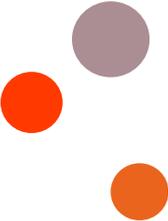


ONCOLOGIE, SSR, SOINS PALLIATIFS, QUAND ET COMMENT PASSER LA MAIN?



DR Catherine LACROIX
CH Valence
2018





Besoins

+ de 10% des séjours MCO **oncologiques**

Soit :

- Chirurgie lourde : besoin de rééducation et réadaptation
- Chirurgie non lourde : SSR polyvalent
- Complications médicales :
 - Intercures
 - Infections
 - Aplasie médullaire
 - AEG
 - Décompensation cardio respiratoire
 - Répit
 - Phase terminale

Mais aussi : **pathologies neuro dégénératives, post AVC, insuffisances terminales d'organe**





DIFFICULTÉS

- Pathologie cancéreuse
- Echelle de performance OMS
- Réadaptation non envisageable
- Places disponibles
- Age
- Surcout dû au cancer
- Techniques (trachéo, VAC....)
- Aval (problèmes psycho-sociaux)



3ÈME PLAN CANCER (2014-2019)

- **Objectif 7 : Assurer des prises en charge globales et personnalisées**
- **Action 7.5 :** Structurer sous la responsabilité des ARS une organisation territoriale mobilisant les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux impliqués pour assurer une prise en charge globale et coordonnée.
- **Action 7.6 :** Assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades.



QUELLES RESSOURCES (BASSIN VALENTINOIS) ?

- SSR polyvalents gériatriques
 - personnes âgées
 - « vrai » projet de réadaptation
 - Coût des traitements
 - Critères d'autonomie
- SSR MPR
- USP Valence, Crest
 - « lieu de vie et soins ». Mais....
 - T2A, borne haute à 12 jours, DMS
 - Donc secteur MCO
- USLD « gériatrique et payant »



CAS CLINIQUE 1 / MADAME CH 46ANS

- Gliome grade 3 : 2010
- RT, CT
- Evolution 2013 : reprise CT : effets secondaires++ : SP
- Divorcée, un compagnon, 2 enfants « fragiles »

- Entrée USP : 25/09/2013
- Marche avec canne, aide transferts. Cécité OG, baisse++AV OD
- Chutes++ (obstacles)
- Oubli à mesure
- Réadaptation



CAS CLINIQUE 1 / MADAME CH 46ANS

- Amélioration : organisation RAD+HAD pour le 15/10
- Chute veille de la sortie : fracture tassement L1
- Aggravation perte d'autonomie, douleurs, confusion. Nouvelles chutes

- Domicile non adapté (demi-niveaux)
- Proposition de la fille de vivre au domicile de sa mère
- Travaille comme chauffeur de bus
- Mère célibataire enfant 8 ans
- Méésentente entre compagnon et enfants
- Suspicion de « non bientraitance » du compagnon
- Refus équipe médicale et HAD
- Rencontre SAMSAH. Demandes MAS



CAS CLINIQUE 1 / MADAME CH 46ANS

- Départ CH Tournon 27/11
 - Alterne séjours 1 mois Valence/ Tournon
 - Refus CH Tournon nouvel accueil en aout 2014
 - USP Crest où la patiente décède.
-
- *Patient au centre du dispositif de soins?*
 - *Logique « distributive »?*



CAS CLINIQUE 2 : MONSIEUR H. 49 ANS

- Astrocytome en 2007
- Echappement thérapeutique 2017 : SP
- Appel EMSP en neuro pour mutation USP
- Dossier USLD fait en accord avec famille : dérogation âge, aide sociale
- Déficit neurologique hémicorps droit 3/5, PF droite, ralentissement idéomoteur. DTS. Troubles cognitifs. Anosognosie.
- Demandeur++ : fume, souhaite sortir jardin...
- Entrée USP le 09/06/17
- Mutation USLD : 15/06/17
- Décès 02/08/17



CAS CLINIQUE 2 : MONSIEUR H. 49 ANS

- Intérêt du passage en USP?
- « violence faite au patient et aux proches (conditions hébergement, disponibilité du personnel, coût...)
- Mais : délai admission USLD imprécis

- Courrier de la famille dans l'hiver :
- « dénoncer l'incompréhension et la lourdeur des systèmes non adaptés à certaines catégories de patients perdant petit à petit leur autonomie »
- « Mon fils ne touche que 535 euros de pension, on doit payer 1600 euros de caution en étant non imposables » (enfants non solvables)
- « c'est juste la faute à personne : il n'y a aucun établissement existant pour de semblables cas(..) la maison de retraite (...) ce n'est pas leur place



CAS CLINIQUE 3 : MONSIEUR A.: 73 ANS

- Mélanome joue droite en 2011
- AVC en juin 2016
- Suspicion AVC en septembre : MS : 0/5, MI : 3/5, troubles phasiques et syndrome confusionnel
- Métastases cérébrales et pulmonaires en septembre 2016
- Décision ttt par ZELBORAF et COBIMETINIB
- Mutation USP
- Evolution neuro rapidement favorable : parole normale, disparition syndrome confusionnel. MI : 4/5
- Avis médecin MPR : accord de principe
- Refus commission : coût ttt journalier : >500euros
- SSR polyvalent : pas évolution neuro
- RAD+ HAD



CAS CLINIQUE 3 : MONSIEUR A.: 73 ANS

- Maintien à domicile jusqu'à mi mars 2017
- Évolution multi métastatique : arrêt des ttt
- Entrée en EHPAD 04/04/2017
- Vu par EMSP le 07/04/2017 : inconscient, polypnéique
- Décès rapide

- Qualité de vie conservée sous ttt sans récupération fonctionnelle : 6 mois

- *Refus SSR MPR : Incompréhension du patient*
- *Absence de MPR : Perte de chance?*
- *Que fallait il faire?*



CONCLUSION

- Activité USP CH Valence 2017 : 353 patients
- Décès : 64%
- RAD (sans HAD) : 12%
- HAD : 7%
- Mutations/transferts : 13%
- DMS (mono RUM) : 10,24 jours

