



Hôpital de jour en soins de support : expérience de l'Institut Curie

Alexis Burnod

Equipe Mobile de Soins de Support et Palliatifs

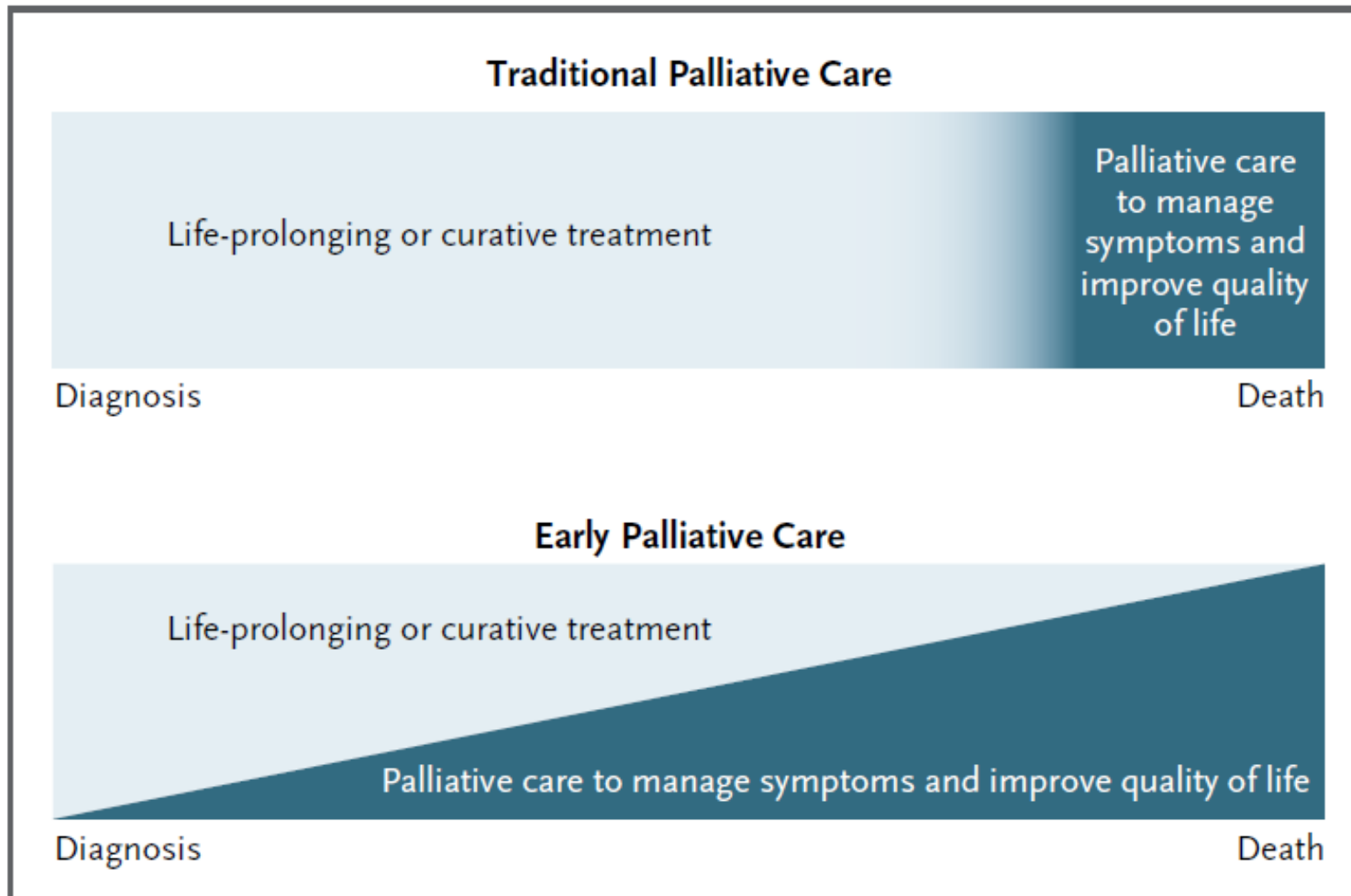
Institut Curie, Paris



Pourquoi un HDJ de soins de support ?



Pourquoi un HDJ de soins de support ?





Quand ?



Quand ?

- Lorsque la situation médicale le justifie
- Au juste moment
- Par ce que la simple consultation d'oncologie n'est pas suffisante
- pour répondre au besoin d'une prise en charge globale avec évaluation pluridisciplinaire, coordination et projet de soins
- Pour anticiper l'aggravation

Aide au maintien au domicile avec de la qualité de vie



Bénéfices prouvés des soins palliatifs

Amélioration QOL	Temel, Bakitas, Zimmerman, Rugno, Lowery and Walker
Réduction Troubles anxio-dépressifs	Pirl, Lowery, Walker
Contrôle des symptômes	Zimmerman, Rugno
Survival	Temel , Rugno
Processus décisionnel	Geer, Rugno, Lowery
Diminution Chimiothérapie fin de vie	Temel, Bakitas, Zimmerman, Rugno, Lowery and Walker, Pirl
Discussions anticipées	Yoong , Temel
Réduction des Coûts hospitaliers	Lowery, Kwon, McNamara
Qualité PEC de la fin de vie	Wiese, Hui, Temel
Qualité de la Communication	Rugno
Satisfaction des proches	Wallen , Zimmermann



Un sport d'équipe





HDJ : Autorisation DGOS

- Circulaire frontière n° DGOS /R/2010/201 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour des séjours hospitaliers de moins d'une journée
- Circulaire du 31 Août 2006 : prise en charge hospitalière < 1 jour
- facturation HDJ : 574 euros



Circulaire DGOS

- Pas codification HDJ si aurait pu être réalisée en externe
- Actes diagnostiques et thérapeutiques avec au moins 3 intervenants dont la synthèse est réalisée par un médecin avec protocole de soin
- Equipe médicale et paramédicale dont la coordination est assurée par un médecin
- Conditions hospitalières, sécurité anesthésique, chambre dédiée



Critères d'adressage par les oncologues:

- **OMS 3** : pour prise en charge globale + anticipation aggravation/ fin de vie
- **OMS<3** : si nécessité de 3 intervenants + soins
(psy, onco, kiné, diet, AS, radioTT,...)



Conduit par le binôme IDE / Médecin Soins Palliatifs

L'axe de prise en charge est celui de l'accompagnement

➔ Soins palliatifs précoces

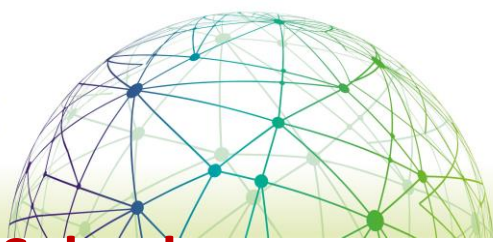
Evaluation multi-professionnelle de soins de support

Proposer des actions d'amélioration ou de soutien

➔ Soins palliatifs tardifs

Accompagner la décision d'arrêt des traitements

Anticiper pour favoriser la qualité de fin de vie



Selon le parcours

Evaluation initiale de K graves

- Bronchique
- Cérébrales
- Digestifs
- ORL en rechute

Selon la phase maladie

- Dg métastatique, nouveau diag (MK)
- Décision arrêt chimiothérapie
- Fin de vie à domicile

Filières

Selon le type de patient

Si facteurs de complexité

- Symptômes invalidants
- Dénutrition
- Douleurs réfractaires
- Fragilité psycho-sociale
- Fragilité gériatrique



Activité en HDJ

- Faire le tour des situations et problématiques
 - Evaluation multidisciplinaire (onco, psy, diet, as sociale, kiné, plaie, HAD..)
 - Gestes techniques : ponctions, pansements, transfusion, alimentat, PCA°
 - Lieu d'annonce, de concertation, de décisions, d'arrêt de tt spécifiques
 - Education thérapeutique
-
- Établir une relation de confiance, Faire parler des inquiétudes
 - Envisager un projet de soin
 - Envisager la CAT si aggravation, prescriptions anticipée (USP, TT, réseau,..)
 - Donner les coordonnées, Coordination ville / hôpital
 - Echanges devant les proches → Faire équipe



Compte rendu détaillé

- CR détaillé avec
 - Situation médicale, sociale, aides en cours
 - Symptômes
 - Evaluation douleur, psy, nutritionnelle
 - Intervenants
 - Gestes effectués
 - Concertation
 - Projet de soins
 - Éléments de surveillance



HDJ Soins de support repose sur

La collaboration en amont avec les oncologues

Soins palliatifs précoces

Décision médicale partagée

Aide à la décision d'arrêt de chimiothérapie

L'anticipation des complications / fin de vie

Early palliative care → Early together



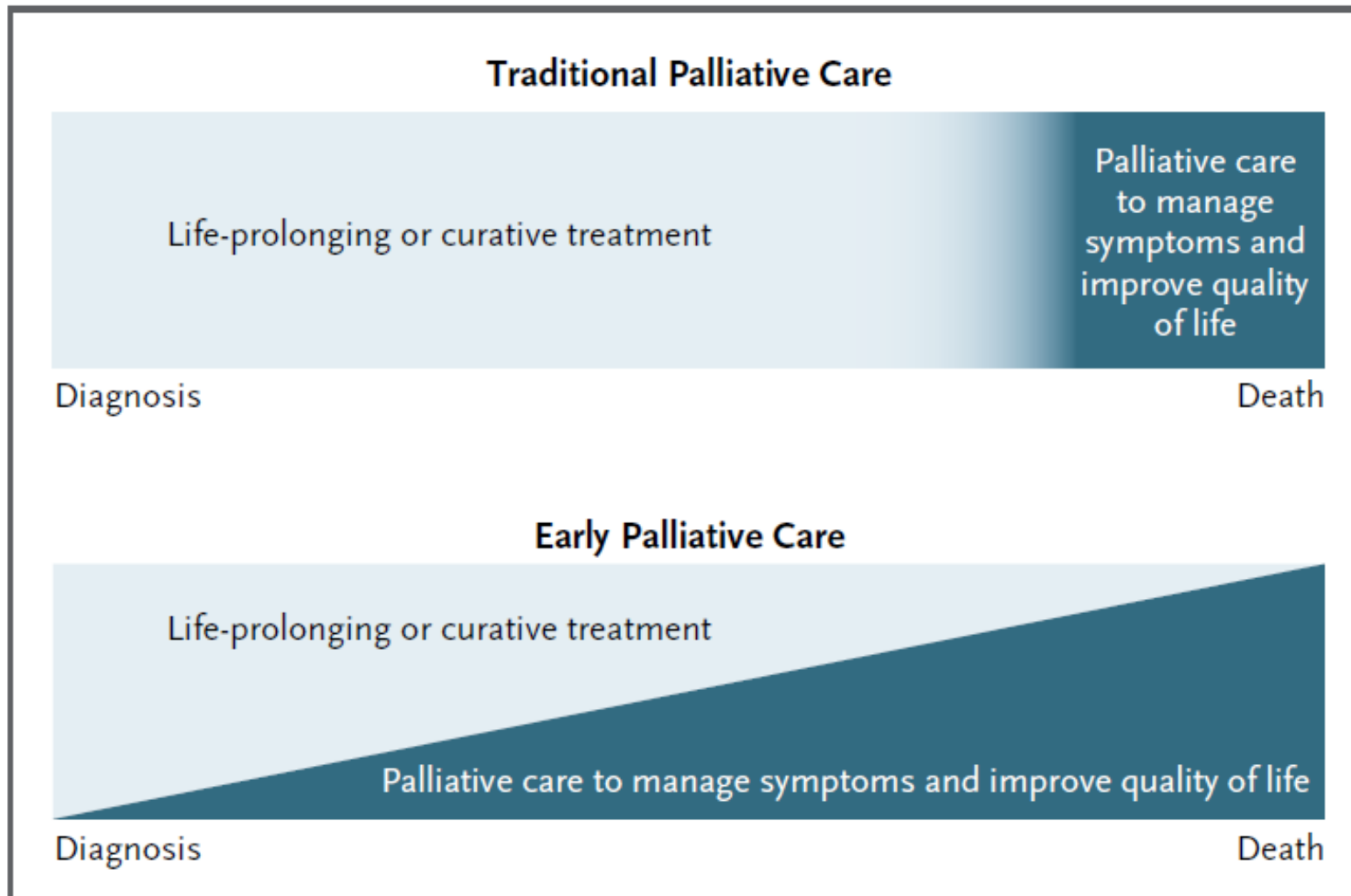
Collaboration onco-palliative

- Une blague ?





Pourquoi un HDJ de soins de support ?





Early together

Méthode 1 : Se faire apprivoiser, créer du lien

- Après relation de confiance
- Collaboration = Gagnant





Early together

méthode 2 : attirer l'attention

- Susciter l'envie de collaboration

++ si tr visuel avancé





Early together

méthode 3 : le plaquage

- Courcircuiter le patient dans sa trajectoire
- Indics postés :
 - aux urgences
 - en HDJ chimio
 - en UIC, post chir lourde, Pompe IT, USI
 - auprès des psy, diet, AS, bénévoles, hospi





Pourquoi un retour tardif ?

- Incompréhensions concept de soins palliatifs = fin de vie
La crainte que les soins palliatifs = perte d'espoir

Difficulté du terme même de soins palliatifs :

- La difficulté de l'information pronostique, maintien de l'espoir et honnêteté = défi majeur
- Formation insuffisante des médecins à la communication et, la démarche éthique décisionnelle
- Le progrès médical et ++ en oncologie
- Esquive sociétale de la finitude



Conséquences de recours tardifs aux SP

- Trajectoire de soins souvent chaotique avec situation de crise par défaut d'anticipation : passage au SAU, hospitalisations, symptômes non contrôlés, épuisement
- Souffrance des équipes
- Décès dans des lieux inadaptés (SAU, service de réanimation)
- Obstination déraisonnable



Activité

- 1000 HDJ / an
- 450 nouveaux patients
- Binôme IDE / Dr
- Médiane de suivi 110 jours (1j - 2 ans)
- Décès domicile : 1/3 USP 1/3 domicile 1/3 hôpital



Lieu de la décision médicale

- Idéal lieu / temps droits 2002/ 2016
- Multidisciplinarité partagée
- Evaluation globale et souhaits apportés à la connaissance de l'équipe
- La décision d'arrêt de tt a lieu en HDJ 40 % - *Etude curie 2018*

- HDJ a permis la collaboration en hospitalisation
- RCP hebdomadaire en soins de support



Lieu de l'anticipation

Obligations :

Avoir des compétences pronostiques

Identifier les complications qui peuvent survenir dans le champ somatique et psycho-social :

majoration de la douleur, dyspnée, risque occlusif, risque septique, saignement, épuisement familial, demande d'euthanasie



Lieu de l'anticipation

Obligations :

Mettre en place les réponses adaptées

EMSP précoce, traitement, prescriptions anticipées, aides au domicile, réseaux, hospitalisation programmée plutôt qu'en urgence

Savoir aborder la question de l'aggravation sur le plan communicationnel : le plus difficile +++

Equilibre à trouver entre une information honnête et une information non désespérante



- Dans l'intérêt du patient et de sa famille
 - réduire les moments de panique répétés
 - Éviter les heures d'attente aux urgences, H
 - Personnaliser la pec, s'inscrire ds projet de soin
 - Ne pas encore tout répéter
 - Favoriser la décision juste et sage

- Dans l'intérêt des soignants : réduire le non programmé



Pas trop tôt





Assurer le SAV

- Coordonnées laissées
- Numéro direct
- Accès facilité 24/24 dossier médical
- Partager la situation médicale
- Coordination médecin traitant/ réseau / HAD

➔ A domicile avec de la qualité de vie

