



Les jeudis des Soins de Suite et de Réadaptation en cancérologie

Quand, comment passer du SSR actif
aux soins palliatifs ?

Faire l'annonce qui, quand, comment ?

Dr N. KOTZKI- SSR Ladapt 2607

Dr C. LACROIX- Soins Palliatifs CHV

Introduction

- ▶ Les cancers et leurs métastases entraînent soit par leur localisation propre, soit par leur traitement des déficits pour lesquels, l'oncologue fait appel aux soins de suite pour assurer la prise en charge des déficiences ainsi acquises
- ▶ La difficulté réside dans l'objectif du séjour en SSR : SSR spécialisé ou SSR polyvalent, le choix est parfois difficile.
- ▶ Quid du SSR support ou palliatif?

ADMISSION EN SSR

- ▶ La circulaire DHOS/O1 n° 2008-305 du 3 octobre 2008 précise que l'orientation d'un patient dans une structure de SSR et son admission doivent répondre à un objectif thérapeutique déterminé et régulièrement réévalué.
- ▶ *Le service de SSR ne doit plus être seulement reconnu comme l'aval des soins de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), mais comme une structure sanitaire apportant une plus-value réelle au patient car permettant une prise en charge globale destinée à lui permettre de retourner dans son lieu de vie d'origine.*
- ▶ Ainsi toute admission en SSR doit être précédée d'une évaluation des besoins médicaux (cf. art. D. 6124-177-5) permettant de valider ou non l'adéquation de son orientation. = commission d'admission
- ▶ **Un projet et des objectifs** ont été identifiés pour le patient dans un ou plusieurs des domaines suivants (rééducation, réadaptation, suivi et surveillance thérapeutiques, éducation thérapeutique, réinsertion, prévention).
- ▶ *L'orientation d'un patient dans une structure de SSR et son admission doivent répondre à un objectif thérapeutique déterminé et régulièrement réévalué.*
- ▶ Il faut donc être en mesure d'identifier un ou plusieurs des objectifs dans la liste présentée.

Viatrajectoire

ViaTrajectoire est un service simple et sécurisé qui propose aux professionnels hospitaliers, aux professionnels médico-sociaux, aux médecins libéraux et aux particuliers, une aide à l'orientation personnalisée en soins de suite et de réadaptation, en hospitalisation à domicile, en soins de longue durée ou en structure d'hébergement pour personnes âgées ou pour personnes en situation de handicap.

SSR ?

- ▶ SSR = soins de suite et de réadaptation
- ▶ On distingue les SSR spécialisés et les SSR polyvalents
- ▶ Dans les SSR spécialisés, on distingue les SSR à vocation MPR, les PAP et autres
- ▶ Définition Européenne de la Médecine Physique et de Réadaptation " La Médecine Physique et de Réadaptation est une spécialité qui a pour rôle de coordonner et d'assurer la mise en application de toutes les mesures visant à prévenir ou réduire au minimum inévitable les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques, sociales et économiques des déficiences et des incapacités

Critères de prise en charge en SSR-MPR

- ▶ La Fedmer établit en 2001 et révisé en 2008 un référentiel permettant , pour un certain nombre d'affections chroniques et invalidantes, de proposer des critères d'orientation en structures MPR.
- ▶ L'objectif est de développer la réinsertion sociale et professionnelle selon une démarche dynamique et dans les délais les plus courts.
- ▶ Elle se concentre sur les capacités fonctionnelles, l'amélioration de l'autonomie et la qualité de vie.

Facteurs déterminant le choix d'un SSR MPR

La nature et l'intensité des déficiences induisent les indications des techniques de rééducation, leur modalité, leur diversité, leur complexité et leur complémentarité.

A partir de deux interventions spécialisées ou de plus d'une heure par jour de rééducation, ces déficiences justifient la prise en charge dans une structure de Médecine Physique et de Réadaptation

Orientation

- ▶ SSR « locomoteur » : enjeu fonctionnel et potentiel de récupération du patient, indépendamment de son âge. Explorations quant au diagnostic principal, aux fonctions vitales et aux co-morbidités effectuées
- ▶ SSR PAP : Besoins médico-psycho-sociaux de patients âgés après un épisode aigu, à l'origine ou non d'une hospitalisation, en provenance d'une autre structure de soins sanitaire ou médico-sociale ou encore du domicile privé.

Favoriser l'entretien ou la récupération optimale de capacités physiques et psychiques de patients âgés souffrant d'une ou de plusieurs maladies chroniques invalidantes ou susceptibles de le devenir et présentant des risques particuliers et fréquents de décompensations organiques, susceptibles d'entraîner l'installation ou l'aggravation d'une dépendance physique et/ou psychique.

- ▶ SSR neuro : Affections du système nerveux central et/ou périphérique, quel que soit leur âge,
Programme de rééducation et de réadaptation, le plus souvent après une pathologie aiguë ou pour l'aggravation d'une pathologie connue
Diagnostic, un bilan ou un suivi dans le cadre de déficiences chroniques handicapantes
Actes médicaux ou médico-techniques spécialisés

Orientation

- ▶ SSR oncologie: tumeurs malignes solides.
 - ▶ temps intermédiaire entre les soins aigus et le suivi ambulatoire dans la filière de soins et
 - ▶ prépare le retour dans le lieu de vie.
 - ▶ L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée en SSR de oncologie, est liée :
 - soit à un état clinique nécessitant un suivi quotidien par un médecin qualifié spécialiste en oncologie, ou un médecin présentant une formation ou une expérience attestées en oncologie,
 - soit à la nécessité d'assurer le traitement et/ou sa surveillance quand les contraintes thérapeutiques, sociales et/ou l'éloignement territorial ne permettent pas un retour rapide au domicile.

IDENTIFIER LES HOSPITALISATIONS LIÉES AU CANCER EN SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION

- ▶ *Algorithme cancer SSR » document publié en septembre 2017 sur un travail portant sur les données 2014*
- ▶ Plus de la moitié de en SSR polyvalent
- ▶ ¼ en PAP l'activité identifiée
- ▶ 98 % des séjours en lien avec le cancer en hospitalisation complète
- ▶ plus de 8 HdJ sur 10 sont réalisées dans une unité de SSR spécialisée.

- ▶ Avec 181 000 séjours et 5,8 millions de journées en 2014, cette activité représente 13 % des séjours et 15 % des journées du secteur.

Orientation

- ▶ SSR respiratoire : affections respiratoires, avec un handicap respiratoire transitoire ou permanent.
 - ▶ réhabilitation respiratoire visant à améliorer les capacités physiques et la qualité de vie d'un patient porteur d'une maladie respiratoire chronique et ayant une diminution de ses activités quotidiennes,.
 - ▶ adaptation d'une assistance ventilatoire préalablement mise en place
 - ▶ éducation thérapeutique ciblée sur la prise en charge respiratoire
- ▶ SSR hémato : hémopathies malignes et thérapeutiques immunosuppressives.
 - ▶ temps intermédiaire entre les soins aigus et le suivi ambulatoire dans la filière de soins et prépare le retour dans le lieu de vie.
 - ▶ Surveillance et /ou poursuite des traitements liés aux affections onco-hématologiques et le cas échéant le recours aux soins palliatifs.
 - ▶ Prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, psychologiques et sociales des personnes

IDENTIFIER LES HOSPITALISATIONS LIÉES AU CANCER EN SOINS DE SUITE ET RÉADAPTATION

- ▶ Les PAP accueillent les personnes les plus âgées, polypathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance
- ▶ Les unités indifférenciées ou polyvalentes accueillent également des personnes âgées mais aussi 43 % de personnes de moins de 75 ans
- ▶ Les SSR spécialisées accueillent les personnes plus jeunes avec une large majorité (72 %) de personnes de moins de 75 ans

Dépendance physique

	Séjours liés au cancer		Séjours non liés au cancer	
	n	%	n	%
À l'admission				
4	32 967	18.2	344 163	29.3
5-8	52 582	29.1	361 834	30.8
9-12	46 484	25.7	249 567	21.2
16	48 868	27	219 996	18.7
A la sortie (pour les séjours terminés en 2014)				
4	35 463	21.4	382 289	35.3
5-8	50 704	35	361 719	33.4
9-12	34 788	20.9	176 773	16.3
16	45 159	27.2	160 954	14.9

Dépendance cognitive

	Séjours liés au cancer		Séjours non liés au cancer	
	n	%	n	%
À l'admission				
2	81 113	44.8	612997	52.2
3-4	54 670	30.2	325201	27.7
5-6	29 325	16.2	148779	12.7
7-8	15 793	8.7	88581	7.5
A la sortie (pour les séjours terminés en 2014)				
2	72405	43.6	586506	54.2
3-4	47125	28.4	290233	26.8
5-6	25622	15.4	125182	11.6
7-8	20962	12.6	79813	7.4

Modalités de décès en SSR

- ▶ Le décès en SSR : 11,2 % des séjours en lien avec le cancer (contre 1,6 %). Ce pourcentage augmente avec l'âge < 5 % avant 45 ans, entre 5 et 10 % entre 45 et 69 ans, et > 10 % au-delà.
- ▶ Le décès survient dans les 10 premiers jours dans près de 1 cas sur 4.
- ▶ La durée médiane se situe à 23 jours
- ▶ Le pourcentage de décès est plus élevé pour les hommes (12 %) que pour les femmes (11 %)
- ▶ Le pourcentage de décès dépend du cancer primitif : cancers du foie et voies biliaires (26 %), du pancréas (25 %) du poumon (19 %), de l'estomac (16 %) et de la vessie (15 %).

La prise en charge en MPR peut intervenir à différentes périodes d'une maladie

- ▶ c'est le plus souvent au décours et/ou à la suite de la survenue d'une affection aiguë
- ▶ c'est aussi, compte tenu de l'augmentation actuelle des affections chroniques, en raison de la survenue lors du suivi, de complications, d'aggravations, de baisse des capacités fonctionnelles de sujets présentant des séquelles d'une affection antérieurement acquise ou une affection médicale chronique évolutive.

Facteurs déterminant le choix de la modalité de suivi

Facteurs médicaux :

- surveillance médicale importante, quotidienne, en raison des risques cliniques, des séquelles, des complications de l'affection causale et facteurs de co-morbidité ;
- la nécessité d'un traitement médical important ou de coût élevé, difficile à mettre en œuvre en ambulatoire ou dans le cadre de certaines structures de Soins de Suite peu médicalisées ou l'intégration du patient dans un programme spécifique, pluridisciplinaire, intensif, coûteux de rééducation non applicable dans le secteur libéral.

Facteurs psychologiques : si leur sévérité ne permet pas une autonomie et une vie sécurisante à domicile

Facteurs sociaux : impossibilité matérielle de retour à domicile, par inadaptation de l'environnement architectural, par l'absence d'environnement humain et/ou de structure de soins ou d'aide au maintien à domicile ou simplement par une inaptitude partielle à vivre en toute sécurité, autonome à son domicile.

Choix du patient ou de sa famille : Il contribue en corrélation avec les autres facteurs au choix d'un suivi en hospitalisation ou en ambulatoire

Le patient en rééducation

- ▶ Bilan initial: objectifs de soins, modalités d'hospitalisation et de durée
- ▶ Bilans suivants :réajuster la prise en charge et affiner les modalités de sortie
- ▶ L'activité de rééducation en SSR spécialisé comporte au moins deux heures par jour d'activité physique soit un effort soutenu
- ▶ Des prises en charge spécifiques psychosociales, orthophoniques , complètent le programme

2008

CAROL
Coordination Atlantique des
Réseaux Oncologiques Locaux

RÉFÉRENTIEL
RÉGIONAL DE
BONNE PRATIQUE EN
MÉDECINE PHYSIQUE ET
DE RÉADAPTATION CHEZ
LES PATIENTS ATTEINTS
DE CANCER

www.reseau-carol.fr

SSR et patient suivi en oncohématologie

- ▶ diversité des atteintes cliniques, des modalités thérapeutiques et de leur évolution.
- ▶ retentissements fonctionnel, psychologique et social : orientation vers une prise en charge en service de soins de suite:
 - ▶ plus spécifiquement en service de médecine physique et de réadaptation
 - ▶ services de soins de suite médicalisés polyvalents ou PAP
 - ▶ SSR orientation hémato-oncologique.

Hospitalisation en SSR-MPR

- ▶ La MPR est concernée dès lors qu'il existe une déficience relevant des techniques spécifiques de cette spécialité.
- ▶ Les modalités de prise en charge des pathologies cancéreuses en service de MPR sont assez complexes par rapport aux autres pathologies habituellement prises en charge, car elles se doivent d'être souples et surtout adaptées en permanence aux conditions personnelles du patient et à sa maladie cancéreuse.

Hospitalisation en SSR-MPR

- ▶ trois périodes de prise en charge :
 - une *phase initiale* où le rôle du médecin de MPR est essentiellement consultatif
 - une *phase secondaire* posttraitement, dépendante de l'état clinique et psychosocial du patient
 - une *phase tertiaire* de guérison ou de stabilisation: peu différente des autres patients .
 - .

Hospitalisation en SSR-MPR

Mais dans certains cas, il peut s'agir de la phase terminale d'un cancer évolué.

Soit, évolution au cours du séjour

Soit réhospitalisation et découverte de la phase terminale

Déficiência lourde

- une surveillance médicale quotidienne
 - une prise en charge rééducative pluridisciplinaire
- Nécessité de soins complexes de rééducation
- Espérance de vie compatible avec la mise en œuvre d'un projet de rééducation et de réadaptation
 - État clinique permettant une participation à un programme de rééducation

Autres cas

- ▶ Patients âgés, poly pathologiques avec environnement socio familial défavorable! SSR PAP
- ▶ Si État clinique fragile : nécessité surveillance médicale, soins simples de rééducation et actes infirmiers complexes et pluriquotidiens- environnement SSR inadapté: SSR spécialisée affections oncohématologiques
- ▶ Environnement favorable quelque soit le niveau de déficience et Nécessité d'une surveillance médicale et thérapeutique importante et Besoin de kiné et orthophonie : HAD

En Théorie

- ▶ Possibilités de réorienter le patient dans une des branches de la filière en fonction des bilans de réévaluation, des périodes de chimiothérapie, de radiothérapie ou des intercures
- ▶ En phase tertiaire: Intervention d'un médecin spécialisé en MPR ou d'une équipe mobile de rééducation
- ▶ Soit guérison et prise en charge identique à toute déficience
- ▶ Soit phase terminale: unité de soins palliatifs et proposer matériel et adaptation de l'environnement

Spécificités des patients d'oncologie

- ▶ Notion de temporalité: temps de la maladie d'abord, qui est prépondérant, rythmé par les différents bilans et traitements
- ▶ Contrainte : l'évolutivité de la maladie peut exiger une importante réactivité », alors que souvent en MPR le temps est un allié «
- ▶ Temps du corps malade qui réagit à la maladie et aux traitements, différemment avec sa douleur, sa fatigue, ses bonnes et mauvaises journées, ses mieux, ses rémissions mais aussi ses aggravations
- ▶ Temps de la vie en général, car elle est souvent en jeu ; vie passée et temps qui reste.

Critères de prise en charge en médecine physique et de réadaptation et pathologies cancéreuses)- Paul Calmels et coll

Spécificités des patients d'oncologie

- ▶ Schéma rééducatif : « parcours en rééducation » qui doit s'adapter à l'évolution des besoins et des conditions cliniques et fonctionnelles
- ▶ Schéma thérapeutique du cancer, variable selon l'évolution naturelle de la maladie et l'efficacité et la tolérance des thérapeutiques anticancéreuses.
- ▶ À la différence de la plupart des autres affections nécessitant une prise en charge en MPR, les affections cancéreuses sont dominées par le pronostic et le risque vital.
- ▶ Remise en cause à tout moment des choix thérapeutiques

Spécificités des patients d'oncologie

- ▶ hospitalisation complète si déficience sévère ou multiple nécessitant un programme rééducatif plus « lourd » ou fractionné ; HDJ le plus possible afin de limiter la rupture avec le milieu de vie, mais cela toujours en accord avec le patient et son entourage.
- ▶ L'évaluation clinique et fonctionnelle doit être de toute façon régulière et ainsi permettre d'adapter le programme et les modalités de prise en charge.

Spécificités des patients d'oncologie

En filigrane , pronostic vital et durée de survie: pertinence de la rééducation

Annonce du pronostic indispensable:

Pronostic fonctionnel= le médecin MPR

Pronostic vital = l'oncologue

A la phase terminale d'un cancer évolué : le patient devrait être pris en charge par une structure de soins palliatifs.

Le rôle du médecin de MPR est d'aider les équipes de soins palliatifs à la mise en place de moyens techniques permettant d'améliorer le confort et de diminuer la douleur des patients dans un contexte de déficience motrice, d'assurer le maintien de la qualité de vie et le plus d'autonomie

aides techniques pour l'alitement,

postures, techniques de

massages, drainages,

neurostimulation transcutanée,

aides techniques et sociales pour les aidants et la famille

Cas clinique n° 1- M Der M(42 ans)

- ▶ tumeur cérébrale sur une I.R.M. le 13 février dans un contexte de bilan de confusion et céphalée : glioblastome de grade 4 avec un œdème et effet de masse important
- ▶ une hypertension intracrânienne avec dégradation de l'état neurologique
- ▶ apparition d'un déficit moteur droit prédominant au niveau du membre supérieur droit malgré la corticothérapie.
- ▶ la radiothérapie a été débutée le 9 mars+ chimiothérapie.
- ▶ A l'entrée : troubles de compréhension et d'expression avec une désorientation et confusion très importante.
- ▶ déficit moteur prédominant au membre sup et limitée au MI coté à 3/4 avec une marche à steppage discret

Cas clinique n° 1- M Der M(42 ans)

- ▶ Découverte le 27 juin d'une thrombose veineuse iliaque externe droite de l'extrémité supérieure du thrombus étiquetée paranéoplasique
- ▶ Devant l'évolution stagnante, la famille a pris conscience du caractère irréversible de la pathologie et a choisi de se rapprocher de Blois, région d'origine
- ▶ Préparation de la sortie: équipe pluridisciplinaire, contact oncologique
- ▶ A la sortie: marche avec une canne simple.
- ▶ Restauration d'une compréhension à peu près correcte mais l'expression reste très déficitaire.
- ▶ Troubles mnésiques importants qui affectent la mémoire de travail à court terme.
- ▶ Pas de nouvelle

Cas clinique n° 2 : M Og.. JL

- ▶ Découverte fin octobre 2014 d'un déficit du MSG en rapport avec un gliome de stade 4 frontal G: exérèse en novembre 2014- radiothérapie et chimiothérapie
- ▶ Sous corticothérapie, apparition d'un diabète et de tassements vertébraux hyperalgiques
- ▶ Chutes à répétition : IRM de contrôle : volumineux oedeme perilésionnel avec masse tumorale stable
- ▶ Pneumopathie avec pneumothorax..
- ▶ Évolution vers une IRchronique sur sd obstructif persistant, comitialité

Cas clinique n° 2 : M Og..JL

- ▶ Décision d'un RAD avec HAD en mai 2015
- ▶ Retour aux Baumes fin mai
- ▶ Évolution progressive vers une aggravation du déficit avec hémiplégie complète et aphasie de Broca attestant d'une probable progression carcinologique.
- ▶ « Compte tenu du pronostic sombre du patient et de l'entourage familial très étoffé durant les fêtes, un accompagnement au domicile a donc été jugé préférable par son épouse et ses enfants ».

CAS CLINIQUE n° 3: M Deg...73 ans

- ▶ Patient suivi pour adénocarcinome prostatique
- ▶ découverte en janvier 2015 : localisations métastatiques osseuses multiples dont une sur l'hémicorps G de T1
- ▶ En juin 2016 : tableau de paraplégie complète en rapport avec une atteinte secondaire compressive en T8.
- ▶ A l'entrée le 27/09/2016 : - tableau de paraplégie complète de niveau T9.
- ▶ Malgré un séjour prolongé : aucun progrès et décision de RAD en novembre 2016
- ▶ sortie le 28 février 2017 après un long travail pluridisciplinaire avec prise en charge HAD après adaptation du domicile

.

Cas clinique n° 4 Mme Vi...I- 48 ans

- ▶ Découverte devant des troubles de la marche en juillet 2016 d'un lymphome cérébral de localisation multiple cérébelleuse et hémisphérique g- chimiothérapie
- ▶ A l'entrée le 01/09/2016 : tableau d'hémiplégie D et sd cérébelleux prédominant à d
- ▶ Evolution émaillée de complications septiques majeures avec aggravation progressive et apparition d'un tableau d'HIC
- ▶ Explications données quant au pronostic fonctionnel défavorable

Cas clinique n° 4 Mme Vi...I- 48 ans

- ▶ Découverte de nouvelles localisations lymphomateuse osseuse périphériques
- ▶ RAD préparé mais non possible devant la perte complète d'autonomie
- ▶ Nécessité d'une réhospitalisation en neurologie sur tableau d'HTIC en avril 2017 puis transfert en secteur palliatif et décès le 17 mai 2017
- ▶ Problème soulevé: annonce du pronostic vital non fait

Cas clinique n° 5 : M Tro...F -33 ans

- ▶ Découvert en 2003 d'un sarcome d'Ewing : chimio puis chirurgie avec mise en place d'une PTG
- ▶ 2005: découverte d'une localisation secondaire pulmonaire puis métastases pulmonaires multiples traitées par radiofréquence
- ▶ Récidive en 2006 au niveau de la hanche D
- ▶ descellement de prothèse : mise en place d'une mégaprothèse en juin 2009
- ▶ Récidive de descellement en 2010 avec nouveau séjour favorable

Cas clinique n° 5 : M Tro...F -33 ans

- ▶ Puis évolution malgré la rémission vers un lymphoedeme majeur du MIG et prise en charge itérative en HDJ jusqu'en 2016-
- ▶ découverte d'une évolution ulcéronécrotique liée à la progression de la tumeur
- ▶ Nouvelle prise en charge à la demande de la famille et du service d'oncologie dans les suites d'un sepsis grave sous chimiothérapie
- ▶ Patient en HDJ puis en HC- bilan initial défavorable

Cas clinique n° 5 : M Tro...F -33 ans

- ▶ Tableau de lymphoedeme majeur avec paralysie sciatique hyperalgique- IR sévère et anémie nécessitant des transfusions itératives
- ▶ Echec de la prise en charge et altération majeure de la qualité de vie restante
- ▶ Réhospitalisation à Léon Bérard malgré l'organisation du RAD pour les fêtes de Noel
- ▶ Décès un mois après