soulignent également le manque de pertinence du délai de 30 jours pour refléter la qualité des soins hospitaliers et proposent de le réduire.

François *et al.* (28) confirment qu'il n'est pas possible d'utiliser la base des RSS (Résumés Standardisés de Sortie) en routine en France pour classer avec certitude une réhospitalisation en « imprévue » ou « évitable ».

Joynt *et al.* (29) dénoncent les effets néfastes des sanctions financières en cas de taux de réhospitalisation trop élevé. Les hôpitaux prenant en charge des patients socialement défavorisés ou atteints de maladie mentale, facteurs de réhospitalisation, seraient pénalisés financièrement. Par ailleurs, un taux de réhospitalisation élevé n'est pas forcément synonyme de mauvaise qualité des soins et peut résulter au contraire d'un taux de mortalité bas ou d'un bon accès aux soins hospitaliers.

Pour McIlvennan *et al.* (30) une incitation financière encouragerait la prise en charge globale, médico-psycho-sociale, des patients. La collaboration ville-hôpital et l'intégration du médecin généraliste aux prises en charge hospitalières pourraient se développer.

En France, le taux de réhospitalisation dans un délai de 1 à 7 jours est un « indicateur de vigilance » pour alerter les établissements de santé et leur permettre d'éventuellement améliorer leurs pratiques (31).

3. 3. Analyse comparative : réhospitalisations précoces et tardives

L'objectif de l'analyse en sous-groupes était de comparer les réhospitalisations précoces aux réhospitalisations tardives. L'hypothèse sous-jacente était que le retour à domicile aurait pu être mieux préparé, à la fois par l'hôpital et par l'HAD.

Nous n'avons pas pu mettre en évidence de différence statistiquement significative entre les deux groupes sur plusieurs critères attendus. Ces résultats peuvent être expliqués par le manque de puissance de notre étude lié à la taille de l'échantillon.

L'HAD était plus fréquemment associée à l'organisation de la réhospitalisation lorsqu'elle survenait dans les 15 jours malgré le fait que le centre 15 soit plus souvent initiateur dans ce délai. Les motifs de réhospitalisation précoce sont-ils plus sévères ? L'implication de l'HAD suggère une bonne communication avec patients et professionnels libéraux, qui semblent faire appel à elle en cas d'événement indésirable en début de prise en charge.

La présence d'un plan d'aide à domicile était associée à la survenue plus tardive des réhospitalisations, malgré la faiblesse de cette association. Il s'agissait d'aides sociales attribuées grâce à l'APA, la MDPH ou le FNASS.

Dans sa thèse, Tatin (32) retrouve également l'isolement social comme facteur associé au décès à l'hôpital (et donc à la réhospitalisation) des patients en soins palliatifs à l'HAD SRD. D'après la méta-analyse de Caplan *et al.* (33) si la satisfaction du patient et de l'aidant est augmentée en HAD par rapport à l'hospitalisation traditionnelle, le « fardeau » de l'aidant n'est pas diminué.

Cette tendance révèle l'influence des difficultés sociales sur les réhospitalisations, en particulier en soins palliatifs. On peut imaginer qu'une sollicitation plus précoce des plans d'aide permettrait de réduire les réhospitalisations évitables.

4. Piste d'amélioration : optimiser la transition ville-hôpital

Depuis que la réduction des réhospitalisations fait l'objet d'incitations financières, de nombreuses études internationales (34) (35) (36) cherchent à évaluer l'efficacité d'interventions visant à améliorer la transition ville-hôpital. Les rapports de nos autorités sanitaires (37) (10) s'en inspirent pour faire des propositions qui peuvent être appliquées à l'HAD.

Aucune intervention isolée ne permet de réduire significativement les réhospitalisations. Leur combinaison avant, au moment et après la sortie est nécessaire pour être efficace.

4. 1. Interventions avant la sortie

La prévention des réhospitalisations débute bien avant l'hospitalisation. La demande d'aides à domicile pourrait être optimale et mieux acceptée par le patient si elle se faisait en collaboration avec son médecin généraliste, en dehors du contexte difficile du retour à domicile. En effet, l'entrée en HAD est souvent précipitée et le soutien social est rarement optimal.

Encore plus en amont, les autorités pourraient allouer plus de moyens à la prise en charge psycho-sociale des patients, notamment en soins palliatifs, avec par exemple le remboursement des psychologues par la sécurité sociale.

La préparation de la sortie commence par l'anticipation des besoins du patient et de son entourage, avec le médecin généraliste. Une fiche de liaison standardisée pourrait systématiquement être adressée à l'équipe hospitalière à l'entrée du patient. Ce document comprendrait les données médico-psycho-sociales nécessaires à la préparation de l'hospitalisation et de la sortie. Un tel document a déjà été élaboré par un groupe de travail associant professionnels des soins primaires et hôpitaux de Toulouse en 2014-2015 (détails en ANNEXE 7).

L'objectif de cette évaluation est d'établir un « plan personnalisé de sortie », c'est à dire un plan de soins et d'aides sociales pour organiser la transition à domicile.

Il est essentiel d'impliquer le patient et ses aidants dans cette démarche dès le début de l'hospitalisation. L'éducation du patient a pour but son autonomisation et celle de son entourage. La connaissance des signes d'alerte pourrait éviter certaines réhospitalisations.

La conciliation médicamenteuse repose sur la transmission et le partage d'informations complètes et exactes entre les membres de l'équipe soignante et le patient tout au long de son parcours. En impliquant le pharmacien, elle a pour but d'éviter les erreurs médicamenteuses.

L'équipe hospitalière doit s'assurer que les conditions sont réunies, sur un plan médical, social et éducatif, pour une sortie réussie.

4. 2. Interventions au moment de la sortie

La diffusion de l'information médicale est la clef d'une sortie réussie.

Le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation est de 8 jours dans les indicateurs de qualité. En France en 2015, ce délai était respecté pour 53 % des séjours (38). La transmission informatisée de tous les courriers de sortie pourrait réduire ce délai.

Le dossier médical partagé, qui permet l'accès du dossier hospitalier au médecin généraliste est prometteur malgré ses limites.

D'après Clanet *et al.* (39), les médecins généralistes souhaiteraient qu'une lettre succincte soit remise au patient lors de sa sortie, détaillant le motif d'admission, le traitement de sortie,

le diagnostic principal et les résultats en attente sous une forme structurée et standardisée. Le score de l'indicateur « qualité de la lettre de liaison à la sortie », s'appuyant sur des données médico-administratives, n'était que de 35 % en France en 2015 (38). Un contact téléphonique auprès du médecin généraliste à la sortie du patient pourrait pallier à ce manque.

La HAS a élaboré un guide sous forme de check-list (40) à destination des hospitaliers qui expose différentes interventions visant à optimiser la sortie (cf. ANNEXE 8).

Il est également proposé de remettre au patient des instructions de sortie personnalisées, avec notamment les coordonnées des professionnels à joindre en cas d'événement indésirable.

4. 3. Interventions après la sortie

Afin d'assurer la continuité des soins, la programmation avant la sortie d'une visite à domicile avec le médecin généraliste devrait être systématique. La permanence des soins est cependant limitée par le non remplacement de certains médecins.

La mise en place d'un suivi téléphonique avec une IDE ou la télémédecine sont des mesures évoquées.

Dans le cadre de l'HAD, l'organisation d'une visite à domicile conjointe avec le médecin généraliste pourrait être valorisée et améliorer la transmission de l'ordonnance de sortie.

La vérification de la disponibilité des traitements à la pharmacie du patient avant la sortie évite les ruptures médicamenteuses. Le lien avec les pharmaciens, notamment en cas de sortie le week-end ou de traitement spécifique, prend alors tout son sens.

Dans certains pays, la pharmacie hospitalière délivre au patient le traitement de sortie pour une durée limitée.

Pour faciliter chaque étape de cette transition, certains auteurs ont imaginé la formation de « coordonnateurs de sortie ». Il pourrait s'agir d'IDE spécialisé(e)s, qui interviendraient en cas de situation complexe à risque de réhospitalisation. L'objectif étant de décroiser les interventions hospitalières et ambulatoires et d'harmoniser les pratiques.

Cette fonction, déjà assurée en HAD par les IDE coordinatrices, pourrait être généralisée.

En cas de parcours de soin complexe, le patient pourrait bénéficier d'un programme de suivi encadré par un réseau (gérontologie, soins palliatifs, éducation thérapeutique) pour appuyer les médecins traitants. L'organisation de réunions de concertation entre équipes hospitalières et ambulatoires est alors facilitée.

Le médecin traitant doit veiller à la continuité des interventions initiées à l'hôpital, idéalement en collaboration avec IDE, pharmaciens et travailleurs sociaux.

5. Le rôle du médecin généraliste

Le médecin généraliste est un acteur important autour des réhospitalisations, dont il est souvent le premier initiateur. Son rôle doit cependant être étendu à la prévention des réhospitalisations.

Les critères non médicaux représentent un tiers des réhospitalisations de notre étude et sont considérés comme potentiellement évitables. Un travail de thèse (41) a retrouvé que les aidants naturels des patients en soins palliatifs souhaiteraient que les soignants soient plus attentifs à leur épuisement psychique en proposant une aide sociale et matérielle adaptée. Il s'agit donc d'une piste d'amélioration importante qui touche le champ de la médecine générale.

Le médecin généraliste était présent à chaque étape de la transition ville-hôpital. Il a la particularité de pouvoir agir bien en amont de l'hospitalisation, avec la mise en place d'un soutien psycho-social précoce. Cette démarche d'anticipation des besoins au domicile du patient doit être encouragée.

Le développement des pôles ou maisons de santé pluridisciplinaires va dans ce sens là. On peut espérer que l'unité de lieu améliore la coordination entre professionnels de santé ambulatoires. C'est aussi l'occasion d'intégrer les médecins généralistes aux prises de décisions hospitalières. D'après une thèse menée avec l'IUCT-Oncopôle (42) les médecins généralistes installés en groupe étaient plus susceptibles de participer à une RCP que ceux qui étaient seuls. Le téléphone était préféré à la visioconférence.

Le travail au sein d'une équipe pluridisciplinaire pourrait recentrer la place du médecin généraliste dans l'HAD. Selon Leung *et al.* (43) les médecins généralistes éprouvent des difficultés de positionnement face à l'HAD, notamment avec la coordination, la transmission des informations et la prise de décisions. Ces difficultés peuvent être responsables de réhospitalisations évitables.

Les médecins généralistes évoquent le manque de temps pour réaliser les démarches administratives, les visites à domicile et la coordination avec l'HAD. Ils considèrent que leur rémunération pour ces prises en charge complexes et chronophages est insuffisante.

Il est possible d'extrapoler ce constat. Le mode de rémunération à l'acte est malheureusement peu adapté aux démarches d'anticipation et de coordination des soins. Repenser le mode de rémunération des médecins généralistes pourrait valoriser leur implication dans la prise en charge psycho-sociale des patients, et les inciter à consacrer plus de temps à la communication avec les autres intervenants.

CONCLUSION

La particularité de l'HAD est de prendre en charge des patients avec des pathologies lourdes et nécessitant une prise en charge qui se ferait à l'hôpital en l'absence d'HAD. La réduction du niveau de supervision médicale et paramédicale est inhérente à l'HAD. Un des risques associé est donc la réhospitalisation non programmée, événement indésirable pour les équipes soignantes, les patients et les familles.

Nous avons étudié le contexte et les motifs de réhospitalisation non programmée au sein de l'HAD SRD pendant 6 mois. Les motifs de réhospitalisation non programmée étaient en premier lieu l'aggravation ou la rechute de la pathologie principale puis les critères non médicaux, les limites de l'HAD et enfin la survenue d'une pathologie intercurrente. Indépendamment de ces catégories, les syndromes infectieux et l'admission sociale représentaient les causes les plus fréquentes de réhospitalisation non programmée, suivies par la nécessité de plateau technique.

Le taux de réhospitalisation non programmée sur les 6 mois de l'étude était de 13 %.

Malgré ses limites, le taux de réhospitalisation reste un marqueur de la qualité des soins. Le défi de l'HAD est de contenir ce risque à un taux acceptable, grâce à l'optimisation de la transition ville-hôpital et la maîtrise du risque infectieux.

Combiner plusieurs interventions aux trois étapes de la transition (pendant l'hospitalisation, au moment de la sortie et après la sortie) est nécessaire pour réduire les réhospitalisations. La continuité des interventions entre l'hôpital et la ville, impliquant plusieurs acteurs, est essentielle. Le médecin généraliste doit être intégré à chacune de ces étapes. Un meilleur partage de l'information renforcerait son rôle de coordonnateur. L'accent doit être mis sur l'anticipation de la prise en charge sociale des patients.

La recherche des facteurs de risque de réhospitalisation en HAD afin de mieux cibler les interventions de prévention est une première perspective. Certaines mesures de transition ville-hôpital sont applicables à l'HAD SRD et pourraient faire l'objet d'une évaluation. Effectuer un état des lieux sur le risque infectieux en HAD serait également pertinent au vu des résultats de notre étude.

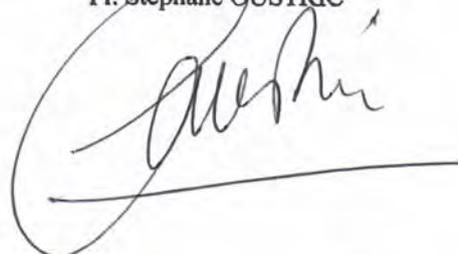
Toulouse, le 9 juin 2017

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D. CARRIE



le 1/06/17

Vu, le Président du Jury
Pr. Stéphane OUSTRIC



◦ BIBLIOGRAPHIE ◦

1. Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière. (J.O. le 2 août 1991).
2. Ministère de la Santé et des Solidarités. Circulaire DHOS/O3/2006/506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile [En ligne]. Disponible sur : <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=7220>
(consulté le 22/10/2016)
3. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Circulaire N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) [En ligne]. Disponible sur : <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=37726>
(consulté le 22/10/2016)
4. FNEHAD, Fédération des Etablissements d'Hospitalisation À Domicile. Rapport d'activité 2015-2016 : promouvoir l'HAD avec le soutien des pouvoirs publics et de nos partenaires [En ligne]. Disponible sur : <http://www.fnehad.fr/2016/11/02/rapport-dactivite-2016-promouvoir-lhad-avec-le-soutien-des-pouvoirs-publics-et-de-nos-partenaires-2/>
(consulté le 17/12/2016)
5. Halfon P, Egli Y, van Melle G, Chevalier J, Wasserfallen JB, Burnand B. Measuring potentially avoidable hospital readmissions. *J Clin Epidemiol.* juin 2002;55(6):573-87.
6. ANQ : Association Nationale pour le développement de Qualité dans les hôpitaux et les cliniques. Réopérations & Réhospitalisations SQLape [En ligne]. Disponible sur : <http://www.anq.ch/fr/medecine-somatique-aigue/reoperations-rehospitalisations-sqlape/>
(consulté le 10/08/2016)
7. Centers for Medicare and Medicaid Services. Hospital Readmissions Reduction Program [En ligne]. www.cms.gov. Disponible sur : <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/AcuteInpatientPPS/Readmissions-Reduction-Program.html>
(consulté le 04/04/2017)
8. Department of Health. Payment by Results in the NHS: tariff for 2013 to 2014 [En ligne]. www.gov.uk. Disponible sur : <https://www.gov.uk/government/publications/payment-by-results-pbr-operational-guidance-and-tariffs>
(consulté le 04/04/2017)
9. Milstein R, Schreyoegg J. Pay for performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. *Health Policy.* oct 2016;120(10):1125-40.

10. HAS, Haute Autorité de Santé CNPG, Société française de gériatrie et de gérontologie, FFMPS, Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. Comment réduire les réhospitalisations évitables des personnes âgées ? [En ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1602735/fr/comment-reduire-les-rehospitalisations-evitables-des-personnes-agees
(consulté le 03/08/2016)
11. Santé Relais Domicile. Site web de l'HAD Santé Relais Domicile [En ligne]. Disponible sur : <http://www.sante-relais-domicile.fr/>
12. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. Site web ScanSanté [En ligne]. Disponible sur : <http://www.scansante.fr/>
13. Egli Y. Réadmissions potentiellement évitables - Guide didactique version 1.1 - SQLape [En ligne]. ANQ; 2012 Disponible sur : http://www.anq.ch/fileadmin/redaktion/francais/SQLape-2012-AR-documentation_didactique_version_FINALE_1.0_fr.pdf
(consulté le 05/08/2016)
14. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Guide Méthodologique HAD 2016 | Publication ATIH [En ligne]. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Disponible sur : <http://www.atih.sante.fr/guide-methodologique-had-2016>
(consulté le 05/11/2016)
15. Juttin I, Paillas-olivier A-S, Foucher L. Analyse des ré-hospitalisations de patients pris en charge par l'hospitalisation à domicile d'Angers [Thèse d'exercice]. [France] : Université d'Angers; 2015.
16. Naklé N, Le Caruyer N. Analyse des motifs d'hospitalisation en urgence, dans un délai de 5 jours, des patients admis dans une hospitalisation à domicile, quel que soit leur motif de prise en charge [Thèse d'exercice]. [Le Kremlin-Bicêtre, Val-de-Marne, France] : Université de Paris-Sud. Faculté de médecine; 2012.
17. Fourcade C, Bismuth S, Marmet T. Motifs d'hospitalisation des patients inclus dans le réseau de soins palliatifs de Haute-Garonne : étude de 107 hospitalisations sur 6 mois en 2011-2012 [Thèse d'exercice]. [Toulouse, France] : Université Paul Sabatier; 2014.
18. Montalto M, Lui B, Mullins A, Woodmason K. Medically-managed Hospital in the Home: 7 year study of mortality and unplanned interruption. Aust Health Rev. 25 août 2010;34(3):269-75.

19. CCLIN, Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales de Paris-Nord. Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements d'hospitalisation à domicile (HAD), France, mai-juin 2012. Institut de veille sanitaire; 2014 p. 72p.
20. CCLIN, Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales Sud Ouest. Enquête de prévalence des infections nosocomiales - Santé Relais Domicile. 2016 déc.
21. Seveignes S, David S, Chemorin C, Girardo P, Del Signore C, Vanhems P. Risque infectieux chez les patients pris en charge en hospitalisation à domicile. Hygiènes. mai 2010;18(3):193-9.
22. Adjmagbo B, Ittah Desmeulles H, Miguères B. Étude prospective des complications associées à l'utilisation des cathéters centraux à insertion périphérique en hospitalisation à domicile. Hygiènes. mars 2016;24(1):47-51.
23. Cramer S, Fonager K. Risk factors of 30-days re-hospitalization after Hospital at Home in a cohort of patients treated with parenteral therapy. Eur J Intern Med. déc 2014;25(10):895-9.
24. Halfon P, Egli Y, Prêtre-Rohrbach I, Meylan D, Marazzi A, Burnand B. Validation of the potentially avoidable hospital readmission rate as a routine indicator of the quality of hospital care. Med Care. nov 2006;44(11):972-81.
25. van Walraven C. The Utility of Unplanned Early Hospital Readmissions as a Health Care Quality Indicator. JAMA Intern Med. nov 2015;175(11):1812-4.
26. Fischer C, Lingsma HF, Marang-van de Mheen PJ, Kringos DS, Klazinga NS, Steyerberg EW. Is the Readmission Rate a Valid Quality Indicator? A Review of the Evidence. PLoS ONE [En ligne]. 7 nov 2014;9(11). Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4224424/>
(consulté le 05/04/2017)
27. van Walraven C, Bennett C, Jennings A, Austin PC, Forster AJ. Proportion of hospital readmissions deemed avoidable: a systematic review. CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can. 19 avr 2011;183(7):E391-402.
28. François P, Bertrand D, Beden C, Fauconnier J, Olive F. Évaluation du taux de réadmissions précoces comme indicateur de la qualité des soins à l'hôpital. Rev Dépidémiologie Santé Publique. avr 2001;49(2):183.
29. Joynt KE, Jha AK. Thirty-Day Readmissions — Truth and Consequences. N Engl J Med. avril 2012;366(15):1366-9.

30. McIlvennan CK, Eapen ZJ, Allen LA. Hospital Readmissions Reduction Program. *Circulation*. 19 mai 2015;131(20):1796-803.
31. DGOS, Direction Générale de l'Offre de Soins. Les indicateurs de ré-hospitalisation et de coordination [En ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017. Disponible sur : <http://social-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/qualite-des-soins-et-pratiques/qualite/les-indicateurs/article/re-hospitalisation-coordination>
(consulté le 23/05/2017)
32. Tatin C, Boulanger P, Rouge-Bugat M-E. Étude rétrospective de 92 patients suivis en HAD pour un cancer en soins palliatifs en 2013: lieu de décès et facteurs associés. [Thèse d'exercice]. [France] : Université Toulouse III, Paul Sabatier; 2014.
33. Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, Aimonino Ricauda N, Wilson AD, Barclay L. A meta-analysis of « hospital in the home ». *Med J Aust*. 5 nov 2012;197(9):512-9.
34. Kripalani S, Theobald CN, Anctil B, Vasilevskis EE. Reducing Hospital Readmission: Current Strategies and Future Directions. *Annu Rev Med*. 2014;65:471-85.
35. Mansukhani RP, Bridgeman MB, Candelario D, Eckert LJ. Exploring Transitional Care: Evidence-Based Strategies for Improving Provider Communication and Reducing Readmissions. *Pharm Ther*. oct 2015;40(10):690-4.
36. Verhaegh KJ, MacNeil-Vroomen JL, Eslami S, Geerlings SE, de Rooij SE, Buurman BM. Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses. *Health Aff Proj Hope*. sept 2014;33(9):1531-9.
37. ANAES, Agence Nationale d'Accréditation et l'Évaluation en Santé. Préparation à la sortie du patient hospitalisé [En ligne]. 2001 nov Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_447513/fr/sortie-du-patient-hospitalise
(consulté le 20/05/2017)
38. HAS, Haute Autorité de Santé. Dossier patient en MCO : campagne de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) du dossier patient [En ligne]. 2016 Report No.: 6. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_627698/fr/ipaqss-2016-dpa-mco-campagne-de-recueil-des-indicateurs-de-qualite-et-de-securite-des-soins-iqss-du-dossier-patient
(consulté le 20/05/2017)
39. Clanet R, Bansard M, Humbert X, Marie V, Raginel T. Revue systématique sur les documents de sortie d'hospitalisation et les attentes des médecins généralistes. *Santé Publique*. 31 déc 2015;27(5):701-11.

40. HAS, Haute Autorité de Santé. Sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures. Établissement d'une check-list. Note méthodologique et de synthèse documentaire. 2015 p. 57p.
41. Oncle J, Charbonnel S. Souffrances de l'aidant naturel d'un patient en soins palliatifs à domicile: ses attentes et ses besoins : rôles du médecin généraliste et d'un réseau de soins palliatifs [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Picardie; 2011.
42. Tachousin P, Rauzy Beyne O, Rougé Bugat M-E. Intégration des médecins généralistes aux réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP): étude de faisabilité à partir de la RCP « myélodysplasies » de l'IUCT-Oncopole. [Toulouse, France] : Université Paul Sabatier, Toulouse 3; 2016.
43. Leung I, Casalino E, Pateron D, Grateau G, Garandeanu E, Stampa M de. Participation des médecins généralistes dans les prises en charge de leurs patients en hospitalisation à domicile. Santé Publique. 27 oct 2016;Vol. 28(4):499-504.

◦ LISTE DES TABLEAUX ◦

- **Tableau 1** : Répartition de la population en terme de sexe et de statut marital
- **Tableau 2** : Description de l'environnement au domicile de la population
- **Tableau 3** : Pathologie principale justifiant la prise en charge en HAD dans la population
- **Tableau 4** : Répartition des Scores AVQ dans la population
- **Tableau 5** : Secteur géographique d'origine de la population
- **Tableau 6** : Service hospitalier référent pour le séjour concerné
- **Tableau 7** : Organisation de la prise en charge en HAD pour le séjour concerné
- **Tableau 8** : Répartition des réhospitalisations non programmées en terme de durée de séjour en HAD
- **Tableau 9** : Présence des documents de sortie de l'hospitalisation précédente dans les dossiers des réhospitalisations non programmées

◦ LISTE DES FIGURES ◦

- **Figure 1** : Répartition des IK en fonction du nombre de réhospitalisations non programmées pour chaque valeur (n)
- **Figure 2** : MPP en HAD retenu pour le séjour concerné par la réhospitalisation non programmée (n)
- **Figure 3** : Répartition des motifs de réhospitalisation non programmée au sein de l'HAD SRD entre octobre 2016 et mars 2017 selon 4 grandes catégories (n)
- **Figure 4** : Détail des motifs de réhospitalisation non programmée au sein de la catégorie « Pathologie principale » (n)
- **Figure 5** : Détail des motifs de réhospitalisation non programmée au sein de la catégorie « Critères non médicaux » (n)
- **Figure 6** : Détail des motifs de réhospitalisation non programmée au sein de la catégorie « Limites de l'HAD » (n)
- **Figure 7** : Détail des motifs de réhospitalisation non programmée au sein de la catégorie « Pathologie intercurrente » (n)
- **Figure 8** : Répartition des réhospitalisations non programmées en fonction de l'initiateur (n)
- **Figure 9** : Évolution du nombre de réhospitalisations non programmées en fonction du jour de la semaine (n)
- **Figure 10** : Répartition des réhospitalisations non programmées en fonction du service de réhospitalisation (n)

o ANNEXES o

ANNEXE 1 : Secteurs géographiques d'intervention de l'HAD Santé Relais Domicile



ANNEXE 2 : Formulaire de recueil des données utilisé



ENQUÊTE RÉHOSPITALISATIONS NON PROGRAMMÉES

Numéro de dossier :

Secteur :

Numéro de séjour :

➤ **LA RÉHOSPITALISATION EST-ELLE/ÉTAIT-ELLE PROGRAMMÉE ?**

- OUI Cas hors du cadre de cette enquête.
- NON Poursuite de l'enquête.

➤ **MOTIF DE RÉHOSPITALISATION (une seule réponse possible, préciser le motif) :**

- Aggravation ou rechute de la pathologie principale :
- Pathologie intercurrente :
- Limite de la prise en charge HAD :
 - Symptôme réfractaire non contrôlé avec les moyens de l'HAD (ex : douleur, anxiété, dyspnée)
Préciser :
 - Plateau technique insuffisant pour examen complémentaire ou traitement
Préciser :
 - Traitement non disponible :
 - Charge en soins trop lourde :
 - Autres motifs :
- Hospitalisation non justifiée par des critères médicaux :
 - Admission sociale (épuisement des aidants, présence insuffisante) :
 - Comportement inadéquat du patient :
 - Demande du patient (ex : souhait de fin de vie à l'hôpital) :
 - Autres motifs (ex : MT non disponible) :

➤ **CONDITIONS D'HOSPITALISATION**

- Service d'hospitalisation : Service référent USP Urgences
 Autre :
- Initiateur de l'hospitalisation : HAD Patient Entourage MT 15 IDEL Hôpital
- HAD associée à l'hospitalisation (si non initiatrice) : Oui Non
- Jour d'hospitalisation : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Week-end / férié
Précisez : Jour (8h-20h) Nuit



ENQUÊTE RÉHOSPITALISATIONS NON PROGRAMMÉES

➤ DONNÉES ADMINISTRATIVES RELATIVES À L'HAD

- Initiateur de la PEC en HAD : Service hospitalier Médecin traitant
- Service hospitalier « référent » (demandeur d'HAD) :
- Provenance (séjour concerné) : Domicile Service :
- Jour d'entrée en HAD : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Week-end / férié

➤ CONTEXTE MÉDICAL

- Mode de PEC principal en HAD :
- Pathologie principale :
- Statut fonctionnel : > IK : > AVQ :
- Organisation de PEC en HAD : Coordination Équipe mixte HAD seule
- Informations médicales disponibles dans le dossier HAD informatisé :
 - Courrier de sortie : Oui Non
 - Ordonnance de sortie : Oui Non

➤ CONTEXTE SOCIODÉMOGRAPHIQUE DU PATIENT

- Date de début de séjour : /..... /..... - Date de fin de séjour : /..... /.....
- Genre: M F Âge :
- Statut marital : Marié(e)/PACSé(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Célibataire
- Hébergement : Domicile du patient Domicile de sa famille EHPAD
- Aidant naturel présent : Oui Non (vit seul)
 - Si oui : Conjoint Parent Enfant Autre
- Plan d'aides à domicile (APA, MDPH, FNASS) : Oui Non

ANNEXE 3 : Indice de Karnofsky

Cotation	Situation correspondante
100%	Le patient ne présente aucun signe ou symptôme de maladie
90%	Le patient est capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne, symptômes ou signes mineurs de la maladie
80%	Le patient est capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne avec efforts, quelques symptômes ou signes mineurs
70%	Le patient est capable de se prendre en charge, mais il est incapable de mener une vie normale ou de travailler
60%	Le patient nécessite une aide occasionnelle, peut prendre en charge la plupart des soins personnels
50%	Le patient nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents
40%	Le patient est handicapé et nécessite une aide et des soins particuliers
30%	Le patient est sévèrement handicapé
20%	Le patient, très malade, nécessite un traitement de soutien actif
10%	Le patient est moribond, le processus fatal progresse rapidement

ANNEXE 4 : Grille d'évaluation des AVQ

HABILLAGE OU TOILETTE	
Au dessus de la taille	
Au dessous de la taille (y compris mettre ou enlever une prothèse)	
DÉPLACEMENTS ET LOCOMOTION	
Les transferts lit-chaise-fauteuil roulant	
Les transferts aux toilettes	
Les transferts à la baignoire ou à la douche	
La locomotion (marche ou utilisation de fauteuil roulant)	
L'utilisation des escaliers (sauf si fauteuil roulant)	
ALIMENTATION (si le patient a une alimentation artificielle, il faut évaluer sa capacité à la gérer)	
Utilisation des ustensiles réguliers pour porter les aliments à la bouche	
Mastication	
Déglutition (avalier à la bouchée ou gorgée)	
CONTINENCE	
Contrôle de la miction	
Contrôle de la défécation (si le patient a un matériel spécifique pour la continence, il faut évaluer la capacité du patient à gérer le dispositif)	
COMPORTEMENT	
L'interaction sociale : le patient s'entend et participe avec d'autres personnes, à des activités sociales ou thérapeutiques, assure ses besoins propres en même temps que ceux des autres	
RELATION ET COMMUNICATION	
Compréhension d'une communication visuelle ou auditive	
Expression claire du langage verbal et non verbal	

Chaque item est évalué selon 4 niveaux :

- Niveau 1 : Indépendance complète ou modifiée (sans aide)
- Niveau 2 : Supervision ou arrangement (présence d'un tiers)
- Niveau 3 : Assistance partielle (contact avec un tiers)
- Niveau 4 : Assistance totale (contact avec un tiers)

La moyenne de chacun des 6 items principaux est calculée, leur somme correspond au score AVQ du patient, qui va donc de 6 à 24.

Valeur du score AVQ	Interprétation
Inférieur ou égal à 6	Patient totalement autonome
7 à 12	Patient faiblement dépendant
13 à 18	Patient moyennement dépendant
19 à 24	Patient complètement dépendant

ANNEXE 5 : Détail des motifs de réhospitalisation non programmée par catégories

Motifs de réhospitalisation	n (%)
Aggravation ou rechute de la pathologie principale	38 (40)
- syndrome infectieux	12 (13)
- détresse respiratoire	8 (8)
- syndrome occlusif	5 (5)
- anémie	2 (2)
- saignement	2 (2)
- douleur	1 (1)
- AEG	4 (4)
- autre	4 (4)
Pathologie intercurrente	15 (16)
- syndrome infectieux	5 (5)
- syndrome occlusif	2 (2)
- anémie	2 (2)
- saignement	2 (2)
- douleur	2 (2)
- autre	2 (2)
Limite de la prise en charge en HAD	16 (17)
- syndrome réfractaire	5 (5)
- douleur	4 (4)
- anxiété	1 (1)
- plateau technique insuffisant	11 (12)
- problème lié à une voie centrale	9 (9)
- problème lié à un autre dispositif médical	2 (2)
- charge en soins trop lourde	0
- traitement non disponible	0
Critères non médicaux	26 (27)
- admission sociale	17 (18)
- épuisement des aidants	11 (12)
- présence insuffisante	2 (2)
- comportement inadapté de la famille	4 (4)
- patient	7 (7)
- demande du patient	5 (5)
- comportement inadapté	2 (2)
- Médecin traitant non disponible	1 (1)
- Décision du médecin traitant inadaptée	1 (1)

ANNEXE 6 : Détail de l'analyse comparative entre réhospitalisation précoce (survenant dans les 15 jours) et tardive

Comparaison des caractéristiques sociodémographiques en terme de pourcentages (n) et de moyennes (écarts-types)

	Précoce 43% (n=41)	Tardive 57% (n=54)	p-value
Sexe (masculin)	52(28)	61(25)	0,375
Age	61,49 (17,23)	61,19 (18,93)	0,961
Célibataire	39 (16)	44,4 (24)	0,453
Hébergement			
Domicile patient	85,4 (35)	85,2 (46)	0,980
Domicile famille	12,2 (5)	14,8 (8)	0,713
EHPAD	2,4 (1)	0	0,431
Présence aidant naturel	85,4 (35)	81,5 (44)	0,616
Nature de l'aidant naturel			
Conjoint	68,6 (24)	63,6 (28)	0,646
Parent	14,3 (5)	20,5 (9)	0,478
Enfant	14,3 (5)	13,6 (6)	1
Plan d'aide à domicile	27,5 (11)	48,1 (26)	0,043

Comparaison des caractéristiques médicales en terme de pourcentages (n) et de moyennes (écarts-types)

	Précoce 43% (n=41)	Tardive 57% (n=54)	p-value
Pathologie principale			
Onco-hématologie	68,3 (28)	57,4 (31)	0,279
Neurologie	9,8 (4)	14,8 (8)	0,462
Insuffisance respiratoire terminale	2,4 (1)	14,8 (8)	0,073
Infectieux	7,3 (3)	3,7 (2)	0,649
Plaies	2,4 (1)	7,4 (4)	0,386
IK	43,90 (14,64)	41,30 (12,45)	0,548
AVQ	13,78 (4,74)	15 (3,87)	0,163

Comparaison des caractéristiques du séjour en HAD en pourcentages (n)

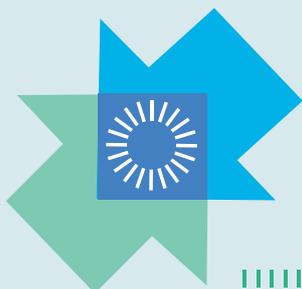
	Précoce 43% (n=41)	Tardive 57% (n=54)	p-value
Secteur géographique			
Léguevin	24,4 (10)	29,6 (16)	0,570
Montastruc	34,1 (14)	22,2 (12)	0,197
Toulouse-Villefranche	41,5 (17)	48,1 (26)	0,517
MPP			
Assistance respiratoire	2,4 (1)	9,3 (5)	0,230
Traitement intraveineux	12,2 (5)	7,4 (4)	0,493
Soins palliatifs	61 (25)	59,3 (32)	0,865
Chimiothérapie anticancéreuse	2,4 (1)	0	0,431
Nutrition entérale	0	1,9 (1)	1
Pansements complexes	14,6 (6)	11,1 (6)	0,607
Soins de nursing lourds	7,3 (3)	11,1 (6)	0,727
Organisation de la PEC			
Mixte	80,5 (33)	66,7 (36)	0,135
Coordination	14,6 (6)	18,5 (10)	0,616
HAD seule	4,9 (2)	14,8 (8)	0,179
Courrier dans le dossier	39 (16)	46,3 (25)	0,440
Ordonnance dans le dossier	80,5 (33)	70,4 (38)	0,261

Comparaison de la répartition des motifs de réhospitalisation en pourcentages (n)

	Précoce 43% (n=41)	Tardive 57% (n=54)	p-value
Catégorie du motif de réhospitalisation			
Pathologie principale	46,3 (19)	35,2 (19)	0,272
Pathologie intercurrente	9,8 (4)	20,4 (11)	0,160
Limite HAD	19,5 (8)	14,8 (8)	0,545
Critères non médicaux	24,4 (10)	29,6 (16)	0,571
Motif de réhospitalisation			
Syndrome infectieux	14,6 (6)	20,4 (11)	0,470
Détresse respiratoire	12,2 (5)	5,6 (3)	0,285
Syndrome occlusif	4,9 (2)	9,3 (5)	0,695
Anémie	2,4 (1)	5,6 (3)	0,631
Saignement	7,3 (3)	1,9 (1)	0,312
Douleur	7,3 (3)	7,4 (4)	1
AEG	4,9 (2)	3,7 (2)	1
Plateau technique	17,1 (7)	7,4 (4)	0,198
Sociale	19,5 (8)	16,7 (9)	0,720
Patient	4,9 (2)	9,3 (5)	0,695

Comparaison des caractéristiques de la réhospitalisation en pourcentages (n)

	Précoce 43% (n=41)	Tardive 57% (n=54)	p-value
Service de réhospitalisation			
Urgences	39 (16)	40,7 (22)	0,866
Service référent	43,9 (18)	42,6 (23)	0,898
USP	12,2 (5)	5,6 (3)	0,284
Initiateur de la réhospitalisation			
HAD	21,2 (9)	16,7 (9)	0,515
Hôpital	26,8 (11)	14,8 (8)	0,147
Patient	7,3 (3)	13 (7)	0,505
Entourage	12,2 (5)	18,5 (10)	0,403
Médecin traitant	17,1 (7)	29,6 (16)	0,157
Centre 15	14,6 (6)	1,9 (1)	0,040
IDEL	0	5,6 (3)	0,256
HAD associée	95,1 (39)	75,9 (41)	0,011
Jour de réhospitalisation			
Vendredi	29,3 (12)	14,8 (8)	0,087
Semaine	82,9 (34)	83,3 (45)	0,958
Horaire de réhospitalisation (garde)	22 (9)	22,2 (12)	0,975



Lettre de liaison : adressage du patient

Le lien entre médecins, au service des patients

■ Identification du patient

Nom :
Prénom : Date de naissance : Sexe : M F
Domicile/Lieu de vie :
Tél.

■ Entourage médical

Nom du médecin traitant :
Tél. Mail :
Nom du médecin spécialiste :
Tél. Mail :

Alerte : informations majeures à connaître

■ Service contacté

Médecin prévenu : Oui Non Nom du médecin :
Service contacté :

Si passage au service Urgences

Pouvez vous svp préciser votre décision ?

- Retour possible dans le lieu de vie Oui Non
- Retour dans le lieu de vie immédiat possible même la nuit si bilan normal Oui Non
- Transfert à prévoir dans un établissement de santé/médico-social Oui Non

■ Entourage socio-familial

Patient isolé : Oui Non
Personne à prévenir : Lien : Tél.
Noms/Tél.
IDE : Pharmacie :
SSIAD : Autres :

Mesures de protection : Oui Non Je ne sais pas Curatelle Tutelle Nom :

■ Autonomie du patient

Totale avant hospitalisation : Oui Non Si non, remplir items ci-dessous

Toilette : Oui Non Partielle Habillage : Oui Non Partielle
Marche : Oui Non Partielle Manger : Oui Non Partielle
Continence : Oui Non Partielle Aller aux toilettes : Oui Non Partielle

Troubles cognitifs : Oui Non

■ Motif d'hospitalisation et Antécédents médicaux

Volet de synthèse ci-joint : Oui Non (contenu dans dossier informatisé)

■ Traitements

Ordonnance ci-jointe : Oui Non Liste de médicaments complète : Oui Non

Date :/...../.....

Nom : Fonction :

Signature :

ANNEXE 8 : Check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures



ORGANISATION DES PARCOURS

CHECK-LIST DE SORTIE D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 24 HEURES

Date : / /

Service :

Patient :

Responsable de la check-list :

Repérage et évaluation de la complexité	Oui	Non	N/A
1. Le repérage du risque de réhospitalisation a été réalisé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Une évaluation sociale a été réalisée afin de proposer au patient le mode de sortie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Information du patient	Oui	Non	N/A
3. Le patient ⁽¹⁾ a été associé au projet de sortie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Les ordonnances de sortie ont été remises et expliquées au patient ⁽¹⁾ .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Le patient ⁽¹⁾ a reçu une information ou une éducation afin de lui permettre d'assurer ses soins, sa surveillance et de contacter la personne appropriée en cas de problème. La compréhension par le patient ⁽¹⁾ de ses traitements a été vérifiée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Les rendez-vous ultérieurs sont communiqués au patient ⁽¹⁾ , en précisant s'ils sont pris ou à prendre par le patient ⁽¹⁾ .	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
7. Si la rédaction de directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance ont été jugées nécessaires, cette information est transmise au médecin traitant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Patient, ou le cas échéant son entourage (élément...) ou son représentant légal.
 2. Le terme « professionnels de santé » regroupe les professions médicales réglementées par le Code de la santé : médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, et les professions paramédicales : auxiliaire médical ou autre professionnel de santé désigné par le patient.

Validée par le Collège de la Haute Autorité de Santé en février 2015.

Contacts et continuité	Oui	Non	N/A
8. Dès l'entrée du patient, le médecin traitant et les autres professionnels de santé ⁽²⁾ du domicile ou du service d'amont ont été contactés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Le médecin traitant et les autres professionnels de santé ⁽²⁾ du domicile ou du service d'aval ont été prévenus de la sortie du patient.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Le pharmacien d'officine ou du service d'aval a été contacté avant la sortie, afin d'assurer la disponibilité des traitements et dispositifs médicaux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Les services d'aide à la personne utiles au patient ont été contactés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Un document de sortie est remis au patient ⁽¹⁾ le jour de la sortie et adressé au médecin traitant et aux autres professionnels de santé ⁽²⁾ du domicile ou de la structure d'aval.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Une alerte a été programmée pour assurer la transmission au médecin traitant des résultats des examens en attente au moment de la sortie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Une fiche de liaison paramédicale est transmise aux professionnels de santé ⁽²⁾ concernés par des soins spécifiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Un « assistant parcours », coordinateur d'un réseau de santé ou d'une plate-forme d'appui, a été contacté pour assurer la transition.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Une visite ou une consultation du médecin traitant a été organisée après la sortie (selon le besoin).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Logistique	Oui	Non	N/A
17. Les documents et traitements médicaux ainsi que les objets personnels sont restitués au patient ⁽¹⁾ .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. La date et l'heure de sortie sont compatibles avec l'accueil du patient à domicile ou en structure de suite. Le transport adapté a été prévu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© Haute Autorité de Santé - Mai 2015

**MOTIFS DE RÉHOSPITALISATION NON PROGRAMMÉE DE L'HOSPITALISATION
À DOMICILE SANTÉ RELAIS DOMICILE À TOULOUSE : ÉTUDE OBSERVATIONNELLE
ENTRE OCTOBRE 2016 ET MARS 2017**

DIRECTEUR DE THÈSE : DOCTEUR PHILIPPE BOULANGER

FACULTÉ DE MÉDECINE TOULOUSE PURPAN
37 ALLÉES JULES GUESDE - 31000 TOULOUSE
LE 4 JUILLET 2017

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : L'hospitalisation à domicile (HAD) est une alternative en plein essor à l'hospitalisation traditionnelle. Le taux de réhospitalisation non programmée est un indicateur de qualité des soins peu étudié en HAD.

MÉTHODES : Étude observationnelle avec l'HAD Santé Relais Domicile (SRD) de Toulouse réalisée entre octobre 2016 et mars 2017 afin de recueillir les motifs de réhospitalisation non programmée à partir des dossiers médicaux informatisés.

RÉSULTATS : Les motifs étaient l'aggravation ou la rechute de la pathologie principale (40 %) puis les critères non médicaux (27 %), les limites de l'HAD (17 %) et enfin la survenue d'une pathologie intercurrente (16 %). Indépendamment de ces catégories, les syndromes infectieux (18 %) et l'admission sociale (18 %) représentaient les causes les plus fréquentes de réhospitalisation non programmée, suivies par la nécessité de plateau technique (12 %).

Le taux de réhospitalisation non programmée était de 13 % (n=95).

CONCLUSION : Le défi de l'HAD est de contenir ce risque à un taux acceptable, grâce à l'optimisation de la transition ville-hôpital et la maîtrise du risque infectieux. Le rôle du médecin généraliste, pivot de la prise en charge du patient, doit être renforcé.

Mots-clés : hospitalisation à domicile, réadmission du patient, continuité des soins, médecins généralistes, soins palliatifs.

**REASONS FOR UNPLANNED HOSPITAL READMISSION FROM THE HOMECARE PROVIDER
SANTÉ RELAIS DOMICILE IN TOULOUSE : AN OBSERVATIONAL STUDY BETWEEN
OCTOBER 2016 AND MARCH 2017**

ABSTRACT

BACKGROUND : Homecare services are a growing alternative to traditional hospital care. The unplanned hospital readmission rate is a healthcare quality indicator, poorly studied in homecare services.

METHODS : Observational study carried out with the homecare provider Santé Relais Domicile in Toulouse from October 2016 to March 2017, in order to collect the reasons for unplanned hospital readmission from computerised medical records.

RESULTS : The reasons for hospital readmission were first the relapse or aggravation of a previously known condition (40 %) followed by non medical criteria (27 %), homecare limitations (17 %) and finally the occurrence of a new condition (16 %).

Regardless of category, infectious syndromes (18 %) and social admissions (18 %) were the most common reasons for unplanned hospital readmission, followed by the need for technical facilities (12 %).

The unplanned hospital readmission rate was 13 % (n=95).

CONCLUSION : The challenge of homecare services is to maintain this risk at an acceptable rate, by improving transitional care and controlling the risk of infection. General practitioners play a key role in the patient care pathway, which must be strengthened.

Key words : homecare services, patient readmission, continuity of patient care, general practitioners, palliative care.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 4 - FRANCE