

2017-2018

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE

Le traitement médicamenteux de fin de vie des patients en HAD d'Angers

Etude descriptive rétrospective

Pavliuc Elena

Né le 19/05/1985

Sous la direction de M. COMMER JEAN MARIE

Membres du jury

M PR GARNIER FRANCOIS | Président
M DR COMMER JEAN-MARIE | Directeur

MME PR BARON CELINE | Membre
M MCU CAPITAIN OLIVIER | Membre
MME DR MARTEAU CECILE | Membre

Soutenue publiquement le :
7 mars 2018



UFR SANTÉ

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée PAVLIUC ELENA.....
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiante le **20/11/2017**

LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

Directeur de l'UFR : Pr Isabelle RICHARD

Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie : Pr Frédéric LAGARCE

Directeur du département de médecine : Pr Nicolas LEROLLE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	Physiologie	Médecine
ASFAR Pierre	Réanimation	Médecine
AUBE Christophe	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
AUDRAN Maurice	Rhumatologie	Médecine
AZZOUZI Abdel Rahmène	Urologie	Médecine
BARON-HAURY Céline	Médecine générale	Médecine
BARTHELAIX Annick	Biologie cellulaire	Médecine
BATAILLE François-Régis	Hématologie ; transfusion	Médecine
BAUFRETON Christophe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
BEAUCHET Olivier	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
BENOIT Jean-Pierre	Pharmacotechnie	Pharmacie
BEYDON Laurent	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
BIZOT Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
BONNEAU Dominique	Génétique	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	Parasitologie et mycologie	Médecine
BRIET Marie	Pharmacologie	Médecine
CAILLIEZ Eric	Médecine générale	Médecine
CALES Paul	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAMPONE Mario	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CHABASSE Dominique	Parasitologie et mycologie	Médecine
CHAPPARD Daniel	Cytologie et histologie	Médecine
CONNAN Laurent	Médecine générale	Médecine
COUTANT Régis	Pédiatrie	Médecine
COUTURIER Olivier	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	Physiologie	Médecine
DARSONVAL Vincent	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
DE BRUX Jean-Louis	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire	Médecine
DESCAMPS Philippe	Gynécologie-obstétrique	Médecine
DIQUET Bertrand	Pharmacologie	Médecine
DUVAL Olivier	Chimie thérapeutique	Pharmacie
DUVERGER Philippe	Pédopsychiatrie	Médecine
ENON Bernard	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
EVEILLARD Mathieu	Bactériologie-virologie	Pharmacie
FANELLO Serge	Épidémiologie ; économie de la santé et prévention	Médecine
FAURE Sébastien	Pharmacologie physiologie	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	Anatomie	Médecine
FURBER Alain	Cardiologie	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	Pneumologie	Médecine
GARNIER François	Médecine générale	Médecine
GARRE Jean-Bernard	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GOHIER Bénédicte	Psychiatrie d'adultes	Médecine
GRANRY Jean-Claude	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
GUARDIOLA Philippe	Hématologie ; transfusion	Médecine
GUILET David	Chimie analytique	Pharmacie

HAMY Antoine	Chirurgie générale	Médecine
HUEZ Jean-François	Médecine générale	Médecine
HUNAUULT-BERGER Mathilde	Hématologie ; transfusion	Médecine
IFRAH Norbert	Hématologie ; transfusion	Médecine
JARDEL Alain	Physiologie	Pharmacie
JEANNIN Pascale	Immunologie	Médecine
JOLY-GUILLOU Marie-Laure	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOURREYE Laurent	Oto-rhino-laryngologie	Médecine
LAGARCE Frédéric	Biopharmacie	Pharmacie
LARCHER Gérard	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	Anesthésiologie-réanimation	Médecine
LAUMONIER Frédéric	Chirurgie infantile	Médecine
LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie	Médecine
LEGRAND Erick	Rhumatologie	Médecine
LERMITE Emilie	Chirurgie générale	Médecine
LEROLLE Nicolas	Réanimation	Médecine
LUNEL-FABIANI Françoise	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
MARCHAIS Véronique	Bactériologie-virologie	Pharmacie
MARTIN Ludovic	Dermato-vénéréologie	Médecine
MENEI Philippe	Neurochirurgie	Médecine
MERCAT Alain	Réanimation	Médecine
MERCIER Philippe	Anatomie	Médecine
MILEA Dan	Ophtalmologie	Médecine
PAPON Nicolas	Parasitologie mycologie	Pharmacie
PASSIRANI Catherine	Chimie générale	Pharmacie
PELLIER Isabelle	Pédiatrie	Médecine
PICHARD Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales	Médecine
PICQUET Jean	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire	Médecine
PODEVIN Guillaume	Chirurgie infantile	Médecine
PROCACCIO Vincent	Génétique	Médecine
PRUNIER Fabrice	Cardiologie	Médecine
REYNIER Pascal	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RICHARD Isabelle	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
RICHOMME Pascal	Pharmacognosie	Pharmacie
RODIEN Patrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROHMER Vincent	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques	Médecine
ROQUELAURE Yves	Médecine et santé au travail	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
ROUSSEAU Audrey	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROUSSEAU Pascal	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique	Médecine
ROUSSELET M.-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
ROY Pierre-Marie	Thérapeutique ; médecine d'urgence	Médecine
SAINT-ANDRE Jean-Paul	Anatomie et cytologie pathologiques	Médecine
SAULNIER Patrick	Biophysique pharmaceutique et biostatistique	Pharmacie
SENTILHES Loïc	Gynécologie-obstétrique	Médecine
SERAPHIN Denis	Chimie organique	Pharmacie
SUBRA Jean-François	Néphrologie	Médecine
UGO Valérie	Hématologie ; transfusion	Médecine
URBAN Thierry	Pneumologie	Médecine
VENIER Marie-Claire	Pharmacotechnie	Pharmacie
VERNY Christophe	Neurologie	Médecine
WILLOTEAUX Serge	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
ZAHAR Jean-Ralph	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
ZANDECKI Marc	Hématologie ; transfusion	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

ANNAIX Véronique	Biochimie et biologie moléculaires	Pharmacie
ANNWEILER Cédric	Gériatrie et biologie du vieillissement	Médecine
AUGUSTO Jean-François	Néphrologie	Médecine
BAGLIN Isabelle	Pharmaco-chimie	Pharmacie
BASTIAT Guillaume	Biophysique et biostatistique	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	Immunologie	Médecine
BELIZNA Cristina	Médecine interne	Médecine
BELLANGER William	Médecine générale	Médecine
BENOIT Jacqueline	Pharmacologie et pharmacocinétique	Pharmacie
BIGOT Pierre	Urologie	Médecine
BLANCHET Odile	Hématologie ; transfusion	Médecine
BOISARD Séverine	Chimie analytique	Pharmacie
BOURSIER Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie	Médecine
CAPITAIN Olivier	Cancérologie ; radiothérapie	Médecine
CASSEREAU Julien	Neurologie	Médecine
CHEVAILLER Alain	Immunologie	Médecine
CHEVALIER Sylvie	Biologie cellulaire	Médecine
CLERE Nicolas	Pharmacologie	Pharmacie
CRONIER Patrick	Chirurgie orthopédique et traumatologique	Médecine
DE CASABIANCA Catherine	Médecine générale	Médecine
DERBRE Séverine	Pharmacognosie	Pharmacie
DESHAYES Caroline	Bactériologie virologie	Pharmacie
DINOMAS Mickaël	Médecine physique et de réadaptation	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
FERRE Marc	Biologie moléculaire	Médecine
FLEURY Maxime	Immunologie	Pharmacie
FORTRAT Jacques-Olivier	Physiologie	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	Chimie organique	Pharmacie
HINDRE François	Biophysique	Médecine
JEANGUILLAUME Christian	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	Médecine légale et droit de la santé	Médecine
KEMPF Marie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière	Médecine
LACOEUILLE Franck	Biophysique et médecine nucléaire	Médecine
LANDREAU Anne	Botanique	Pharmacie
LE RAY-RICHOMME Anne-Marie	Valorisation des substances naturelles	Pharmacie
LEPELTIER Elise	Chimie générale Nanovectorisation	Pharmacie
LETOURNEL Franck	Biologie cellulaire	Médecine
LIBOUBAN Hélène	Histologie	Médecine
MALLET Sabine	Chimie Analytique et bromatologie	Pharmacie
MAROT Agnès	Parasitologie et mycologie médicale	Pharmacie
MAY-PANLOUP Pascale	Biologie et médecine du développement et de la reproduction	Médecine
MESLIER Nicole	Physiologie	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	Philosophie	Médecine
NAIL BILLAUD Sandrine	Immunologie	Pharmacie
PAPON Xavier	Anatomie	Médecine
PASCO-PAPON Anne	Radiologie et imagerie médicale	Médecine
PECH Brigitte	Pharmacotechnie	Pharmacie
PENCHAUD Anne-Laurence	Sociologie	Médecine
PETIT Audrey	Médecine et santé au travail	Médecine
PIHET Marc	Parasitologie et mycologie	Médecine
PRUNIER Delphine	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine
RIOU Jérémie	Biostatistique	Pharmacie
ROGER Emilie	Pharmacotechnie	Pharmacie
SCHINKOWITZ Andréas	Pharmacognosie	Pharmacie
SIMARD Gilles	Biochimie et biologie moléculaire	Médecine

TANGUY-SCHMIDT Aline
TRICAUD Anne
TURCANT Alain

Hématologie ; transfusion
Biologie cellulaire
Pharmacologie

Médecine
Pharmacie
Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane
AUTRET Erwan
BRUNOIS-DEBU Isabelle
CAVAILLON Pascal
CHIKH Yamina
FISBACH Martine
LAFFILHE Jean-Louis
LETERTRE Elisabeth
O'SULLIVAN Kayleigh

Informatique
Anglais
Anglais
Pharmacie Industrielle
Économie-Gestion
Anglais
Officine
Coordination ingénierie de formation
Anglais

Médecine
Médecine
Pharmacie
Pharmacie
Médecine
Médecine
Pharmacie
Médecine
Médecine

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Docteur Jean-Marie COMMER,
Je vous remercie d'avoir accepté de diriger mon travail de thèse, de m'avoir accompagnée tout au long de cette expérience, merci pour votre disponibilité, votre patience, votre bienveillance, votre rigueur, merci pour le semestre passé à vos côtés et pour tous vos enseignements.

A Monsieur le Professeur François GARNIER,
Je vous suis reconnaissante de m'avoir fait l'honneur de présider le jury pour ma thèse. Je vous remercie pour votre soutien, votre disponibilité, votre écoute tout au long de mon parcours

A Madame le Professeur Céline BARON,
Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de faire partie des membres du jury.

A Madame le Docteur Cécile MARTEAU,
Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. C'est fut un honneur pour moi d'avoir travaillé à vos côtés. Je vous remercie pour vos enseignements, pour votre rigueur, votre professionnalisme, vous resterez pour toujours un modèle pour moi.

A Monsieur le Maître de Conférence Olivier CAPITAIN,
Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre du jury, merci pour le stage passé à côtés de l'équipe de l'ICO, un stage très enrichissant sur le plan professionnel.

Aux Mesdames les Docteurs Delphine CORNUAULT-FOUBERT, Bénédicte D'AILLIERES et Paule AUGEREAU
Je vous suis reconnaissante de m'avoir accordé votre confiance, merci pour votre disponibilité et votre écoute, votre bienveillance, votre professionnalisme, travailler avec vous a été un plaisir.

A Madame le Docteur Marie ZINGER et Monsieur le Docteur Eric EMMANUEL,
Je vous remercie pour ces deux ans enrichissants passés avec vous, travailler dans votre équipe a été un honneur pour moi, merci pour votre bienveillance, votre soutien, votre professionnalisme, merci de m'avoir mis à l'aise, cela a été un plaisir d'avoir travaillé à vos côtés.

A tous les oncologues, radiothérapeutes et hématologues de la Clinique Victor Hugo du Mans
Je vous remercie de m'avoir accordé la chance de travailler à vos côtés, merci pour votre disponibilité.

A l'équipe paramédicale, les acteurs de soins de support et les secrétaires d'hospitalisation de la Clinique Victor Hugo,
Vous êtes une vraie équipe animée par le même objectif noble, merci de m'avoir accordé votre confiance et de m'avoir fait une place dans l'équipe, travailler avec vous a été un plaisir pour moi, je ne vous oublierai jamais.

Aux Messieurs les Docteurs Bruno MINAUD et François EUGENE,
Je vous remercie pour le semestre passé à vos côtés, pour votre gentillesse, vous m'avez accordé votre confiance et je vous suis reconnaissante.

A l'équipe paramédicale du service de Maladies respiratoires du CH du Mans,
Je vous remercie de m'avoir initiée aux soins palliatifs il y a déjà plusieurs années, j'ai passé un semestre très enrichissant, merci pour ce que vous faites au quotidien.

A Madame le Docteur Anne-Laure FABRE et aux Messieurs les Docteurs Michel GHAZI et Xavier VARANGOT, je vous remercie de m'avoir appris la pratique de la médecine générale avec bienveillance, disponibilité, patience et passion et pour vos enseignements.

A Madame la Directrice de l'HAD St Sauveur d'Angers Catherine MONGIN, je vous suis reconnaissante de m'avoir accordé la permission de réaliser ce travail à partir des données de votre établissement.

REMERCIEMENTS

A mes parents, je vous suis reconnaissante pour votre soutien et votre confiance durant mes études, merci de m'avoir donné la possibilité d'avoir le choix dans ma vie.

A mes amis, merci d'avoir été près de moi surtout dans des moments difficiles, merci pour votre soutien, votre écoute, votre amitié.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS	Agence régionale de santé
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
AINS	Anti-inflammatoire non-stéroïdien
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
AOMI	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
CIM	Classification internationale des maladies
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
cp	comprimé
CT	Commission de la transparence
DMS	Durée moyenne de séjour
EHPA	Etablissement d'hébergement des personnes âgées
EHPAD	Etablissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes
FNEHAD	Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
HAD	Hospitalisation à domicile
ICO	Institut de cancérologie de l'Ouest
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IEC	Inhibiteur de l'enzyme de conversion
IFOP	Institut français d'opinion publique
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IK	Indice de Karnofsky
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IPP	Inhibiteur de pompe à protons
IV	Intraveineux
LAM	Leucémie aigue myeloïde
LLC	Leucémie lymphoïde chronique
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MEOPA	Mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote
MPP	Mode de prise en charge principale
NaCl	Solution de chlorure de sodium 0.9%
O2	Oxygène
ONFV	Observatoire nationale de la fin de vie
ORL	Oto-rhino-laryngologie
pca	Pompe d'analgésie contrôlée par le patient
PIT	Pompe intrathécale

[illegible]

Plan

LISTE DES ABREVIATIONS

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Partie 1 : Caractéristiques de la population

- 1.1. Les soins palliatifs
- 1.2. Sexe ratio
- 1.3. L'âge
- 1.4. L'indice de Karnofsky (IK)
- 1.5. Le lieu de vie
- 1.6. La pathologie principale
- 1.7. Caractéristiques des patients pris en charge pour une pathologie non cancéreuse

2. Partie 2 : Caractéristiques du séjour en HAD

- 2.1. Les prescripteurs de l'HAD
- 2.2. La durée d'hospitalisation
- 2.3. Caractéristiques des patients ayant eu un séjour très court
- 2.4. Caractéristiques des patients ayant eu un séjour très long
- 2.5. Nombre de séjours en HAD

3. Partie 3 : Le traitement médicamenteux

- 3.1. Les prescripteurs
- 3.2. Les prescriptions anticipées
- 3.3. Le traitement morphinique
- 3.4. Les benzodiazépines
- 3.5. Les médicaments d'utilisation courante en soins palliatifs
- 3.6. Les autres médicaments

DISCUSSION

1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

2. CARACTERISTIQUES DU SEJOUR EN HAD

3. LE TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

Le thème abordé dans cette étude est les soins palliatifs à domicile et plus précisément les traitements médicamenteux en fin de vie en hospitalisation à domicile (HAD).

Etant amenée à procurer des soins palliatifs en établissement de santé pendant la moitié de mon internat j'ai été interpellée par la prise en charge palliative à domicile, et par les difficultés qui peuvent exister.

Les soins palliatifs sont des soins actifs, continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle. Ils ont pour objectifs de prévenir et de soulager les symptômes physiques, dont la douleur, d'anticiper les risques de complications et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels, dans le respect de la dignité de la personne soignée. Les personnes malades dont l'état requiert des soins palliatifs sont les personnes atteintes d'une maladie grave évolutive ou mettant en jeu le pronostic vital ou en phase avancée ou terminale.

Si toutes les situations de fin de vie ne nécessitent pas la mise en œuvre de soins palliatifs, ceux-ci constituent un droit dès lors qu'ils sont nécessaires.

Selon une enquête sur la fin de vie réalisée en 2016 par l'IFOP, 85 % des français souhaitent finir leur vie à domicile, 9% en maison de retraite et 6% à l'hôpital ; pourtant, seulement 37% des français décèdent à domicile, et la proportion des décès en maisons de retraite a augmenté au cours des dix dernières années (1).

La loi dite Léonetti-Claeys promulguée en février 2016 apporte de nouveaux droits en faveur des personnes malades en fin de vie. L'objectif a été de répondre aux inquiétudes des

français par rapport à la peur de souffrir, de ne pas être écouté, de subir un acharnement thérapeutique et ne pas être accompagné (2) et(3).

Le rapport de 2015 de la Cour des comptes sur les soins palliatifs souligne les progrès notables des soins palliatifs au sein des établissements de santé, mais constate que la prise en charge palliative reste encore particulièrement déficiente à domicile et en établissements médico-sociaux (4).

Pour répondre à ce constat, un des quatre axes du Plan national 2015-2018 de développement des soins palliatifs et d'accompagnement en fin de vie, est de développer les prises en charge à domicile (5).

Une des façons de pratiquer les soins palliatifs à domicile est l'Hospitalisation à domicile (HAD) qui permet d'assurer, sur le lieu de vie des malades, des soins médicaux et paramédicaux continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluridisciplinaire. Ils se différencient des autres soins à domicile par la complexité et la fréquence des actes.

L'HAD a connu un développement très significatif entre 2005 et 2013 en nombre d'établissements(+140%), de patients pris en charge(+160%) et de journées réalisées(+185%) (6).

Cette prise en charge devient une alternative à la prise en charge hospitalière, avec un intérêt financier non négligeable. En effet le coût moyen payé par l'Assurance maladie pour une journée d'hospitalisation à domicile est de 197,4 euros alors qu'il est de 800 à 1000 euros pour une journée d'hospitalisation conventionnelle. Malgré le développement des dernières années, la progression reste en dessous de l'objectif national fixé par une circulaire en 2013 de 30 à 35 patients en HAD pour 100 000 habitants. En 2015, le taux de recours national à l'HAD s'élève à 19,2 patients pris en charge chaque jour pour 100 000 habitants, contre 18,2 en 2014 (6).

Les soins palliatifs et la prise en charge des patients atteints d'un cancer sont très fréquents dans l'HAD. Vingt-quatre pourcent des patients pris en charge par HAD sont hospitalisés pour des soins palliatifs, et 11% des séjours en HAD se terminent par le décès. Sur la totalité des journées d'HAD, un tiers concerne une pathologie cancéreuse (7).

Les thérapeutiques usuelles en soins palliatifs ont fait l'objet de recommandations, notamment pour l'HAD. Huit classes des médicaments hors antalgiques ont été choisies par l'AFSSAPS comme ayant une spécificité d'utilisation courante en soins palliatifs et ont fait le sujet des Recommandations en 2002 (8) (annexe). En 2010, des nouvelles recommandations s'inscrivent dans la suite de celles réalisées en 2002 portant sur huit classes de médicaments utilisées dans la douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte (9) (annexe).

Nous avons souhaité par ce travail faire un état des lieux de la fin de vie en HAD et du traitement médicamenteux en phase terminale, toutes pathologies confondues. L'objectif principal est la description et l'analyse des prescriptions des médicaments spécifiques des soins palliatifs dans le cadre d'une prise en charge en HAD, surtout le MIDAZOLAM et le traitement morphinique. Nous profiterons de ces données pour évaluer quels sont les prescripteurs de ces ordonnances et les possibilités d'évolution dans la relation entre médecin généraliste et médecin coordinateur (MC) de l'HAD.

MÉTHODES

Le type de l'étude

Pour répondre aux questions auxquelles nous nous intéressons, nous avons mené une étude descriptive, rétrospective, monocentrique sur les prescriptions pour les patients décédés en HAD en 2016 ayant eu une prise en charge palliative.

La population

La population étudiée est l'ensemble des patients pris en charge par l'établissement d'hospitalisation à domicile St Sauveur d'Angers pour des soins palliatifs et décédés à domicile pendant la période de 1 janvier 2016 au 31 décembre 2016.

L'HAD St Sauveur dispose de 90 lits, couvre un territoire de 177 communes. En 2016, 26 077 journées d'hospitalisation ont été réalisées, le nombre d'admissions était de 1378, le taux d'occupation a été de 77,44% (10).

Les critères d'inclusion des sujets ont été :

- la prise en charge en HAD pour soins palliatifs toutes pathologies confondues
- le décès survenu à domicile pendant l'année 2016

Les critères d'exclusion des sujets concernaient :

- les patients en HAD hospitalisés en fin de vie dans un centre hospitalier

Les données ont été recueillies à partir :

-d'une part des dossiers informatisés des patients, qui ont pu être consultées après l'accord donné par l'établissement,

-et d'autre part des ordonnances scannées dans le dossier informatisé de chaque patient

Les données ont été reportées dans un tableau Excel.

Le recueil des données

Le « site » de l'étude a été l'établissement d'hospitalisation à domicile St. Sauveur d'Angers.

Pour les sujets inclus dans l'étude, les données des prescriptions à l'admission et des dernières prescriptions rédigées avant le décès ont été recueillies.

- Pour le traitement d'admission sont renseignés le prescripteur, la date, la présence ou l'absence d'un traitement morphinique et la voie d'administration, la présence ou l'absence d'un traitement par benzodiazépines et la voie d'administration et les autres médicaments sans les classer.
- Pour les dernières prescriptions (qui composent le traitement du dernier jour), les variables principales ont été le ou les prescripteurs, la date des prescriptions, la présence ou l'absence d'un traitement morphinique et la voie d'administration, la présence ou l'absence de Midazolam et la voie d'administration ou autres benzodiazépines et la voie d'administration, la présence ou l'absence des médicaments recommandés en soins palliatifs avec une mention à part pour les corticoïdes et les autres classes des médicaments prescrits.

Plusieurs variables secondaires ont été recherchées afin de décrire plusieurs aspects de la prise en charge des patients relevant de soins palliatifs, telles que :

-le sexe, l'âge, l'indice de Karnofsky

-la pathologie principale, les comorbidités

- la durée de l'hospitalisation, le nombre des séjours en HAD
- le prescripteur de HAD
- le lieu de vie (milieu urbain ou rural).
- le seul aspect social renseigné a été le lieu de résidence : le domicile ou EHPAD ou EHPA (foyer logement).

L'analyse statistique des données

Les données ont été analysées par nous les chercheurs.

- les variables quantitatives sont décrites par la moyenne, la médiane et des représentations graphiques
- les variables qualitatives sont décrites par l'effectif et le pourcentage par catégorie.

Le logiciel utilisé a été Microsoft Excel 2016.

La bibliographie a été traitée à l'aide du logiciel Zotero.

RÉSULTATS

1. Partie 1 : Caractéristiques de la population

1.1. Les soins palliatifs

Entre 1 janvier 2016 au 31 décembre 2016, 135 patients sont décédés à domicile en HAD de St Sauveurs d'ANGERS. Parmi ceux-ci, 130 ont été déclarés en soins palliatifs et ont été inclus dans notre étude.

Tableau I :Patients décédés en HAD St Sauveur

Patients décédés en HAD	Effectif	Pourcentage
Déclarés en soins palliatifs	130	96,3%
Non-déclarés en soins palliatifs (exclus de l'étude)	5	3,7%
Total décès	135	100%

Du point de vue du codage T2A, 118 patients ont eu comme seul mode principal de prise en charge (MPP) les soins palliatifs, 8 patients ont eu un changement de MPP pendant le séjour vers un MPP de soins palliatifs et 4 patients ont eu un autre MPP que les soins palliatifs : 2 ayant les soins palliatifs figurant dans les diagnostics CIM 10, 2 ayant les soins palliatifs spécifiés sur les prescriptions de l'HAD faites par les médecins traitants. Pour ces 4 cas les MPP ont été : traitement IV, soins de nursing lourds, pansements complexe, et prise en charge de la douleur.

Tableau II: La répartition des sujets en fonction du Mode principal de prise en charge

MPP	Effectif	Pourcentage
MPP soins palliatifs stable	118	91%
Changement MPP vers soins palliatifs	8	6%
Autres MPP	4	3%
Total	130	100%

1.2. Sexe ratio

La répartition homme /femme dans notre étude est la suivante : 59 hommes et 71 femmes, soit un sexe ratio de 0.83.

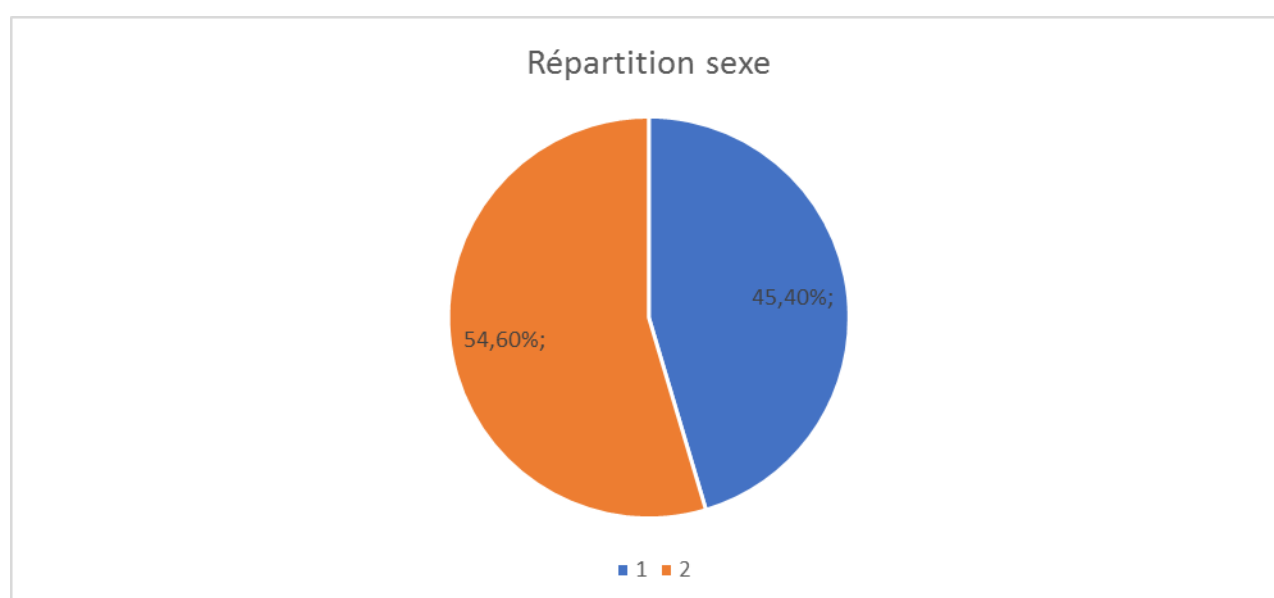


Figure 1: Répartition des sujets en fonction du sexe

Tableau III: La répartition des sujets en fonction du sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Hommes	59	45,4%
Femmes	71	54,6%
Total	130	100%

1.3. L'âge

La moyenne d'âge dans la population étudiée est de **78,9** ans. Les patients de plus de 75 ans représentent 65,4%. La répartition par catégorie d'âge est montrée dans le tableau suivant.

Tableau IV: La répartition des sujets par catégorie d'âge

Catégorie d'âge	Effectif	Pourcentage
>90 ans	30 patients	23,1%
Entre 80 et 89 ans	41 patients	31,5%
Entre 70 et 79 ans	25 patients	19,2%
Entre 60 et 69 ans	26 patients	20%
Entre 50 et 59 ans	5 patients	3,8%
Entre 40 et 49 ans	2 patients	1,5%
Entre 30 et 39 ans	1 patients	0,8%
Total	130	100%

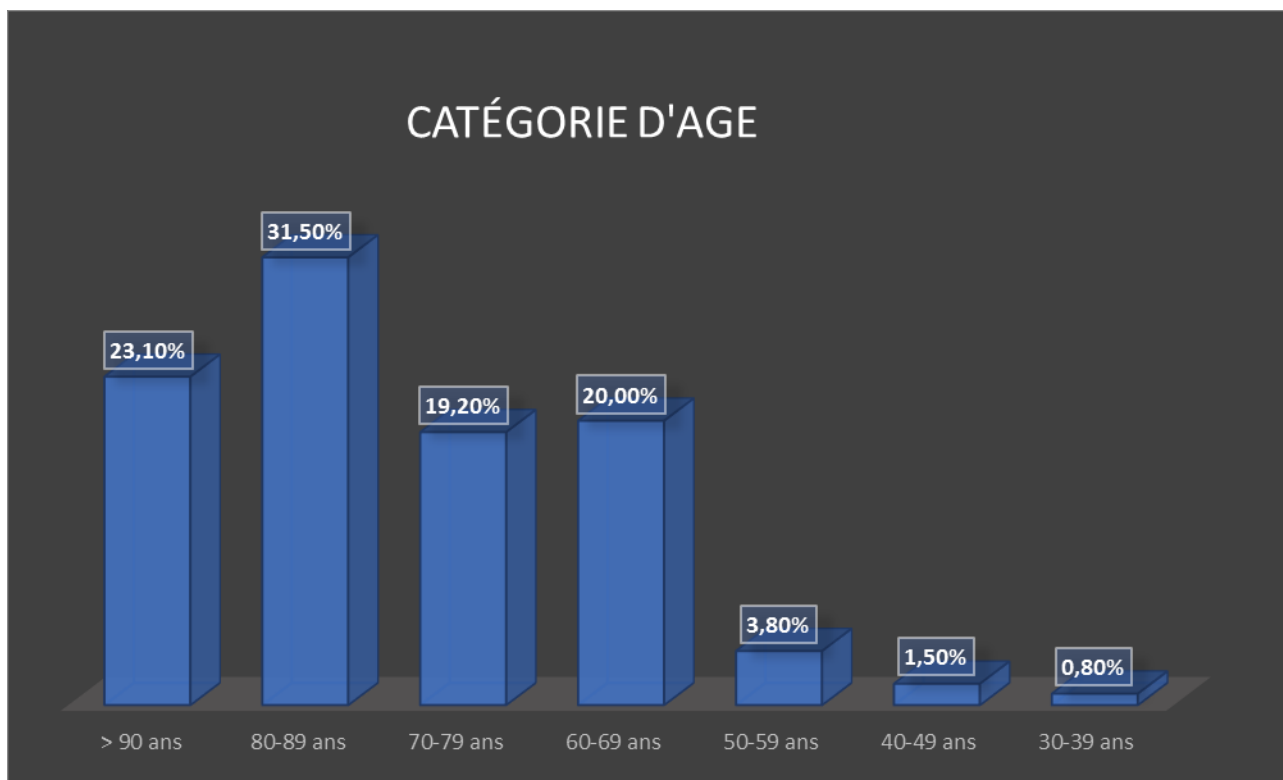


Figure 2: Répartition des sujets par catégorie d'âge

1.4. L'indice de Karnofsky (IK)

L'indice de performance Karnofsky, mesurant le niveau de dépendance des patients, est évalué à l'admission et ensuite de façon régulière environ une fois par semaine. Sa valeur est notée dans le dossier informatisé. Nous avons relevé la valeur de cet indice évalué à l'admission en HAD.

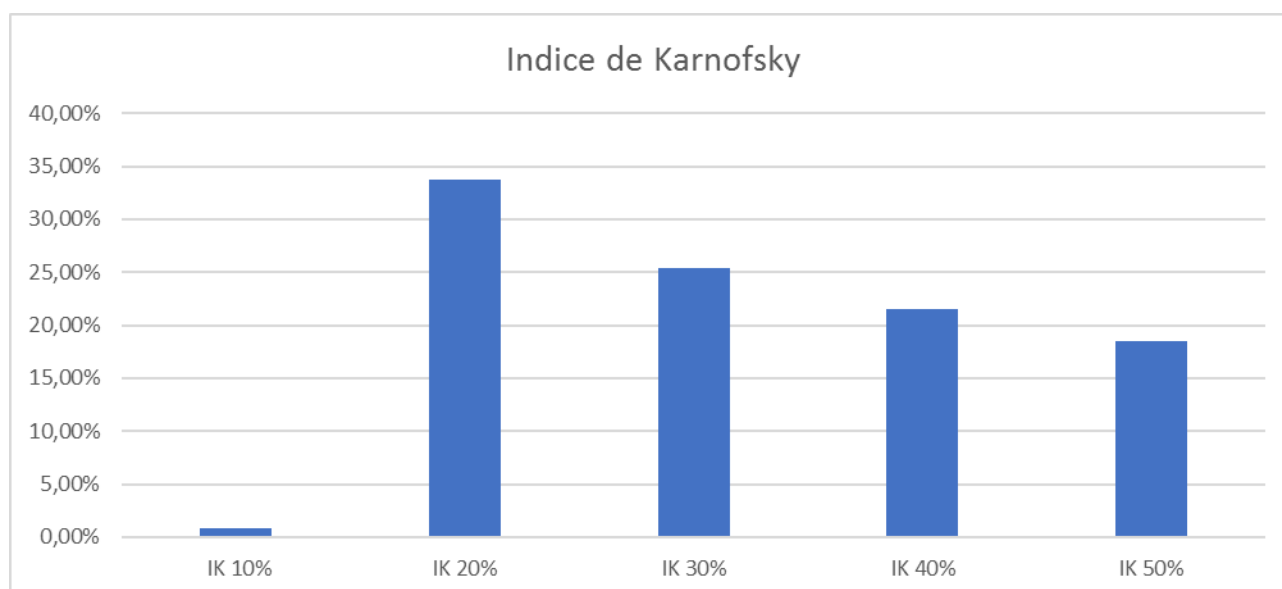


Figure 3: Répartition des sujets en fonction de l'indice de Karnofsky

Tableau V: La répartition de la population étudiée en fonction de l'indice de Karnofsky

IK	Effectif	Pourcentage
10%	1	0,8%
20%	44	33,8%
30%	33	25,4%
40%	28	21,5%
50%	24	18,5%
TOTAL	130	100%

L'indice de Karnofsky retrouvé chez les sujets se situe entre 10% et 50%.

Un IK de 50% signifie que les patients nécessitent une aide suivie des soins médicaux fréquents. Le patient est considéré semi-autonome. Leur nombre représente 18.5%.

Le nombre des patients avec un IK de 40% (handicapé, nécessitant une aide et des soins particuliers) et moins (incapables de s'occuper d'eux-mêmes, nécessitent des soins hospitaliers ou l'équivalent) est de 106, ce qui représente **81,5%**.

1.5. Le lieu de vie

Le domicile des patients est en milieu urbain (à ANGERS) dans 48 cas et en milieu rural dans 82 cas.

Tableau VI: La répartition des sujets en fonction du milieu urbain ou rural

	Effectif	Pourcentage
Angers (milieu urbain)	48	36,9%
Milieu rural	82	63,1%
Total	130	100%

L'HAD se déroule en EHPAD pour 31 patients. Pour ces patients de l'EHPAD, 17 demandes d'HAD sont faites par le médecin traitant soit 54% et 11 par le CHU soit 35%, et 3 par d'autres structures (ICO, Clinique Nantes et PSSSL) soit 9%.

Pour 20 de ces patients la pathologie principale est une maladie non-cancéreuse, ce qui représente 64 % de la totalité des patients pris en charge par l'HAD en EHPAD et décédés.

Tableau VII: La répartition en fonction du domicile stricto sensu et les établissements médico-sociaux

Lieu de vie	Effectif	Pourcentage
Domicile	97	74,6%
EHPAD	31	23,9%
EHPA (foyer logement)	2	1,5%
Total	130	100%

Le sexe ratio des patients en EHPAD est le suivant : 24 des patients sont des femmes et 7 patients sont des hommes.

Tableau VIII: La répartition par sexe des patients en EHPAD

Sexe	Effectif	Pourcentage
Femmes	24	77,4%
Hommes	7	22,6%
Total	31	100%

1.6. La pathologie principale

La pathologie principale qui a justifié les soins palliatifs et l'hospitalisation est la maladie cancéreuse dans 95 cas soit 73%. Dans le reste des cas (27%) on retrouve un contexte de polypathologie.

Tableau IX: La répartition en fonction de la pathologie principale

Pathologie principale	Effectif	Pourcentage
Pathologie cancéreuse	95	73%
Pathologie non cancéreuse	35	27%
Total	130	100%

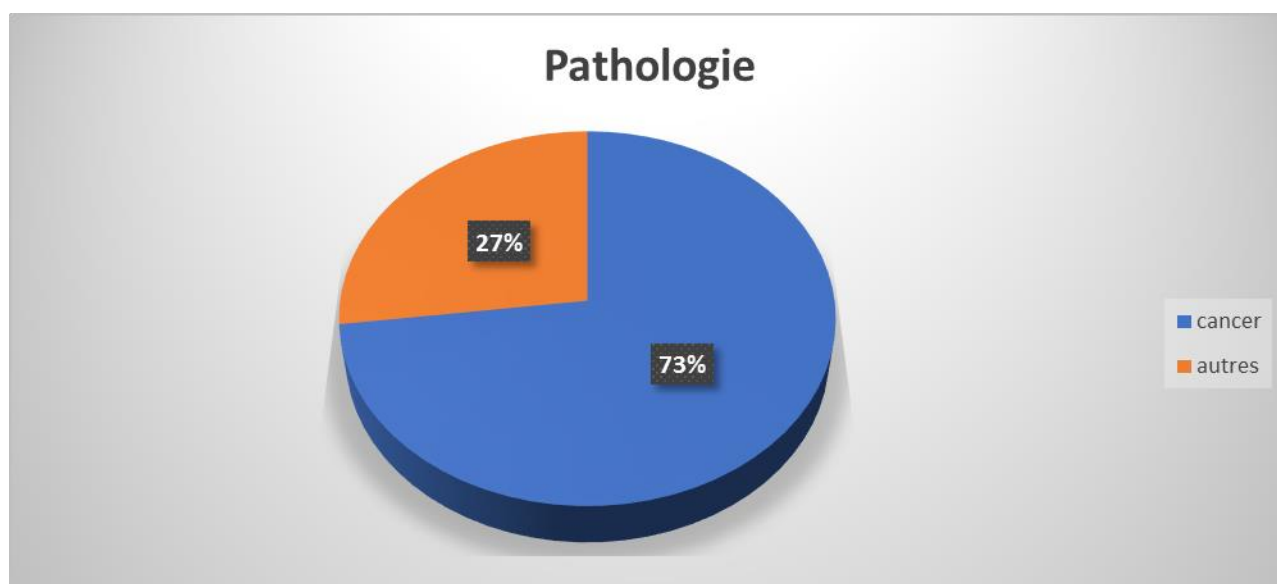


Figure 4: Répartition des sujets en fonction de la pathologie principale

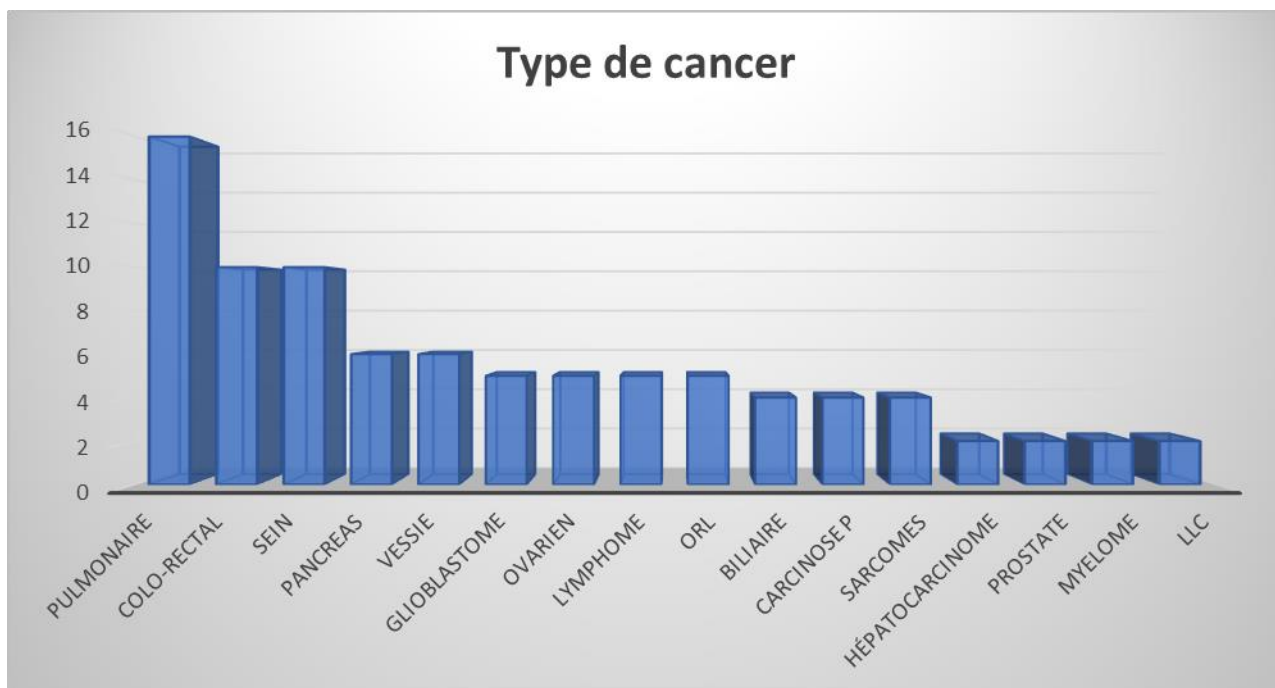


Figure 5: Répartition des sujets en fonction du type de cancer

Tableau X: Le type de cancer

Type de cancer	Effectif	Pourcentage	Hommes	%	Femmes	%
Pulmonaire	16	16,84%	11	22%	5	10%
Colo-rectal	10	10,52%	5	10%	5	10%
Sein	10	10,52%	-	-	10	21%
Pancréas	6	6,31%	4	8%	2	4,3%
Vessie	6	6,31%	5	10%	1	2%
Glioblastome	5	5,26%	2	4%	3	6,5%
Ovaire	5	5,26%	-	-	5	10%
Lymphome	5	5,26%	3	6%	2	4,3%
ORL	5	5,26%	4	8%	1	2%

Biliaire	4	4,21%	2	4%	2	4,3%
Carcinose péritonéale	4	4,21%	0	0%	4	8,7%
Sarcome	4	4,21%	3	6%	1	2%
Hépatocarcinome	2	2,10%	2	4%	0	0%
Prostate	2	2,10%	2	4%	-	-
Myélome multiple	2	2,10%	2	4%	0	0%
LLC	2	2,10%	1	2%	1	2%
LAM	1	1,05%	0	0%	1	2%
Maladie de Vaquez	1	1,05%	0	0%	1	2%
Myélodysplasie	1	1,05%	0	0%	1	2%
Mésothéliome	1	1,05%	1	2%	0	0%
Oesophage	1	1,05%	1	2%	0	0%
Endomètre	1	1,05%	-	-	1	2%
Primitif inconnu	1	1,05%	1	2%	0	0%
Total	95	100%	49	100%	46	100%

Le sexe ratio des patients avec une pathologie cancéreuse est 49 d'hommes versus 46 de femmes. L'âge moyen des patients avec une pathologie cancéreuse est de **75** ans.

Tableau XI: La répartition par sexe des patients avec une pathologie cancéreuse

Sexe	Effectif	Pourcentage
Hommes	49	51,6%
Femmes	46	48,4%
Total	95	100%

1.7. Caractéristiques des patients pris en charge pour une pathologie non cancéreuse

Pour les 35 patients pris en charge pour d'autres pathologies qu'un cancer la moyenne d'âge est de 89 ans. Vingt d'entre eux vivaient en EHPAD, ce qui représente 57,2% de la totalité des patients pris en charge pour une pathologie non-cancéreuse.

Dans notre étude, tous ces patients non atteints de cancer sont polypathologiques.

Tableau XII: Le lieu de vie des patients pris en charge pour une pathologie non-cancéreuse

Lieu de vie	Effectif	Pourcentage
Domicile	14	40%
EHPAD	20	57,2%
Foyer logement (EHPA)	1	2,8%
Total	35	100%

La prescription de l'HAD a été faite par leur médecin traitant dans 15 cas, par le CHU dans 16 cas et d'autres établissements dans 4 cas (Clinique d'Anjou, Clinique de Nantes, PSSSL et SSR St Claude).

Tableau XIII: Les prescripteurs d'HAD pour les patients avec un pathologie non-cancéreuse

Prescripteur d'HAD	Effectif	Pourcentage
Médecin traitant	15	43%
Médecin hospitalier	20	57%
Total	35	100

Les pathologies principales qui ressortent dans le cadre d'une polypathologie sont l'insuffisance respiratoire avec 25,7% et l'insuffisance cardiaque avec 20% suivi de plaies complexes avec 14,3%. A noter que, 18 ces patients polypathologiques présentent des troubles cognitifs.

Tableau XIV: La répartition par type de pathologie principale des patients non-cancéreux

Pathologie principale	Effectif	Pourcentage
Insuffisance cardiaque terminale	7	20%
Insuffisance respiratoire sur insuffisance respiratoire chronique ou pneumopathie	9	25,7%
Insuffisance rénale terminale	3	8,6%
Ischémie dépassée membre inférieur sur AOMI	3	8,6%

Plaies nécessitant des pansements complexes	5	14,3%
AVC (ischémique ou hémorragique)	2	5,7%
Pathologie osseuse (ostéite et fracture)	2	5,7%
Endocardite infectieuse	1	2,9%
Syndrome occlusif	1	2,9%
Etat grabataire nécessitant des soins lourds de nursing	2	5,7%
Total	35	100%

2. Partie 2 : Caractéristiques du séjour en HAD

2.1. Les prescripteurs de l'HAD

La prescription de l'HAD a été faite pour 42 patients par le médecin traitant, pour 48 patients par le CHU, pour 8 patients par le service de SSR (SSR de CHU -3 cas et SSR St Claude- 5 cas), pour 18 patients par l'ICO et pour 9 patients par la Clinique d'Anjou, la Clinique de Nantes -2 cas, PSSSL 1, le CH Chalonnnes 1 cas, et l'HAD Royan- 1 cas.

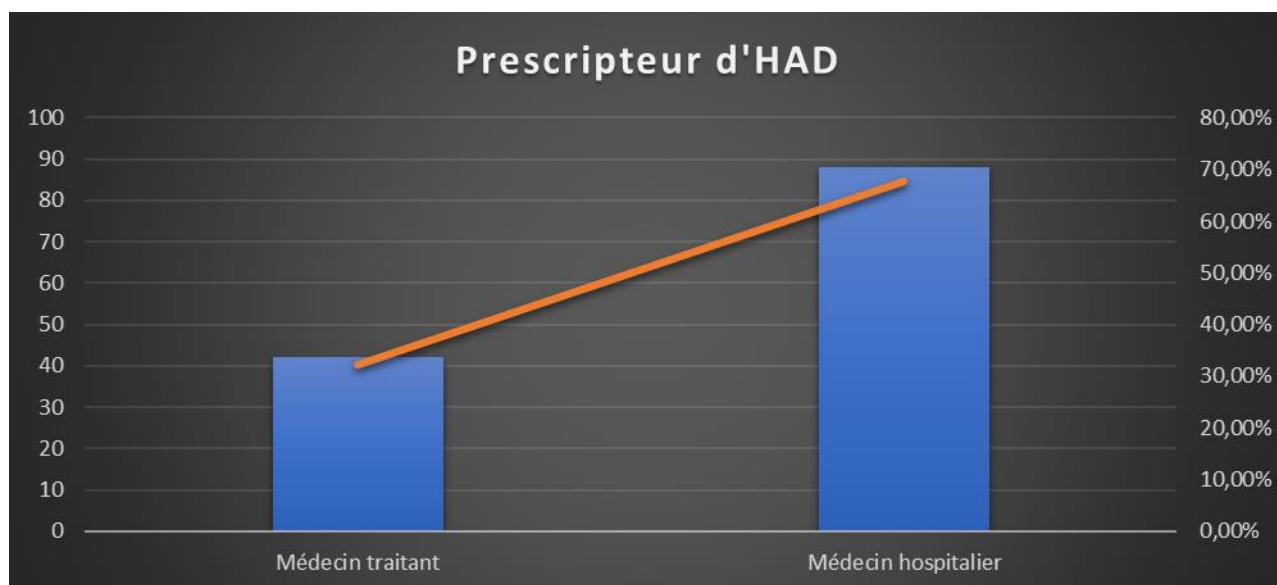


Figure 6: Prescripteur d'HAD : médecin traitant versus médecin hospitalier

Tableau XV: Les prescripteurs de l'HAD

Prescripteur d'HAD	Effectif	Pourcentage
Médecin traitant	42	32,3%
Médecin hospitalier :	87	66,9%
-Médecin hospitalier du CHU	48	36,9%
-Médecin hospitalier de l'ICO	18	13,8%
-Médecin hospitalier de la Clinique d'Anjou	9	6,9%
-Médecin hospitalier de SSR St Claude	5	3,8%
-Médecin hospitalier de SSR de CHU	3	2,3%
-Médecin hospitalier de la	2	1,5%

Clinique de Nantes		
-Médecin hospitalier du PSSL	1	0,8%
-Médecin hospitalier du CH Chalonnnes	1	0,8%
-L'HAD Royan	1	0,8%
Total	130	100%

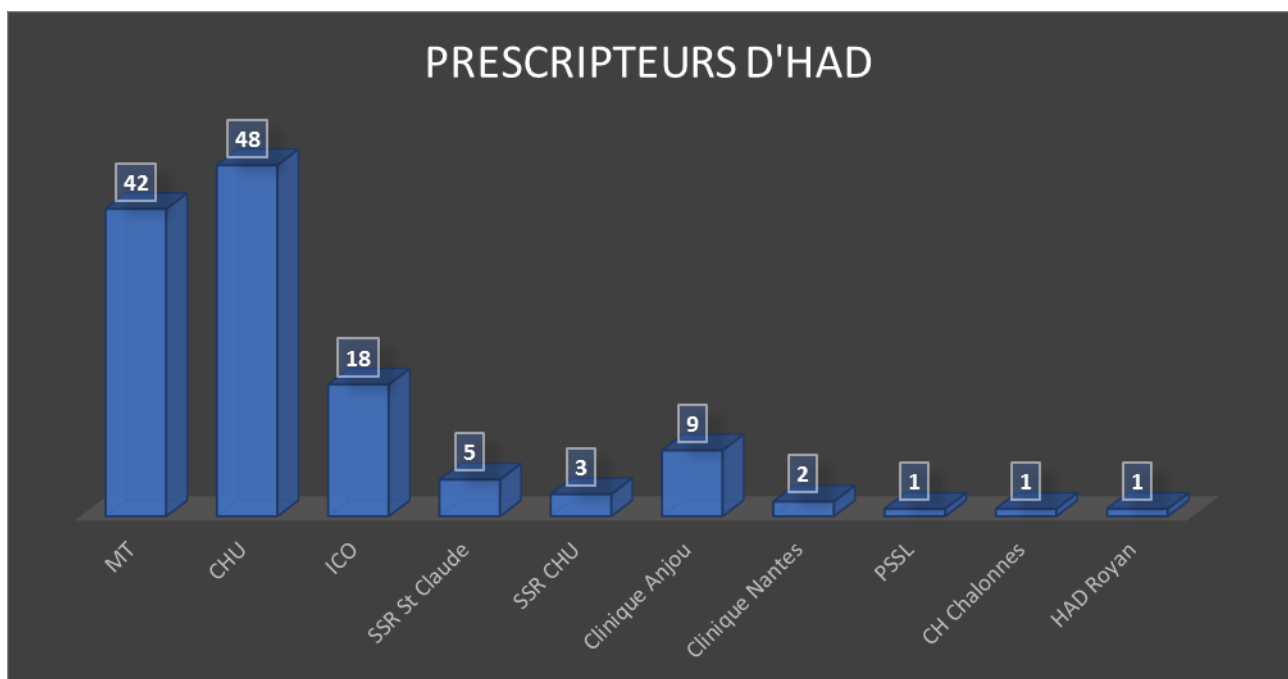


Figure 7: Prescripteurs d'HAD en fonction des établissements

2.2. La durée d'hospitalisation

La durée moyenne de séjour dans notre étude est de **28,5** jours.

30 sujets de notre étude (23%) ont eu un séjour très court en HAD, la durée étant égale ou inférieure à 4 jours, et 9 (7%) séjours sont très longs plus de 90 jours.

Tableau XVI: Les séjours très courts et les séjours très longs

	Effectif	Pourcentage
Séjours très courts ≤ 4 jours	30	23%
Séjours très longs >90 jours	9	7%
Total	39	30%

La répartition des sujets en fonction de la durée du séjour est représentée dans la figure 8, ou on voit que la plupart des patients ont un séjour avec une durée inférieure à 16 jours.

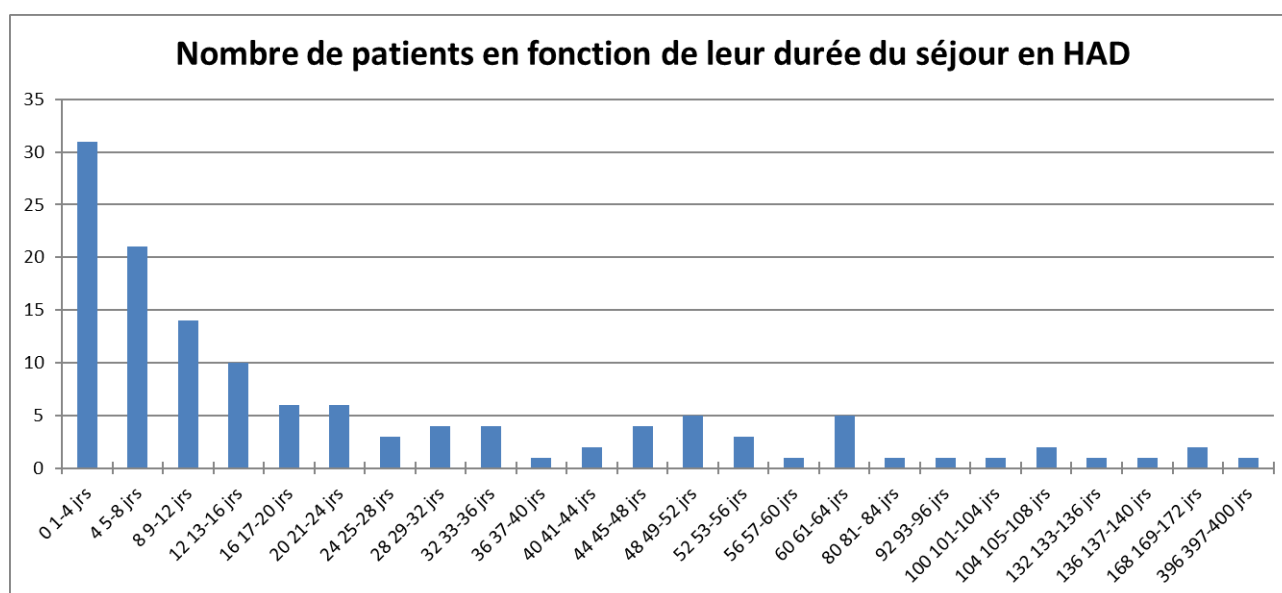


Figure 8: Répartition des sujets en fonction de leur durée du séjour en HAD

2.3. Caractéristiques des patients ayant eu un séjour très court

Parmi les 30 sujets ayant eu un séjour très court (≤ 4 jours), 3 ont déjà eu des hospitalisations en HAD (21, 7 et 12 hospitalisations) pour une pathologie cancéreuse, 7 ont été hospitalisés pour des pathologies non-cancéreuses. Pour 9 patients, le lieu de vie est en EHPAD. Les prescripteurs d'HAD pour ces 30 cas sont : le médecin traitant pour 14 patients, le CHU pour 12 patients, l'ICO pour 2, le service de SSR CHU pour 1, et la Clinique d'Anjou pour 1 patient.

2.4. Caractéristiques des patients ayant eu un séjour très long

Les sujets ayant eu des séjours très longs (plus de 90 jours) sont en nombre de 9. Six d'entre eux ont été hospitalisés pour un cancer et 3 pour une autre pathologie (ostéite, insuffisance cardiaque et insuffisance respiratoire chronique). Les prescripteurs d'HAD ont été : le médecin traitant dans 2 cas, le CHU dans 2 cas, l'ICO dans 2 cas, un service de SSR -2 cas, la Clinique d'Anjou -1 cas.

Le lieu de vie est en EHPAD dans 1 cas et en EHPA (foyer logement) dans 1 cas.

Trois de ces patients avaient été précédemment hospitalisés en HAD, les 3 patients ont été pris en charge pour une pathologie cancéreuse.

2.5. Nombre de séjours en HAD

Pour 95 patients c'était le premier séjour, 35 patients ont eu plus de 1 séjours en HAD.

Tableau XVII: La répartition des sujets en fonction du nombre de séjours en HAD

Nr séjours HAD	Effectif	Pourcentage
1	95	73%
>1 séjour	35	27%
Total	130	100%

Parmi les 35 patients déjà connus de l'HAD, seulement 3 ont été hospitalisés pour une pathologie non-cancéreuse. La grande majorité des patients avec séjours multiples en HAD a été pris en charge pour un cancer.

Les demandes d'HAD pour les patients avec séjours multiples ont été faites par le CHU dans 15 cas, par l'ICO dans 9 cas, par le médecin traitant (MT) pour 5 patients, par la Clinique d'Anjou pour 3 patients, par les SSR St Claude pour 2 patients, par l'HAD Royan pour 1 patient.

Tableau XVIII: La répartition des sujets avec des séjours multiples en fonction de la pathologie

Pathologie des patients avec des séjours multiples	Effectif	Pourcentage des patients avec séjours multiples
Pathologie cancéreuse	32	91,4%
Pathologie non-cancéreuse	3	8,6%
Total	35	100%

Parmi les patients hospitalisés pour une pathologie cancéreuse on retrouve 33,7% ayant des séjours multiples en HAD. Les patients qui ont eu plusieurs séjours en HAD étant hospitalisés pour une pathologie non-cancéreuse représentent 8,6% de la totalité des patients non-cancéreux.

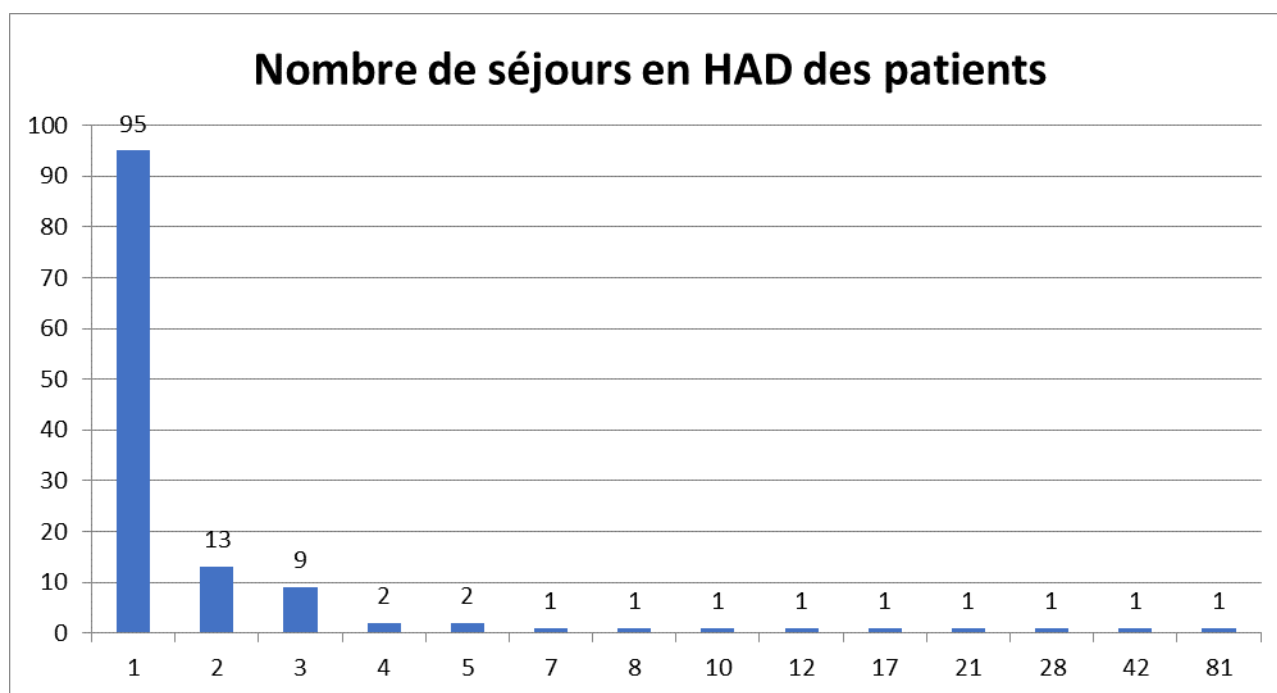


Figure 9: Répartition des sujets en fonction du nombre de séjours en HAD

3. Partie 3 : Le traitement médicamenteux

3.1. Les prescripteurs

Les prescripteurs du traitement d'admission sont représentés dans le tableau suivant.

Tableau XIX: Les prescripteurs du traitement d'admission

Prescripteur	Effectif	Pourcentage
Médecin coordinateur	8	6,1%
Médecin traitant	37	28,5%
CHU	42	32,3%
ICO	13	10%
SSR CHU	4	3,1%
SSR ST Claude	4	3,1%
Clinique d'Anjou	9	6,9%
Prescriptions commune	9	6,9%
PSSL	1	0,8%
Clinique Nantes	1	0,8%
CH local	1	0,8%
Pas de prescription	1	0,8%
TOTAL	130	100%

Dans 9 cas, le traitement d'admission est composé des ordonnances de plusieurs prescripteurs. Les prescripteurs ont été le médecin traitant (le traitement habituel) et un médecin hospitalier (rajout des médicaments), surtout dans le cas des patients admis rapidement après un passage au SAU ou le médecin prescripteur d'HAD et le médecin coordinateur qui rajoute des médicaments dès l'admission. Dans 8 cas, le médecin coordinateur apparaît seul prescripteur du traitement initial.

Les prescripteurs du dernier traitement sont dans 65 cas les médecins coordinateurs ce qui représente 50% des cas. Dans 36 cas (27.7%) le prescripteur est le médecin traitant. Dans 9 cas (6.9%) le traitement de la phase terminale est composé des prescriptions du médecin traitant et du médecin coordinateur.

Dans 20 cas le traitement n'a pas été changé, ce sont les prescriptions initiales soit 15,4 % qui composent le traitement de la phase terminale. Dans 19 de ceux-ci la durée de séjour ne dépasse pas 7 jours, un seul cas présente un séjour avec une durée d'hospitalisation de 21 jours. La durée moyenne de séjour pour les 20 cas où le traitement n'a pas été modifié est de 4.2 jours.

Tableau XX: Les prescripteurs du traitement de la phase terminale

Prescripteur du dernier traitement	Effectif	Pourcentage
Médecin coordinateur	65	50%
Médecin traitant	36	27,7%
MC+MT	9	6,9%
Prescription initiale	20	15,4%

3.2. Les prescriptions anticipées

Nous avons retrouvé des prescriptions anticipées pour 22 patients ce qui représente 16,9% de la globalité des patients. Elles ont majoritairement été faites par le médecin coordinateur (pour 17 patients, soit 77,3%) et 5 ont été faites par le médecin hospitalier lors de l'admission (pour 5 patients soit 22,7%).

3.3. Le traitement morphinique

On avait la prescription d'un traitement morphinique chez 87 patients à l'admission soit 66,9% des patients. Dans le dernier traitement, la part des sujets pour qui une prescription d'opioïdes est faite augmente avec 86,9% (113 patients). On retrouve toutes les substances opioïdes et toutes les voies d'administration ainsi que leur association.

Tableau XXI: Le traitement morphinique à l'admission et en phase terminale

Traitement opioïde	Traitement d'admission		Dernier traitement	
	Effectif	%	Effectif dernier	%
Morphine iv pse ou pca	12	9,2%	33	25,4%

Morphine sc pse ou pca	5	3,8%	20	15,4%
Morphine iv bolus	3	2,3%	4	3,1%
Morphine sc bolus	1	0,8%	5	3,8%
Oxycodone iv pse ou pca	3	2,3%	5	3,8%
Oxycodone sc bolus	1	0,8%	1	0,8%
Fentanyl patch	11	8,5%	13	10%
Fentanyl +Morphine iv	1	0,8%	2	1,2%
Fentanyl +Morphine sc	2	1,5%	5	3,8%
Fentanyl +Oxycodone iv	0	0	1	0,8%
Fentanyl +Oxycodone sc	0	0	1	0,8%
Fentanyl +Oramorph	8	6,2%	8	6,2%
Fentanyl +Oxynorm po	5	3,8%	2	1,5%
Fentanyl td+ Fentanyl transmuqueux	6	4,6%	2	1,5%
Fentanyl+ Actiskenan	2	1,5%	0	0
Oxycontin+Oxynorm	11	8,5%	3	2,3%
Skenan+Actiskénan	0	0	1	0,8%
Oxycontin Oramorph	2	1,5%	2	1,5%
Oxycontin	4	3,1%	0	0
Oxynorm po	3	2,3%	1	0,8%
Oramorph	4	3,1%	4	3,1%

Actiskenan	1	0,8%	0	0
Sophidone +Oxynorm	1	0,8%	0	0
PIT	1	0,8%	1	0,8%
Total patients avec un traitement opioïde	87	66,9%	113	86,9%
Absence	43	33.1%	17	13,1%
Total	130	100%	130	100%

Tableau XXII: Les substances opioïdes prescrites à l'admission et en phase terminale

Tt opioïde	Effectif, à l'admission	Effectif, en phase terminale
Fentanyl patch	35	34
Morphine Chlorhydrate (IV/sc)	24	69
Oxycodone IV	4	8
Morphine Sulfate (po)	17	14
Oxycodone po	26	8
Fentanyl transmuqueux	6	2
Hydromorphone (Sophidone)	1	0

3.4. Les benzodiazépines

Les benzodiazépines sont retrouvées chez 65 patients dans le traitement d'admission ce qui représente 50% et encore davantage dans le traitement de la phase terminale : chez 95 patients (73%).

Tableau XXIII: Les benzodiazépines à l'admission et en phase terminale

Benzodiazépines (non commercial)	Traitement d'admission (voie d'administration)		Dernier traitement (voie d'administration)	
	Effectif	%	Effectif	%
Absence	65	50%	35	26,9%
Présence	65	50%	95	73,1%
Midazolam (Hypnovel)	25 (po-1, sc-10, iv-14)	19,2%	72(po-2, sc-30, iv-40)	55,4%
Alprazolam (Xanax)	13	10%	5	3,8%
Oxazepam (Seresta)	9	6,9%	2	1,5%
Bromazepam (Lexomil)	2	1,5%	1	0,8%
Diazepam (Valium)	1	0,8%	0	0%
Lorazepam (Temesta)	2	1,5%	2	1,5%
Clotiazepam (Vertran)	1	0,8%	0	0%
Loprazolam (Havlane)	1	0,8%	0	0%
Lormetazepam	1	0,8%	0	0%

(Noctamide)				
Clorazepate (Tranxene)	2 (iv-1, po-1)	1,5%	6 (sc-2, iv-4)	4,6%
Clonazepam (Rivotril)	4	3,1%	1	0,8%
Associations avec Midazolam	4 (sc-2, iv-2)	3,1%	6 (sc-3, iv-3)	4,6%
Associations d'autres benzodiazépines	3	4,6%	0	0%
Total	130	100%	130	100%

Le Midazolam représente 44,6% des prescriptions de benzodiazépines du traitement d'admission et 82,1% des prescriptions des benzodiazépines du dernier traitement (les associations avec Midazolam inclus).

Des associations des benzodiazépines dans le traitement d'admissions sont retrouvées 7 fois, le Midazolam a été associé avec Loprazolam une fois, avec Clonazépam une fois, avec Alprazolam deux fois, Clotiazépam a été associé avec Bromazépam une fois, Oxazépam avec Diazépam une fois et Bromazépam a été associé avec Clonazépam et Diazépam une fois.

Les associations des benzodiazépines dans le dernier traitement sont composé toujours de Midazolam 3 fois sc et 3 fois iv, associé 3 fois avec Alprazolam, 2 fois avec Clonazépam et une fois avec Oxazépam.

En ce qui concerne l'administration, la voie orale est majoritaire dans le traitement d'admission, en phase terminale c'est la voie injectable, surtout IV, qui est prédomine.

3.5. Les médicaments d'utilisation courante en soins palliatifs

En ce qui concerne les autres médicaments d'utilisation courante en soins palliatifs retrouvés dans notre étude, le tableau XXIV permet de comparer les fréquences de prescription à l'admission et en phase terminale.

Tableau XXIV: Les médicaments d'utilisation courante en soins palliatifs

	Traitement d'admission		Dernier traitement	
	Effectif	%	Effectif	%
MEOPA	13	10%	12	9,2%
SCOPODERM	12	9,2%	30	23,1%
SCOPOLAMINE sc/iv	2	1,5%	9	6,9%
Neuroleptiques (Chlorpromazine Haloperidol)	2 (2, et 0)	1,5%	2 (1 et 1)	1,5%
Octreotide	3	2,3%	4	3,1%
Corticoides	40	30,8%	34	26,1%

La prescription de MEOPA reste quasi-stable tout comme les prescriptions de neuroleptiques et d'Octréotide. La prescription de Scopolamine transdermiques augmente en phase

terminale de 9,2% à 23,1%, de façon plus significative pour la Scopolamine injectable de 1,5% à 6,9%.

Les prescriptions des corticoïdes représentent 30,8% à l'admission et diminuent légèrement en phase terminale à 26,1%. En ce qui concerne la voie d'administration des corticoïdes, elle est majoritairement po à l'admission contrairement à la phase terminale où la prescription de Méthylprednisolone par voie intra-veineuse est majoritaire.

Tableau XXV: Les substances corticoïdes à l'admission et en phase terminale

Corticoïdes	Traitement d'admission	Dernier traitement
Méthylprednisolone injectable	16	23
Prednisolone	16	8
Prednisone	4	2
Méthylprednisolone po (Medrol)	4	1
Total	40 (30,8%)	34 (26,1%)

3.6. Les autres médicaments

Entre le traitement d'admission et le dernier traitement, la quantité d'autres médicaments administrés diminue de manière globale. Le nombre de patients sans autre médicament passe de 10 (7.7%) à 28 (21.5%). Les classes des médicaments sont présentées dans le tableau XXVI et les médicaments dans le tableau XXVII.

Tableau XXVI: Les autres classes de médicaments

Médicaments	Traitement d'admission	Dernier traitement
Absence	10 (7,7%)	28 (21,5%)
Antalgiques pallier 1 : Paracetamol et Nefopam	69 (53.1%) et 5	44 (33,8%) (23-po,12-iv, 9-suppositoires) et 2
Antalgiques pallier 2	5	1
-Prégabaline (Lyrica)	9 (6,9%)	4 (3,1%)
-Lidocaine emplâtre (Versatis)	3	1
Anticoagulants	36 (27,7%)	13 (10%)
Antiagrégants	11 (8,5%)	6 (4,6%)
Antifibrinolytique (Exacyl)	2	4
Diurétique de anse	19 (14,6%)	16 (12,3%)
Potassium (Kaleorid Diffu k)	15 (11,5%)	7 (5,4%)
Bêtabloquants	22 (16,9%)	6 (4,6%)
Antiarythmiques	5	1
IEC	9	1

Sartans	6	0
Inhibiteurs calcique	11	2
Diurétique épargneur de K (Spironolactone)	3	2
Anticholestérolémians	6	1
Trinitrine (Natispray)	1	1
Vasodilatateur : Naftydrofuril (Naftilux)	1	1
Inhibiteurs à pompe de protons (IPP)	54 (41,5%)	30 (23,1%) (iv-14,sc-3,po-13)
Antémétiques	31 (23,8%)	20 (15,4%)
Spasmolytiques (Ploroglucinol/Trimebutine)	9 (4/5)	5 (2/3)
Antidiarrhéiques	5	0
Laxatifs	44 (33,8%)	18 (13,8%)
Antidiabétiques oraux	3	2
Insulines	14	3
Antibiothérapie	32 (24,6%)	17 (13,1%)
Antifongique	6	6
Médicaments hormonaux de substitution : lévothyroxine et hydrocortisone	16 (10 et 6)	7 (5 et 2)
Bronchodilatateurs+ Corticoïdes inhalés :	7 (5,4%)	8 (6,1%)

Vitamines B9, B12 et minéraux Fe	6	2
Tt antiépileptique	16 (12,3%)	8 (6,1%)
Tt neuroleptique	5 (3,8%)	3 (2,3%)
Amitriptyline (Laroxyl)	6 (4,6%)	15 (10-iv,2-sc,3-po) (11,5%)
Tt antidépresseur hors Laroxyl	10 (7,7%)	2 (1,5%)
Anxiolytiques non benzodiazépines :Hydroxyzine et Etifoxine	3	3
Hypnotiques	17	5
Médicaments de l'adénome de prostate	6	2(permixon +xatral)
Solutés de perfusion	49 (37,7%)	53 (40,8%)
Nutrition parentérale	7 (5,4%)	2 (1,5%)
Alimentation entérale		
O2	18	12
Anticholinestérasiques : Rivastigmine (Exelon)	2	1
Antihistaminiques H1 et H2 : Desloratadine/Ranitidine	1	2
Anti-infectieux intestinal : Rifaximine (Tixtar)	1	1

Antiparkinsonien :	1	1
Rasagiline (Azilect)		

Les médicaments anticoagulants retrouvés dans le dernier traitement sont : Lovenox 6 prescriptions, Arixtra 2, Xarelto -1, Innohep 1, Previscan -1, Fragmine -1, Calciparine -1.

Les antibiotiques prescrits en fin de vie sont : Augmentin-5 fois, Ceftriaxone-6 fois, Norfloxacin 1 fois, Metronidazole -2 fois, Pristinamycine-1 fois, Oraciline -1 fois.

Tableau XXVII: Les autres médicaments retrouvés (tableau détaillé)

Médicaments	Traitement d'admission	Dernier traitement
Absence	10 (7,7%)	28 (21,5%)
Antalgiques :		
-Paracetamol	69 (53,1%)	44 (33,8%) (23-po,12-iv, 9-suppositoires)
-Néfopam	5	2
-Lamaline	1	1
-Tramadol	4	0
-Prégabaline (Lyrica)	9 (6,9%)	4 (3,1%)
-Lidocaine emplâtre (Versatis)	3	1
Anticoagulants	36 (27,7%)	13 (10%)

Antiagrégants	11 (8,5%)	6 (4,6%)
Acide tranexamique (Exacyl)	2	4
Diurétique de anse	19 (14,6%)	16 (12,3%)
Potassium (Kaleorid Diffu k)	15 (11,5%)	7 (5,4%)
Bêtabloquants	22 (16,9%)	6 (4,6%)
Antiarythmiques	5	1
IEC	9	1
Sartans	6	0
Inhibiteurs calcique	11	2
Spironolactone	3	2
Anticholestérolémiant	6	1
Trinitrine (Natispray)	1	1
Naftydrofuril (Naftilux)	1	1
Inhibiteurs à pompe de protons (IPP)	54 (41,5%)	30 (23,1%) (iv-14,sc-3,po-13)
Antémétiques :	31 (23,8%)	20 (15,4%)
-Metoclopramide	19	11
-Domperidone/Metopimazine	2/1	2/1
-Alizapride	0	2
-Ondansetron	9	4
Gaviscon	4	1
Ploroglucinol/Trimebutine	4/5	2/3
Smecta/loperamide	5	0
Laxatifs	44 (33,8%)	18 (13,8%)

Antidiabétiques oraux	3	2
Insulines	14	3
Antibiothérapie	32 (24,6%)	17 (13,1%)
Antifongique : Fluconazole iv/econazole crème/amphotericine B	0/0/6	1/2/3
Médicaments hormonaux de substitution :	-	-
Lévothyroxine	10 (7.7%)	5 (3.8%)
Hydrocortisone	6	2
Bronchodilatateurs+ Corticoides :	7 (5,4%)	8 (6,1%)
-Tiotropium (Spiriva)	2	3
-Salmétérol+Fluticasone (Seretide)	0	1
-Terbutaline aerosol	1	1
-Ipratropium aerosol	1	1
-Fénoterol+Ipratropium (Bronchodual)	1	0
-Indacaterol (Onbrez)	1	0
-Salbutamol	1	2
Vitamines/minéraux	-	-
Acide folique	1	1
Vitamine B 12	1	0

Fer (Tardyferon)	4	1
Tt antiépileptique :	16 (12,3%)	8 (6,1%)
-Lévetiracetam	9	5
-Valproate (Depakine)	2	2
-Carbamazepine (Tegretol)	1	0
-Lacosamide	1	0
-Lamotrigine (Lamictal)	1	0
-Phenobarbital (Gardenal)	2	1
Mannitol	1	2
Tt neuroleptique :	5 (3,8%)	3 (2,3%)
-Cyamémazine (Tercian)	1	0
-Haloperidol (Haldol)	0	1
Chlorpromazine (Largactil)	2	1
-Risperdone	1	0
-Olanzapine	1	1
Amitriptyline (Laroxyl)	6 (4,6%)	15 (10-iv,2-sc,3-po) (11,5%)
Tt antidépresseur hors Laroxyl:	10 (7,7%)	2 (1,5%)
-Mirtazapine (Norset)	1	0
-Daloxetine	1	0
-Fluoxetine	1	1
-Escitalopram	3	0
-Tianeptine (Stablon)	2	0

-Mianserine	1	0
-Venlafaxine	1	1
Hydroxyzine (Atarax)	2	2
Etifoxine (Stresam)	1	1
Zopiclone/zolpidem	17	5
Médicaments de l'adénome de prostate	6	2(permixon +xatral)
Hydratation :	48 (36,2%)	51 (39,2%)
NaCl 0.9%	23	20
Glucose 5%	15	22
Polyionique	10	9
Nutrition parentérale	7 (5,4%)	2 (1,5%)
Alimentation entérale		
O2	18	12
Rivastigmine (Exelon)	2	1
Desloratadine (Aerius)	0	1
Ranitidine (Azantac)	1	1
Rifaximine (Tixtar)	1	1
Rasagiline (Azilect)	1	1

DISCUSSION

1.CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Inclusion des patients

Les données concernant les 130 patients décédés en HAD en 2016 et déclarés en soins palliatifs ont pu être collectées, tous les patients ont pu être inclus dans l'étude.

De la totalité des patients décédés en HAD St Sauveur en 2016, 96,3% ont été déclarés en soins palliatifs.

Dans notre étude, 118 patients ont un mode principal de prise en charge (MPP) de soins palliatifs stable soit 90%. Au niveau national les statistiques de l'HAD sont faites sur le MPP qui doit rester stable pendant le séjour.

Les prises en charge en HAD sont *codées* « Soins palliatifs » (MPP 04) dès lors qu'elles enregistrent les éléments suivants:

- La présence d'une pathologie grave, évolutive en phase avancée ou terminale, mettant en jeu le pronostic vital ;

- Des soins actifs et continus, pratiqués par une équipe interdisciplinaire ;

- L'association d'au moins trois types de soins mis en oeuvre dans le cadre de la prise en charge :

- une prise en compte de la souffrance globale du patient avec une prise en charge de la douleur

- une prise en charge psychologique : c'est dans ce cadre, que l'intervention d'un psychologue peut être proposée,

- des soins de « nursing » ou de confort (hygiène, soins de bouche, prévention et soins d'escarres, ...),
- un traitement des divers symptômes vecteurs d'inconfort (toux, dyspnée, prurit, dysphagie, nausées, vomissements, déshydratation, troubles du transit, anxiété, dépression, troubles du sommeil, présence d'escarres ...),
- un accompagnement du patient auquel peuvent participer tous les intervenants et en particuliers les bénévoles,
- une prise en charge sociale : c'est dans ce cadre que l'intervention d'une assistante sociale pourra être proposée,
- un accompagnement de la famille et des proches.

Selon le rapport d'activité de l'HAD de FNEHAD pour l'année de 2015 au niveau national, un quart des prises en charge sont des soins palliatifs, 75,25% du total des décès en HAD ont eu comme mode principal de prise en charge les soins palliatif (11781 décès en soins palliatifs de 15655 au total en 2015). Selon la même source 11 % des modes de sortie de l'HAD est représenté par les décès (7). L'HAD est l'un des acteurs principaux dans le champ de la prise en charge de patients en fin de vie. Avec plus du quart de son activité consacré aux soins palliatifs, l'HAD est une ressource potentielle pour le domicile, pour les établissements médico-sociaux et sociaux dans le cadre d'un accompagnement de personnes en fin de vie (11).

Dans une étude de l'Observatoire national de la fin de vie de 2013 on a retrouvé que 84% des décès des patients hospitalisés à domicile était en soins palliatifs (11). La remarque est que les patients décédés ayant une DMS \leq à 7 jours ont été exclus de leur étude, sachant que dans notre étude ce type de patients représente 34,6% (soit 45 patients).

Selon l'INSEE le pourcentage des décès à domicile en 2014 est de 24,4%, en EHPAD de 12,2%, ce qui fait un total de 36,6% versus 57% dans les établissements de santé (12).

Selon l'ARS Pays de la Loire en 2015 l'activité de soins palliatifs est de 30% pour les HAD de Pays de la Loire alors qu'elle est de 23% sur le reste de pays (13). Pour l'HAD St Sauveur en 2016 les soins palliatifs demeurent le mode principal de prise en charge le plus important avec 46,4% (14).

Avant 2010 dans une enquête de IGAS « La mort à l'hôpital » (15) seulement 20% des malades décédés à l'hôpital ont bénéficié de soins palliatifs pluridisciplinaires globaux. Il s'agissait dans plus de 80% des cas de patients cancéreux. Parmi les patients pris en charge en fin de vie à l'hôpital et décédés, 3% ont été accueillis dans des unités de soins palliatifs.

Le sexe

Dans notre étude le sexe ratio est très légèrement en faveur des femmes (0.83). La différence est plus marquée lorsque le lieu de vie est un EHPAD (0.3). Cela correspond à la tendance nationale. Les résidents d'EHPAD sont majoritairement des femmes et cette surreprésentation s'accroît au fur et à mesure de l'avancée en âge, phénomène dû à la différence de l'espérance de vie entre les hommes et les femmes (16). Dans notre étude les patients avec une pathologie cancéreuse sont un peu plus des hommes avec 51,6 %. Au niveau national en 2015, la part représentée par les hommes de la totalité des décès à cause d'un cancer est de 56,25% (17), donc un peu plus élevée que dans notre étude.

L'âge

Dans notre étude la moyenne d'âge des patients décédés en HAD est de 78,9 ans. Ce chiffre est plus élevé, de 89.1 ans, pour les patients dont la pathologie principale est non-cancéreuse. Dans notre population la moyenne d'âge pour les patients décédés d'un cancer est de 75,1 ans et la médiane d'âge pour les hommes est de 76 ans et pour les femmes de 77 ans. Au niveau national, la médiane d'âge des patients décédés d'un cancer en 2015 pour les hommes est de 73 ans et pour les femmes de 77 ans (17). Ces chiffres soulignent le phénomène actuel de vieillissement de la population et le besoin d'adaptation du système de santé à ses effets. La prévalence des maladies chroniques, neuro-dégénératives et des cancers augmentent avec l'âge et le système de santé va devoir faire face au nombre croissant de situations de fin de vie. L'INSEE prévoit 770 000 décès par an à l'horizon 2060, soit une hausse d'environ 50 % par rapport à la situation actuelle (18).

L'indice de Karnofsky (IK)

Parmi les patients étudiés, 81,53% ont un niveau de dépendance élevée à l'admission, avec un indice de performance Karnofsky inférieur ou égale à 40%. Selon la FNEHAD au niveau national, 57,8 % des journées d'HAD concernent des patients ayant un IK inférieur 40%, tous modes de prise en charge confondus (7). Selon la définition de l'indice de Karnofsky les patients avec un indice à 40% nécessitent une assistance médicale constante, les patients avec un IK moins de 30% nécessitent des soins hospitaliers ou équivalent (annexe). Cet indice conforte l'indication et la pertinence de la prise en charge en HAD de ces patients. L'indice de Karnofsky représente une des variables de l'évaluation de la charge en soins dans le cadre du modèle tarifaire de l'HAD (19).

Le lieu de vie

Le lieu de vie est le domicile stricto sensu pour 74,6%, l'EHPAD pour 23,8% et l'EHPA (foyer logement) pour 1,5%.

Depuis 2007 l'HAD peut intervenir au sein des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et depuis 2012 dans l'ensemble des établissements sociaux ou médico-sociaux avec hébergement. Le nombre des journées effectuées dans ces établissements augmente de 22% en moyenne chaque année depuis 2010. En 2015, il représente 5,9% de l'activité totale de HAD, 93% de cette activité est réalisée en EHPAD (7).

Une des orientations régionales en ce qui concerne l'activité de l'HAD de Pays de la Loire selon l'ARS est de promouvoir les modes de prescriptions encore minoritaires (par les médecins traitants et au niveau des structures médico-sociales et SSR) (13).

La pathologie principale

Dans cette étude la pathologie principale est majoritairement la maladie cancéreuse à 73%. Selon l'INSERM, le cancer représente la première cause de décès en 2015 avec 28,7% des cas, suivi des maladies de l'appareil cardiovasculaire avec 25% des cas (21). De la totalité de l'activité de l'HAD, 34,6% des journées concerne les pathologies cancéreuses (7). En France, les maladies de l'appareil circulatoire ont constitué la première cause de mortalité jusqu'en 2004 (22).

En ce qui concerne le type de cancer dans la population de l'étude et pour les deux sexes, la néoplasie bronchopulmonaire concerne le plus de patients, ce qui correspond au fait que c'est le type de cancer le plus mortel, suivi du cancer colo-rectal et du sein en 2^{ème} place, et en 3^{ème} place se situent le cancer du pancréas et de la vessie.

Au niveau national en 2015 chez les femmes les 3 premiers types de cancer responsables de décès sont le cancer du sein suivi du cancer pulmonaire et du cancer colo-rectal. Chez les hommes le cancer le plus mortel est le cancer pulmonaire suivi du cancer colo-rectal et du cancer de la prostate (17).

La classification dans notre étude est légèrement différente pour les hommes, le cancer pulmonaire est le premier (11 patients) suivi du cancer colo-rectal et de la vessie avec le même nombre de patients (5 patients). Juste ensuite, à la 3-eme place sont le cancer ORL et le cancer de pancréas (4 patients). Chez les femmes dans notre étude le premier cancer est celui du sein suivi avec le même nombre de patientes par les cancers pulmonaire, colo-rectal et ovarien (5 patientes), à la 3-ème place on trouve la carcinose péritonéale dont l'origine n'est pas spécifiée dans le dossier (4 patientes).

En ce qui concerne les patients décédés en HAD d'une autre pathologie que le cancer soit plutôt dans un contexte de polypathologie, la moyenne d'âge est plus élevée, de 89,1 ans contre 78,9 ans. Le pourcentage de demande d'HAD faite par les médecins généralistes pour ces patients s'élève à 42,8%. C'est plus élevé que le pourcentage pour les pathologies cancéreuses. On peut donc remarquer que les médecins généralistes sont plus demandeurs d'HAD en cas de polypathologie.

Les pathologies principales qui ressortent dans le contexte de polypathologie sont l'insuffisance respiratoire aiguë dans un contexte d'insuffisance respiratoire chronique terminale ou dans un contexte de pneumopathies infectieuses, ensuite suivent l'insuffisance cardiaque terminale et plaies nécessitant des pansements complexes. A noter que la moitié de ces patients présentent des troubles cognitifs qui leurs confèrent une fragilité et un besoin de soins adaptés.

Au niveau national les maladies de l'appareil respiratoire ne représentent que 6,6% des causes de décès selon INSERM en 2015 (21). Dans notre étude, la part des patients dont la

pathologie principale est celle-ci est quasi la même, de 6.9%. La part des patients qui souffraient d'insuffisance cardiaque n'est que 5% (alors que c'est la deuxième cause de décès).

2. CARACTERISTIQUES DU SEJOUR EN HAD

Les prescripteurs d'HAD

Dans notre étude les prescripteurs d'HAD sont à 36,9% les médecins hospitaliers du CHU, suivi des médecins généralistes avec 32,3% puis les médecins de l'ICO à 13,8%, les médecins de la Clinique d'Anjou à 6,9%, les médecins de SSR (SSR CHU et St Claude) comptent 6,1%. On voit que presque un tiers des demandes d'HAD qui se sont soldées par un décès en 2016 ont été fait par les médecins généralistes. En rappelant que : une des orientations de l'ARS en ce qui concerne l'HAD a été de promouvoir les prescriptions d'HAD par les médecins traitants. Comme le montre le rapport de la Cour des comptes de 2015, la prise en charge palliative reste encore particulièrement déficiente à domicile et en établissement médico-social. Les professionnels de santé n'ont pas été mobilisés comme ils l'aurait fallu dans le cadre des négociations avec l'assurance maladie pour relever cet enjeu car ce sont les premiers acteurs (4). Au niveau national selon l'étude de l'ONFV de 2015, la prescription d'HAD reste encore très hospitalière, 74% des prescriptions proviennent de médecins hospitaliers et 21% de médecins généralistes (11).

Pour les patients qui ont pour lieu de vie un EHPAD, la demande de prise en charge en HAD est majoritairement faite par les médecins traitants avec un pourcentage de 54% versus 32,3% des demandes globales d'HAD par les médecins généralistes.

Selon une enquête de l'IGAS sur l'HAD de 2010, 63,8% des patients pris en charge en 2009 étaient hospitalisés dans un établissement de santé antérieurement à leur prise en charge en HAD. Il apparaît dans cette enquête qu'une fraction significative (32,8%) des patients entre en HAD à partir du domicile, d'un EPHAD ou d'un SSIAD. Ce chiffre doit être interprété avec précaution car certaines entrées en HAD à partir du domicile se font sur prescription hospitalière, très peu de temps après la sortie de l'hospitalisation classique (20). Cette répartition se maintient en 2013 dans les statistiques hospitalières nationales : 66,4% des patients pris en charge en HAD en 2013 étaient hospitalisés dans un établissement de santé (mutation ou transfert suite à un séjour en MCO) et 30,3% des patients sont entrés en HAD à partir du domicile (PMSI-HAD 2013). Il ne semble donc pas, de ce point de vue, y avoir de spécificité quant à la prise en charge de patients en fin de vie.

Selon la même source, l'enquête de l'IGAS de 2010, les entrées des patients à partir du domicile et sur prescription des médecins de ville sont limitées malgré une certaine évolution. Le réflexe des médecins traitants était, traditionnellement, d'envoyer à l'hôpital les malades complexes. Le regard des médecins de ville a évolué au fur et à mesure qu'un nombre accru de leurs patients était admis en HAD. Cela a conduit à faire évoluer l'attitude des médecins de ville et, progressivement, à positionner l'HAD comme appui des médecins traitants, notamment en termes d'expertise, de permanence et de continuité des soins. L'HAD apporte aux libéraux plus de sécurité pour des patients lourds et complexes et peut les soulager techniquement. C'est particulièrement le cas en matière de soins palliatifs et pour la prise en charge de personnes âgées. L'HAD joue alors un rôle de « support de coordination » notamment pour les fins de vie en allégeant les exigences de disponibilité la nuit et le week-end (20).

La durée d'hospitalisation

Dans notre étude la durée moyenne de séjour (DMS) pour les patients décédés en soins palliatifs est de 28,5 jours, chiffre qui s'approche de la DMS au niveau national, puisque selon FNEHAD la DMS en HAD tout mode de prise en charge confondu est de 25 jours et pour les soins palliatifs la DMS est de 33 jours (7).

Les séjours très courts

Le nombre de séjours très courts ≤ 4 jours s'élève à 23% dans notre étude. Pour la grande majorité de ces patients ce fut leur seul séjour en HAD. Seulement 3 patients ayant eu un court séjour était connus de l'HAD. Les prescripteurs d'HAD dans cette situation sont les médecins généralistes dans 46% alors que pour les patients qui ont eu des séjours plus longs (>4 jours), les prescripteur d'HAD sont un peu moins souvent les médecins généralistes (32%).

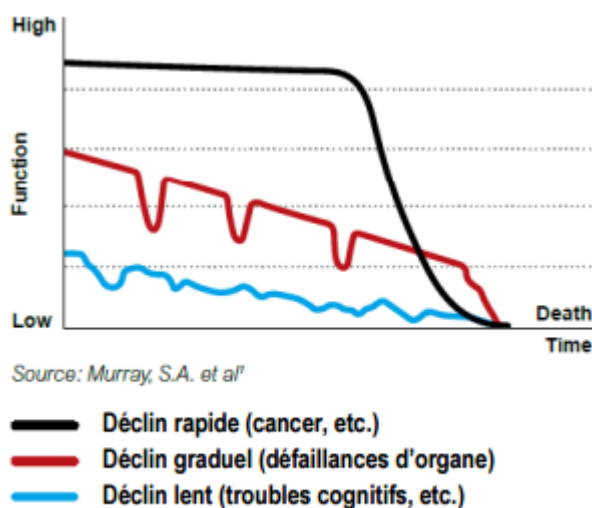
Nous ne disposons pas d'éléments nous permettant d'analyser ce taux. Mais pour autant, peut-on associer le nombre de décès survenant dans les 72 premières heures de la mise en place de l'HAD à un manque d'anticipation ? :

- Aucun élément ne permet de déterminer l'origine du manque d'anticipation : démarches effectuées trop tardivement par l'hôpital ou par le médecin généraliste, manque de réactivité de l'HAD... ?
- Il est possible que le patient en phase terminale hospitalisé dans un établissement de santé ait exprimé son souhait de décéder chez lui. Dans le respect de ses volontés, tout est mis en oeuvre pour qu'il rentre chez lui juste avant de mourir.

A noter que pour l'équipe soignante de l'HAD ces situations des patients en fin de vie qui décèdent rapidement après l'admission représentent une difficulté car la mise en place de la prise en charge globale nécessite du temps ainsi que l'accompagnement de l'entourage.

En novembre 2017, un rapport de la Haute Autorité de Santé (HAS) a été publié présentant le travail d'élaboration d'un outil d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD à destination des médecins prescripteurs permettant de définir a priori pour quels patients une demande de prise en charge en HAD est pertinente dans leur parcours de soins (23).

On pourrait se poser la question de la définition de la fin de vie : dernière année de vie pour certains, derniers jours de vie pour d'autres. Or les prises en charge sont différentes les derniers mois et les dernières semaines avant la mort et ce ne sont pas celles qui entourent l'agonie. Pour les personnes qui se rapprochent de la fin de leur vie, leurs trajectoires de vie semblent présenter des signes de déclin clinique et fonctionnel assez caractéristiques selon les pathologies dont elles sont atteintes. Les trajectoires de fin de vie se réfèrent généralement à trois situations : personnes atteintes de cancer ; une maladie chronique décompensée ou des polypathologies à un stade avancé ou des personnes, souvent très avancées en âge, atteintes de maladies neuro-dégénératives. La figure ci-dessous reprend ces trois principales trajectoires de fin de vie (18) :



Source : Observatoire national de la fin de vie « Fin de vie des personnes âgées » 2013
d'après Murray S.A. et al

Figure 10: Les trajectoires de fin de vie

Dans le rapport de l'IGAS sur les soins palliatifs et la fin de vie à domicile le rôle pivot du médecin traitant est conforté mais en priorisant deux tâches où leur intervention est essentielle :

- une implication dans le repérage des patients pouvant bénéficier de soins palliatifs pour prévenir les prises en charge tardives ;
- une préparation de la conduite à tenir lorsqu'interviendra la phase pré-agonique pour éviter ou retarder une bascule non-programmée vers l'hôpital (18).

Dans le même rapport est préconisé le développement d'un mode de communication avec les médecins généralistes afin de leur apporter des outils et des guides pratiques qui pourront les aider dans leurs deux missions principales : détecter les situations de fin de vie, et accompagner la conduite à tenir lorsqu'interviendront les signes et symptômes de la dégradation de la santé précédant la mort.

Les patients avec séjours multiples

Les patients ayant eu plusieurs séjours en HAD représentent 26,1% des patients étudiés et 91,4% d'entre eux ont une pathologie cancéreuse. Ce pourcentage s'explique par les retours en établissement avec hébergement ou pour le traitement de chimiothérapie, radiothérapie, ou pour des complications aiguës ou symptômes non-contrôlés. 33,7% des patients décédés en HAD d'un cancer ont fait des séjours multiples. Ces chiffres montrent la complexité de leurs prises en charge avec nombreux intervenants tant hospitaliers que libéraux.

Pour les patients dont la demande d'HAD a été faite par l'ICO (18 au total) la moitié a eu des séjours multiples.

Au niveau national le nombre moyen de séjours par patient en HAD en 2015 est de plus de 1,5 (7). Dans notre étude, il est de 2,4, si on exclut la plus grande valeur (81).

3. LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Le recueil des données des prescriptions du traitement médicamenteux représenté par les ordonnances retrouvées scannées dans le dossier informatisé, n'a pas été sans biais:

- en lien avec les caractéristiques de l'étude rétrospective, la perte d'information n'est pas exclus, dans la mesure où l'arrêt d'un médicament par exemple n'a pas été pris en compte dans les données.

- parfois le traitement est composé de plusieurs ordonnances de prescripteurs différents à l'intervalle d'un jour ou deux, parfois il a eu des ajouts d'un autre prescripteur que le prescripteur de traitement de base. Le but était d'avoir le traitement d'admission le plus

proche du traitement effectivement administré. Nous avons tenté de composer le traitement du dernier jour de vie lequel a été souvent prescrit à des dates différentes et parfois par des prescripteurs différents (le médecin traitant et le médecin coordinateur).

L'intervention de plusieurs prescripteurs n'est pas sans risques, raison pour laquelle un dispositif de contrôle a été mis en place : la conciliation du pharmacien et du médecin coordinateur. Mesure qui permet une relecture des ordonnances et un contrôle du traitement en cours.

Les prescripteurs du traitement

Dans notre étude le prescripteur du traitement d'admission n'est pas obligatoirement le même que le demandeur de l'HAD. Une des explications étant le fait que le patient a eu déjà un séjour en HAD et le traitement n'a pas été modifié. Une autre situation est quand la demande est faite par le SAU et la prescription du médecin hospitalier contient les médicaments rajoutés et l'ordonnance de traitement habituel prescrite par le MT est scannée dans le dossier informatisé du patient ou l'inverse c'est le médecin traitant qui fait la demande d'HAD mais le dernier traitement du patient a été prescrit par un médecin hospitalier lors d'un séjour ou une consultation. Une autre situation particulière est le cas des séjours très courts, quand la situation est critique et le MC intervient d'emblée sur le traitement.

Depuis les débuts de l'HAD, on peut noter une évolution des recommandations sur les rôles des médecins traitant et coordinateur. Une circulaire de décembre 2006 précise les rôles respectifs du médecin coordinateur et du médecin traitant. Le médecin traitant est le pivot de l'organisation de l'hospitalisation à domicile. Il est responsable de la prise en charge

du patient dont il assure le suivi médical et la surveillance des soins lors de ses visites. Ainsi, la prise en charge médicale repose habituellement sur le médecin traitant (24).

Selon la même circulaire de 2006, le médecin coordinateur ne prescrit pas, ne soigne pas, ne se substitue pas au médecin traitant sauf en cas d'urgence absolue, il est le garant de la bonne exécution du protocole de soins élaboré et validé en concertation avec le médecin prescripteur d'HAD et le médecin traitant (24). La question de la responsabilité donnée au médecin coordonnateur d'HAD évolue plus tard dans les textes. La circulaire du 4 décembre 2013 précisait : « *Dès lors, lorsque le médecin traitant, dont la place de référent de la prise en charge est réaffirmée, n'est pas en mesure d'assurer la continuité des soins dans les conditions et délais requis par l'évolution de la situation du patient, le médecin coordonnateur peut être amené à prescrire. La coordination avec le médecin traitant doit, dans de tels cas, faire l'objet d'une attention particulière, et il est recommandé de formaliser, le cas échéant, ce cadre d'intervention conjointe* » (6).

Enfin selon le décret n° 2017-817 du 5 mai 2017 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile : « *Lorsque le médecin traitant, ou, à défaut, le médecin désigné par le patient, ou son remplaçant n'est pas en mesure d'assurer, par une intervention au domicile, un conseil téléphonique ou une télé-prescription, la continuité des soins dans les conditions et délais requis par l'évolution de la situation du patient, le médecin coordonnateur peut intervenir en ses lieu et place, y compris en matière de prescription, et le tient informé.* » (25).

La difficulté de certains praticiens libéraux à s'approprier et à s'intégrer à un mode de fonctionnement d'établissement, la complexité et la technicité de certaines pathologies induisent une intervention plus ou moins importante des médecins coordinateurs de l'HAD directement auprès du patient.

Dans notre étude les prescriptions faites par le MC dès l'admission sont retrouvées pour 8 patients soit 6,1% des prescriptions initiales. Il existe des prescriptions communes (médecin traitant et SAU ou médecin traitant et médecin coordinateur) du traitement d'admission dans 9 cas soit 6,9%. Les prescriptions du traitement d'admission des médecins généralistes représentent 28,5% en sachant que le médecin traitant est demandeur d'HAD dans 32%, les médecins hospitaliers du CHU sont les prescripteurs initiaux dans 32,3% et demandeurs d'HAD dans 36,9%, les médecins hospitaliers de l'ICO sont les prescripteurs du traitement d'entrée dans 10% et leurs demandes d'HAD sont de 13,8%. La différence constante de 3-4 points montre l'intervention du MC dans tous les cas sans différence du demandeur d'HAD.

En ce qui concerne les prescripteurs du dernier traitement, les prescriptions des MC représente 50% des cas, les médecins traitants sont prescripteurs dans 27,7%. Les prescriptions communes de dernier traitement entre MT et MC sont retrouvées dans 6,9%. Dans 15,4% le dernier traitement est représenté par les prescriptions initiales, le plus souvent pour les séjours très courts, la durée moyenne de séjour dans ces cas est de 4.2 jours. La proportion de prescription par le médecin coordinateur de la dernière ordonnance présente la moitié des cas. Or, le rôle principal du médecin coordinateur n'est pas celui de prescripteur. Plusieurs hypothèses sont soulevées:

- l'implication variable des médecins traitants dans ces situations complexes de fin de vie
- l'implication variable des médecins traitants en général dans la prise en charge en HAD
- le manque d'expérience avec les traitements antalgiques et les médicaments de soins palliatifs
- la proximité du MC avec l'équipe soignante de l'HAD qui voit le patient tous les jours
- les situations critiques (aigues) nécessitant une intervention rapide (changement de voie d'administration, de posologie, introduction des médicaments).

La garantie d'une « bonne » prise en charge palliative à domicile nécessite de disposer d'une offre suffisante de professionnels de ville formés aux spécificités de la fin de vie. La formation des professionnels de santé aux soins palliatifs apparaît insuffisante au regard des besoins. Il n'est certes pas toujours nécessaire d'être spécialiste pour dispenser des soins palliatifs de qualité, mais la complexité de certains cas impose des compétences spécifiques qui doivent faire l'objet d'une formation (gestion de la douleur et des symptômes de fin de vie, coordination et accompagnement) (18).

Les médecins traitants rencontrent des difficultés pour assurer un rôle de pivot de la prise en charge en HAD. Les situations de fin de vie imposent des temps de coordination, une réactivité et une disponibilité importants aux médecins traitants, des exigences qui sont de moins en moins compatibles avec leurs pratiques professionnelles de ville : la charge de travail, l'isolement et les responsabilités associées à la gestion d'un cabinet de ville. Une implication inégale des médecins généralistes est constatée dans les prises en charge palliative.

Un médecin traitant accompagne en moyenne entre 4 et 5 situations de fin de vie chaque année. Mais la gestion de ces situations, même peu nombreuses, nécessite une bonne connaissance des acteurs sanitaires et sociaux, la mise en oeuvre de compétences pointues, des temps importants de coordination non médicale.

De nombreux professionnels de ville - rémunérés à l'acte - soulignent l'insuffisante rémunération des temps de coordination inhérents aux prises en charge de fin de vie, et qui excèderaient le temps habituellement consacré aux consultations.

Plusieurs freins sont à lever pour que l'engagement des médecins traitants devienne plus significatif qu'il ne l'est aujourd'hui. Certains sont objectifs tels que la rémunération, la disponibilité et la formation nécessaires à la pratique des actes de coordination. D'autres sont

subjectifs, notamment leur représentation personnelle de la mort et celle de leur mission à cet égard, leur embarras face à la fin de vie et l'isolement professionnel.

En conséquence, vouloir faire des médecins traitants des pivots de l'ensemble de la prise en charge palliative semble un objectif trop ambitieux et peu réaliste (18). C'est la raison pour laquelle dans son rapport l'IGAS propose une approche pragmatique et recommande de prioriser les tâches de coordination des médecins généralistes sur la détection des situations de fin de vie. Une autre recommandation de l'IGAS est de donner aux médecins coordinateurs plus de liberté en matière de prescriptions thérapeutiques dans les situations de fin de vie. Actuellement la possibilité limitée de prescription qui leur est imposé restreigne leur capacité d'intervention (18).

Prescriptions anticipées

Un des objectifs des soins palliatifs est de prévenir et soulager la douleur et les autres symptômes et limiter la survenue de complications, en développant les prescriptions personnalisées anticipées (18).

Les prescriptions anticipées permettent aux infirmières d'entreprendre et d'adapter des traitements dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin afin de supprimer rapidement certains symptômes. Les prescriptions anticipées trouvent un champ d'application naturel dans le traitement de la douleur, mais elles peuvent également être utilisées dans la prévention des situations de détresse.

Selon un rapport d'étude publié en 2015 par l'Observatoire National de la Fin de Vie (ONFV) : « La fin de vie des patients hospitalisés à domicile : HAD, fin de vie et précarités », 37% des patients décédés dans le cadre d'une prise en charge en HAD ont bénéficié des prescriptions anticipées (11).

Dans notre étude les prescriptions anticipées sont retrouvées dans 16,9% des cas, beaucoup moins qu'au niveau national, et sont rédigées dans 77,3% par le MC et dans 22,7% des cas par le médecin hospitalier demandeur d'HAD à l'admission. Une prescription anticipée n'est pas rédigée par le médecin traitant.

Un travail de thèse a été réalisé en 2016 sur les prescriptions anticipées (26). Les chercheurs ont essayé d'identifier les freins à la mise en place des prescriptions anticipées personnalisées à domicile chez les patients en fin de vie dans le cadre d'un réseau de soins palliatifs. Au sein de ce réseau de soins palliatifs le taux de mise en place des prescriptions anticipées était de 15 % en 2014. Les conclusions de ce travail ont été les suivantes :

- Les freins liés au domicile et l'intervention ponctuelle des soignants et donc des effecteurs des prescriptions anticipées
- Le manque de médecins généralistes et leurs difficultés à réaliser des visites à domicile représente un autre frein
- Un des freins concerne l'absence de l'infirmier (IDE) la nuit en EHPAD
- Mais la présence de HAD est un facteur facilitant de la mise en oeuvre des prescriptions anticipées.

En ce qui concerne le frein lié à l'absence de l'IDE en EHPAD la nuit , une des actions du Plan de développement de soins palliatifs et accompagnement de fin de vie 2015-2018, est de favoriser la présence de l'infirmière la nuit dans les EHPAD, afin d'éviter si possible les hospitalisations en fin de vie dans le cadre de développement des prises en charge en proximité (5).

Traitements médicamenteux

Les soins palliatifs visent à améliorer le confort et la qualité de la vie et à soulager les symptômes physiques et psychomoteurs. En termes de fréquence et de possibilités de

soulagement, la douleur est un des principaux symptômes physiques. Par le fait même de sa persistance, une douleur qui initialement est un simple symptôme d'alarme, peut devenir un syndrome à part entière (27).

La fréquence d'apparition d'autres symptômes d'inconfort en situation palliative est variable. L'asthénie, l'anorexie, les nausées, les vomissements, la constipation, les candidoses buccales, la rétention d'urine, l'encombrement proximal, la dyspnée et les troubles neuropsychiques sont les plus fréquents. Ils ont comme caractéristiques d'être associés, voire intriqués, surtout en phase terminale. Des recommandations concernant les modalités de prise en charge des principaux symptômes ont été développées (27).

En 2002, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a initié des recommandations : « Modalité de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs ». La mise en place d'un traitement symptomatique suppose une démarche évaluative précise en cherchant chaque fois que possible à traiter la cause et en étudiant au cas par cas le rapport bénéfices/risques. Dans les recommandations seules les modalités de traitement symptomatique apparaissent (28). Les médicaments et leurs effets indésirables, de même que les formes galéniques et voies d'administration utilisées, sont toujours à considérer dans les choix thérapeutiques (29).

En ce qui concerne la classification des thérapeutiques, huit classes des médicaments hors antalgiques ont été choisies par l'AFSSAPS comme ayant une spécificité d'utilisation courante en soins palliatifs et ont fait le sujet de Recommandations en 2002 (les benzodiazépines, les bisphosphonates, les corticoïdes, morphine hors antalgie, les neuroleptiques, Octréotide, progestatifs, Scopolamine) (8). En 2010, de nouvelles recommandations s'inscrivent dans la suite de celles réalisées en 2002 portant sur huit classes de médicaments utilisées dans la douleur rebelle en situation palliative avancée chez

l'adulte (anesthésiques locaux, Fentanyl-Sufentanyl, Ketamine, MEOPA, Méthadone, Midazolam, Morphine par voie périmédullaire et intracerebroventriculaire, Propofol) (9).

Traitement antalgique pallier 1 et 2

En ce qui concerne le traitement antalgique, nous trouvons dans cette étude presque toutes les classes de médicaments prescrits. Le Paracétamol est très fréquent dans le traitement d'admission, nous le retrouvons chez 69 patients (53%). Dans le dernier traitement, sa fréquence diminue à 32,6 %, ce qui peut être expliqué par son impossibilité d'administration par voie sous-cutanée. Un autre antalgique de pallier 1 retrouvé est le Néfopam mais il est moins fréquemment prescrit. Il est présent chez 5 patients dans le traitement d'admission et seulement chez 2 patients dans le dernier traitement.

Les anti-inflammatoire non stéroïdiens (AINS) qui font parties aussi des antalgiques pallier 1, ne sont pas retrouvés. La raison étant probablement leurs nombreux effets secondaires graves.

La fréquence des prescriptions des antalgiques de pallier 2 dans cette étude est très faible (une prescription de Lamaline et 4 prescriptions de Tramadol). La raison est certainement la forte prescription des antalgiques pallier 3.

Traitement antalgique pallier 3 : morphiniques

Comme on s'y attendait compte tenu des situations palliatives avancées, les opioïdes forts sont très fréquents, comportant toutes les substances et voies d'administration. Nous les retrouvons chez 66,9% des patients dans le traitement d'admission et ce pourcentage augmente de 20 points pour le dernier traitement arrivant à 86,9% des patients. La voie d'administration la plus utilisée en début d'hospitalisation est la voie transdermique et la voie orale, et en phase terminale ce sont les voies parentérales (intraveineuse et sous-cutanée).

Ceci correspond aux recommandations et confirme la nécessité d'adaptation des thérapeutiques à l'évolution clinique (30).

Les morphiniques ont d'autres indications en soins palliatifs que la prise en charge de la douleur et sont utilisés en cas de dyspnée et de toux rebelle (8). Ce qui pourrait être un argument en plus justifiant leur forte augmentation en phase terminale.

On a retrouvé d'autres médicaments qui figurent dans les recommandations en cas de douleur rebelle en phase avancée ou terminale. Un patient est porteur d'une pompe intrathécale avec l'administration périmédullaire de Morphine et d'un anesthésique local. Une seule prescription de Kétamine associée à la Morphine administrée par voie intraveineuse est retrouvée. Le Midazolam fait partie de la liste des médicaments recommandés pour la douleur rebelle ayant une utilité à l'occasion de soins douloureux, en complément d'un traitement antalgique, en raison de l'anxiolyse qu'il entraîne et de son effet amnésiant. Un autre traitement prescrit chez 10% des patients est le MEOPA, utilisé aussi dans l'analgésie des soins douloureux surtout dans le cas des pansements complexes.

Une pré-étude réalisée en 2016, demandée par la SFAP sur la fréquence d'utilisation à domicile de certains médicaments (anesthésiques locaux, Fentanyl iv, Sufentanil, Kétamine, Méthadone, Oxycodone iv et Midazolam) utilisés dans le traitement des douleurs rebelles chez les patients en phase palliative avancée, mentionne les difficultés voire l'impossibilité d'obtenir certains médicaments dont le Midazolam. En effet, certains de ces produits ont un cadre strict d'utilisation, et sont des médicaments de délivrance hospitalière mais peuvent être rétrocédables (31). L'HAD permet dans ce contexte d'avoir ce cadre nécessaire à l'utilisation de ces produits. Dans notre étude on trouve une prescription de Kétamine, 8 prescriptions d'Oxycodone iv, l'absence de prescription de Fentanyl, Sufentanil et Méthadone, par contre la prescription de Midazolam est fréquente. Résultats qui pourraient, en effet, confirmer que l'utilisation de certains de ces médicaments n'est pas fréquente.

Selon l'étude de l'ONFV de 2015, au cours de leur dernière semaine de vie, 77% des patients décédés de manière non soudaine en HAD recevaient des antalgiques de pallier 3 (tel que la morphine). C'est le cas de 93% des patients décédés en USP, d'après l'enquête menée par l'ONFV auprès des USP en 2013 (11). Et dans notre étude, nous avons retrouvé des fréquences comparables.

Traitement de la douleur neuropathique

Des médicaments indiqués en cas de douleur neuropathique sont retrouvés dans les prescriptions examinées lors de l'étude. Les antidépresseurs tricycliques, et principalement l'Amitriptyline (Laroxyl), voient leurs prescriptions augmenter en phase terminale, en passant de 4.5% à l'admission à 11,5% dans le dernier traitement. La voie d'administration est majoritairement intraveineuse. Certains antiépileptiques (indiqués en cas de douleurs neuropathiques), notamment la Pregabaline (Lyrica) ont une fréquence de prescription qui diminue en phase terminale, certainement en raison de l'absence de forme injectable. Cependant, il n'est pour autant remplacé par Amitriptyline IV.

Les benzodiazépines

Les benzodiazépines sont des médicaments très utilisés en soins palliatifs (32). Ce qui est confirmé par notre étude, la moitié de patients ayant un traitement par benzodiazépines dès l'admission et leur nombre augmentant en phase terminale atteignant 73% des patients. Leurs propriétés anxiolytiques, sédatives, myorelaxantes et antiépileptiques rendent leurs indications larges : comitialité, agitation, angoisse, contracture musculaire, mais aussi

dyspnée et soins douloureux. La substance la plus prescrite est de loin le Midazolam, représentant 44% à l'admission et dans le dernier traitement atteignant 82% des prescriptions de benzodiazépines. Dans le traitement d'admission la voie orale représente environ 50% et diminue à 12% dans le dernier traitement. Les benzodiazépines les plus prescrites par voie orale sont Alprazolam et Oxazépam.

Un travail de thèse a été réalisé en 2014 sur l'utilisation de Midazolam en soins palliatifs à domicile en HAD Flandres-Lys. Il décrit des résultats différents des nôtres. Les résultats portent sur 61 patients ayant reçu du Midazolam parmi les 268 relevant des soins palliatifs sur l'année 2011 et l'année 2012 en HAD Flandres Lys, ce qui représente 22,8%. L'âge médian était de 74 ans et 80% souffraient d'une néoplasie. La prescription de la molécule a été rédigée dans 85% des cas par le médecin coordonnateur et de manière anticipée dans 70% des cas. L'étude a montré que son utilisation se faisait essentiellement dans le cadre d'une anxiolyse (67%) et peu pour une sédation (33). Dans notre étude la part des patients ayant une prescription de Midazolam de la totalité des patients est de 22,3% à l'admission, chiffre qui se rapproche de l'étude d'HAD Flandres Lys, mais en phase terminale cette part atteint 60%.

Dans notre étude l'indication et la posologie des benzodiazépines n'a pas été étudié mais on peut affirmer que nous n'avons pas retrouvé de protocole de sédation dans les prescriptions.

Les corticoïdes

Les corticoïdes sont largement utilisés en soins palliatifs pour leurs effets anti-inflammatoire, antiémétique, orexigène, psychostimulant, antipyrétique, antalgique, anti-oedemateux ou hypocalcémiant (34). Dans notre étude leur fréquence est de 30% dans le

traitement d'admission et diminue à 26% dans le dernier traitement. La voie orale est majoritaire dans le traitement d'admission et la voie intraveineuse est privilégiée en phase terminale. Les substances les plus prescrites sont à l'admission de façon égale Méthylprednisolone injectable et Prednisolone po, et dans le dernier traitement le Méthylprednisolone injectable.

L'octreotide

L'octreotide fait partie des médicaments utilisés couramment en soins palliatifs ayant comme indication l'occlusion intestinale et la fistule digestive cutanée.(8) Dans notre étude la fréquence de sa prescription est faible, estimée à 2,3% dans le traitement d'admission et 3% dans le dernier traitement. La prévalence de l'occlusion intestinale en phase palliative est estimée à 3% (35), chiffre qui correspond à la prescription dans notre étude.

La scopolamine

La scopolamine sous forme de patch ou injectable (bromhydrate de scopolamine et scopolamine base) est utilisée dans les encombrements des voies aériennes par accumulation de sécrétions salivaires ou bronchiques et dans l'hypersécrétion salivaire.(8) Sa fréquence de prescription dans notre étude augmente de façon importante en phase terminale, de 10 % à 30%, le patch transdermique est préféré à la forme injectable, ayant une utilisation plus pratique, la durée étant de 72h.

Les neuroleptiques

Les neuroleptiques sont notamment utilisés en soins palliatifs pour leur effet antipsychotique, sédatif mais également antiémétique.(8) Les médicaments antiémétiques neuroleptiques cachés : Metoclopramide, Domperidone, Metopimazine et Alizapride sont souvent utilisés en soins palliatifs. Dans notre étude leur fréquence est de 16,9% dans le traitement d'admission et diminue légèrement à 12,3% dans le dernier traitement. Les neuroleptiques antipsychotiques sont moins fréquents dans notre étude d'ordre de 3,84% dans le traitement d'entrée diminuant ensuite à 2,30%. Leur prescription est nettement moins fréquente comparée à ce qui est trouvé dans une étude réalisée en 2016 dans une unité de soins palliative (USP) où leurs prescriptions concernaient 48% des séjours. Dans cette étude les indications étaient les nausées et vomissements (65%), l'agitation (9%), les hallucinations (9%), la confusion (8%), l'anxiété (6%), le hoquet (1%). La molécule la plus prescrite était le métoclopramide (54%) puis l'halopéridol (30%). (36) La prévalence des nausées et vomissement en soins palliative est estimée à 50% et celle du syndrome confusionnel entre 50-80% (35). Les explications possibles à cette différence de prescriptions dans les deux études sont:

- la différence entre les populations étudiées- patients pris en charge à domicile et patients nécessitant d'être hospitalisés
- les prescripteurs (les médecins d'USP) ayant plus l'habitude de prescrire ces médicaments
- la prescription fréquente de Midazolam dans notre étude agissant sur l'agitation, l'anxiété et même les nausées et les vomissements et rendant les épisodes de confusion moins sévères mais on n'a pas de renseignement sur la prescription de Midazolam dans la population de l'USP.

Les bisphosphonates et progestatifs

Dans notre étude on n'a pas trouvé de traitement par bisphosphonates, qui font partie des médicaments recommandé en soins palliatifs en cas d'hypercalcémie, métastases osseuses et douleurs osseuses métastatiques. Une des explications est que l'intervalle de l'administration des bisphosphonates est de 28 jours environ, sachant que la durée moyenne de séjour dans notre étude est de moins 28 jours. Une autre explication serait l'absence d'indication en phase terminale.

Les progestatifs ont une indication en cas d'anorexie mais sont sans intérêt en phase très avancée.

Les inhibiteurs de la pompe à protons

La prescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) concerne 41,5% des patients à leurs traitement d'admission, pourcentage qui diminue dans le dernier traitement à 23%. Il n'y a pas de recommandation spécifique de ces médicaments en soins palliatifs. En 2009 la Commission de la transparence (CT) de la HAS dans un avis de réévaluation des IPP, signale une consommation d'IPP élevée en France (19 comprimés par personne par an en 2005; 23,5 en 2007) par comparaison à l'Allemagne (12 cp/personne/an), l'Italie (18,9 cp/personne/an) et au Royaume-Uni (20,5 cp/personne/an) (37). Les IPP ont trois indications principales :

- traitement du reflux gastro-oesophagien (RGO) et de l'oesophagite par RGO
- prévention et traitement des lésions gastroduodénales dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez les patients à risque
- éradication d'*Helicobacter pylori* et traitement des ulcères gastroduodénaux.

Un nombre important de prescriptions d'IPP sont faites dans des situations cliniques hors AMM. En l'état actuel des connaissances, ces prescriptions sont injustifiées, notamment dans :

- la dyspepsie fonctionnelle (sauf si un RGO est associé)
- la prévention des lésions gastroduodénales dues aux AINS utilisés dans le cadre d'affections aiguës chez des patients non à risque (moins de 65 ans, sans antécédent ulcéreux et n'étant traités ni par antiagrégant plaquettaire, ni par anticoagulant, ni par corticoïde) (38).

Dans notre étude la fréquence des prescriptions des IPP est plus élevée que la fréquence des prescriptions des corticoïdes. La toxicité gastro-intestinale des corticoïdes est bien connue mais il n'y a pas de recommandations d'associer en systématique un protecteur gastrique (32).

Ajustement thérapeutique en phase terminale

En phase terminale un ajustement thérapeutique est nécessaire, c'est le moment de « soins palliatifs intensifs ». Les recommandations sont de :

- interrompre tout traitement devenu inutile
- changer le mode d'administration des médicaments indispensables en utilisant la voie sous-cutanée ou IV, ou la voie transdermique
- évaluer de façon pluriquotidienne la douleur et les symptômes
- privilégier les soins de nursing
- limiter les prescriptions médicales au traitement de la douleur, d'une agitation , de la dyspnée et de l'encombrement (34).

Dans notre étude nous avons bien noté la nette diminution des traitements devenus non-nécessaires par la comparaison des médicaments à l'admission et dans le dernier

traitement. Nous avons observé aussi le changement de mode d'administration, la voie injectable et transdermique étant privilégiées.

Les médicaments pour lesquels la fréquence de prescription augmentent dans notre étude sont :

- les morphiniques et surtout la Morphine par voie IV ainsi que sc
- le Midazolam
- la Scopolamine par voie transdermique puis injectable
- l'Amitriptyline par voie IV
- l'Octréotide IV (de façon non-significative)

Ce qui confirme en effet, que les prescriptions sont limitées au traitement de la douleur, de l'agitation, de l'encombrement et de la dyspnée.

Les biais de l'étude

Un des points forts de notre étude est le nombre des sujets inclus (130 patients) même si c'est faible effectif par rapport au nombre de décès à domicile ne permettant pas une analyse statistiquement significative, mais nous avons pu comparer uns des chiffres obtenus avec les chiffres retrouvés dans des études nationales. Un autre point fort est représenté par le fait que le recueil des données, surtout en ce qui concerne les caractéristiques de la population et des séjours en HAD, est fait sur dossier informatisé qui a limité au minimum la perte d'information, ainsi tous les sujets éligibles ont pu être étudiés.

Les principaux biais de cette étude sont liés à son caractère monocentrique et son caractère rétrospectif.

Nous n'avons pas étudié les causes des décès, les indications et la posologie des médicaments.

CONCLUSION

La prise en charge des patients en fin de vie relevant de soins palliatifs est complexe et tend à se développer avec la volonté politique actuelle de promouvoir les soins palliatifs en France. Quatre-vingt pourcents des français souhaitent finir leur vie à domicile.

L'HAD est l'un des acteurs principaux dans le champ de la prise en charge de ces patients en fin de vie. Avec plus d'un quart de son activité consacrée aux soins palliatifs, l'HAD est une ressource potentielle pour le domicile, pour les établissements médico-sociaux et sociaux dans le cadre d'un accompagnement de personnes en fin de vie.

Dans notre étude rétrospective nous avons pu analyser 130 dossiers de patients relevant des soins palliatifs, décédés en HAD sur l'année 2016. L'objectif principal était la description et l'analyse des médicaments spécifiques en soins palliatifs, MIDAZOLAM et traitement morphinique, dans le cadre d'une prise en charge en HAD.

De la totalité des patients décédés en HAD en 2016, 96,3% ont été déclarés en soins palliatifs. La moyenne d'âge est de 78,9 ans, les patients pris en charge pour une pathologie cancéreuse sont plus jeunes avec une moyenne d'âge à 75 ans et les patients décédés dans un contexte de polypathologie sont plus âgés, la moyenne d'âge étant de 89 ans. Vingt-trois pourcent des séjours sont des séjours très court (≤ 4 jours), des prises en charge qui posent des questionnements sur le manque d'anticipation. La prescription de l'HAD est majoritairement hospitalière. La prescription de l'HAD par les médecins généralistes est de 32%. L'intervention de l'HAD en EHPAD dans notre étude représente 23,8%. La pathologie est la maladie cancéreuse avec 73% des cas suivi de l'insuffisance respiratoire dans un contexte de polypathologie et âge avancé.

Nous avons constaté que les médicaments antalgiques pallier 3 sont fréquemment prescrits, et que le recours aux benzodiazépines est fréquent. Ces médicaments sont présents dès l'admission en HAD et leur fréquence augmente en phase terminale ce qui montre que le traitement a été adapté à l'évolution clinique et aux besoins.

Le traitement morphinique est retrouvé dans 66,9% des cas dès l'admission, en phase terminale sa prescription augmente à 86,9%. A l'admission l'opioïde le plus prescrit est le Fentanyl transdermique, en phase terminale c'est le Chlorhydrate de Morphine injectable, qui est plus facilement maniable.

Les benzodiazépines sont retrouvées dans 50% des cas dès l'admission pour atteindre 73% en phase terminale. Le Midazolam est la benzodiazépine de choix permettant de procurer une fin de vie paisible.

Le mode d'administration privilégié est en ordre de fréquence la voie intraveineuse, sous-cutanée et transdermique. Les médicaments qui ne sont plus nécessaires sont arrêtés en phase terminale.

Nous avons retrouvé les médicaments ayant une utilisation courante en soins palliatifs et leur fréquence de prescription augmente en phase terminale : la Scopolamine administrée par voie transdermique et injectable, l'Amitriptyline par voie intraveineuse et l'Octreotide par voie intraveineuse. Ce qui confirme en effet, que les prescriptions sont centrées sur le traitement de la douleur, de l'anxiété, de l'agitation, de l'encombrement et de la dyspnée.

Cet ajustement thérapeutique est réalisé dans 50% des cas par les médecins coordinateurs. Ce chiffre montre l'implication inégale des médecins généralistes certainement en raison de leurs difficultés dans ces prises en charges complexes, chronophages demandant un temps de coordination non-médicale, une grande disponibilité et des compétences en soins palliatifs. La question de la place du médecin traitant dans la prise en charge en HAD est posée et particulièrement dans la fin de vie, rappelant qu'un médecin

généraliste rencontre environ 4 situations de fin de vie à domicile par an et que le médecin coordinateur ne prescrit pas et ne soigne pas sauf en cas d'urgence absolue.

Les recommandations récentes sur les soins palliatifs à domicile confortent le rôle pivot du médecin traitant mais en priorisant deux tâches où leur intervention est essentielle : le repérage des patients pouvant bénéficier de soins palliatifs pour prévenir les prises en charge tardives et la préparation de la conduite à tenir lorsqu'interviendra la phase pré-agonique. Une autre recommandation récente vise les médecins coordinateurs de l'HAD, leur possibilité limitée de prescription est un obstacle qui doit être levé en leur donnant plus de liberté en matière de prescriptions thérapeutiques dans les situations de fin de vie. Comme le montre notre étude, en pratique, leurs interventions sont très fréquentes en partie du fait de leur compétence à manier les thérapeutiques de soins palliatifs. Il pourrait être intéressant que soient menées des études centrées sur l'aspect de prescripteur des médecins coordinateurs et des réflexions sur leur rôle en situations particulières de soins palliatifs ainsi que sur leur lien avec les médecins généralistes qui se sentent démunis face à la fin de vie à domicile.

BIBLIOGRAPHIE

1. Institut français d'opinion publique, IFOP. Les attentes et les besoins des Français vis-à-vis de la fin de vie, sondage IFOP pour la Fondation ADREA. 2016.
2. Journal officiel de la République Française. LOI no 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie [Internet]. févr 3, 2016. Disponible sur: <http://www.sfap.org/system/files/loi-claey-leonetti-2-fev-2016.pdf>
3. Comité scientifique de la SFAP. Avis 029 du 10 mars 2016 du COMITE SCIENTIFIQUE de la SFAP, concernant la loi du 02 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades des personnes en fin de vie.
4. Cour des comptes. Rapport public annuel 2015 -février 2015 de la Cour des comptes , Les soins palliatifs: une prise en charge toujours très incomplète [Internet]. [cité 9 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.sfap.org/system/files/cour-comptes-2015-soins-palliatifs.pdf>
5. Ministère des affaires sociales de la santé et des droits des femmes. Plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie,. déc, 2015.
6. Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. Circulaire du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD.
7. Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile FNEHAD. L'hospitalisation à domicile en 2015, FNEHAD, rapport d'activité 2015-2016, extrait.
8. AFSSAPS. Soins palliatifs : spécificité d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques, Recommandations AFSSAPS 25/10/2002. 2002.
9. AFSSAPS. Douleur rebelle en situation palliative avancée chez l'adulte, recommandations, AFSSAPS. 2010.
10. Rapport d'activité 2016 :Hôpital à domicile St Sauveur. HAD ST SAUVEUR; 2016.
11. ROTELLI-BIHET L. La fin de vie des patients hospitalisés à domicile : HAD, fin de vie et précarités [Internet]. OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA FIN DE VIE; 15 février [cité 26 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.spfv.fr/sites/default/files/file/HADRapportVF.pdf>
12. Les décès en 2014 - Graphique de série longue—Les décès en 2014 | Insee [Internet]. [cité 19 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2106755?sommaire=1406302>

13. ARS. HAD en pays de la Loire [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.crsa-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_qualite_efficiency/espace-efficiency/sanitaire/2015_Pr_HAD_vDef.pdf
14. Rapport d'activité 2016, HAD ST Sauveur ANGERS [Internet]. [cité 10 déc 2017]. Disponible sur: <http://pro.hadsaintsauveur.fr/publications/2016/rapport-activite/annee/files/assets/basic-html/page1.html>
15. Dr LALANDE Françoise, VEBER Olivier. La mort à l'hôpital, Inspection générale des affaires sociales. Inspection générale des affaires sociales; 2009 nov.
16. Muller M. 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. DRESS. 2017;
17. Institut national du cancer. LES CANCERS EN FRANCE EN 2015 L'ESSENTIEL DES FAITS ET CHIFFRES, édition 2015. 2016.
18. DR DUHAMEL G, MEJANE J, PIRON P. Les soins palliatifs et la fin de vie à domicile [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2017 janv [cité 20 nov 2017]. Disponible sur: http://unhpc.org/pdf/Igas_SP_et_fin_de_vie-HAD.pdf
19. HAS. Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteur [Internet]. 2017 nov [cité 8 déc 2017]. Disponible sur: http://unhpc.org/pdf/algorithme_daide_a_la_decision_dorientation_des_patients_en_hospitalisation_a_domicile_had_a_destination_des_medecins_prescr.pdf
20. Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie. Les chiffres de la fin de vie en France.
21. L'état de santé de la population e, France. Chapitre 5:Principales causes de décès et de morbidité [Internet]. Santé publique France et Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2017 [cité 23 janv 2018] p. pages 97-108. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017_5_principales_causes_de_deces_et_de_morbidite.pdf
22. Inspection générale des affaires sociales, Nicolas DURAND Christophe LANNELONGUE Patrice LEGRAND, Dr Vincent MARSALA, Christophe LANNELONGUE, Patrice LEGRAND. Hospitalisation à domicile [Internet]. 2010 nov [cité 11 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.hospitalisationdedemain.fr/wp-content/uploads/2017/02/IGAS-2010.pdf>
23. [algorithme_daide_a_la_decision_dorientation_des_patients_en_hospitalisation_a_domicile_had_a_destination_des_medecins_prescr.pdf](http://unhpc.org/pdf/algorithme_daide_a_la_decision_dorientation_des_patients_en_hospitalisation_a_domicile_had_a_destination_des_medecins_prescr.pdf) [Internet]. [cité 8 déc 2017]. Disponible sur: http://unhpc.org/pdf/algorithme_daide_a_la_decision_dorientation_des_patients_en_hospitalisation_a_domicile_had_a_destination_des_medecins_prescr.pdf
24. Ministère de la Santé et des Solidarités. Circulaire du 1^{er} décembre 2006 relative à l'HAD [Internet]. 2006 [cité 8 janv 2018]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_7220.pdf

25. Décret n° 2017-817 du 5 mai 2017 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile. 2017-817 mai 5, 2017.
26. Viot C. Les freins identifiables à la mise en oeuvre des prescriptions anticipées personnalisées dans le maintien à domicile des patients en fin de vie, par les réseaux de soins palliatifs. Étude qualitative. UNIVERSITÉ PARIS DIDEROT - PARIS 7; 2016.
27. Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine. Evaluation de la prise en charge des symptômes des malades requérant des soins palliatifs, protocole d'évaluation. 2007.
28. ANAES. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs, recommandations [Internet]. 2002 [cité 13 nov 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/txt_soins_palliatifs_recommandations_final_es_mise_en_ligne.pdf
29. LAVAL Guillemette, BEZIAUD Nicolas, VILLARD Marie-Laure. Traitements symptomatiques (hors antalgiques) chez le patient adulte relevant de soins palliatifs. Rev Prat. 20 juin 2009;vol.59:785-97.
30. Natali F. Utilisation pratique des opioïdes forts en France. Rev Mal Respir. 2008;25:1051-6.
31. Comité scientifique de la SFAP. Avis 034 du 17 octobre 2016 du Comité scientifique de la SFAP, concernant les résultats d'une étude demandée par la SFAP sur la fréquence d'utilisation à domicile de certains médicaments utilisés dans le traitement des douleurs rebelles chez les patients en phase palliative avancée.
32. AFSSAPS. Soins palliatifs : spécificité d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques, Recommandations, argumentaire, AFSSAPS 24/10/2002. 2002.
33. Rozycki N, Darras B. Etude rétrospective et analyse de l'utilisation du midazolam en soins palliatifs à domicile par le service d'hospitalisation à domicile Flandres-Lys. Lille; 2014.
34. Perrier M, Fondras J-C. Soins palliatifs. Doin. 2004. (Collection conduites).
35. Pautex S. Memo Soins Palliatifs, information destinée au personnel soignant [Internet]. Hôpital Universitaire de Genève; 2010 [cité 17 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.palliativegeneve.ch/wp-content/uploads/2012/04/MemoSoinsPalliatifs.pdf>
36. Preiss M. Quelles sont les indications de prescription des neuroleptiques en soins palliatifs? Evaluation des pratiques dans une unité de soins palliatifs au sein d'un centre de lutte contre le cancer. Thèse - Médecine - Lille [Internet]. [Lille]; 2016 [cité 17 nov 2017]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/32bc428d-5b72-4c90-a36d-6c0da8a40ac2>
37. HAS. Réévaluation des inhibiteurs de la pompe à protons chez l'adulte, commission de transparence [Internet]. 2009 janv [cité 18 nov 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/argumentaire_ipp_2009-04-27_14-15-18_458.pdf

38. HAS. Les inhibiteurs de la pompe à protons, bon usage du médicament [Internet]. 2009 [cité 18 nov 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/ipp_adulte_juin_2009.pdf

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition des sujets en fonction du sexe	8
Figure 2: Répartition des sujets par catégorie d'âge	10
Figure 3: Répartition des sujets en fonction de l'indice de Karnofsky	11
Figure 4: Répartition des sujets en fonction de la pathologie principale	14
Figure 5: Répartition des sujets en fonction du type de cancer	15
Figure 6: Prescripteur d'HAD : médecin traitant versus médecin hospitalier	20
Figure 7: Prescripteurs d'HAD en fonction des établissements	21
Figure 8: Répartition des sujets en fonction de leur durée du séjour en HAD	22
Figure 9: Répartition des sujets en fonction du nombre de séjours en HAD	25
Figure 10: Les trajectoires de fin de vie	53

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I :Patients décédés en HAD St Sauveur	7
Tableau II: La répartition des sujets en fonction du Mode principal de prise en charge	8
Tableau III: La répartition des sujets en fonction du sexe	9
Tableau IV: La répartition des sujets par catégorie d'âge	9
Tableau V: La répartition de la population étudiée en fonction de l'indice de Karnofsky	11
Tableau VI: La répartition des sujets en fonction du milieu urbain ou rural	12
Tableau VII: La répartition en fonction du domicile stricto sensu et les établissements médico-sociaux	13
Tableau VIII: La répartition par sexe des patients en EHPAD	13
Tableau IX: La répartition en fonction de la pathologie principale	14
Tableau X: Le type de cancer	15
Tableau XI: La répartition par sexe des patients avec une pathologie cancéreuse	17
Tableau XII: Le lieu de vie des patients pris en charge pour une pathologie non-cancéreuse	17
Tableau XIII: Les prescripteurs d'HAD pour les patients avec un pathologie non-cancéreuse	18
Tableau XIV: La répartition par type de pathologie principale des patients non-cancéreux ..	18
Tableau XV: Les prescripteurs de l'HAD	20
Tableau XVI: Les séjours très courts et les séjours très longs	22
Tableau XVII: La répartition des sujets en fonction du nombre de séjours en HAD	24
Tableau XVIII: La répartition des sujets avec des séjours multiples en fonction de la pathologie	24

Tableau XIX: Les prescripteurs du traitement d'admission	26
Tableau XX: Les prescripteurs du traitement de la phase terminale	27
Tableau XXI: Le traitement morphinique à l'admission et en phase terminale.....	28
Tableau XXII: Les substances opioïdes prescrites à l'admission et en phase terminale	30
Tableau XXIII: Les benzodiazépines à l'admission et en phase terminale	31
Tableau XXIV: Les médicaments d'utilisation courante en soins palliatifs	33
Tableau XXV: Les substances corticoïdes à l'admission et en phase terminale	34
Tableau XXVI: Les autres classes de médicaments	35
Tableau XXVII: Les autres médicaments retrouvés (tableau détaillé)	38

TABLE DES MATIERES

Table des matières

LISTE DES ABREVIATIONS	VII
INTRODUCTION.....	1
MÉTHODES	4
RÉSULTATS.....	7
1. Partie 1 : Caractéristiques de la population	7
1.1. Les soins palliatifs	7
1.2. Sexe ratio	8
1.3. L'âge.....	9
1.4. L'indice de Karnofsky (IK)	10
1.5. Le lieu de vie.....	12
1.6. La pathologie principale	13
1.7. Caractéristiques des patients pris en charge pour une pathologie non cancéreuse ..	17
2. Partie 2 : Caractéristiques du séjour en HAD	19
2.1. Les prescripteurs de l'HAD	19
2.2. La durée d'hospitalisation.....	22
2.3. Caractéristiques des patients ayant eu un séjour très court.....	23
2.4. Caractéristiques des patients ayant eu un séjour très long	23
2.5. Nombre de séjours en HAD	24
3. Partie 3 : Le traitement médicamenteux	26
3.1. Les prescripteurs	26
3.2. Les prescriptions anticipées	28
3.3. Le traitement morphinique	28
3.4. Les benzodiazépines.....	31
3.5. Les médicaments d'utilisation courante en soins palliatifs	33
3.6. Les autres médicaments	35
DISCUSSION	43
1.CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION.....	43
2. CARACTERISTIQUES DU SEJOUR EN HAD	49
3. LE TRAITEMENT MEDICAMENTEUX.....	54
CONCLUSION.....	71
BIBLIOGRAPHIE	74
LISTE DES FIGURES.....	78
LISTE DES TABLEAUX	79
TABLE DES MATIERES.....	81
ANNEXES.....	I

ANNEXES

L'HÔPITAL DE DEMAIN : et si c'était aussi chez moi ?

Ce que pensent
les Français
et leurs médecins
généralistes
de l'**hospitalisation
à domicile***



LES FRANÇAIS INQUIETS MAIS LUCIDES SUR L'AVENIR DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ



82%

DES FRANÇAIS
pensent que les
durées d'hospitalisation
vont se réduire

+ de 50%

DES FRANÇAIS
pensent que la **qualité**
de soins va baisser et que
les inégalités d'accès
aux soins vont augmenter

69%

pensent pour autant que notre système
de santé va évoluer vers de **nouvelles formes**
de prises en charge et plus d'**ambulatoire**,
et que le domicile occupera une place plus
importante.

UNE ATTENTE FORTE DES FRANÇAIS D'ÊTRE SOIGNÉS CHEZ EUX

UN SOUHAIT
CONFIRMÉ PAR
LEURS MÉDECINS
GÉNÉRALISTES :

87%

DES MÉDECINS
disent que leurs
patients expriment
souvent ou très
souvent le **souhait**
d'être soignés
à domicile



81%

des Français seraient
favorables à bénéficier de
soins et d'un suivi identique
à ceux de l'hôpital chez eux
si leur médecin leur proposait.



POURQUOI ?
LES MOTIVATIONS
DES FRANÇAIS

Pour + 50 %
des Français, les atouts
sont :

- Le **confort** du domicile
- La **réduction de l'angoisse**
liée au milieu hospitalier
- Pouvoir **rester avec sa famille**
et ses proches

MAIS PAS À N'IMPORTE
QUELLES CONDITIONS

1 Français sur 2
souhaite des garanties sur :

- La **capacité à gérer l'urgence**
- Le **niveau de qualité des soins**

49% ont peur d'être
une charge pour leurs proches

LES SOINS À DOMICILE : UN UNIVERS COMPLEXE

53%

DES FRANÇAIS
associent les soins
à domicile aux notions
de services et de
maintien à domicile

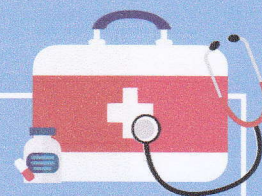
L'HOSPITALISATION À DOMICILE... QU'EST-CE QUE C'EST ?

Quel que soit l'âge
du malade.



Des soins
hospitaliers sans
besoin d'accès
immédiat au
plateau technique
ni de surveillance
continue/soins
intensifs.

L'hospitalisation
à domicile
est prescrite par
le médecin traitant
ou le médecin
hospitalier,
et acceptée par
l'HAD.



Une équipe
médicale et
paramédicale se
déplace au domicile
du patient pour
prodiguer les soins.

UNE CONFUSION QUI EXISTE AUSSI
AU SEIN DE LA COMMUNAUTÉ MÉDICALE

50 % DES MÉDECINS INTERROGÉS
estiment que l'HAD est peu connue
des médecins libéraux

ET POUR CAUSE !

**1 médecin généraliste
sur 2** déclare n'avoir jamais reçu
d'information sur l'hospitalisation à domicile



ALORS QUE LES FRANÇAIS
SOUSHAIENT RECEVOIR
DE L'INFORMATION
PRIORITAIREMENT :

66 %
de leur médecin traitant

43 %
de la part des pouvoirs
publics

UNE OPINION TRÈS FAVORABLE DES FRANÇAIS ET DE LEURS MÉDECINS SUR L'HOSPITALISATION À DOMICILE

75%

DES MÉDECINS estiment
que l'hospitalisation
à domicile est moins
coûteuse pour la collectivité

APRÈS DÉFINITION

3 Français sur 4

se déclarent prêts
à envisager une
hospitalisation
à domicile pour eux
ou l'un de leurs proches

LES RAISONS ÉVOQUÉES :

QUALITÉ DE VIE SUPÉRIEURE

70%
des Français

82%
des médecins
généralistes

QUALITÉ DE SOINS AU MOINS ÉQUIVALENTE
À CELLE DE L'HÔPITAL

60%
des Français

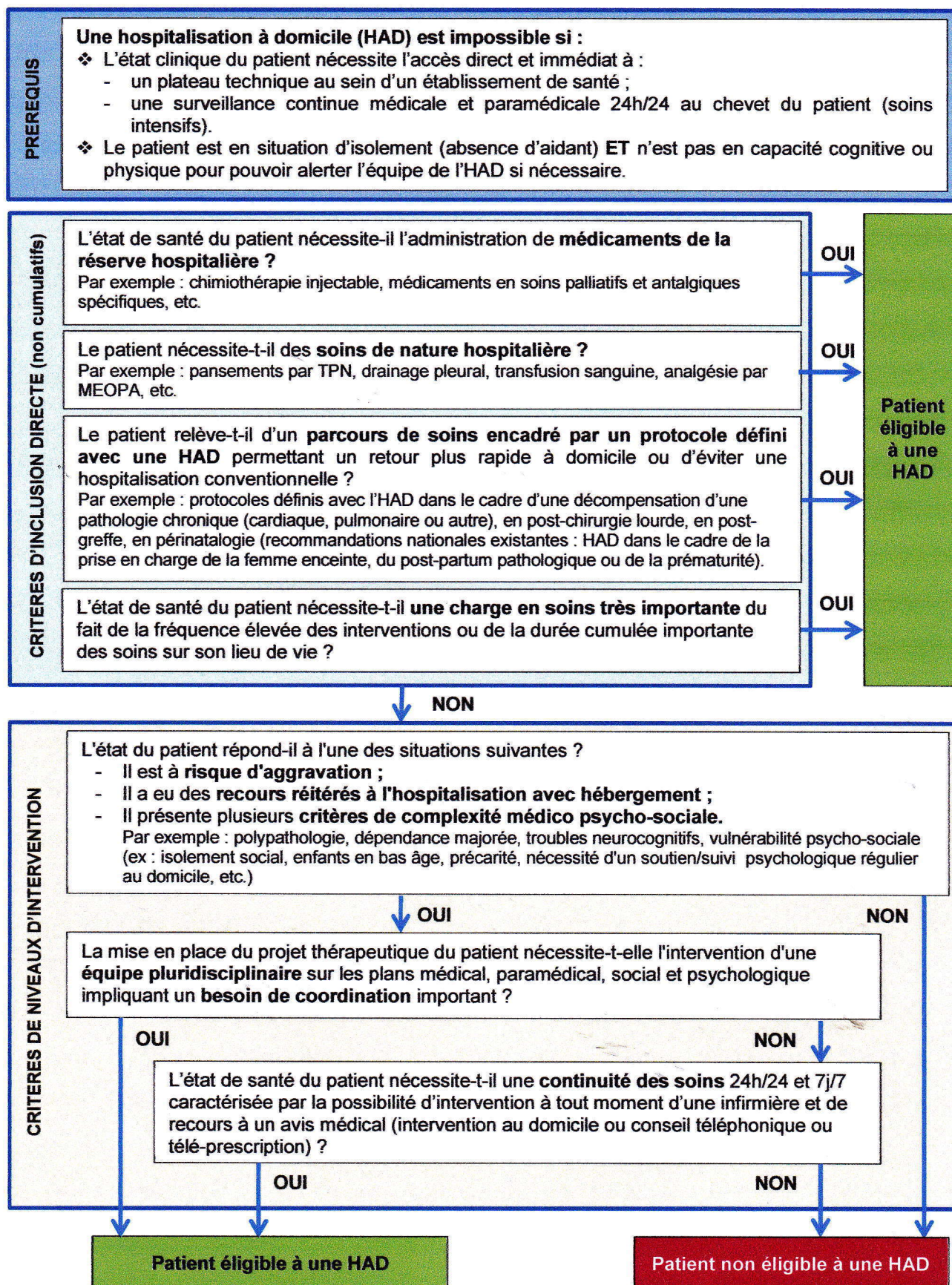
72%
des médecins
généralistes



200 euros

Le prix d'une journée
en hospitalisation
à domicile, soit un coût
4 fois inférieur à une
journée à l'hôpital

Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs



Annexe 1. Liste des établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement pour lesquels l'hospitalisation à domicile est autorisée

Établissements de la protection de l'enfance relevant de l'article L312-1 I 1	Foyer de l'enfance, Pouponnière à caractère social, Établissements d'accueil mère-enfant (Centre maternel), Maison d'enfants à caractère social (MECS), Village d'enfant
Établissements pour enfants handicapés relevant de l'article L312-1 I 2° :	Institut médico-éducatif (IME), Institut d'éducation motrice (IEM), Établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés, Établissement pour enfants et adolescents déficients auditifs ou déficients visuels, Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP), Centre d'accueil familial spécialisé (CAFS)
Établissements et services de protection judiciaire de la jeunesse relevant de l'article L312-1 I 3°	Établissements de placement du secteur public : Établissement de placement éducatif (EPE) Établissement de placement du secteur public : Établissement de placement éducatif et d'insertion (EPEI) Établissements de placement gérés par le secteur associatif : Centre éducatif renforcé (CER) Les établissements et services de placement gérés par le secteur associatif : Centre de placement immédiat (CPI), Centre éducatif fermé (CEF)
Établissements pour personnes âgées relevant de l'article L312-1 I 6°	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), Établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA)
Établissements pour adultes handicapés relevant de l'article L312-1 I 7°	Maison d'accueil spécialisée (MAS), Foyer d'accueil médicalisé (FAM), Foyer
Centre d'hébergement et de réinsertion sociale relevant de l'article L312-1 I 8°	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS)
Établissement pour personnes rencontrant des difficultés spécifiques relevant de l'article L312-1 I 9°	Appartement de coordination thérapeutique (ACT), Lit halte soins santé (LHSS), Lit d'accueil médicalisé (LAM), (structure expérimentale jusqu'en 2012, pérennisée à compter de 2013), Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), Communauté thérapeutique (structure expérimentale)
Foyers de jeunes travailleurs relevant de l'article L312-1 I 11°	Foyer de jeunes travailleurs (FJT)
Établissements expérimentaux relevant de l'article L312-1 I 12°	Établissement expérimental
Centres d'accueil pour demandeurs d'asile relevant de l'article L312-1 I 13°	Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA)

Annexe 2. Tableau des modes de prise en charge en HAD en 2017

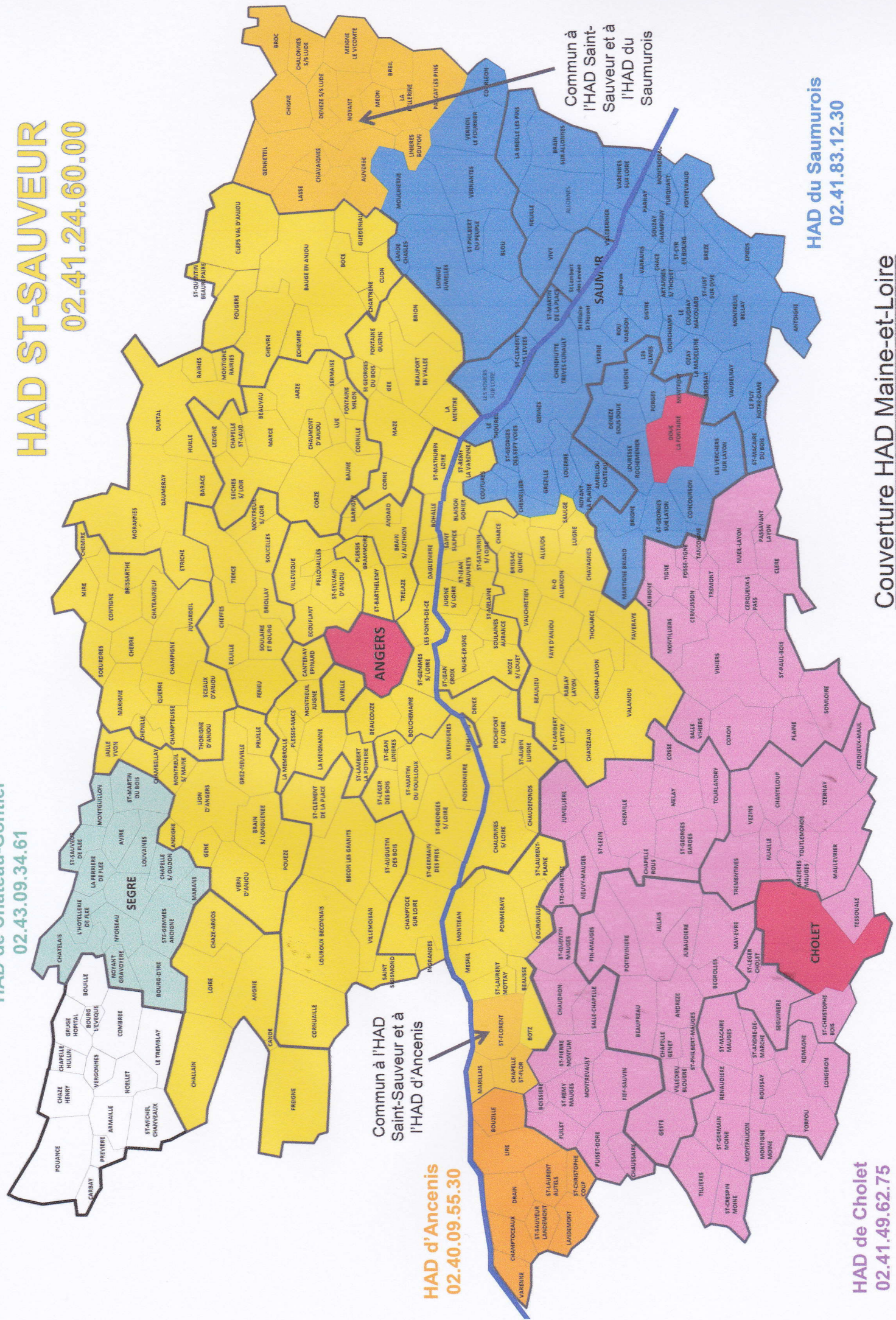
Numéro	Libellé du mode de prise en charge
01	Assistance respiratoire
02	Nutrition parentérale
03	Traitements intraveineux
04	Soins palliatifs
05	Chimiothérapie anticancéreuse
06	Nutrition entérale
07	Prise en charge de la douleur
08	Autres traitements
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)
10	Post-traitement chirurgical
11	Rééducation orthopédique
12	Rééducation neurologique
13	Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse
14	Soins de nursing lourds
15	Éducation du patient et/ou de son entourage
17	Surveillance de radiothérapie
18	Transfusion sanguine
19	Surveillance de grossesse à risque
21	Post-partum pathologique
22	Prise en charge du nouveau-né à risque
24	Surveillance d'aplasie
25	Prise en charge psychologique et/ou sociale
29	Sortie précoce de chirurgie

LISTE DES 177 COMMUNES COUVERTES PAR L'HAD SAINT SAUVEUR

Andard	Cuon	Montjean sur Loire
Andigné	Daumeray	Montreuil Juigné
Angers	Denée	Montreuil sur Loir
Antrie	Dénezé sous le Lude	Montreuil sur Maine
Auverse	Durtal	Morannes
Avrillé	Echemiré	Mozé sur Louet
Baracé	Ecouflant	Mûrs Erigné
Baugé en anjou	Ecuillé	Notre Dame d'Allençon
Bauné	Etriché	Noyant
Beaucouzé	Faveraye Mâchelles	Parçay les Pins
Beaufort en Vallée	Faye d'Anjou	Pellouailles les Vignes
Beaulieu sur Layon	Feneu	Querré
Beaussé	Fontaine Guérin	Rablay sur Layon
Beauvau	Fontaine Milon	Rochefort sur Loire
Bécon les granits	Fougeré	Sarrigné
Béhuard	Freigné	Saulgé l'Hôpital
Blaison Gohier	Gée	Savennières
Bocé	Gené	Sceaux d'Anjou
Botz en Mauges	Genneteil	Seiches sur le Loir
Bouchemaine	Grez Neuville	Sermaise
Bourneuf en Mauges	Huillé	Soeudres
Brain sur l'Authion	Ingrandes	Soucelles
Brain sur Longuenée	Jarzé	Soulaines sur Aubance
Breil	Juigné sur Loire	Soulaire et Bourg
Briollay	Juvardeil	St Aubin de Luigné
Brion	La Bohalle	St Augustin des Bois
Brissac Quincé	La Chapelle saint Laud	St Barthélémy d'Anjou
Brissarthe	La Chapelle St Florent	St Clément de la Place
Broc	La Cornuaille	St Florent Le Vieil
Candé	La Daguenière	St Georges du Bois
Cantenay Epinard	La Jaille sur Yvon	St Georges sur Loire
Challain la Potherie	Longuenée en Anjou	St Germain des Prés
Chalonnnes sous le Lude	La Ménitné	St Jean de la Croix
Chalonnnes sur Loire	La Pellerine	St Jean de Linières
Chambellay	La Pommeraye	St Jean des Mauvrets
Champ sur Layon	La Possonnière	St Lambert du Lattay
Champigné	La Pouëze	St Lambert la Potherie
Champteussé / Baconne	Lasse	St Laurent de la Plaine
Champtocé sur Loire	Le Guédéniau	St Laurent du Mottay
Chanzeaux	Le Lion d'Angers	St Léger des Bois
Charcé st Ellier / Aubance	Le Louroux Béconnais	St Martin du Fouilloux
Chartrené	Le Marillais	St Mathurin sur Loire
Chateaufonds sur Sarthe	Le Mesnil en Vallée	St Melaine sur Aubance
Chateaufonds sur Layon	Le Plessis Grammoire	St Quentin les Beaurepaire
Chaumont d'Anjou	Les Alleuds	St Rémy la Varenne
Chavagnes	Les Ponts de Cé	St Saturnin sur Loire
Chavaignes	Les Rairies	St Sigismond
Chazé sur Argos	Lézigné	St Sulpice
Cheffes	Linières Bouton	St Sylvain d'Anjou
Chemiré sur Sarthe	Loiré	Ste Gemmes sur Loire
Chenillé Changé	Lué en Baugois	Thorigné d'Anjou
Cherré	Luigné	Thouarcé
Chevire le Rouge	Marcé	Tiercé
Chigne	Marigné	Trélazé
Clefs val d'anjou	Mazé	Valanjou
Contigné	Meigné le Vicomte	Vauchrétién
Corné	Méon	Vern d'Anjou
Cornillé les Caves	Miré	Villemoisan
Corzé	Montigné Les Raeries	Villevêque

HAD de Château-Gontier
02.43.09.34.61

HAD ST-SAUVEUR
02.41.24.60.00



Commun à l'HAD
Saint-Sauveur et à
l'HAD d'Ancenis

HAD d'Ancenis
02.40.09.55.30

Commun à
l'HAD Saint-
Sauveur et à
l'HAD du
Saumurois

HAD du Saumurois
02.41.83.12.30

Couverture HAD Maine-et-Loire

HAD de Cholet
02.41.49.62.75

LES CHIFFRES DE

LA FIN DE VIE EN FRANCE

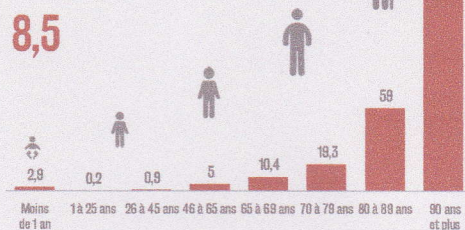
Source : Centre National des Soins Palliatifs et de la Fin de Vie

LA MORTALITÉ



Taux de mortalité en 2014

(Nombre de décès pour 1000 personnes de chaque groupe d'âge)



85% des français souhaiteraient finir les derniers instants de leur vie à domicile

Source : IFOP, 2015

Lieux de décès
en 2014



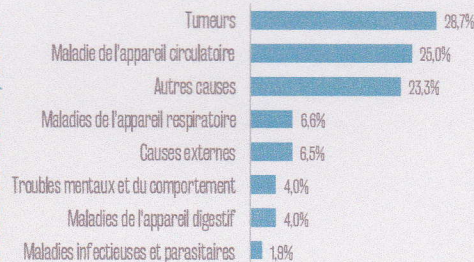
Domicile
37%



Établissement de santé
57%

Source : INSEE, 2014

Causes de décès, 2013



L'OFFRE EN SOINS PALLIATIFS



6.592

Lits de soins palliatifs

en 2015 (1552 lits d'USP + 5040 LISP)

Source : DREES, SAE, 2015

USP : Unité de soins palliatifs; LISP : Lit identifié de soins palliatifs; EMSP : Equipe mobile de soins palliatifs; RSSP : Réseau de santé en soins palliatifs; ERSSPP : Equipe ressource régionale de soins palliatifs pédiatriques

Structures 2015

USP

139

EMSP

424

RSSP

57

ERSSPP

21

Source : DREES, SAE, 2015



5.076

Bénévoles d'accompagnement de fin de vie dans 201 associations en 2013

Source : SFAP, CABA, 2013

LES SOINS PALLIATIFS À L'HÔPITAL

MCO, 2015



93.310 séjours
codés soins palliatifs
Soit 0,5 % des séjours

Source : ATIH, 2015

HAD, 2016



1.034.688 journées en mode de
prise en charge soins palliatifs
Soit 1/4 des prises en charge

Source : FHEHAD, 2016

SSR, 2015



810.897 journées en mode de
prise en charge soins palliatifs
Soit 2 % des prises en charge

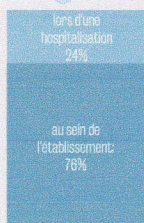
Source : ATIH, 2015

FOCUS

573.592 résidents en 2011



139.209
sorties par
décès



Source : DREES, EHPA, 2011

HANDICAP

MAS

Maison d'Accueil Spécialisée

55,5 %

FAM

Foyers d'Accueil Médicalisé

30,3 %

EEAP

Établissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés

12,4 %

Source : DREES, ES, 2010

INDICE DE KARNOFSKY

Capable de mener une activité normale	100 %	normal, pas de signe de maladie
	90 %	peut mener une activité normale, symptômes mineurs de la maladie, totalement autonome
	80 %	peut mener une activité normale, mais avec effort, symptômes ou signes mineurs, totalement autonome
Incapable de travailler, capable de vivre chez lui et d'assumer ses besoins personnels, une assistance variable est nécessaire	70 %	peut se prendre en charge, incapable de mener une activité normale, autonome mais à stimuler
	60 %	nécessite une aide occasionnelle mais peut prendre en charge la plupart des besoins, semi-autonome
	50 %	nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents, semi-autonome
	40 %	handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers
Incapable de s'occuper de lui-même, nécessite des soins hospitaliers ou l'équivalent	30 %	sévèrement handicapé, dépendant
	20 %	très malade soutien actif, absence totale d'autonomie
	10 %	moribond, processus fatal progressant rapidement

Noms commerciaux des Dénominations Communes Internationales

1. BENZODIAZEPINES		
DCI	Nom commercial	Forme pharmaceutique
Bromazépam	Anxyrex®	6 mg, comprimé quadrisécable
	Bromazepam Bayer®	6 mg, comprimé quadrisécable
	Bromazepam Biogaran®	6 mg, comprimé quadrisécable
	Bromazepam GNR®	6 mg, comprimé quadrisécable
	Bromazepam Merck®	6 mg, comprimé quadrisécable
	Bromazepam MSD®	6 mg, comprimé quadrisécable
	Bromazepam Ratiopharm®	6 mg, comprimé quadrisécable
	Bromazepam RPG®	3 et 6 mg, comprimé sécable
	Lexomil®	Comprimé-baguettes quadrisécable
	Quietiline®	Comprimé quadrisécable
Clobazam	Urbanyl®	5 mg, gélule 10 et 20 mg, comprimé
Clonazépam	Rivotril®	2 mg, comprimé quadrisécable 2,5 mg/ml, solution buvable 1 mg/1 ml, solution injectable à diluer
Clorazépate dipotassique	Noctran®	Comprimé sécable
	Tranxène®	50 mg, comprimé pelliculé sécable 5 et 10 mg, gélule 20 mg/2 ml, 50 mg/2,5 ml, 100 mg/5 ml (RH), poudre et solvant pour solution injectable IM et IV
Desmethyldiazépam (nordazépam)	Nordaz®	7,5 mg, comprimé sécable 15 mg, comprimé quadrisécable
Diazépam	Diazépam Ratiopharm®	2, 5 et 10 mg, comprimé
	Novazam Gé®	10 mg, comprimé quadrisécable
	Vallium Roche®	2, 5 et 10 mg, comprimé sécable 10 mg/2 ml, solution injectable
		10 mg, solution rectale 1 %, solution buvable en gouttes
Estazolam	Nuctalon®	2 mg, comprimé sécable
Loprazolam	Havlane® (mésilate)	1 mg, comprimé sécable
Lorazépam	Lorazépam Biogaran®	1 mg, comprimé sécable
	Lorazépam Merck®	1 mg et 2,5 mg, comprimé pelliculé sécable
	Temesta®	1 et 2,5 mg, comprimé enrobé sécable
Lormétazépam	Noctamide®	1 et 2 mg, comprimé sécable
Midazolam	Hypnovel®	5 mg/1 ml, solution injectable IM ou rectale 5 mg/5 ml, solution injectable IV ou IM ou rectale 50 mg/10 ml, solution injectable IV
Nitrazépam	Mogadon®	5 mg, comprimé sécable
Oxazépam	Séresta®	10 mg, comprimé 50 mg, comprimé sécable
Prazépam	Lysanxia®	10 et 40 mg, comprimé sécable 15 mg/ml, solution buvable
Témazépam	Normison®	10 et 20 mg, capsule molle
Tétrazépam	Mégavix Gé®	50 mg, comprimé pelliculé sécable
	Myolastan®	50 mg, comprimé sécable pelliculé
	Panos Gé®	50 mg, comprimé pelliculé sécable
	Tétrazépam G Gam®	50 mg, comprimé pelliculé sécable
	Tétrazépam Bayer®	50 mg, comprimé pelliculé sécable
	Tétrazépam Biogaran®	50 mg, comprimé pelliculé sécable
	Tétrazépam GNR®	50 mg, comprimé pelliculé sécable
	Tétrazépam Merck®	50 mg, comprimé pelliculé sécable
	Tétrazépam Ratiopharm®	50 mg, comprimé pelliculé sécable
Triazolam	Halcion®	0,125 mg, comprimé

2. BIPHOSPHONATES		
DCI	Nom commercial	Forme pharmaceutique
Clodronate	Clastoban®	300 mg/5 ml, solution injectable 400 mg, gélule
	Lytos®	520 mg, comprimé pelliculé 300 mg/10 ml, solution injectable pour perfusion
Etidronate	Didrone®	200 mg, comprimé
Ibandronate	Bondronat®	2 mg/2 ml, solution à diluer pour perfusion
Pamidronate	Aredia®	15 mg/5 ml, 60 mg/10 ml et 90 mg/10 ml, lyophilisat et solution pour perfusion
Zolédronate	Zometa®	4 mg, poudre et solvant pour solution

3. CORTICOÏDES		
DCI	Nom commercial	Forme pharmaceutique
Bétaméthasone	Betnesol® (phosphate disodique)	0,5 mg, comprimé effervescent 4 mg/1 ml, solution injectable 5 mg/100 ml, solution rectale en poche
	Célestamine®	Comprimé
	Célestène®	2 mg, comprimé dispersible sécable 0,5 mg, comprimé 0,05 %, solution buvable en gouttes 4 mg/ml (dipropionate), 8 mg/2 ml, 20 mg/5 ml, solution injectable
	Célestène Chronodose® (acétate, phosphate disodique)	Suspension injectable
	Diprostène® (dipropionate, phosphate disodique)	Suspension injectable
Budésonide	Pulmicort®	0,5 mg/2 ml et 1 mg/2 ml, suspension pour inhalation par nébuliseur
Dexaméthasone	Décadron®	0,5 mg, comprimé
	Dectancy® (acétate)	Comprimé sécable 0,5 %, suspension injectable
	Désocort® (phosphate sodique)	0,1 %, solution pour instillation auriculaire
	Dexaméthasone Qualimed®	4 mg/1 ml et 20 mg/5 ml, solution injectable (RH)
	Soludécadron® (phosphate sodique)	4 mg/ml, solution injectable 20 mg/5 ml, solution injectable (RH)
Hydrocortisone	Colofoam® (acétate)	Mousse rectale
	Hydrocortisone Roussel®	10 mg, comprimé sécable
	Hydrocortisone Roussel® (acétate)	2,5 %, suspension injectable
	Hydrocortisone Upjohn® (sodium succinate)	100 et 500 mg, poudre et solvant pour solution injectable
	Proctocort® (acétate)	Mousse rectale
Méthylprednisolone	Dépo-Médrol® (acétate)	40 mg/ml et 80 mg/2 ml, suspension injectable
	Médrol®	4, 16 et 32 mg, comprimé sécable (100 mg : RH)
	Méthylprednisolone Dakota Pharm® (hémisuccinate)	20, 40 et 120 mg, poudre et solvant (RH) 500 mg, poudre pour solution injectable (RH)
	Solumédrol® (hémisuccinate)	120 mg/2 ml, 20 mg/2 ml, 40 mg/2 ml, lyophilisat et solution pour usage parentéral 500 mg, poudre et solvant pour solution injectable (RH)
Prednisolone	Hydrocortancyl®	5 mg, comprimé sécable
	Hydrocortancyl® (acétate)	2,5 %, suspension injectable
	Solupred® (M-sulfobenzoate sodique)	5, 20 mg, comprimé effervescent 5, 20 mg, comprimé orodispersible 1 mg/ml, solution buvable
Prednisone	Cortancyl®	1 mg, comprimé
		5 et 20 mg, comprimé sécable

4. MORPHINE		
DCI	Nom commercial	Forme pharmaceutique
Morphine	Actiskénan® (sulfate)	5, 10, 20 et 30 mg, gélule
	Kapanol LP® (sulfate)	20, 50 et 100 mg, gélule à libération prolongée
	Morphine Aguettant® (chlorhydrate)	1, 2 et 4 %, solution injectable
	Morphine Cooper® (chlorhydrate)	10 mg/10 ml et 20 mg/10 ml, solution buvable 20 mg/2 ml, solution injectable
	Morphine Lavoisier® (chlorhydrate)	10, 20, 50 et 100 mg, solution injectable
	Morphine Meram® (chlorhydrate)	10 mg/1 ml et 20 mg/1 ml, solution injectable
	Morphine Renaudin® (chlorhydrate)	1 mg/ml ; 10 mg/ml ; 20 mg/ml ; 50 mg/5ml ; 100 mg/5 ml, solution injectable
	Moscontin® (sulfate)	10, 30, 60, 100 et 200 mg, comprimé enrobe à libération prolongée
	Sevredol® (sulfate)	10 et 20 mg, comprimé pelliculé sécable
	Skenan LP® (sulfate)	10, 30, 60, 100 et 200 mg, microgranules à libération prolongée en gélule

5. NEUROLEPTIQUES		
DCI	Nom commercial	Forme pharmaceutique
Alizapride	Plitican® (chlorhydrate)	50 mg, comprimé sécable 50 mg/2 ml, solution injectable
Chlorpromazine	Largactil® (chlorhydrate)	25 et 100 mg, comprimé pelliculé sécable 4 %, solution buvable 25 mg/5 ml, solution injectable
Dropéridol	Droleptan®	5 mg/2 ml, solution injectable IM 2,5 mg/ml, solution injectable IV (RH)
Halopéridol	Haldol®	1, 5 et 20 mg, comprimé 5 mg/ml, solution injectable 2 mg/ml et 20 mg/ml, solution buvable
	Haldol Decanoas® (décanoate)	50 mg/ml, solution injectable IM
	Haldol Faible®	0,5 mg/ml, solution buvable en gouttes
Lévomépromazine	Nozinan®	2, 25 et 100 mg, comprimé pelliculé (maléate) 4 %, solution buvable (chlorhydrate) 25 mg/ml, solution injectable IM (chlorhydrate)
Métoclopramide	Anausin Métoclopramide® (chlorhydrate)	15 mg, comprimé à libération prolongée
	Métoclopramide GNR®	10 mg, comprimé sécable
	Métoclopramide Merck®	10 mg, comprimé sécable
	Priméran®	10 mg, comprimé sécable (chlorhydrate) 0,1 %, solution buvable (chlorhydrate) Solution buvable en gouttes enfant et nourrisson (chlorhydrate) 10 mg/2 ml, solution injectable IM, IV (chlorhydrate) 100 mg/5 ml, solution injectable (chlorhydrate) 10 mg, suppositoire sécable 20 mg, suppositoire
	Prokinyl LP® (chlorhydrate)	15 mg, gélule à libération prolongée
Olanzapine	Zyprexa®	5 ; 7,5 et 10 mg, comprimé enrobé
Risperidone	Risperdal®	1, 2 et 4 mg, comprimé pelliculé sécable 1 mg/ml, solution buvable
Thioridazine	Melleril®	40 mg/ml, solution buvable en gouttes 2 mg/ml, suspension buvable

6. OCTREOTIDE		
DCI	Nom commercial	Forme pharmaceutique
Octréotide	Sandostatine® (acétate)	50 µg/ml, 100 µg/ml, 500 µg/ml, solution injectable
	Sandostatine LP® (acétate)	10, 20 et 30 mg, poudre et solvant pour suspension injectable

7. PROGESTATIFS		
DCI	Nom commercial	Forme pharmaceutique
Médroxyprogestérone	Farluta® (acétate)	500 mg, comprimé 500 mg/5 ml, suspension injectable IM à libération prolongée
	Prodasone® (acétate)	200 mg, comprimé
Mégestrol	Megace® (acétate)	160 mg, comprimé

8. SCOPOLAMINE (HYOSCINE)		
DCI	Nom commercial	Forme pharmaceutique
Scopolamine	Genoscopolamine®	Solution buvable
	Scoburen® (butylbromure)	20 mg/ml, solution injectable IM, IV ou SC
	Scopoderm TTS®	1 mg/72 h, dispositif transdermique
	Scopolamine Cooper® (bromhydrate)	0,5 mg/2 ml, solution injectable

ANNEXE 4

Dénominations Communes Internationales - Noms commerciaux – Formes et dosages – Conditions de prescription et de délivrance (CPD)

DCI	Nom Commercial	Formes, dosages	CPD
ANESTHESIQUES LOCAUX PAR VOIE PERIMEDULLAIRE			
Selon l'AMM, le chlorhydrate de lidocaïne et la bupivacaïne sont des solutions anesthésiques locales destinées à l'anesthésie par infiltration, l'anesthésie régionale et l'anesthésie par blocs nerveux. La bupivacaïne est également indiquée pour une anesthésie chirurgicale ou une analgésie. La bupivacaïne pour rachianesthésie est indiquée avant interventions chirurgicales relevant de ce type d'anesthésie. La lévobupivacaïne et la ropivacaïne sont indiquées dans le traitement de la douleur (perfusion péridurale continue ou intermittente ou en bolus pour le traitement des douleurs post-opératoires).			
Lidocaïne	Xylocaïne® sans conservateur et génériques	Solution injectable pour anesthésie par infiltration, régionale et par blocs nerveux : 5 mg/ml, 10 mg/ml et 20 mg/ml : flacons de 20 ml	Liste II
	Xylocaïne adrénaline® et génériques	Solution injectable en flacon pour anesthésie locale par infiltration, régionale (caudale, péridurale, plexique et tronculaire), infiltration intra ou périarticulaires, infiltrations sympathiques : 10mg/ml et 20mg/ml en flacon de 20 ml	Liste I
Bupivacaïne ¹	Bupivacaïne® génériques	Solution injectable : 2.5 mg/ml et 5 mg/ml en flacon de 20 ml Solution injectable voie intrarachidienne : 5 mg/ml en ampoules de 4 ml ou 20 mg/4ml	Liste II Réservé à l'usage hospitalier
	Bupivacaïne adrénaline® génériques	Solution injectable : 2.5mg/ml en flacons de 10 et 20 ml et 5 mg/ml en flacon de 20 ml	Liste I réservé à l'usage hospitalier
Lévobupivacaïne ¹	Chirocaïne®	Solution pour perfusion pour voie péridurale : 0.625 mg/ml et 1.25 mg/ml en poches de 100 et 200 ml	Liste I
		Solution injectable ou solution à diluer pour perfusion pour voie péridurale: 2.5 mg/ml et 5mg/ml en ampoules de 10 ml	Réservé à l'usage hospitalier
Ropivacaïne ¹	Naropéine®	Solution injectable en ampoules pour voie péridurale, infiltration pariétale, bloc périphérique nerveux : 2 mg/ ml; 7.5 mg/ ml; 10 mg/ml en ampoules de 10 et 20 ml Voie intrathécale : 5 mg/ml en ampoules de 10 ml	Liste II Réservé à l'usage hospitalier
		Solution injectable en poche à 2 mg/ml de 100 et 200 ml pour traiter la douleur aiguë en post-opératoire	Liste II Prescription hospitalière

ANESTHESIQUES LOCAUX PAR VOIE PARENTERALE

Selon l'AMM, la lidocaïne par voie IV est indiquée à l'anesthésie par infiltration, l'anesthésie régionale et l'anesthésie par blocs nerveux.

DCI	Nom Commercial	Formes, dosages	CPD
Lidocaïne IV	Xylocaïne sans conservateur® et génériques	Solution injectable et en flacon pour anesthésie régionale intraveineuse à 5 mg/ml en flacon de 20 ml	Liste II

ANESTHESIQUES LOCAUX PAR VOIE TOPIQUE

Selon l'AMM,

- la crème lidocaïne-prilocaine (Emla®) est indiquée pour l'anesthésie par voie locale de la peau saine (avant ponctions veineuses ou sous-cutanées, avant chirurgie cutanée superficielle, instrumentale ou par rayon laser), l'anesthésie des muqueuses génitales chez l'adulte (avant chirurgie superficielle: biopsie ou exérèse de lésions, avant infiltration à l'aiguille d'anesthésiques locaux) et l'anesthésie locale des ulcères de jambe exigeant une détersion mécanique longue et douloureuse ;

- la lidocaïne emplâtre est indiqué dans le traitement symptomatique des douleurs neuropathiques post-zostériennes

Lidocaïne prilocaine	Emla® et génériques	Crème à 5% en tubes de 5 g et Emla® existe aussi en tube de 30 g	Liste II
	Emla®	Patch en boîtes de 1 et de 20 patches	
Lidocaïne	Versatis®	Emplâtre à 5% en boîte de 30 sachets	Liste II

FENTANYL-SUFENTANIL

Selon l'AMM,

- le fentanyl est un anesthésique central utilisé dans les protocoles de neuraleptanalgesie, d'anesthésie générale et d'anesthésie analgésique à doses élevées. Le fentanyl peut également être utilisé en anesthésie post-opératoire chez des patients soumis à une surveillance intensive et par voie péridurale, soit de façon isolée, soit en association avec des anesthésiques locaux.

- le sufentanil est un analgésique central utilisé en tant qu'analgésique d'appoint au cours de l'entretien d'une anesthésie générale en association à un hypnotique et/ou un agent anesthésique volatil et un agent myorelaxant; en tant qu'agent anesthésique principal pour l'induction et l'entretien d'une anesthésie analgésique, avec 100 % d'oxygène, au cours d'interventions chirurgicales majeures telle que la chirurgie cardio-vasculaire; en administration péridurale, en dose unique ou répétée ou en perfusion, seul ou en association avec un anesthésique local pour l'analgésie chirurgicale ou post-opératoire; en sédation prolongée en unité de soins intensifs ou en réanimation, de patients ventilés.

Fentanyl ¹	Fentanyl® génériques	0.05 mg/ml en ampoule injectable (voie IV ou péridurale) 0.1 mg/2ml en ampoule injectable (voie IV ou péridurale) 0.5 mg/10ml en ampoule injectable (voie IV ou péridurale)	Stupéfiant Prescription limitée à 7 jours Réservé à l'usage hospitalier et à l'usage en situation d'urgence ²
Sufentanil ¹	Sufenta®	10 µg/2ml en ampoule injectable (IV ou péridurale) 50 µg/10 ml en ampoule injectable (IV ou péridurale) 250 µg/5ml en ampoule injectable (IV ou péridurale)	
	Sufentanil® génériques	5 µg/ml en ampoule injectable de 2 ml et 10 ml (voie IV ou péridurale) 50 µg/ml en ampoule injectable en ampoules de 5 ml (voie IV ou péridurale)	

KETAMINE			
Selon l'AMM, la kétamine est utilisée comme agent anesthésique unique particulièrement adapté aux interventions de courte durée, soit comme inducteur d'anesthésie avant l'administration d'autres agents anesthésiques, soit comme potentialisateur d'autres agents anesthésiques de faible puissance comme le protoxyde d'azote.			
Kétamine ¹	Kétamine Panpharma®	250 mg/5ml en ampoule injectable (IM, IV) 50 mg/5ml en ampoule injectable (IM, IV)	Liste I Réservé à l'usage hospitalier et à l'usage en situation d'urgence ² Stockage dans des armoires ou locaux fermés à clés et déclaration de vol aux autorités de police, à l'Afssaps, et à l'inspection régionale de la pharmacie

MEOPA			
Selon l'AMM, il est indiqué dans l'analgésie lors de l'aide médicale d'urgence: traumatologie, brûlés, transport de patients douloureux ; dans la préparation des actes douloureux de courte durée chez l'adulte et l'enfant, notamment ponction lombaire, myélogramme, petite chirurgie superficielle, pansements de brûlés, réduction de fractures simples, réduction de certaines luxations périphériques et ponction veineuse chez l'enfant.			
Mélange équimolaire de protoxyde d'azote et d'oxygène	Entonox® Antasol® Oxynox®	Gaz 135 bars 50% protoxyde d'azote 50 % oxygène	Liste I Réservé à l'usage professionnel ³
	Kalinox®	Gaz 170 bars 50% protoxyde d'azote 50 % oxygène	Liste I Réservé à l'usage professionnel ³

METHADONE			
Selon l'AMM, la méthadone est indiquée dans le traitement substitutif des pharmacodépendances majeures aux opiacés dans le cadre d'une prise en charge médicale, sociale et psychologique.			
Méthadone chlorhydrate ¹	Méthadone chlorhydrate APHP®	Sirop en récipient : 5 mg/3.75 ml ; 10 mg/7,5 ml ; 20 mg/15 ml ; 40 mg/15 ml ; 60 mg/15 ml Gélules : 1-5-10-20-40 mg	Stupéfiant Prescription limitée à 14 jours et délivrance fractionnée par période de 7 jours Sirop : prescription initiale réservée aux médecins exerçant en centre spécialisé de soins aux toxicomanes (CSST) ou dans certains services des établissements de santé. Renouvellement en ville sous certaines conditions Gélule : prescription initiale semestrielle réservée aux médecins exerçant en CSST ou dans les services hospitaliers de prise en charge des addictions Renouvellement possible en ville

MIDAZOLAM			
Selon l'AMM, le midazolam est un hypnotique et un sédatif à action rapide dont les indications sont chez l'adulte : - sédation vigile, avant et pendant les procédures à visée diagnostique ou thérapeutique, avec ou sans anesthésie locale ; - anesthésie : prémédication avant l'induction de l'anesthésie, induction de l'anesthésie, agent sédatif en association avec d'autres agents anesthésiques/analgésiques ; - sédation en unité de soins intensifs.			
Midazolam ¹ et génériques	Hypnovel [®]	1 mg/ml solution injectable en ampoules de 5 ml 5 mg/1 ml, solution injectable en ampoules de 1ml, 3ml, 10 ml	Liste I Réserve hospitalière et médecine d'urgence ² ;

MORPHINE par voies centrales			
Selon l'AMM, la morphine est indiquée dans les douleurs intenses et/ou rebelles aux antalgiques de niveau plus faible.			
Morphine chlorhydrate	Morphine chlorhydrate Aguetant [®]	Solutions injectables: voie intrathécale: 0.1 mg/ml en ampoules de 5 ml voie péridurale: 1mg/ml en ampoules de 1 ml - voie IV, SC, péridurale, intrathécale et intracérébroventriculaire: 10 mg/ml en ampoules de 1 ml- 5 ml- 10 ml ; 20mg/ml en ampoules de 1 et 10 ml - voie IV, SC: 40 mg/ml en ampoules de 10 ml	Stupéfiant Prescription limitée à 7 jours ou 28 jours en cas d'administration à l'aide de systèmes actifs pour perfusion
	Morphine chlorhydrate AHP [®]	Solution injectable par des dispositifs médicaux programmables par voie SC ou IV : 50 mg/ml en ampoules de 5 et 20 ml	
	Morphine chlorhydrate Cooper [®]	Solution injectable : - voies IV, SC, péridurale, intrathécale et intracérébroventriculaire, IV et SC : 10 mg/ml en ampoules de 1 ml et 2 ml - voies IV et SC: 20mg/ml en ampoules de 10 ml	
	Morphine Lavoisier [®]	Solution injectable : voies IV, SC, péridurale, intrathécale et intracérébroventriculaire, IV et SC: 10 mg/ml en ampoules de 1 ml et 5 ml Ampoule injectable à 20 mg/ml en ampoules de 1 ml et de 5 ml pour les voies IV, SC, péridurale, intrathécale et intracérébroventriculaire	
	Morphine chlorhydrate Renaudin [®]	Solution injectable : -Voies péridurale, intrathécale et intracérébroventriculaire, IV et SC : 1mg/ml en ampoules de 1 ml; 10mg/ml; 20mg/ml en ampoules de 1 ml et 5 ml - Voies IV et SC: 40 mg/ml en ampoules de 10 ml	
Morphine sulfate	Morphine sulfate Lavoisier [®]	Voies péridurale, intrathécale et intracérébroventriculaire, IV et SC : 1mg/ml; Solution injectable par des dispositifs médicaux programmables par voie IV, SC : 50 mg/ml en ampoules de 10 ml	
	Morphine sulfate Renaudin [®]	Voies péridurale, intrathécale et intracérébroventriculaire, IV et SC : 15 mg/ml en ampoules de 1 ml	

PROPOFOL par voies centrales

Selon l'AMM, le propofol est un agent anesthésique intraveineux, d'action rapide, utilisable pour l'induction et l'entretien de l'anesthésie générale, la sédation des patients ventilés en unité de soins intensifs, la sédation au cours de procédures diagnostiques ou chirurgicales, seul ou en association à une anesthésie locale ou régionale.			
Propofol	Diprivan 1%®	Emulsion injectable IV en ampoule de 20 ml à 200mg/20ml, en flacon de 50 ml à 500 mg/50ml et en seringue préremplie de 50 ml	Liste I Réservé à l'usage hospitalier et à l'usage en situation d'urgence ²
	Diprivan 2%®	Emulsion injectable IV en seringue préremplie de 50 ml	
	Propofol Fresenius 1%®	Emulsion injectable ou pour perfusion à 10 mg/ml en ampoule de 20 ml et flacons de 50 et 100 ml	
	Lipuro 1%®	Emulsion injectable ou pour perfusion à 10mg/ml en ampoule de 20 ml et flacons de 50 et 100 ml	
	Lipuro 2%®	Emulsion injectable ou pour perfusion à 20 mg/ml en flacon de 50 ml	
	Propofol Mylan®	Emulsion injectable IV à 20mg/ml en ampoule de 20 ml et en flacons de 50 et 100 ml	

Flumazenil			
Selon l'AMM, le flumazenil est indiqué pour neutraliser les effets sédatifs des benzodiazépines dans le système nerveux central			
Flumazenil	Anexate® et génériques	Solution injectable IV à 0.5mg/5ml et à 1 mg/10ml : en ampoules de 5 et 10 ml	Liste I

Naloxone			
Selon l'AMM, le naloxone est indiqué dans le traitement des dépressions respiratoires secondaires aux morphinomimétiques en fin d'interventions chirurgicales à but thérapeutique ou diagnostique			
Naloxone	Narcan® et génériques	Solution injectable SC, IM et IV à 0.4 mg/ml : en ampoules de 1ml	Liste I

¹Médicament pouvant être rétrocédé par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé, à titre dérogatoire, dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique rebelle ou des soins palliatifs (décision du 20 décembre 2004 relative à la vente au public de certaines spécialités pharmaceutiques et certains aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé et à leur prise en charge par l'assurance maladie).

²Médicament pouvant être administré par tout médecin spécialisé en anesthésie-réanimation ou en médecine d'urgence dans le cas où il intervient en situation d'urgence ou dans le cadre d'une structure d'assistance médicale mobile ou de rapatriement sanitaire (article R.5121-96 du CSP).

³Médicament ne pouvant être délivré qu'aux professionnels de santé habilités à le prescrire et à l'administrer, sur présentation d'une commande à usage professionnel (article R.5121-80 du CSP).

Le traitement de fin de vie des patients en HAD d'Angers

RÉSUMÉ

INTRODUCTION :

L'HAD est l'un des acteurs principaux dans le champ de la prise en charge de patients en fin de vie. Avec plus du quart de son activité consacré aux soins palliatifs, l'HAD est une ressource potentielle pour le domicile, pour les établissements médico-sociaux et sociaux dans le cadre d'un accompagnement de personnes en fin de vie.

METHODES : Une étude descriptive rétrospective monocentrique a été effectuée, les dossiers de 130 patients décédés en HAD sur l'année 2016, déclarés en soins palliatifs, ont été analysés.

RESULTATS : De la totalité des patients décédés en HAD en 2016, 96,3% ont été déclarés en soins palliatifs. La moyenne d'âge est de 78,9 ans, les patients pris en charge pour une pathologie cancéreuse sont plus jeunes avec une moyenne d'âge à 75 ans et les patients décédés dans un contexte de polypathologie sont plus âgés, la moyenne d'âge étant de 89 ans. 23% des séjours sont des séjours très courts (≤ 4 jours), prises en charge qui posent des questionnements sur le manque de l'anticipation. La prescription de l'HAD est majoritairement hospitalière. La prescription de l'HAD par les médecins généralistes est de 32%. L'intervention de l'HAD en EHPAD dans notre étude représente 23,8%. La pathologie principale nécessitant la prise en charge palliative est représentée par la maladie cancéreuse avec 73% des cas suivis de l'insuffisance respiratoire.

Les prescriptions de traitement en phase terminale sont réalisées dans 50% par les médecins coordinateurs, dans 27,7% par les médecins traitants. Le traitement morphinique est retrouvé dans 66,9% des cas dès l'admission, en phase terminale sa prescription augmente à 86,9%. A l'admission l'opioïde le plus prescrit est le Fentanyl transdermique, en phase terminale c'est le Chlorhydrate de Morphine. Les benzodiazépines sont retrouvées dans 50% des cas dès l'admission pour atteindre 73% en phase terminale. Le Midazolam est la benzodiazépine la plus prescrite. Les autres médicaments qui augmentent en phase palliative sont la Scopolamine surtout en dispositif transdermique et Amitriptyline par voie intraveineuse.

CONCLUSIONS : L'ajustement thérapeutique en phase terminale chez les patients en fin de vie en HAD est réalisé selon les recommandations, les prescriptions sont limitées au traitement de la douleur, de l'agitation, de l'encombrement et de la dyspnée. Cet ajustement est réalisé majoritairement par les médecins coordinateurs.

Mots-clés : soins palliatifs, fin de vie, HAD, Midazolam, antalgiques pallier 3,

End-of-life patient home care in Angers

ABSTRACT

Introduction

Home care plays a pivotal role in patients that are in an end-of-life stage. Indeed, home care is an important asset to hospitals and other health institutions as well as for families, especially in a palliative setting. Lastly, palliative care represents more than a quarter of total home care services.

Methods

In this retrospective observational study, we analyzed all 130 patients' files who were on home palliative care and who died during 2016.

Results

The clear majority (96.3 %) of home care patients who had passed away in 2016 were on palliative care. Mean age was 78.9 years in total population with a mean of 75 years in the cancer sub-group population versus a higher mean of 89 years in the polypathology population. Twenty-three percent of hospital stay was less than 4 days, mainly due to doctors' inability to foresee prescriptions. Indeed, most of home care prescriptions were written in the hospital and only 32 % were prescribed by general practitioners. Home care in establishments providing care for the dependent elderly was 23.8 %. Palliative care concerned mainly the oncology population (73 %), followed by chronic respiratory failure population. Palliative care specialists prescribed treatment in 50 % of cases and GP's in 27.7 % of cases. Opioid painkillers were present in 66.9 % of cases at admission and consisted mainly of transdermal fentanyl patches whereas, in terminal stage, they had increased to 86.9 % and consisted of morphine. Likewise, benzodiazepines (mainly Midazolam) were prescribed in 50 % of patients at admission and increased to 73 % in final stage. Other medical treatments used in terminal stage were Scopolamine by transdermal delivery and Amitriptyline by IV delivery.

Conclusion

Home care medical treatment in an end-of-life situation follows guidelines, is closely coordinated by a palliative-care specialist, and consists mainly of alleviating pain, anxiety, lung congestion and dyspnea.

Keywords : palliative care, end-of-life, home care, midazolam, opioid painkillers