

Retour précoce du sujet âgé dans son lieu de vie après une chirurgie de cancer : Quelle plus-value? Quels acteurs?

Dr BORDAS Mathilde, Mme COLLIOT Anne-Marie (HAD 35)
Journée de l'UCOG Bretagne 16 mars 2017

Définition de l'HAD :

- L'HAD permet d'assurer au domicile du patient des soins médicaux et paramédicaux complexes, continus et coordonnés en associant le médecin hospitalier, le médecin traitant et tous les professionnels paramédicaux et sociaux (interface ville / hôpital).
- L'HAD est une offre de prise en charge globale des soins au domicile du malade à tous les âges de la vie.
- Sa principale mission est d'assurer la coordination des intervenants associés à la prise en charge du patient.
- L'HAD est un établissement hospitalier sans hébergement.



GENERALITES

OBJECTIFS de l'HAD :

- Diminuer un temps d'hospitalisation traditionnelle ou éviter une hospitalisation traditionnelle.
- Sans l'HAD, le patient ne pourrait sortir vers son domicile, et sans l'HAD le patient ne pourrait rester à son domicile.
- Respecter le droit du patient pour une prise en charge hospitalière à domicile.
- Accompagner et aider l'entourage du patient - Soutenir et conseiller le médecin traitant et les professionnels libéraux
- Réduire les dépenses de santé, tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins.



GENERALITES

Présentation de l'établissement :

- Etablissement de santé privé à but non lucratif créé en 2002 à l'initiative de la Mutualité Française d'Ille et Vilaine et de l'UNA Ille et Vilaine.
- **SITE UNIQUE** le 1 Septembre 2016/ Zone Rennes Attalante, administratif et opérationnel.
- Couverture de l'ensemble du territoire de santé numéro 5.
- Particularité: mixité :**SALARIES + LIBERAUX**
- Hôpital à Domicile 35 est adhérent à la FNEHAD, Fédération Nationale des établissements d'Hospitalisation à Domicile
- Certifié au plus haut niveau par la Haute Autorité de Santé (V2010)



HOPITAL A DOMICILE

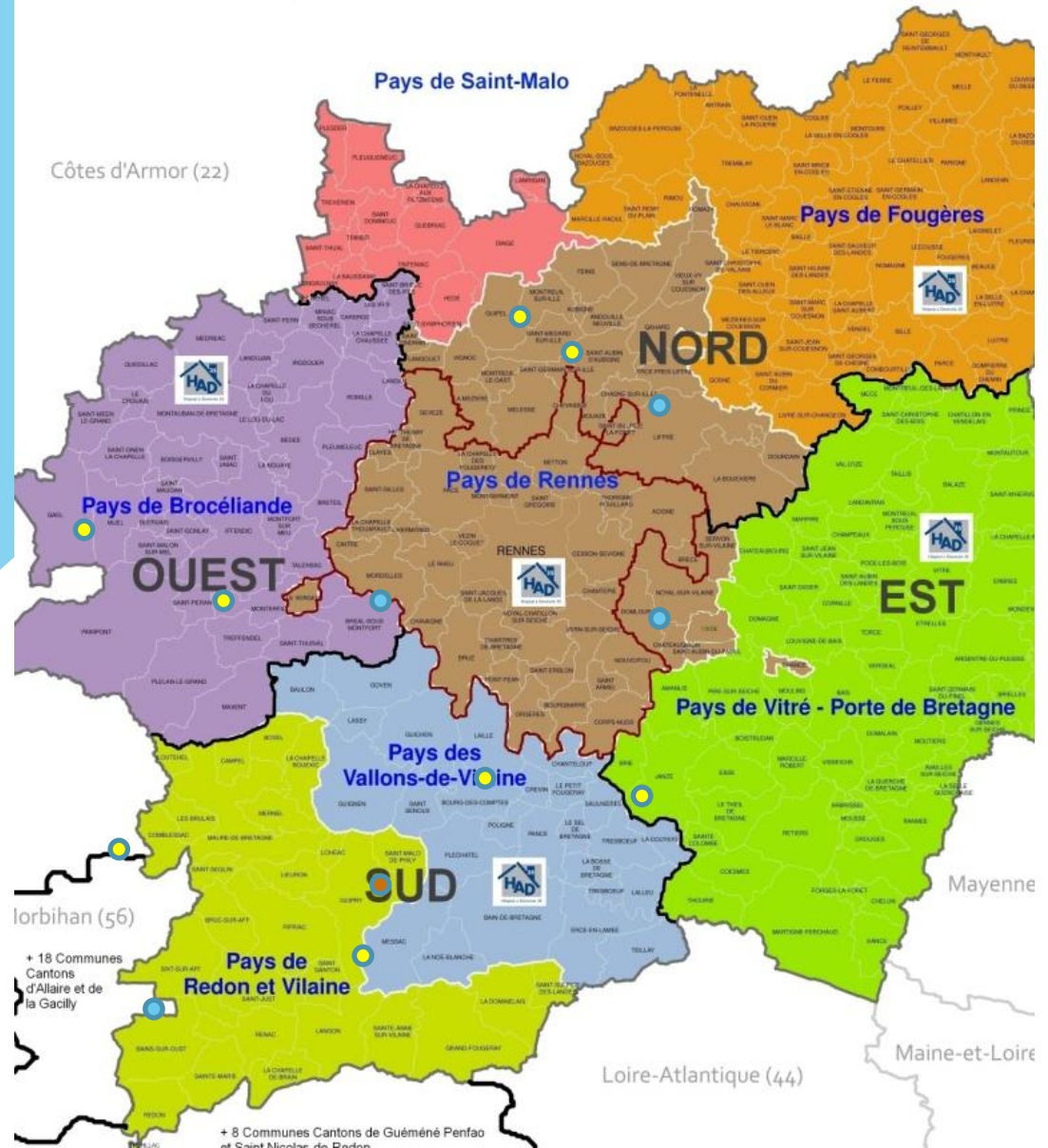
35

SECTEURS D'INTERVENTION

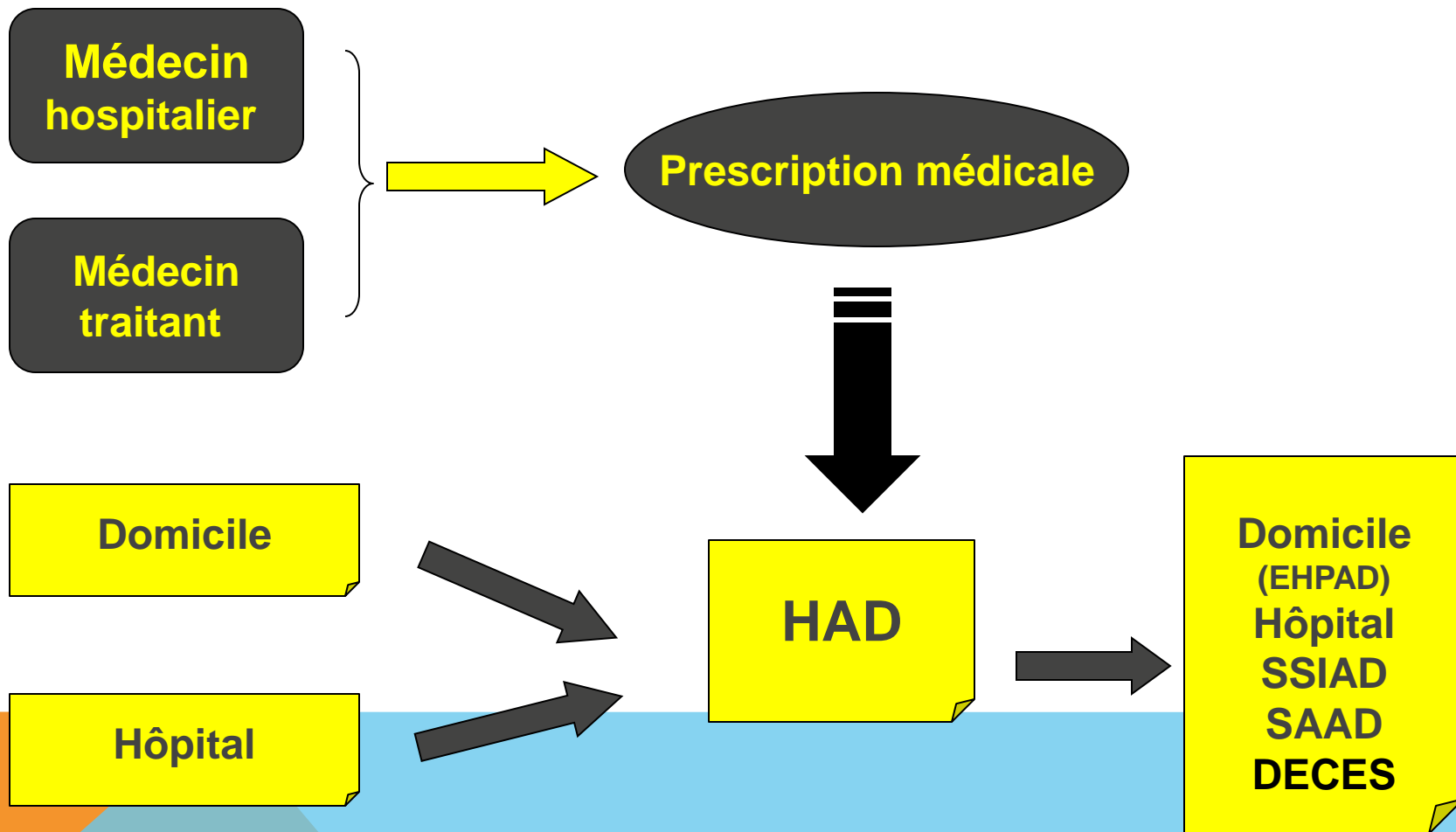
- Centre hospitalier
- Hôpital local
- Etablissement de santé



Manche (50)



PARCOURS DU PATIENT AVEC L' HAD



La Prise en charge du patient admis.

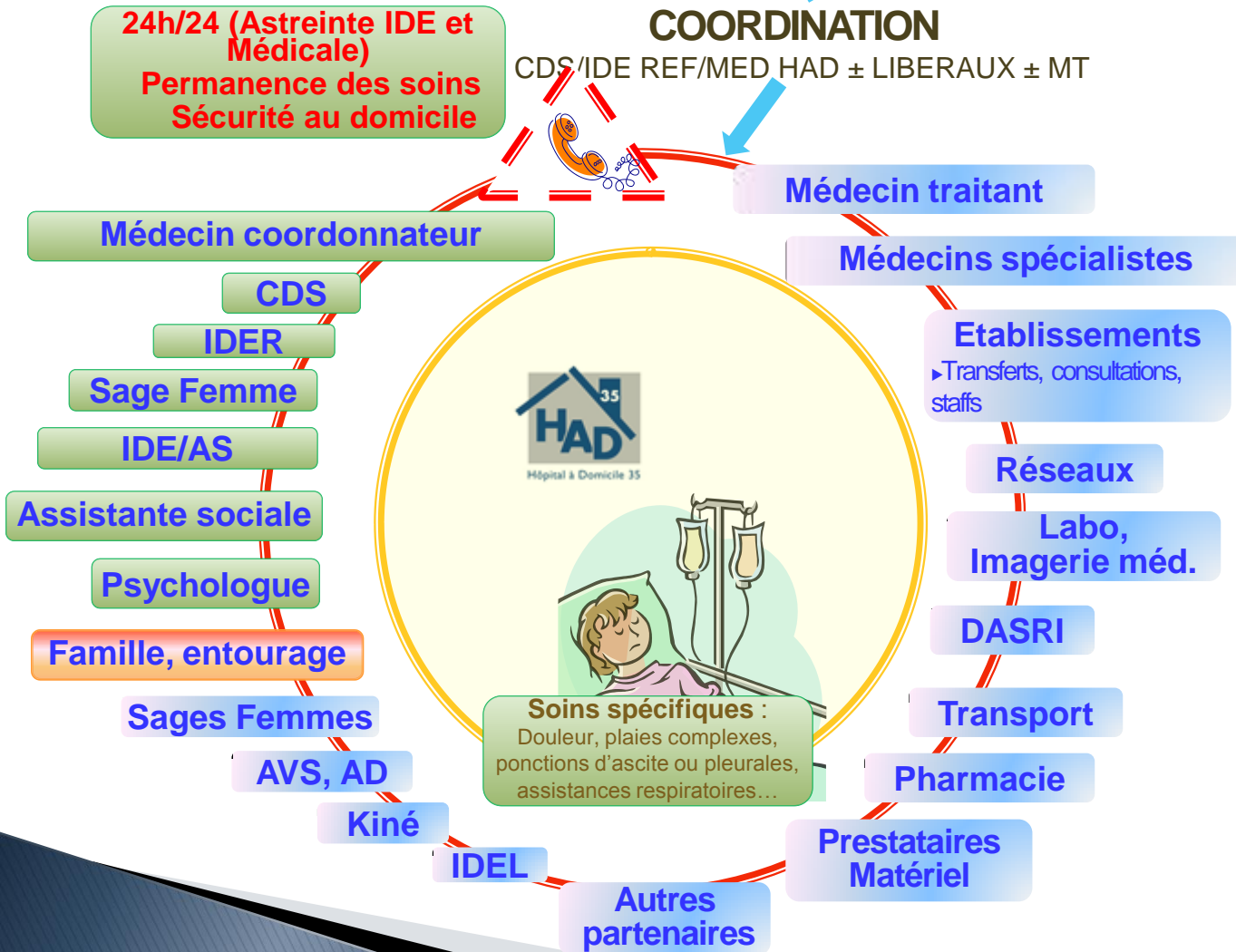


PRÉPARATION

inventaire des besoins, livraison des fournitures

COORDINATION

CDS/IDE REF/MED HAD ± LIBERAUX ± MT



Fournitures par l'HAD :

- Consommables
- Dossier patient
- Tour de rangement
- Saturomètre
- Nutrition
- Emballages DASRI
- MEOPA
- Pansements VAC
- PleurX
- Pompes ...

Suivi du séjour

- Staff PLURIDISCIPLINAIRE
- Transmissions quotidiennes
- Visites/réunion coordination
- Echanges téléphoniques
- Echanges de courriers
- Visites à l'hôpital

Situation clinique n°1

- ▶ Mme K., 92 ans, découverte récente d'une néoplasie colique avancée (fistulisée)
- ▶ Chirurgie de confort (laparotomie exploratrice, lavage, iléostomie) dans un projet palliatif
- ▶ Social : vit chez sa fille, barrière de la langue
- ▶ RAD à J5 avec lames, stomie, SU, ttt IV sur PICC, soins de cicatrice de laparo, soins de nursing lourds
- ▶ Evolution : aggravation de la plaie de laparo avec lâchage de sutures, pansement complexe
- ▶ Puis décès à 2 mois



Analyse de la situation n°1

➤ Médical :

- Projet défini et discuté avec la famille
- Etroite collaboration avec spécialiste du CHU

➤ Social :

- Complexité du langage
- Etayage familial solide
- Travail avec service social



Situation clinique n°2

- ▶ Mr D., 76 ans, cancer urothélial de haut grade, bon état général
- ▶ Chirurgie première mi octobre (cystoprostatectomie, Bricker, curage pelvien) compliquée d'un choc hémorragique, reprise fin octobre pour éviscération, reprise mi novembre pour évacuation d'abcès : pris en charge en réanimation pour choc septique
- ▶ RAD à J15 post op (mais J10 post réa) pour surveillance post chir, surveillance infectieuse, et projet de renutrition avant chimiothérapie
- ▶ Soins de stomie, bricker, alimentation sur PICC
- ▶ Social : vit à domicile avec son épouse, autonome et aidante
- ▶ Evolution : bonne évolution initiale puis intolérance alimentaire : transfert en service de médecine



Analyse de la situation n°2

➤ Médical :

- Lourd passé médical récent
- Evolution initialement incertaine : intérêt de l'HAD
- Mais support médical initial pauvre (médecin traitant éloigné)

➤ Social :

- Patient avec autonomie préservée
- Potentiel d'aides par épouse à domicile



Situation clinique n°3

- ▶ Mme L., 75ans, bon état général, cancer de l'ovaire métastasé
- ▶ Chirurgie première : hystérectomie élargie, sigmoïdectomie, curage. Tolérance moyenne avec dégoût alimentaire, nausées, douleurs
- ▶ Projet de nouvelle chirurgie des sinus avant introduction chimiothérapie
- ▶ RAD à J8 post op pour stomie, adaptation des ttt symptomatiques, soutien psychosocial
- ▶ Nette amélioration clinique au RAD
- ▶ Social : vit seule, enfants dans l'agglomération, pas d'aides à domicile
- ▶ Evolution : transfert pour chirurgie des sinus comme prévu, un RAD en HAD est prévu pour sécuriser la première cure de chimiothérapie



Analyse de la situation n°3

➤ Médical :

- Situation initialement un peu fragile, l'orientation privilégiée était celle d'un SSR
- Patiente psychologiquement fragile, craignant le RAD
- Très bonne évolution dès le RAD

➤ Social :

- Pas de service social disponible dans le service adresseur : travail relayé par service social de l'HAD
- Besoin social ne conditionnait pas le RAD mais à anticiper



Quelle plus-value?

- ▶ Amélioration du vécu de la maladie : psycho
- ▶ Amélioration symptomatique : nutritionnel, douleurs...
- ▶ Limiter les conséquences fonctionnelles délétères de l'hospitalisation
- ▶ Permet de discuter d'un projet avec le patient, son entourage, donne du sens au projet médical global (même pour un projet souvent péjoratif)
- ▶ Profiter de toute période propice (même séjours courts)
- ▶ Bénéfices pour l'entourage (notion d'entre-aidants dans un couple...)
- ▶ Désengorgement des services hospitaliers



Quels acteurs?

➤ Etablissement hospitalier

- Chirurgien : complications fonctionnelles attendues
- Service social
- Service de répit (MCO, SSR, USP...)

➤ À domicile

- Libéraux : MT, IDE, kiné...
- SSIAD
- Services d'aides à la personne
- ESMS (EHPAD, MAS, FAM...)
- HAD



Quels obstacles?

➤ Médical :

- place du MT++
- Point de vigilance : risques de déclin cognitif et perte d'autonomie en post op et post hospit
- Solutions de repli à envisager

➤ Social :

- À anticiper dès programmation de la chirurgie
- Bilan initial, mise en œuvre du plan d'aides, avec réflexion autour des possibilités de le majorer au fil de l'évolution



➤ **Organisationnel :**

- Nécessite une bonne communication, une préparation de la sortie (cf check list HAS)
- Disponibilité limitée des kinésithérapeutes en ville



Des pratiques à faire évoluer

- Différentiel entre une évaluation médico-sociale qui autorise une sortie d'hospitalisation, et une évaluation qui permette un retour à domicile sécurisé
- Refus d'HAD plutôt à cause de l'environnement ou du manque de complexité médicale
- Les SSR ne doivent plus être considérés comme un passage obligé pour préparer le retour à domicile.

SSR ≠ convalescence



Filières

➤ Domicile

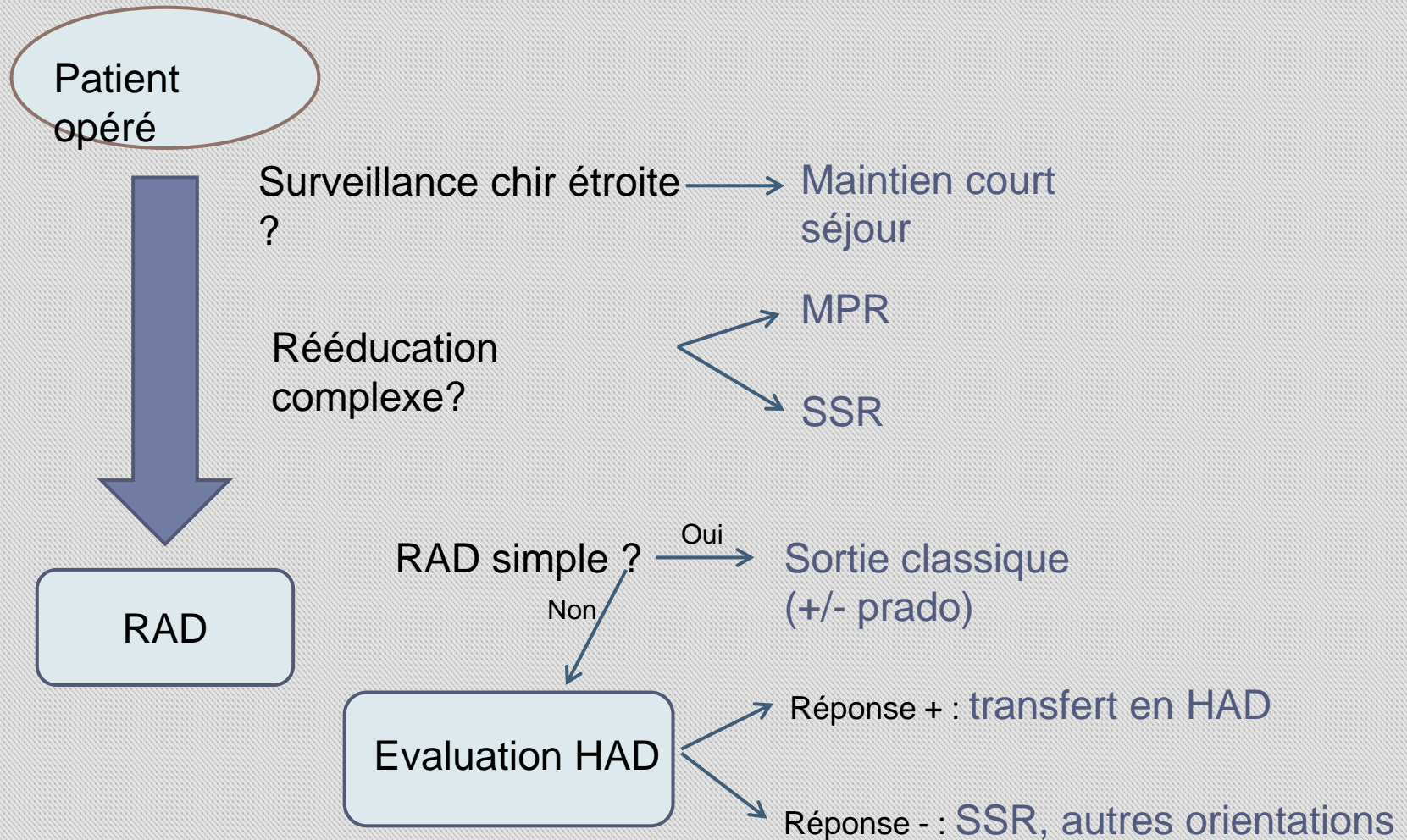
- Conventionnel : libéral
- (Prado : orthopédique)
- HAD

➤ Hospitalisation avec hébergement

- MPR
- SSR



Parcours du patient opéré



En amont de la chirurgie

➤ Patient :

- information
- contacts avec les intervenants
- adhésion et consentement

➤ Environnement :

- évaluation
- étayage des aides
- anticipation de la perte d'autonomie
- place du service social++

➤ Médical :

- coordination avec MT
- dépister les éléments de fragilité



Chirurgie programmée

Pré-op

Médecin
traitant

Chirurgie
n

Geriatre

...

- Informations
 - RAD
 - HAD
 - SSR
- Dépister les éléments de fragilité
 - Médicaux
 - Sociaux-environnementaux
- Envisager les pertes fonctionnelles attendues
 - Anticiper
 - Compenser
- Lister les soins prévisibles

HAD

PEC
social
e

Post-op

- Ajustements en fonction des complications



HAD-dispositif sortie précoce de chirurgie

- Coordination MCO-HAD pour travailler des parcours patients permettant un retour plus rapide au domicile après chirurgie lourde non ambulatoire
- Appels à projet avec évaluation à 2 ans
- Campagne nationale avec chirurgie ciblées :
 - Gynécologiques (hystérectomies)
 - Digestives (résections rectales, interventions majeures du colon ou de l'intestin grêle)
 - Orthopédiques (fracture proximale du fémur de la personne âgée, scoliose de l'enfant, prothèse totale du genou)



➤ Critères médicaux : au moins 1 parmi :

- Prise en charge antalgique
- Comorbidités associées (≥ 2 passages par jour (soins ou surveillance))
- Traitement injectable
- Nutrition artificielle
- Soins de stomie ou pansements complexes
- Passages soignants 2 fois par jour ou ≥ 30 min/jour
- Prise en charge d'une décompensation respiratoire
- Kinésithérapie ≥ 3 fois/semaine

➤ Critères socio-environnementaux remplis :

- Patient autonome
- Non autonome mais aidant capable de suivre une consigne ou compensation par aide à domicile
- Logement adapté

➤ Hospitalisation justifiée par lourdeur des soins, complexité ou instabilité médicale



Post traitement chirurgical

- Surveillance post-chirurgicale ou post-interventionnelle
- Surveillance post-traumatologique avec traitement orthopédique (alitement, traction...)
- Interventions pluriquotidiennes de l'équipe soignante ou ≥ 30 minutes/jour
- Hospitalisation justifiée par lourdeur des soins, complexité ou instabilité médicale
- Provenance post MCO ou post SSR ou post consultation hospitalière

