



Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de Santé  
Circonscription Médecine



**ANNEE 2017**

N°

**Hospitalisation non programmée en cancérologie :**

**Quelles indications ? Quelle population ? Quel devenir ? Est-elle évitable ?**

**THESE**

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 6 octobre 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Sébastien BIERREN

Né le 22 octobre 1986

à Dijon





Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de Santé  
Circonscription Médecine



## **AVERTISSEMENT**

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.



Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de Santé  
Circonscription Médecine



**ANNEE 2017**

N°

**Hospitalisation non programmée en cancérologie :**

**Quelles indications ? Quelle population ? Quel devenir ? Est-elle évitable ?**

**THESE**

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon  
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 6 octobre 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Sébastien BIERREN

Né le 22 octobre 1986

à Dijon

Année Universitaire 2017-2018  
au 1<sup>er</sup> Septembre 2017

Doyen :  
Assesseurs :

**M. Frédéric HUET**  
M. Marc MAYNADIE  
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	<b>BARDOU</b>	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	<b>BASTIE</b>	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	<b>BAULOT</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	<b>BEJOT</b>	Neurologie
M.	Alain	<b>BERNARD</b>	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	Christine	<b>BINQUET</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	<b>BONIN</b>	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	<b>BONNIAUD</b>	Pneumologie
M.	Alain	<b>BONNIN</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	<b>BONNOTTE</b>	Immunologie
M.	Olivier	<b>BOUCHOT</b>	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	<b>BOUHEMAD</b>	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	<b>BOZORG-GRAYELI</b>	ORL
M.	Alain	<b>BRON</b>	Ophthalmologie
M.	Laurent	<b>BRONDEL</b>	Physiologie
Mme	Mary	<b>CALLANAN</b>	Hématologie type biologique
M.	Patrick	<b>CALLIER</b>	Génétique
M.	Jean-Marie	<b>CASILLAS-GIL</b>	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	<b>CHAMARD-NEUWIRTH</b>	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	<b>CHARLES</b>	Réanimation
M.	Pascal	<b>CHAVANET</b>	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	<b>CHEYNEL</b>	Anatomie
M.	Alexandre	<b>COCHET</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	<b>CORMIER</b>	Urologie
M.	Yves	<b>COTTIN</b>	Cardiologie
M.	Charles	<b>COUTANT</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	<b>CREHANGE</b>	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	<b>CREUZOT-GARCHER</b>	Ophthalmologie
M.	Frédéric	<b>DALLE</b>	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	<b>DOUVIER</b>	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	<b>DUVILLARD</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	<b>FACY</b>	Chirurgie générale
Mme	Laurence	<b>FAIVRE-OLIVIER</b>	Génétique médicale
Mme	Patricia	<b>FAUQUE</b>	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	<b>FRANCOIS-PURSELL</b>	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	<b>FUMOLEAU</b>	Cancérologie
M.	François	<b>GHIRINGHELLI</b>	Cancérologie
M.	Claude	<b>GIRARD</b>	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Vincent	<b>GREMEAUX</b>	Médecine physique et réadaptation
(Mise en disponibilité du 12 juin 2017 au 11 juin 2018)			
M.	Frédéric	<b>HUET</b>	Pédiatrie
M.	Pierre	<b>JOUANNY</b>	Gériatrie

M.	Sylvain	<b>LADOIRE</b>	Histologie
M.	Gabriel	<b>LAURENT</b>	Cardiologie
M.	Côme	<b>LEPAGE</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	<b>LOFFROY</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	<b>LORGIS</b>	Cardiologie
M.	Jean-Francis	<b>MAILLEFERT</b>	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	<b>MANCKOUNDIA</b>	Gériatrie
M.	Sylvain	<b>MANFREDI</b>	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	<b>MARTIN</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	<b>MASSON</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	<b>MAYNADIE</b>	Hématologie – transfusion
M.	Marco	<b>MIDULLA</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	<b>MOREAU</b>	Neurologie
M.	Klaus Luc	<b>MOURIER</b>	Neurochirurgie
Mme	Christiane	<b>MOUSSON</b>	Néphrologie
M.	Paul	<b>ORNETTI</b>	Rhumatologie
M.	Pablo	<b>ORTEGA-DEBALLON</b>	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	<b>PETIT</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	<b>PHILIPPE</b>	Génétique
M.	Lionel	<b>PIROTH</b>	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	<b>QUANTIN</b>	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	<b>QUENOT</b>	Réanimation
M.	Patrick	<b>RAT</b>	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	<b>REBIBOU</b>	Néphrologie
M.	Frédéric	<b>RICOLFI</b>	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	<b>SAGOT</b>	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	<b>SAPIN</b>	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	<b>SMOLIK</b>	Médecine et santé au travail
M.	Éric	<b>STEINMETZ</b>	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	<b>THAUVIN</b>	Génétique
M.	Benoit	<b>TROJAK</b>	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	<b>VABRES</b>	Dermato-vénérologie
M.	Bruno	<b>VERGÈS</b>	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	<b>ZWETYENGA</b>	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

#### PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	<b>BRENOT</b> (Surnombre jusqu'au 31/08/2018)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Philippe	<b>CAMUS</b> (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)	Pneumologie
Mme	Monique	<b>DUMAS-MARION</b> (Surnombre jusqu'au 31/08/2018)	Pharmacologie fondamentale
M.	Maurice	<b>GIROUD</b> (Surnombre jusqu'au 21/08/2018)	Neurologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES  
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			<b>Discipline Universitaire</b>
Mme	Lucie	<b>AMOUREUX BOYER</b>	Bactériologie
M.	Sylvain	<b>AUDIA</b>	Médecine interne
Mme	Shaliha	<b>BECHOUA</b>	Biologie et médecine du développement
M.	Benjamin	<b>BOUILLET</b>	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	<b>BRINDISI</b>	Nutrition
M.	Jean-Christophe	<b>CHAUVET-GELINIER</b>	Psychiatrie, psychologie médicale
Mme	Marie-Lorraine	<b>CHRETIEN</b>	Hématologie
Mme	Vanessa	<b>COTTET</b>	Nutrition
M.	Alexis	<b>DE ROUGEMONT</b>	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	<b>DEVILLIERS</b>	Médecine interne
Mme	Ségolène	<b>GAMBERT-NICOT</b>	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Marjolaine	<b>GEORGES</b>	Pneumologie
Mme	Françoise	<b>GOIRAND</b>	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	<b>GUENANCIA</b>	Cardiologie
Mme	Agnès	<b>JACQUIN</b>	Physiologie
M.	Alain	<b>LALANDE</b>	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	<b>LEGRAND</b>	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	<b>LEMAIRE-EWING</b>	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	<b>SAMSON</b>	Médecine interne
M.	Paul-Mickaël	<b>WALKER</b>	Biophysique et médecine nucléaire

**PROFESSEURS EMERITES**

M.	Laurent	<b>BEDENNE</b>	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	<b>BESANCENOT</b>	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	François	<b>BRUNOTTE</b>	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean	<b>FAIVRE</b>	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Patrick	<b>HILLON</b>	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	<b>MARTIN</b>	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	<b>POTHIER</b>	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	<b>TROUILLOUD</b>	(01/09/2017 au 31/08/2020)

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

M.	Jean-Noël	<b>BEIS</b>	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

**PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**

M.	Didier	<b>CANNET</b>	Médecine Générale
M.	Gilles	<b>MOREL</b>	Médecine Générale
M.	François	<b>MORLON</b>	Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**

Mme	Anne	<b>COMBERNOUX -WALDNER</b>	Médecine Générale
M.	Clément	<b>CHARRA</b>	Médecine Générale
M.	Rémi	<b>DURAND</b>	Médecine Générale
M.	Arnaud	<b>GOUGET</b>	Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

M.	Didier	<b>CARNET</b>	Anglais
M.	Jean-Pierre	<b>CHARPY</b>	Anglais
Mme	Catherine	<b>LEJEUNE</b>	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	<b>JEGO</b>	Biologie Cellulaire

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

Mme	Marianne	<b>ZELLER</b>	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

### **PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE**

Mme	Marceline	<b>EVRARD</b>	Anglais
Mme	Lucie	<b>MAILLARD</b>	Anglais

### **PROFESSEURS CERTIFIES**

Mme	Anaïs	<b>CARNET</b>	Anglais
M.	Philippe	<b>DE LA GRANGE</b>	Anglais
Mme	Virginie	<b>ROUXEL</b>	Anglais (Pharmacie)

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

M.	François	<b>GIRODON</b>	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	<b>KOHLI</b>	Immunologie

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES**

M.	Mathieu	<b>BOULIN</b>	Pharmacie clinique
M.	Philippe	<b>FAGNONI</b>	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	<b>LIRUSSI</b>	Toxicologie
M.	Marc	<b>SAUTOUR</b>	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	<b>SCHMITT</b>	Pharmacologie



Université de Bourgogne  
UFR des Sciences de Santé  
Circonscription Médecine



L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

### COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur François GHIRINGHELLI

Membres : Monsieur le Professeur Sylvain MANFREDI

Monsieur le Professeur Associé François MORLON

Madame le Docteur Aurélie BERTAUT

Madame le Docteur Anne-Laure SIMONET-LAMM, Directrice  
de thèse

## **REMERCIEMENTS**

**A Monsieur le Professeur François GHIRINGHELLI,**

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury.

Merci d'avoir pris le temps de juger mon travail et de m'avoir apporté vos précieux conseils.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon plus grand respect.

**A Monsieur le Professeur Sylvain MANFREDI,**

Merci d'avoir accepté spontanément de juger mon travail.

C'est un honneur de vous compter parmi ce jury.

Recevez le témoignage de ma grande considération.

**A Monsieur le Professeur François MORLON,**

Vous m'avez fait l'honneur d'évaluer mon travail.

Merci d'avoir accepté d'être l'un des membres de ce jury.

Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

**A Madame le Docteur Aurélie BERTAUT,**

Merci pour ton aide précieuse dans la réalisation de ce projet.

Merci de t'être rendue si disponible pour évaluer mon travail et me donner de nombreux conseils. Merci de la patience dont tu as su faire preuve avec moi.

C'est un honneur que tu sois présente dans ce jury.

Sois assurée de ma plus sincère reconnaissance.

**A Madame le Docteur Anne-Laure SIMONET-LAMM,**

Tu m'as fait l'honneur de diriger ce travail.

Merci pour ta disponibilité, ton soutien, et l'ensemble de tes conseils. Malgré le peu de temps dont tu disposes, tu t'es totalement impliquée dans ce projet, toujours avec le sourire et un enthousiasme débordant.

J'espère que le résultat présenté aujourd'hui est à la hauteur de ce que tu m'as apporté pendant ces derniers mois.

Trouve ici l'assurance de mon estime et de mon plus grand respect.

### **A ma femme Jenny,**

Merci pour tout ce que tu m'apportes au quotidien, merci de ta simple présence à mes côtés qui suffit à me rassurer dans mes nombreux moments de doute.

Tu m'as accompagné et soutenu tous ces derniers mois pour que je puisse réaliser ce travail, et je sais que ça n'a pas été facile tous les jours.

Tu es une femme formidable et une maman juste géniale. On a de la chance avec Paul de t'avoir auprès de nous.

Ta générosité, ton sens du partage et de l'entraide, ton humanité, notamment dans ta profession, sont autant de qualités que j'admire chez toi.

Tu es un exemple pour moi et je suis fier d'être ton mari.

Je t'aime.

### **A mon fils Paul,**

J'espère que tu auras l'occasion un jour de lire ces quelques lignes.

Merci de tout le bonheur que tu nous apportes au quotidien.

Te voir sourire le matin au réveil est le meilleur moment de ma journée. Tu es un petit garçon plein de vie, de joie et d'amour. Je suis tellement heureux et fier d'être ton papa.

Même si tu grandis beaucoup trop vite à mon goût, tu resteras toujours notre petit « bibou ».

On sera toujours là pour toi avec ta maman.

Je t'aime.

### **A mes parents,**

Je ne pourrais jamais assez vous remercier de tout ce que vous avez fait pour moi. Je vous serai à jamais reconnaissant des sacrifices réalisés pour que l'on ne manque jamais de rien.

Vous m'avez toujours soutenu et poussé à donner le meilleur de moi-même, pour ne « jamais rien regretter » comme tu me disais souvent Papa.

Ces derniers temps ont été plus difficiles mais l'amour reste là et je saurai me montrer plus présent.

J'espère que me voir arriver là aujourd'hui vous rend tout de même fiers, car c'est grâce à vous.

Je vous aime.

### **A mes grands-parents,**

Colette et Suzanne, Jean Louis et Jean, partis trop tôt.

Merci pour tous ces bons moments passés avec vous et pour tout l'amour que vous nous avez apporté.

J'aurais aimé vous avoir à mes côtés aujourd'hui.

Vous me manquez.

### **A mon parrain Éric,**

La vie a fait que tu nous as quitté beaucoup trop tôt.

J'espère que tu es fier de ce que je suis devenu aujourd'hui.

Tu me manques.

### **Aux familles Boramé, Kracher, Jeanney, Cottin, Babeau et Canaux,**

A tous nos bons moments passés ensemble et à ceux à venir.

On ne se voit pas souvent mais on ne s'oublie pas.

Merci d'avoir répondu présent aujourd'hui.

**A mes beaux-parents,**

Merci de m'avoir si bien accueilli dans votre famille.

L'affection dont vous faites preuve à mon égard me touche vraiment et sachez que c'est réciproque.

Merci pour tout ce que vous faites pour nous.

Merci pour les valeurs que vous avez transmises à Jenny et que l'on s'efforcera à notre tour de donner à Paul.

**A Elsa et Yo,**

Tout d'abord un immense merci de la confiance que vous m'avez accordée en me faisant l'honneur d'être le parrain d'Edgar. J'espère être à la hauteur de votre choix et je serai toujours là pour lui comme pour vous.

Merci de votre joie de vivre, de votre esprit de convivialité et sens du partage. Vous êtes toujours prêts à réunir les copains, juste pour le plaisir d'être ensemble et de profiter simplement de la vie.

On a toujours pu compter sur votre aide, à tout moment et pour quoique ce soit et je vous en remercie.

Vous êtes des personnes qui comptent beaucoup pour moi, des amis que j'ai la chance d'avoir à mes côtés.

**A Elise et Max,**

Chaque moment passé avec vous est un réel plaisir. Merci de m'avoir aussi bien accepté dans la famille. Comme Yo et Elsa, je vous considère bien plus que la belle famille. Dommage que l'on n'ait pas l'occasion de se voir plus souvent.

Avec Martin et Antoine, à qui je fais d'ailleurs de gros bisous, vous avez construit une bien belle famille pleine de respect, de gentillesse et d'affection, à votre image.

Je vous embrasse.

**A Jeanne et Julien,**

Votre place à cet endroit n'est pas une erreur.

Pour moi vous faites partie de la famille Bierren-Tribolet.

C'est toujours agréable de partager des moments avec vous autour d'une bonne bouteille de vin cuit en jouant au scrabble de luxe!

Merci de votre présence à nos côtés.

**Jeanne**, te choisir comme la marraine de Paul était une évidence. Tu sauras l'accompagner et l'aider dans tous les moments difficiles comme tu sauras être présente dans les moments de bonheur, pour nous ça ne fait aucun doute. J'admire la personne que tu es aujourd'hui et j'espère que Paul suivra ton exemple.

**A mon filleul Edgar,**

Tes parents m'ont choisi pour être ton parrain. Je saurai me montrer à la hauteur de leur confiance.

Tu es un petit garçon plein de vie qui fait la fierté de tes parents. Tu pourras toujours compter sur ton parrain.

**A mes amis de la fac,**

Pierrot, Loic, J-F, Raph, Cadennos, Juls, Momo, Doug, Rachid, Mitch, Madré, Martos, Walfroy.

Merci pour tout ce que l'on a pu partager durant toutes ces années et que l'on continuera à partager dans les années à venir.

Vous êtes tous devenus des amis sur lesquels on peut toujours compter. Votre soutien et votre présence sont très précieux pour moi et je vous en remercie tous. Être là devant vous aujourd'hui après toutes ces années me rend super fier de ce que l'on a fait !

Je vous aime les copains.

Je n'oublie pas les filles, Mélanie, Laura, Steph, Tata, Ame, Lise, Lulu, Mimi, Marie, Anne - So et Adriana. Merci de nous supporter !

J'en profite pour faire une petite bise aux enfants (baby-boom 2017!) : Gabin, le chef de bande, et par ordre d'apparition au casting : Jules, Camille, Charlotte, Léonard et Auguste le petit dernier.

**A la bande de Blaisy et ses alentours,**

Ade et Ben, Doryane et Big, Laeti et Sam, Aurélie et Cyrille, Elise et Renaud, Maeva et David, Zout et Catherine, Clush et Fresh.

Merci pour votre accueil génial. Vous m'avez tout de suite accepté (ou alors vous faites bien semblant!) et j'ai l'impression de vous connaître depuis toujours.

On a vécu pas mal de bons moments ensemble et j'espère que ça va continuer.

Petite pensée pour les enfants : Lily et Gaston, Zoé, Gaby et Gaspard, Jeannette et Louison, Léon et Pierre.

Je n'oublie pas Chantal et Didier. Vous êtes au top, je vous adore !

**Aux autres copains,**

Goufette, Simon et Anna, Anne-So, Thomas et Luce, Léna et Tug, Aymeline et Nicolas, Charly, Caro, Belos, Soph, Lolo et Axel, Jako, Marco, Luis, Serento, Hafsa, Mémé, la bande de Bressey, celle de Luzy et l'équipe de nuit du CGFL.

**A Tata Claudie,**

Simplement merci de prendre aussi bien soin de Paul.

Vous êtes géniale, on a de la chance de vous connaître !

## **Aux équipes du Centre Georges François Leclerc,**

A Ludivine et Pierre, les « bed manager »  
Merci pour votre formidable travail.  
Sans vous, rien n'aurait été possible.  
Soyez assurés de toute ma reconnaissance.

A l'ensemble des cadres de santé des 2, 3 et 4èmes étages,  
Merci à vous pour votre travail de recueil et votre implication malgré le peu de temps dont vous disposez.

A Madame Evelyne BILLOT et toute l'équipe du service social du CGFL,  
Vous m'avez considérablement facilité la tâche en réalisant un énorme travail durant cette étude.  
Je vous en remercie infiniment.

A Adèle et Julie,  
Merci pour tout ce que vous avez fait.  
Merci Adèle pour la création de la base et merci Julie pour toutes les stats.  
Ce projet n'aurait pas été possible sans vous. Je vous ai très souvent sollicité et vous avez toujours répondu avec gentillesse, en vous montrant très disponibles.  
Merci beaucoup.

A Monsieur le Docteur Bruno Coudert,  
Merci d'avoir accepté mon projet et de l'avoir rendu réalisable.

Au service informatique du CGFL,  
Merci pour votre aide logistique.

Au département d'information médicale et au service communication,  
Merci pour toutes les informations transmises à chacune de mes demandes.

Aux secrétaires du 2<sup>ème</sup> étage,  
Merci pour tous les services rendus.

A Jessica,  
Merci d'avoir partagé avec moi, le temps de l'étude, ton bureau.  
Au plaisir de te revoir bientôt.

A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à ce travail et que j'aurais pu oublier de remercier.

**A tous les autres,**

Aux Docteurs Françoise Perrier, Marie-Emmanuelle Olari, Corinne Huber, Françoise Pinchaux, François Verrier, Dalila Serradj, Amira Majbri, Thomas Chaussade, Antoine Daisey, Guillaume Boulestein, Nicolas Duytsche, Mélanie Pierre, Aurélie Gloaguen, Rémy de Morelos, Riadh Tfifha, Alin Turcu, Géraldine Muller, Didier Honnart, Karine Bacquaert-Dufour, Malgorzata Rascle, Arnaud Patenotte, Christophe Schaeffer, Kevin Kaouadji, François Joly, Tristan Gauthier, Laurent Macon, Nawal Moreau, Marie Madignier, Lilas Bounon, Marie Elia Gonon, Laure Morales, Rémi Baruteau et Sophie Legagneur.  
Merci pour votre accueil et votre enseignement.

Aux supers équipes de gériatrie de Nevers, du SRAU de Dijon, du service de médecine 2 de Semur, des urgences et de pédiatrie de Beaune.  
Merci pour tous ces semestres passés à vos côtés.

A Fredo et Jojo,  
Merci pour votre accueil à chacun de mes remplacements. C'est toujours un plaisir de venir à Luzy et de partager des bons moments avec vous.

A la MSP de Luzy, Jean Louis, Adriaan, Valérie et Nathalie.  
Merci pour tous les bons moments passés à Luzy. Cela a été un réel plaisir de travailler avec vous.

Au docteur Pascal Bergerot,  
Merci de ta confiance lors de mes remplacements. Ton investissement auprès de tes patients est un exemple à suivre.

A l'ensemble de l'équipe de SOS 21,  
Merci pour ces dernières années de remplacement.

A ceux que j'ai pu oublier.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

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

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.*

*Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

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

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

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

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

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

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

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."*

# TABLE DES MATIERES

I.	Introduction.....	17
II.	Matériels et Méthodes.....	19
	A. Population et recueil des données.....	19
	B. Organisation du CGFL.....	19
	C. Analyses statistiques.....	19
III.	Résultats.....	21
	A. Données générales.....	21
	B. Caractéristiques de la 1 <sup>ère</sup> hospitalisation non programmée.....	21
	1. Caractéristiques des patients hospitalisés.....	21
	2. Caractéristiques de l'hospitalisation.....	21
	3. Caractéristiques des modalités de sortie.....	21
	C. Facteurs associés à la 1 <sup>ère</sup> réhospitalisation à 30 jours.....	24
	D. Facteurs associés au caractère évitable de la 1 <sup>ère</sup> hospitalisation.....	26
IV.	Discussion.....	28
V.	Conclusion.....	31
VI.	Bibliographie.....	32
VII.	Annexes.....	36

## TABLE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1 :</b> Caractéristiques des patients hospitalisés.....	22
<b>Tableau 2 :</b> Caractéristiques de la 1 <sup>ère</sup> hospitalisation.....	23
<b>Tableau 3 :</b> Facteurs liés à la 1 <sup>ère</sup> réhospitalisation à 30 jours.....	25
<b>Tableau 4 :</b> Facteurs liés au caractère évitable de la 1 <sup>ère</sup> hospitalisation.....	27

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**AEG** : Altération de l'Etat Général

**ANESM** : Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-sociale

**BPCO** : Bronchopneumopathie Chronique Obstructive

**CGFL** : Centre Georges François Leclerc

**CH** : Centre Hospitalier

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CLCC** : Centre de Lutte Contre le Cancer

**CRP** : C-Reactive Protein (Protéine C réactive)

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

**EMSP** : Equipe mobile de soins palliatifs

**HAD** : Hospitalisation A Domicile

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HJ** : Hôpital de Jour

**HTA** : Hyper Tension Artérielle

**IC95%** : Intervalle de Confiance à 95%

**IV** : Intra Veineux

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**OR** : Odds Ratio

**ORL** : Oto Rhino Lanryngologie

**SOFA** : Sequential Organ Failure Assessment

**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation

## **I. Introduction**

L'activité en oncologie médicale est en constante augmentation depuis plusieurs années, avec une croissance des hospitalisations non programmées qui viennent fréquemment perturber l'organisation des services. Selon l'Institut National du Cancer, entre 2010 et 2015, il y a eu une augmentation de l'activité de 7,3%, avec 1,2 million de personnes hospitalisées sur l'année 2015 [1]. En France, l'activité en oncologie médicale est assurée par les établissements publics (centre hospitalier et centre hospitalier universitaire), les établissements privés et les centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Sur les cinq dernières années, le Centre de Lutte Contre le Cancer de Dijon, le Centre Georges François Leclerc (CGFL), a ainsi été confronté à une augmentation de plus de 10% du nombre d'hospitalisations. En parallèle, le nombre de lits est resté constant. Cette problématique est rencontrée dans de nombreux établissements spécialisés en cancérologie [2].

Au-delà de l'impact organisationnel et médical, ces hospitalisations non programmées ont un coût financier qui est peu évalué. Par exemple, dans un service d'onco-gynécologie, il est estimé à 4,5 millions de dollars sur deux ans [3].

Différentes options plus ou moins pérennes existent pour faire face à cette inadéquation des besoins à la demande. L'une d'elles consiste à reporter certaines hospitalisations programmées (cure de chimiothérapie, chirurgie) afin d'accueillir les patients « en urgence ». Dans notre établissement, une quinzaine de patients sont concernés chaque mois avec des conséquences sur la qualité de leur prise en charge non négligeables (traitement décalé, impact psychologique avec sentiment de mauvaise prise en charge et d'un manque de considération,...). D'autres solutions sont proposées : développer le lien avec les établissements de soins en donnant un rôle de « coordinateur des soins » au CLCC [4], disposer d'une unité de gestion des entrées imprévues comme au CLCC Léon Bérard [5], ou gérer les lits avec un bed manager [6].

Plusieurs études réalisées chez des patients atteints de cancer cherchent à identifier des facteurs associés à une hospitalisation non programmée. Parmi ces facteurs, on retrouve notamment un âge avancé, une hypoxémie, une altération de la conscience, un taux anormal de leucocytes, une protéine C-réactive (CRP) élevée ou une hypoalbuminémie [7,8]. Dans ces études, comme dans beaucoup d'autres [9-13], la population est ciblée et spécifique.

Pour les études sur les motifs d'admission ou les caractéristiques des patients hospitalisés de manière non programmée, la population est également restreinte [14-16].

Par ailleurs, les modalités de sortie des patients sont mal connues, alors qu'elles peuvent jouer un rôle, notamment sur les réhospitalisations à court terme [17].

Les propositions récentes de la haute autorité de santé (HAS) et de l'agence nationale d'évaluation sociale et médico-sociale (ANESM) de juillet 2015 concernant les hospitalisations non programmées des résidents des établissements d'hébergement des personnes âgées et dépendantes (EHPAD) indiquent qu'une réflexion nationale est en cours à ce sujet [18].

Nous avons souhaité envisager une réflexion similaire en ce qui concerne l'oncologie médicale, en dressant un état des lieux des hospitalisations non programmées dans leur ensemble, indépendamment du type de cancer, de son stade ou du traitement reçu par le patient.

L'objectif principal de notre étude était de déterminer le taux d'hospitalisations non programmées en secteur de médecine dans un centre de lutte contre le cancer.

Les objectifs secondaires étaient de : décrire les principaux motifs d'hospitalisations, déterminer la durée moyenne de séjour, décrire les modalités de sortie, déterminer le taux de réhospitalisations à 30 jours et essayer de mettre en évidence des facteurs qui peuvent y être associés et enfin déterminer le taux d'hospitalisations évitables et les facteurs associés.

## **II. Matériel et méthodes**

### ***A. Population et recueil des données***

Du 27 février 2017 au 31 mai 2017, tous les patients âgés de plus de 18 ans et hospitalisés au CGFL de manière non programmée en secteur de médecine ont été inclus de manière prospective dans cette étude descriptive monocentrique. Les hospitalisations programmées (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) étaient exclues de cette étude.

L'inclusion des malades dans l'étude se faisait lors de l'admission au CGFL, soit par le bed manager, soit par le cadre du service d'accueil. Le recueil des données concernant la date, les motifs et modalités d'admission a été réalisé de manière prospective à l'aide d'une fiche spécialement créée (cf annexe 1). Le nombre d'hospitalisations programmées devant être décalées du fait des hospitalisations non programmées a été recueilli de manière prospective par le bed manager pendant la durée de l'étude. Les données sur la pathologie et la prise en charge ont été recueillies de manière rétrospective à partir des dossiers médicaux (cf annexe 2).

Chaque dossier a été revu rétrospectivement par un médecin généraliste habitué à la gestion des patients à domicile et un médecin hospitalier afin de définir si l'hospitalisation était ou non évitable.

La durée de suivi était de 1 mois afin d'évaluer le taux de réhospitalisations (non programmées) à 30 jours.

### ***B. Organisation du CGFL.***

Le centre Georges François Leclerc est un centre de lutte contre le cancer situé à Dijon en Côte d'Or. Il dispose de 193 lits d'hospitalisation : 89 lits d'oncologie médicale, 56 de chirurgie, 36 d'hôpital de jour (HJ) et 12 d'hospitalisation à domicile (HAD), avec notamment sur l'année 2016 presque 20000 séjours référencés en oncologie médicale. Au total on recense plus de 22 000 patients dans la file active de l'établissement.

### ***C. Analyses statistiques.***

Les variables quantitatives ont été décrites par leurs moyennes avec écart type et leur médiane avec étendue et comparées à l'aide de tests T de Student ou Kruskal Wallis. Les variables qualitatives ont été décrites par leur fréquence et comparées par des tests du CHI2 ou de Fisher.

Pour les patients réhospitalisés à plusieurs reprises lors de la durée de l'étude, seules les caractéristiques de la première réhospitalisation ont été prises en compte pour les analyses.

Un modèle de régression logistique univarié puis multivarié a permis d'étudier les facteurs cliniques et biologiques associés au caractère non évitable des hospitalisations ainsi qu'aux réhospitalisations. Toutes les variables avec un p inférieur à 0.20 en analyse univariée ont été entrées dans un modèle multivarié. Le p de sorti du modèle en multivarié était fixé à 0.15.

Seules les variables qui présentaient moins de 20% de données manquantes ont été considérées pour l'analyse statistique. Les odds ratios (OR) ont été calculés avec leur intervalle de confiance à 95% (IC95%). Le seuil de significativité était choisi à 5%. Les analyses statistiques ont été réalisées sous SAS 9.4.

## **III. Résultats**

### ***A. Données générales.***

Sur les 4 mois de l'étude, 218 patients ont été hospitalisés de manière non programmée pour un total de 291 hospitalisations, certains patients ayant été hospitalisés à plusieurs reprises sur la période concernée (1,22 hospitalisations en moyenne par patient). Ces 291 hospitalisations représentent 14,1% des hospitalisations en oncologie médicale dans notre établissement sur cette même période.

Au total, 32 hospitalisations ont dû être décalées en raison d'une hospitalisation non programmée, soit 1,8% des hospitalisations programmées.

### ***B. Caractéristiques de la 1ère hospitalisation non programmée.***

#### **1. Caractéristiques des patients hospitalisés (tableau 1).**

La durée moyenne d'hospitalisation était de 8,4 jours. L'âge moyen lors de la 1<sup>ère</sup> hospitalisation était de 63,3 ans (écart type=14,1), avec une médiane à 64,4 ans. La moitié de la population était constituée de femmes.

Les cancers gynécologiques étaient les plus fréquents avec 29,4% des patients concernés. Au total, 75,5% des patients inclus étaient métastatiques et 44,5% n'avaient aucune comorbidité.

Le principal motif d'hospitalisation était un maintien à domicile rendu difficile du fait d'une altération de l'état général (AEG) ou de douleurs (39,9%). Un tiers des patients étaient transférés en lit de médecine depuis un autre service de l'établissement (HAD, HJ, services d'imagerie et consultations de suivi) (33%) et près de 30% venaient de leur domicile (29,8%). Les  $\frac{3}{4}$  des patients hospitalisés (75,2%) avaient un traitement oncologique en cours, principalement une chimiothérapie (81,1%).

#### **2. Caractéristiques de l'hospitalisation (tableau 2).**

Les diagnostics les plus fréquemment retrouvés à la sortie du patient étaient l'évolution néoplasique (46,3%), suivi par un processus infectieux (20,2%). Dans plus d'un tiers des cas, l'hospitalisation a conduit à une modification de la prise en charge oncologique.

#### **3. Caractéristiques des modalités de sortie (tableau 2).**

Sur les 218 patients inclus, au total 127 sont rentrés à domicile (58,5%), 21 patients sont décédés au cours de leur hospitalisation (9,7%), 40 sont sortis en HAD (18,4%), 10 en soins de suite et de réadaptation (SSR) (4,6%) et 14 ont été transférés dans un autre centre hospitalier (CH) (6,5%).

Dans 27,1% des cas, l'assistante sociale a dû être sollicitée pour les démarches de sortie. L'équipe mobile de soins palliatifs (10,1%) et les soins de support (5,5%) ont également été sollicités.

**Tableau 1 : Caractéristiques des patients hospitalisés**

**N=218**

<b>Sexe</b>		<b>Comorbidités associées :</b>	
Homme	109 (50,0%)	- <b>Nombre de comorbidités</b>	
Femme	109 (50,0%)	0	97 (44,5%)
		1	67 (30,7%)
<b>Age</b>		2	37 (17,0%)
moyenne (écart-type)	63,3 (14,1)	3	14 (6,4%)
médiane [min-max]	64,4 [19,0 - 96,8]	4	3 (1,4%)
<b>Type de cancer</b>		- <b>Hypertension Artérielle (HTA)</b>	80 (36,7%)
Gynécologique	64 (29,4%)	- <b>Diabète</b>	33 (15,1%)
Digestif	42 (19,3%)	- <b>Insuffisance cardiaque</b>	4 (1,8%)
Poumon	31 (14,2%)	- <b>Insuffisance rénale</b>	8 (3,7%)
Rein/prostate/Urothélial/Vessie	28 (12,8%)	- <b>Insuffisance respiratoire BPCO</b>	20 (9,2%)
Neuro	20 (9,2%)	- <b>Cirrhose</b>	4 (1,8%)
Oto-rhino-laryngologique (ORL)	18 (8,3%)	- <b>Dyslipidémie</b>	39 (17,9%)
Autre	15 (6,9%)	- <b>Autre</b>	7 (3,2%)
<b>Motif d'admission</b>		<b>Traitement oncologique en cours</b>	
Maintien à domicile difficile (AEG/Douleurs)	87 (39,9%)	Oui	164 (75,2%)
Tableau infectieux	32 (14,7%)	Non	54 (24,8%)
Tableau respiratoire	27 (12,4%)	<b>Dont :</b>	
Tableau neurologique	24 (11,0%)	- <b>Chimiothérapie</b>	
Tableau digestif	34 (15,6%)	Oui	133 (81,1%)
Anomalies biologiques	29 (13,3%)	Non	31 (18,9%)
Autre	19 (8,7%)	- <b>Hormonothérapie</b>	
<b>Modalités d'admission</b>		Oui	15 (9,2%)
Centre Georges François Leclerc (CGFL)	72 (33,0%)	Non	149 (90,9%)
Famille/Patient	65 (29,8%)	- <b>Radiothérapie</b>	
Autre établissement	34 (15,6%)	Oui	19 (11,6%)
Urgences	25 (11,5%)	Non	145 (88,4%)
Médecin traitant	22 (10,1%)	- <b>Immunothérapie</b>	
<b>Gestion par :</b>		Oui	18 (11,0%)
Bed manager	194 (89,0%)	Non	146 (89,0%)
Cadre	6 (2,8%)	- <b>Thérapie ciblée</b>	
Infirmier	2 (0,9%)	Oui	1 (0,6%)
Médecin	16 (7,3%)	Non	163 (99,4%)
<b>Durée d'hospitalisation (en jours)</b>		- <b>Chirurgie dans les 3 mois</b>	
moyenne (écart-type)	8,4 (7,1)	Oui	9 (5,2%)
médiane [min-max]	6,0 [1,0 - 49,0]	Non	164 (94,8%)
		Inconnu	45
<b>Métastases</b>			
Oui	165 (75,7%)		
Non	53 (24,3%)		
<b>Score OMS (Organisation Mondiale de la Santé)</b>			
0	8 (5,6%)		
1	37 (26,1%)		
2	46 (32,4%)		
3	37 (26,1%)		
4	14 (9,9%)		
Manquant	76		
<b>Score Quick SOFA (Sequential Organe Failure Assesment) &gt;=2</b>			
Non	218 (100,0%)		

*BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive ; AEG : altération de l'état général.*

**Tableau 2 : Caractéristiques de la première hospitalisation**

N=218	
<b>Diagnostic final (dans courrier de sortie) :</b>	
Evolution néoplasique	101 (46,3%)
Infectieux	44 (20,2%)
Complication digestive	38 (17,4%)
Passage en soins palliatifs	27 (12,4%)
Complication respiratoire	25 (11,5%)
Complication liée au traitement	21 (9,6%)
Complication rénale	17 (7,8%)
Thrombo embolique	14 (6,4%)
Cardiologique	10 (4,6%)
Social	10 (4,6%)
Autres	111 (50,9%)
<b>Traitements administrés au cours de l'hospitalisation :</b>	
Per Os	214 (98,2%)
Intra Veineux (IV)	170 (78,0%)
Prise en charge oncologique modifiée	
Oui	74 (33,9%)
Non	144 (66,1%)
Changement de traitement	
Oui	64 (29,4%)
Non	154 (70,6%)
Passage en soins palliatifs	
Oui	29 (13,3%)
Non	189 (86,7%)
<b>Démarches de sortie :</b>	
<b>Intervention de Brigitte Lambert</b>	
Oui	8 (3,7%)
Non	210 (96,3%)
<b>Assistante sociale</b>	
Oui	59 (27,1%)
Non	159 (72,9%)
<b>Si oui, type :</b>	
Prestataire	16 (42,1%)
Passage infirmier	8 (21,1%)
Aide à la toilette	2 (5,3%)
Autre	12 (31,6%)
Manquant	21
<b>Démarches de sortie (suite) :</b>	
<b>Soins de support</b>	
Oui	12 (5,5%)
Non	206 (94,5%)
<b>Unité mobile de soins palliatifs</b>	
Oui	22 (10,1%)
Non	196 (89,9%)
<b>Aides à domicile</b>	
Oui	37 (17,0%)
Non	181 (83,0%)
<b>Hospitalisation à domicile (HAD) CGFL</b>	
Oui	23 (10,6%)
Non	195 (89,4%)
<b>Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)</b>	
Oui	2 (0,9%)
Non	216 (99,1%)
<b>Refus d'aide à domicile</b>	
Oui	3 (1,4%)
Non	214 (98,6%)
Manquant	1
<b>Autres démarches de sortie</b>	
HAD Chalon (EMSP Chalon)	1 (0,5%)
Prestataire	1 (0,5%)
Prestataire d'oxygène	1 (0,5%)
Psychologue	1 (0,5%)
<b>Modalités de sortie</b>	
Domicile	127 (58,5%)
HAD	40 (18,4%)
Décès	21 (9,7%)
Autre Centre Hospitalier (CH)	14 (6,5%)
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	10 (4,6%)
Mirandière	3 (1,4%)
EHPAD	1 (0,5%)
Réseau santé	1 (0,5%)
<b>Difficulté de placement post hospitalisation</b>	
Oui	8 (3,7%)
Non	210 (96,3%)
<b>Si oui pour quel motif :</b>	
Refus des structures d'aval (SSR)	5 (71,4%)
Nécessité d'aide à domicile	1 (14,3%)
Attente place conval	1 (14,3%)
Manquant	1

*EMSP : équipe mobile de soins palliatifs.*

### ***C. Facteurs associés à la 1<sup>ère</sup> réhospitalisation à 30 jours.***

Au total, 65 patients ont été réhospitalisés au moins une fois au cours de l'étude, dont 44 dans les 30 jours faisant suite à la première hospitalisation non programmée, soit un taux de réhospitalisation à 30 jours de 20,2%.

En analyse univariée, la présence d'une immunothérapie était associée à moins de réhospitalisations (OR=0,275 ; IC95% [0,101-0,744, p=0,0111). Au contraire, une hospitalisation pour une évolution néoplasique (OR= 2,440 ; IC95% [1,197-4,976], p=0,0141), une modification de la prise en charge oncologique (OR=2,750 ; IC95% [1,205-6,275], p=0,0163) et un changement de traitement (OR=3,166 ; IC95% [1,266-7,920], p=0,0137) favorisaient les réhospitalisations.

En analyse multivariée, seul un traitement par immunothérapie restait significativement associé à moins de réhospitalisations (OR= 0,288 ; IC95% [0,103-0,810]), p=0,0182). Par ailleurs une tendance à plus de réhospitalisations était observée chez les patients hospitalisés pour une évolution néoplasique ou ceux ayant bénéficié d'un changement de traitement au cours de l'hospitalisation précédente (OR= 1,96 ; IC95% [0,909-4,224], p=0,0860 et OR=2,274 ; IC95% [0,857-6,031], p=0,0988, respectivement).

Les principaux résultats sont résumés dans le tableau 3.

**Tableau 3 : Facteurs liés à la 1ère réhospitalisation <= 30 jours**

Facteur	Régressions logistiques univariées		
	OR	IC95%	p-value
<b>Sexe</b>			
Femme vs. Homme	1,41	[0,724 - 2,745]	0,3126
<b>Age</b>			
> 65 ans vs. <= 65 ans	1,095	[0,565 - 2,123]	0,7877
<b>Métastases</b>			
Oui vs. Non	0,526	[0,219 - 1,263]	0,1508
<b>Score de Charlson</b>			
> 8 vs. <=8	1,295	[0,654 - 2,566]	0,4588
<b>Comorbidités</b>			
Oui vs. Non	1,151	[0,526 - 2,519]	0,7254
<b>HTA</b>			
Oui vs Non	0,71	[0,362 - 1,392]	0,3190
<b>Traitement oncologique en cours</b>			
Oui vs. Non	1,016	[0,473 - 2,181]	0,9685
<b>Chimiothérapie</b>			
Oui vs. Non	1,244	[0,636 - 2,432]	0,5239
<b>Hormonothérapie</b>			
Oui vs. Non	0,476	[0,154 - 1,471]	0,1970
<b>Radiothérapie</b>			
Oui vs. Non	1,384	[0,385 - 4,976]	0,6190
<b>Immunothérapie</b>			
Oui vs. Non	0,275	[0,101 - 0,744]	<b>0,0111</b>
<b>Diagnostic final de la 1ère hospitalisation :</b>			
<b>- Infectieux</b>			
Oui vs. Non	1,427	[0,589 - 3,460]	0,4311
<b>- Cardiologique</b>			
Oui vs. Non	2,345	[0,289 - 19,018]	0,4247
<b>- Thrombo embolique</b>			
Oui vs. Non	0,922	[0,246 - 3,458]	0,9045
<b>- Social</b>			
Oui vs. Non	1,012	[0,207 - 4,943]	0,9882
<b>- Evolution néoplasique</b>			
Oui vs. Non	2,440	[1,197 - 4,976]	<b>0,0141</b>
<b>- Complication rénale</b>			
Oui vs. Non	1,981	[0,436 - 9,005]	0,3762
<b>- Complication digestive</b>			
Oui vs. Non	0,652	[0,289 - 1,469]	0,3021
<b>- Complication respiratoire</b>			
Oui vs. Non	1,013	[0,358 - 2,869]	0,9807
<b>- Complication lié au traitement oncologique</b>			
Oui vs. Non	1,083	[0,345 - 3,396]	0,8915
<b>Prise en charge oncologique modifiée</b>			
Oui vs. Non	2,750	[1,205 - 6,275]	<b>0,0163</b>
<b>Changement de traitement</b>			
Oui vs. Non	3,166	[1,266 - 7,920]	<b>0,0137</b>
<b>Modèle multivarié à 15%</b>			
<b>N=218</b>			
Facteur	OR	IC95%	p-value
<b>Changement de traitement</b>			
Oui vs. Non	2,274	[0,857 - 6,031]	0,0988
<b>Immunothérapie</b>			
Oui vs. Non	0,288	[0,103 - 0,810]	<b>0,0182</b>
<b>Evolution néoplasique</b>			
Oui vs. Non	1,96	[0,909 - 4,224]	0,0860

OR : odds ratio ; IC95% : intervalle de confiance à 95%

#### ***D. Facteurs associés au caractère évitable de la 1<sup>ère</sup> hospitalisation.***

Sur les 218 patients inclus dans notre étude, nous avons jugés que pour 39 d'entre eux, soit 17,9%, la première hospitalisation non programmée aurait pu être évitée.

En analyse univariée, seul le fait d'être admis depuis un autre établissement était associé de manière significative à une hospitalisation évitable (OR=9,421 ; IC95% [1,195-74,280], p=0,0333).

L'analyse multivariée ne retrouvait aucun facteur significativement associé au caractère évitable des hospitalisations. Toutefois, une admission pour un motif respiratoire ou neurologique (OR= 6,673 ; IC95% [0,871-51,130], p=0,0677 et OR= 6,838 ; IC95% [0,880-53,141], p=0,0661, respectivement) avaient tendance à être plus souvent associés à des hospitalisations évitables sans toutefois atteindre le seuil de significativité. De manière moins nette, une tendance à moins d'hospitalisations évitables se dégageait également chez les patients traités par immunothérapie et chez les femmes (OR=0,403 ; IC95% [0,136-1,196], p=0,1013 et OR= 0,573 ; IC95% [0,276-1,189], p=0,1347, respectivement).

Les principaux résultats sont présentés dans le tableau 4.

**Tableau 4 : Facteurs liés au caractère évitable de la 1ère hospitalisation**

Facteur	Régressions logistiques univariées		
	OR	IC95%	p-value
<b>Sexe</b>			
Femme vs. Homme	0,565	[0,278 - 1,178]	0,1145
<b>Age</b>			
> 65 ans vs. <= 65 ans	0,919	[0,459 - 1,837]	0,8104
<b>Admission pour AEG/Douleurs</b>			
Oui vs. Non	0,715	[0,356 - 1,437]	0,3457
<b>Admission pour motif infectieux</b>			
Oui vs. Non	0,600	[0,247 - 1,458]	0,2597
<b>Admission pour motif respiratoire</b>			
Oui vs. Non	6,456	[0,849 - 49,086]	0,0715
<b>Admission pour motif neurologique</b>			
Oui vs. Non	5,602	[0,733 - 42,793]	0,0967
<b>Admission pour motif digestif</b>			
Oui vs. Non	0,658	[0,273 - 1,589]	0,3524
<b>Admission pour anomalies biologiques</b>			
Oui vs. Non	2,039	[0,585 - 7,110]	0,2635
<b>Modalités d'admission</b>			
Autre établissement vs. CGFL	9,421	[1,195 - 74,280]	0,0333
Famille/Patients vs. CGFL	1,143	[0,502 - 2,604]	0,7506
Médecin traitant vs. CGFL	1,286	[0,381 - 4,344]	0,6858
Urgences vs. CGFL	1,143	[0,370 - 3,526]	0,8163
<b>Métastases</b>			
Oui vs. Non	1,091	[0,492 - 2,418]	0,8309
<b>Score de Charlson</b>			
> 8 vs. <=8	0,692	[0,345 - 1,387]	0,2996
<b>Comorbidités</b>			
Oui vs. Non	1,340	[0,575 - 3,124]	0,4979
<b>HTA</b>			
Oui vs Non	0,618	[0,307 - 1,246]	0,1785
<b>Traitement oncologique en cours</b>			
Oui vs. Non	0,496	[0,196 - 1,258]	0,1400
<b>Chimiothérapie</b>			
Oui vs. Non	0,973	[0,478 - 1,983]	0,9405
<b>Hormonothérapie</b>			
Oui vs. Non	0,573	[0,172 - 1,904]	0,3633
<b>Radiothérapie</b>			
Oui vs. Non	4,248	[0,550 - 32,819]	0,1655
<b>Immunothérapie</b>			
Oui vs. Non	0,395	[0,138 - 1,128]	0,0827
<b>Modèle multivarié à 15%</b>			
<b>N=218</b>			
Facteur	OR	IC95%	p-value
<b>Admission pour motif respiratoire</b>			
Oui vs. Non	6,673	[0,871 - 51,130]	0,0677
<b>Admission pour motif neurologique</b>			
Oui vs. Non	6,838	[0,880 - 53,141]	0,0661
<b>Immunothérapie</b>			
Oui vs. Non	0,403	[0,136 - 1,196]	0,1013
<b>Sexe</b>			
Femme vs. Homme	0,573	[0,276 - 1,189]	0,1347

## **IV. Discussion**

Au total les hospitalisations non programmées représentaient 14,1% de l'ensemble des hospitalisations en oncologie médicale sur la période d'étude avec une durée d'hospitalisation moyenne de 8,2 jours. Nous n'avons retrouvé aucune donnée dans la littérature sur une population comparable s'intéressant aux hospitalisations non programmées. L'âge médian de notre population était sensiblement comparable à l'âge des patients traités pour un cancer en France en 2016 [1]. Le caractère monocentrique de notre étude en restreint quelque peu la généralisabilité. Toutefois, étant donné que les pratiques de prise en charge ainsi que les populations traitées dans les centres de lutte, les centres hospitaliers et les cliniques privées sont comparables, cet impact est limité.

On constate dans la population d'étude que plus de 75% des patients présentaient une maladie métastatique lors de leur admission. A titre d'exemple selon les chiffres de 2010 fournis par l'Institut National du Cancer, 5% des cancers du sein sont diagnostiqués au stade métastatique. Ce chiffre atteint les 26,5% pour les cancers colo-rectaux et 39,4% pour les cancers du poumon [19]. Si l'on prend également en compte l'évolution au cours de la maladie, il y a ainsi 20 à 30% d'évolution métastatique pour les cancers du sein [20], 15% d'évolution vers des métastases hépatiques pour les cancers colo-rectaux [21] et 30 à 40% d'évolution vers des métastases osseuses pour les cancers pulmonaires [22]. Cette surreprésentation des patients métastatiques suggère un lien entre la présence de métastase et une prise en charge non programmée. Ce constat n'est pas surprenant puisqu'une maladie à un stade avancé est plus à même de provoquer des complications nécessitant une prise en charge en urgence. En comparaison, une étude réalisée dans un service des urgences a retrouvé un taux de 40% de patients métastatiques hospitalisés de manière non programmée parmi l'ensemble des patients admis porteurs d'un cancer [7]. Le score de Charlson, ajusté à l'âge, moyen de notre étude était de 7,6. Nous n'avons pas trouvé de point de comparaison pour ce paramètre. Toutefois, il faut rappeler qu'un score de Charlson supérieur ou égal à 5 est associé à un taux de mortalité de 85% à un an et que dans 59% des cas, ce décès est lié aux comorbidités [23].

Le motif le plus fréquent d'admission était le maintien à domicile rendu difficile du fait d'une altération de l'état général ou de douleurs. De nombreuses études retrouvent des motifs similaires dans des proportions assez variables [10, 13, 14, 24].

Les deux modalités d'admission les plus fréquentes étaient l'admission depuis un service ou une structure de l'établissement et l'admission à la demande du patient. Ces modalités d'admission étaient également les plus fréquentes dans une étude portant sur des patients atteints d'un cancer pulmonaire [15]. Seul un patient sur 10 était adressé par son médecin traitant. Ce faible taux, à mettre en regard avec la proportion de patients admis à leur propre demande, suggère l'importance de renforcer le lien ville-hôpital et l'information des patients quant au rôle central du médecin généraliste dans les soins primaires. Une étude souligne notamment le rôle du médecin pour limiter les hospitalisations non programmées [25].

Le renforcement du lien ville-hôpital doit être un axe de travail majeur dans le futur en impliquant davantage le médecin traitant dans la prise en charge, avec par exemple la mise en place d'une HAD comme alternative à l'hospitalisation dans un établissement de santé. Ceci constitue une mesure clé (objectif n°7) du plan cancer 2014-2019 [26]. Cette modalité de prise en charge est une alternative à envisager d'autant que 17,2% des patients sont hospitalisés en HAD suite à leur hospitalisation en service d'oncologie médicale. La question de l'utilité de l'hospitalisation traditionnelle chez ces patients se pose.

Le taux de réhospitalisations à 30 jours (20,2%) que nous avons obtenu est légèrement en deçà des taux retrouvés dans la littérature portant sur des populations de patients atteints de cancers [17,27]. Une étude américaine réalisée dans un centre tertiaire de cancérologie sur 6 mois a quant à elle retrouvée un taux plus faible que dans notre étude avec seulement 11% de réhospitalisations à 30 jours [28]. Ces taux restent toutefois relativement proches et les différences peuvent s'expliquer par des files actives hétérogènes en termes de localisations cancéreuses et de traitement.

Seul un traitement en cours par immunothérapie était un facteur significativement lié avec 4 fois moins de réhospitalisations chez les patients traités. L'une des explications pourrait être la surveillance plus particulière dont peuvent bénéficier ces patients, notamment du fait de la nouveauté de ce traitement. Plusieurs études et revues de la littérature confirment l'intérêt d'un suivi rapproché des patients, téléphonique ou en consultation, sur l'optimisation de la prise en charge et sur la réduction du nombre de réhospitalisations [17, 29, 30]. Ces résultats laissent également à penser que l'immunothérapie est un traitement mieux toléré que les thérapeutiques plus anciennes.

Certaines études retrouvent un impact de l'âge, du sexe, des comorbidités, de la présence de métastases dans les réhospitalisations [27, 31-33]. Ces résultats ne sont pas retrouvés dans notre étude probablement du fait ici encore de populations différentes. L'impact du score OMS et de certains paramètres biologiques n'a pu être étudié du fait d'un nombre important de données non retrouvées dans les comptes rendus médicaux en lien avec le caractère rétrospectif du recueil des données médicales. La littérature retrouve un impact de ces paramètres sur une hospitalisation non programmée [7, 8, 15]. Si un recueil des données prospectif aurait été préférable, mais difficile à mettre en place en pratique par manque de moyens humains, le recueil du score OMS à l'entrée du patient devrait toutefois se systématiser vu l'intérêt pronostique de ce facteur.

Avec 17,9% d'hospitalisations évitables, on a retrouvé un chiffre inférieur à ceux des autres études où l'on peut observer des chiffres de 21% [28] ou même 27 à 31% [34,35].

Les patients traités par immunothérapie avaient tendance à être moins souvent hospitalisés de manière évitable que les autres. Comme pour les réhospitalisations, l'attention plus particulière dont semblent bénéficier ces patients peut expliquer, au moins en partie, ces résultats.

En revanche, les patients admis pour un motif neurologique ou respiratoire avaient tendance à être plus hospitalisés de manière évitable. Sachant que 30% des admissions dans notre étude émanaient d'une demande du patient, nous pouvons y voir un premier élément de réponse. La plainte d'un patient concernant une dyspnée ou des troubles neurologiques sera très souvent entendue et le patient hospitalisé, ces symptômes pouvant masquer une pathologie potentiellement grave.

La gestion des hospitalisations non programmées soulève des problèmes quotidiens dans l'organisation des services. Ceci est d'autant plus regrettable que certaines pourraient être évitées notamment par un suivi plus rapproché.

Pour répondre à cette problématique, des solutions ont déjà été mises en place dans notre établissement. Ainsi un poste de bed manager a été créé récemment et l'on peut déjà en constater les premiers aspects positifs en terme organisationnel. Le bed manager, qui est infirmier diplômé d'état, peut solliciter un médecin référent si besoin avec qui il travaille en binôme. Cette collaboration a été mise en place peu de temps avant le début de notre étude et peut expliquer notre taux un peu plus faible d'hospitalisations évitables. Une étude française retrouve ce rôle pivot du bed manager au sein d'une structure de soins en cancérologie [6]. D'autres études ont cherché à évaluer de nouvelles méthodes de prise en charge et d'organisation des soins. Par exemple, la création d'une unité adaptée aux patients d'oncologie au sein d'un service d'urgence a montré une diminution significative du nombre d'hospitalisations non programmées [36]. En revanche, la présence d'un médecin oncologue basé aux urgences n'a pas montré d'effet sur la réduction du nombre d'hospitalisations [37]. Deux revues de la littérature sur les moyens à mettre en place pour réduire les réhospitalisations, et donc les hospitalisations non programmées au sens large, ont mis en évidence deux éléments clés : des solutions sont à mettre en place aussi bien pendant l'hospitalisation qu'après la sortie et surtout il est capital de recourir à des solutions diversifiées, une intervention unique étant inefficace [29, 30]. Parmi les réponses proposées, on retrouve l'importance d'un suivi rapproché avec un rappel téléphonique et une consultation systématique pour le patient dans les jours qui suivent la sortie, mais également une ligne téléphonique dédiée aux urgences ainsi que l'éducation du patient. Une prise en charge pluridisciplinaire, notamment sur le plan social, semble indispensable pour atteindre cet objectif. Néanmoins tout ceci pose la question des moyens humains qui apparaît être un facteur limitant majeur.

## **V. Conclusion**

Au cours des 4 mois de l'étude, 291 hospitalisations non programmées ont été recensées, soit 14.1% des hospitalisations en oncologie médicale sur la même période. L'âge moyen des patients était de 63.3 ans (écart type=14.1). Les trois quarts présentaient une maladie métastatique et 60% étaient traités par une chimiothérapie.

Les patients sous immunothérapie étaient significativement moins réhospitalisés dans les 30 jours, ce qui laisse à penser qu'un suivi rapproché permet de limiter les réhospitalisations.

Aucun facteur significativement associé au caractère évitable d'une hospitalisation n'a été retrouvé. Une tendance a été observée chez les patients admis pour une pathologie respiratoire ou neurologique.

Afin de réduire les hospitalisations non programmées, un poste de bed manager a été créé dans notre établissement (Centre Georges François Leclerc, Dijon). Il permet, en binôme avec un médecin, d'optimiser les indications d'hospitalisation. D'autres options sont également envisageables, notamment un suivi téléphonique, qui est actuellement effectif chez les patients sous thérapies orales, dans les jours qui suivent la sortie. La mise en place d'une consultation systématique avec le médecin traitant est un autre élément de réponse qui pose la question du renforcement du lien ville-hôpital.

Le Président du jury,



Pr. F. GHIRINGHELLI

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 5 SEPTEMBRE 2017

Le Doyen



Pr. F. HUËT

## **VI. Bibliographie**

1. Institut National du Cancer. Les cancers en France en 2016 : l'essentiel des faits et chiffres [en ligne]. Boulogne-Billancourt : Institut National du Cancer ; 2016 [consulté le 24 aout 2017]. Disponible : <http://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/Les-cancers-en-France-en-2016-l-essentiel-des-faits-et-chiffres>
2. Bouleuc C. la demande d'hospitalisation en urgence des patients atteints de cancer en phase palliative. *Laennec* [en ligne]. 2010 [consulté le 24 aout 2017] ; 2010/2(Tome 58) : page 48-page 58. Disponible : <https://www.cairn.info/revue-laennec-2010-2-page-48.htm>
3. Wilbur MB, Mannschreck DB, Angarita AM, Matsuno RK, Tanner EJ, Stone RL, Levinson KL, Temkin SM, Makary MA, Leung CA, Deutschendorf A, Pronovost PJ, Brown A, Fader AN. Unplanned 30-day hospital readmission as a quality measure in gynecologic oncology. *Gynecol Oncol* [en ligne] 2016 Dec [consulté le 06 février 2017]; 143(3):604-610. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27665313>
4. Unicancer. La cancérologie en 2025 [en ligne]. Paris : Unicancer ; 2017 [consulté le 20 aout 2017]. Disponible : <http://www.unicancer.fr/cancerologie-2025>
5. Centre de lutte contre le cancer Léon Bérard. L'hospitalisation au centre Léon Bérard [en ligne]. Lyon : Centre Léon Bérard ; 2015 [consulté le 20 aout 2017]. Disponible : <http://www.centreleonberard.fr/128-Les-differents-modes-dhospitalisation.clb.aspx?language=fr-FR>
6. Despiiau F, Bombail M, Marion J, Delord JP. The role of the bed manager nurse in medical oncology. *Soins* [en ligne] 2016 Oct [consulté le 15 novembre 2016]; 61(809):18-21. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27814800>
7. Tanaka T, Taguri M, Fumita S, Okamoto K, Matsuo Y, Hayashi H. Retrospective study of unplanned hospital admission for metastatic cancer patients visting the emergency departement. *Support Care Cancer* [en ligne] 2016 Dec 13 [consulté le 30 novembre 2016]; 25(5):1409-1415. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27966026>
8. Gorham J, Ameye L, Paesmans M, Berghmans T, Sculier JP, Meert AP The Glasgow inflammatory score and lung cancer: A predictor of admissions to emergency units. *Rev Mal Respir* [en ligne] 2016 Nov [consulté le 30 novembre 2016 ] ; 33(9):759-765. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27017064>
9. Siefert ML, Bonquist TM, Berry DL, Hong F. Symptom-related emergency department visits and hospital admissions during ambulatory cancer treatment. *J Community Support Oncol* [en ligne] 2015 Mai [consulté le 01 Décembre 2016 ] ; 13(5):188-94. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27119127>

10. Waddle MR, Chen RC, Arastu NH, Green RL, Jackson M, Qaqish BF, Camporeale J, Collichio FA, Marks LB. Unanticipated hospital admissions during or soon after radiation therapy: Incidence and predictive factors. *Pract Radiat Oncol* [en ligne] 2015 Mai Juin [consulté le 07 décembre 2016]; 5(3):e245-53. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25413398>
11. Lai JK, Martin MA, Meyricke R, O'Neill T, Roberts S. Factors associated with short-term hospital readmission rates for breast cancer patients in Western Australia: an observational study. *J Am Coll Surg* [en ligne] 2007 Fev [consulté le 08 décembre 2016]; 204(2):193-200. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17254922>
12. Fessele KL, Hayat MJ, Mayer DK, Atkins RL. Factors Associated With Unplanned Hospitalizations Among Patients With Nonmetastatic Colorectal Cancers Intended for Treatment in the Ambulatory Setting. *Nurs Res* [en ligne] 2016 Jan Fev [consulté le 08 décembre 2016]; 65(1):24-34. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26657478>
13. Pinar G, Akalin A, Erbaba H, Acar GB, Avsar F, Pinar T. The Frequency of Unplanned Rehospitalization and Associated Factors in Gynecology Patients: A Retrospective Study. *Int J Gynecol Cancer* [en ligne] 2017 Jan [consulté le 20 novembre 2016]; 27(1):183-188. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27870713>
14. McKenzie H, Hayes L, White K, Cox K, Fethney J, Boughton M, Dunn J. Chemotherapy outpatients' unplanned presentations to hospital: a retrospective study. *Support Care Cancer* [en ligne] 2011 Jui [consulté le 10 décembre 2016]; 19(7):963-9. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20499108>
15. Cuppens K, Oyen C, Derweduwen A, Ottevaere A, Sermeus W, Vansteenkiste J. Characteristics and outcome of unplanned hospital admissions in patients with lung cancer: a longitudinal tertiary center study. Towards a strategy to reduce the burden. *Support Care Cancer* [en ligne] 2016 Jui [consulté le 07 décembre 2016]; 24(7):2827-35. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26816091>
16. Mercadante S, Adile C, Ferrera P, Casuccio A. Characteristics of patients with an unplanned admission to an acute palliative care unit. *Intern Emerg Med* [en ligne] 2017 Fev [consulté le 05 mars 2017]; 12(5):587-592. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28160235>
17. Montero AJ, Stevenson J, Guthrie AE, Best C, Goodman LM, Shrotriya S, Azzouqa AG, Parala A, Lagman R, Bolwell BJ, Kalaycio ME, Khorana AA. Reducing Unplanned Medical Oncology Readmissions by Improving Outpatient Care Transitions: A Process Improvement Project at the Cleveland Clinic. *J Oncol Pract* [en ligne] 2016 Mai [consulté le 11 avril 2017]; 12(5):e594-602. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27048613>
18. Haute Autorité de Santé. Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpad [En Ligne]. Fiche organisation des parcours. Paris : HAS ; juillet 2015 [consulté le 20 novembre 2016]. Disponible : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/fpc\\_reduire\\_hospit\\_residents\\_ehpad.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-07/fpc_reduire_hospit_residents_ehpad.pdf)

19. Institut National du Cancer. Survie attendue des patients atteints de cancer en France : état des lieux [en ligne]. Boulogne-Billancourt : Institut National du Cancer. 2010 Avr [consulté le 05 septembre 2017]. Disponible : [www.e-cancer.fr/content/download/96009/1022035/file/RAPSURVIE10.pdf](http://www.e-cancer.fr/content/download/96009/1022035/file/RAPSURVIE10.pdf)
20. OncoLR. Référentiels cancers du sein localement avancé et métastatique [en ligne]. Montpellier : OncoLR ; 2013 Jan [consulté le 05 septembre 2017]. Disponible : [http://www.oncolr.org/upload/Espace\\_patients/Referentiels\\_regionaux/ONCO\\_LR\\_Referentiel\\_sein\\_localement\\_avance\\_et\\_metastatique\\_janv\\_2013.pdf](http://www.oncolr.org/upload/Espace_patients/Referentiels_regionaux/ONCO_LR_Referentiel_sein_localement_avance_et_metastatique_janv_2013.pdf)
21. Gelli M, Benkabbou A. Les métastases hépatiques de cancers colorectaux [en ligne]. Villejuif : Centre Hépato-Biliaire Paul Brousse ; 2014 Oct [consulté le 05 septembre 2017]. Disponible : <http://www.centre-hepato-biliaire.org/maladies-foie/cancers-foie/metastase-cancer-colorectal.html>
22. Oncologik. Référentiels : Métastases osseuses des cancers du poumon [en ligne]. Vandoeuvre les Nancy : Oncologik ; 2016 Nov [consulté le 05 septembre 2017]. Disponible : <http://oncologik.fr/referentiels/interregion/metastases-osseuses-des-cancers-du-poumon>
23. Beyne-Rauzy O. Les comorbidités et la fragilité: comment les utiliser en pratique? [en ligne]. Toulouse: Oncomip; 2009 [consulté le 20 juillet 2017]. Disponible : [http://www.oncomip.org/docs/site/espace-professionnel/cr-reunions/6\\_cr\\_oncomip\\_path\\_myeloides\\_2008\\_comorbidites.pdf](http://www.oncomip.org/docs/site/espace-professionnel/cr-reunions/6_cr_oncomip_path_myeloides_2008_comorbidites.pdf)
24. Gibson S, McConigley R. Unplanned oncology admissions within 14 days of non-surgical discharge: a retrospective study. Support Care Cancer [en ligne] 2106 Jan [consulté le 06 février 2016]; 24(1):311-7. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26062923>
25. Bottle A, Tsang C, Parsons C, Majeed A, Soljak M, Aylin P. Association between patient and general practice characteristics and unplanned first-time admissions for cancer: observational study. Br J Cancer [en ligne] 2012 Oct 9 [consulté le 10 avril 2017]; 107(8):1213-9. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22828606>
26. Institut National du Cancer. Plan cancer 2014-2019. Objectif 7 : assurer des prises en charges globales et personnalisées [en ligne] Boulogne-Billancourt : Institut National du Cancer : 2015 Fev [consulté le 10 janvier 2017]. Disponible : <http://www.e-cancer.fr/content/download/64358/577376/file/Plan-cancer-2014-2019-obj7.pdf>
27. Manzano JG, Gadiraju S, Hiremath A, Lin HY<sup>2</sup>, Farroni J, Halm J. Unplanned 30-Day Readmissions in a General Internal Medicine Hospitalist Service at a Comprehensive Cancer Center. J Oncol Pract [en ligne] 2015 Sep [consulté le 10 mars 2017]; 11(5):410-5. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26152375>
28. Saunders ND, Nichols SD, Antiporda MA, Johnson K, Walker K, Nilsson R, Graham L, Old M, Klisovic RB, Penza S, Schmidt CR. Examination of unplanned 30-day readmissions to a comprehensive cancer hospital. J Oncol Pract [en ligne] 2015 Mar [consulté le 10 Mars 2017]; 11(2):e177-81. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25585616>

29. Hansen LO, Young RS, Hinami K, Leung A, Williams MV. Interventions to reduce 30-day rehospitalization: a systematic review. *Ann Intern Med*. [en ligne] 2011 Oct [consulté le 10 mars 2017]; 155(8):520-8. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22007045>
30. Kripalani S, Theobald CN, Anctil B, Vasilevskis EE. Reducing hospital Readmission: Current Strategies and Future Directions. *Annu Rev Med* [en ligne] 2014 [consulté le 30 janvier 2017]; 65:471-485. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Reducing+hospital+Readmission%3A+Current+Strategies+and+Future+Directions>.
31. Medbery RL, Gillespie TW, Liu Y, Nickleach DC, Lipscomb J, Sancheti MS, Pickens A, Force SD, Fernandez FG. Socioeconomic Factors Are Associated With Readmission After Lobectomy for Early Stage Lung Cancer. *Ann Thorac Surg* [en ligne] 2016 Nov [consulté le 30 mars 2017]; 102(5):1660-1667. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27476821>
32. Van der Ven MJ, Schoon Y, Olde Rikkert MG. Unplanned readmissions of frail elderly patients: a retrospective analysis of admissions in a teaching hospital. *Ned Tijdschr Geneesk* [en ligne] 2015 [consulté le 30 janvier 2017] ; 159:A9211. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26420149>
33. Puri V, Patel AP, Crabtree TD, Bell JM, Broderick SR, Kreisel D, Krupnick AS, Patterson GA, Meyers BF. Unexpected readmission after lung cancer surgery: A benign event? *J Thorac Cardiovasc Surg* [en ligne] 2015 Dec [consulté le 30 mars 2017]; 150(6):1496-1504, 1505.e1-5; discussion 1504-5. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26410004>
34. El-Jawahri A, Keenan T, Abel GA, Steensma DP, LeBlanc TW, Chen YB, Hobbs G, Traeger L, Fathi AT, DeAngelo DJ, Wadleigh M, Ballen KK, Amrein PC, Stone RM, Temel JS. Potentially avoidable hospital admissions in older patients with acute myeloid leukaemia in the USA: a retrospective analysis. *Lancet Haematol* [en ligne] 2016 Jui [consulté le 20 mai 2017]; 3(6):e276-83. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27264037>
35. O'Neill CB, Atoria CL, O'Reilly EM, Henman MC, Bach PB, Elkin EB. ReCAP: Hospitalizations in Older Adults With Advanced Cancer: The Role of Chemotherapy. *J Oncol Pract* [en ligne] 2016 Fev [consulté le 31 janvier 2017]; 12(2):151-2; e138-48. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=ReCAP%3A+Hospitalizations+in+Older+Adults+With+Advanced+Cancer%3A+The+Role+of+Chemotherapy>
36. Antonuzzo A, Vasile E, Sbrana A, Lucchesi M, Galli L, Brunetti IM, Musettini G, Farnesi A, Biasco E, Virgili N, Falcone A, Ricci S. Impact of a supportive care service for cancer outpatients: management and reduction of hospitalizations. Preliminary results of an integrated model of care. *Support Care Cancer* [en ligne] 2017 Jan [consulté le 18 mai 2017]; 25(1):209-212. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27614868>
37. Brooks GA, Chen EJ, Murakami MA, Giannakis M, Baugh CW, Schrag D. An ED pilot intervention to facilitate outpatient acute care for cancer patients. *AM J Emerg Med* [en ligne] 2016 Oct [consulté le 18 mai 2017]; 34(10):1934-1938. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27412915>

## VII. ANNEXES

### **Annexe 1 : Fiche de recueil prospectif**

Identification patient : |\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

Date de naissance : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|      Age : |\_|\_| ans

Sexe :  Masculin     Féminin

Service d'hospitalisation :  CSO     3est     3 ouest     4

Date d'admission : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

Motif admission (plusieurs choix possible) :  AEG     Fièvre     Social     Autres

Modalités d'admission :  Urgences     Famille     Médecin traitant

Cs de suivi oncologie     Cs de suivi radiothérapie     Cs de suivi chirurgie

Transfert autre établissement     Autre : \_\_\_\_\_

Gestion par le bed manager :  Oui     Non

Si non par :  Cadre     Infirmier     Médecin     Autre : \_\_\_\_\_

Démarches de sortie :

- Intervention Brigitte Lambert (sortie complexe):  Oui     Non

- Assistante sociale:  Oui     Non

Si oui :  Passage infirmier     Aide à la toilette     Prestataire     Autre : \_\_\_\_\_

- Soins de support :  Oui     Non

- Unité mobile soins palliatifs :  Oui     Non

- Aides à domicile :  Oui     Non

- HAD CGFL :  Oui     Non

- EHPAD :  Oui     Non

- Refus d'aide à domicile :  Oui     Non

- Autre : \_\_\_\_\_

Date de sortie : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

Modalités de sortie :  Domicile     SSR     HAD     Autre CH     Décès     Autre : \_\_\_\_\_

Difficulté de placement post hospitalisation :  Oui     Non

Si oui pour quel motif :  Nécessité d'aide à domicile     Refus du patient

Refus des structures d'aval (SSR...)     Autre : \_\_\_\_\_

Précisez la date de sortie médicalement possible : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|

## Annexe 2 : fiche de recueil rétrospectif

Type Cancer :  Gynéco  Digestif  Poumon  Autre : \_\_\_\_\_

Stade métastatique :  Oui  Non si oui sites métastases : \_\_\_\_\_

Score OMS :  0  1  2  3  4

Score Charlson : |\_|\_|

Score SOFA : |\_|\_|

Score Quick SOFA  $\geq 2$  :  Oui  Non

Catégories cliniques et biologiques à l'entrée :

Albumine	_ _  gr/L
Créatinine	_ _ _ , _  $\mu\text{mol/L}$
Clairance	_ _ _ , _  ml/min
Leucocytes	_ _ , _ _  Giga/L
CRP	_ _ _  mg/L
PCT	_ _ _ , _ _  $\mu\text{g/L}$
Saturation en O <sub>2</sub>	_ _ _  %

Altération de l'Etat de conscience à l'admission :  Oui  Non

Comorbidités associées :  HTA  Diabète  Insuffisance cardiaque  
 Insuffisance rénale  Insuffisance respiratoire BPCO  Cirrhose  
 Autre : \_\_\_\_\_

Traitements oncologiques en cours :  Oui  Non

Chimiothérapie :  Oui  Non

Date du dernier traitement : |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|

Molécules : \_\_\_\_\_

Molécules : \_\_\_\_\_

Molécules : \_\_\_\_\_

Numéro du cycle: |\_|\_|

Hormonothérapie :  Oui  Non

Date du dernier traitement : |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|

Molécules : \_\_\_\_\_

Molécules : \_\_\_\_\_

Radiothérapie :  Oui  Non

Date du dernier traitement : |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|

Immunothérapie :  Oui  Non

Date du dernier traitement : |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|

Molécules : \_\_\_\_\_

Molécules : \_\_\_\_\_

Thérapie ciblée :  Oui  Non

Date du dernier traitement : |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|

Molécules : \_\_\_\_\_

Molécules : \_\_\_\_\_

Chirurgie dans les 3 mois :  Oui  Non

Date d'intervention : |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|\_|

Type d'intervention :

Gynéco :  Mammaire  Pelvienne Précision : \_\_\_\_\_

Digestif : Laparotomie :  Oui  Non Précision : \_\_\_\_\_

Urologique Précision : \_\_\_\_\_

Autre traitement : \_\_\_\_\_

Voie d'abord centrale:  Oui  Non si oui :  CIP  VVC  Picc-line

Diagnostic final (dans courrier de sortie) (plusieurs choix possible)

- |   |                |
|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> Infectieux                                 | Si oui : _____ |
| <input type="checkbox"/> Cardio                                     | Si oui : _____ |
| <input type="checkbox"/> Thrombo embolique                          | Si oui : _____ |
| <input type="checkbox"/> Social                                     | Si oui : _____ |
| <input type="checkbox"/> Evolution néoplasique                      | Si oui : _____ |
| <input type="checkbox"/> Passage soins palliatifs                   | Si oui : _____ |
| <input type="checkbox"/> Complication rénale                        | Si oui : _____ |
| <input type="checkbox"/> Complication digestive                     | Si oui : _____ |
| <input type="checkbox"/> Complication respiratoire                  | Si oui : _____ |
| <input type="checkbox"/> Complication lié au traitement oncologique | Si oui : _____ |
| <input type="checkbox"/> Autres :                                   | _____          |

Traitements administrés au cours de l'hospitalisation :

Per Os :  Oui  Non Si oui détail : \_\_\_\_\_

IV :  Oui  Non

Si oui lequel :  Hydratation  Antiémétique  ATB, détail : \_\_  
 Antalgique  Autre : \_\_\_\_\_

Prise en charge oncologique modifiée :  Oui  Non

Changement de traitement :  Oui  Non

Passage en soins palliatifs :  Oui  Non

Statut du patient à la fin de l'étude :

- Décédé  Toujours hospitalisé au CGFL  Réhospitalisé au CGFL  
 Réhospitalisé dans un autre centre  Retour à domicile  Placement en institution  
 SSR  Autre

Hospitalisation évitable :  Oui  Non (recueil à part après relecture collégiale des données)

**TITRE DE LA THESE :** Hospitalisation non programmée en cancérologie : Quelles indications ?  
Quelle population ? Quel devenir ? Est-elle évitable ?

**AUTEUR :** Sébastien BIERREN

**RESUME :**

**Introduction :** L'activité en oncologie médicale est en constante augmentation ces dernières années, avec une réelle croissance des hospitalisations non programmées alors qu'en parallèle le nombre de lits est resté stable. L'objectif principal de notre étude était de déterminer le taux d'hospitalisations non programmées en secteur de médecine. Le taux de réhospitalisations à 30 jours, d'hospitalisations évitables et les facteurs associés étaient des objectifs secondaires.

**Matériel et Méthodes :** Une étude descriptive monocentrique a été menée dans un centre de lutte contre le cancer entre février et juin 2017. Tous les patients de plus de 18 ans hospitalisés de manière non programmée étaient inclus.

**Résultats :** 291 hospitalisations non programmées ont été recensées lors de notre étude, soit 14,1% des hospitalisations totales sur la même période. Trois quarts des patients présentaient une maladie à un stade métastatique et 60% étaient traités par chimiothérapie. Le risque de réhospitalisation à 30 jours était estimé à 20,2%. La prise d'une immunothérapie était le seul facteur significativement associé à une réhospitalisation à 30 jours avec 4 fois moins de risque de réhospitalisation chez les patients traités. Le taux d'hospitalisations évitables était de 17,9%, sans mise en évidence de facteur significativement associé.

**Conclusion :** Baisser le nombre d'hospitalisations non programmées et évitables en oncologie médicale suppose une réflexion sur la prise en charge globale du patient avec notamment le renforcement du lien ville-hôpital ou la mise en place de postes de bed manager dans les établissements.

**MOTS-CLES :** Oncologie médicale ; Hospitalisation non programmée ; Organisation des soins ; Hospitalisation évitable ; Lien ville-hôpital ; Bed manager.