

PRISE EN CHARGE SOCIALE EN ONCOGERIATRIE

Sylvie CORDIER RAYNAL
Olivier RIGAL



2^{ème} rencontres d'Oncogériatrie Normandes
11 octobre 2014

Anamnèse

- Monsieur B..... 80 ans
- Bilan hématurie macroscopique
- Découverte d'une tumeur rénale droite d'emblée métastatique au niveau pulmonaire, hépatique et osseux
- Asthénie, anorexie sévère, perte de 11 kg en 4 mois (13%)
- Douleurs lombaires, costales, M inf droit



Antécédents

- Lymphome B diffus à grandes cellules, stade IV 2009, en rémission complète
- HTA, HCT
- Hernie discale opérée L4-L5
- Eczéma avec rhinite chronique
- Tabagisme sevré

Bilan oncologique

Performance Status OMS: 2

Bilan d'extension: TDM TAP et scinti os

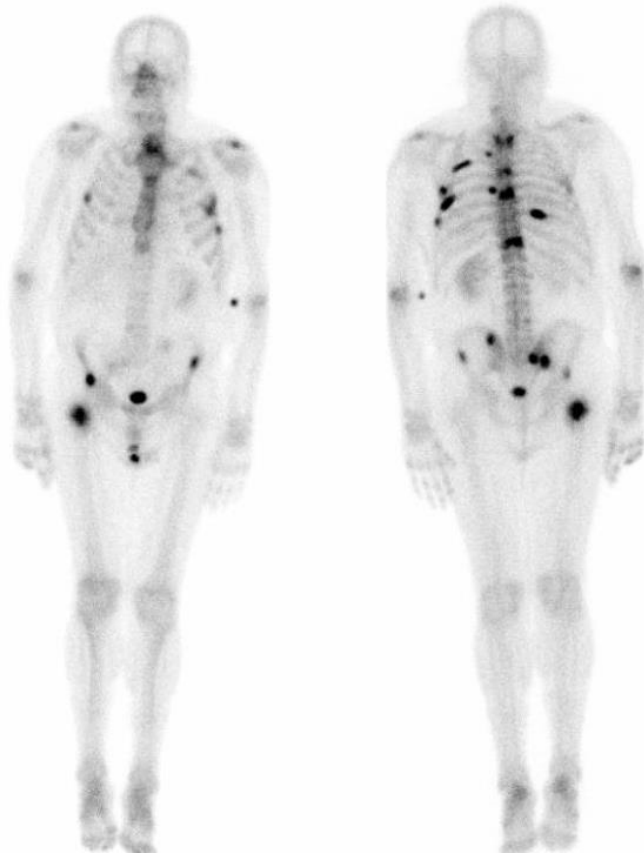
Biopsie rein droit: carcinome à cellules claires

Traitements de support: prise en charge nutritionnelle et traitement antalgique

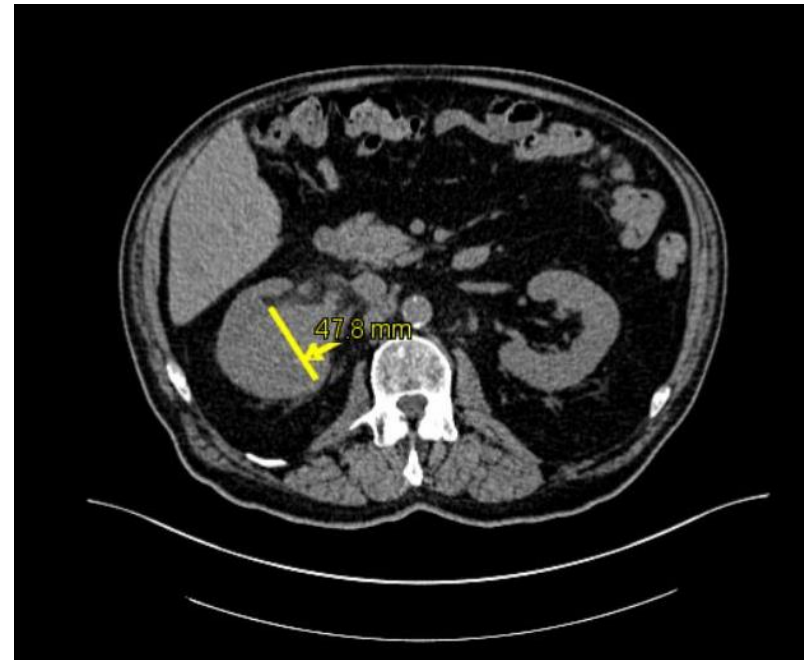
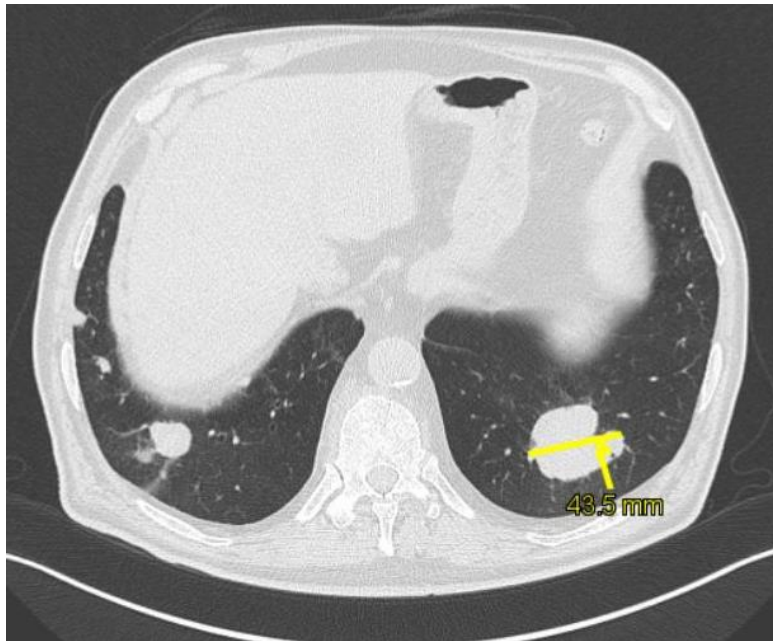
Score G8:11/17

⇒ **Evaluation gériatrique pré thérapeutique**

Bilan oncologique



Bilan oncologique



Evaluation gériatrique pré thérapeutique

ADL: 6/6 IADL: 8/8

MMS: 24/30, horloge: 6/7, mini GDS: 0/4

Tests: NP

Efficiences cognitive globale conservée, un tb mnésique de type cortico-sous cortical, un tb praxique, capacités exécutives phasiques préservées, MA prodromale?

IMC: 29 perte de 11 kg / 4mois

Vitesse de marche sur 4m:7s

Force de préhension: 26 kg (fragile)

Evaluation gériatrique pré thérapeutique: conclusion

Altération cognitive et dysthymie

Dénutrition

Autonomie fonctionnelle limitée par le syndrome douloureux

Absence de comorbidités majeures ayant un impact sur l'espérance de vie

Tissu social: modeste (seul en consultation)

Fragilité gériatrique

⇒ **réserve quant à la tolérance d'un traitement oncologique / l'asthénie, la nutrition et la cognition**

Hospitalisation

Douleurs lombaires et costales (EVA= 9) depuis 10 jours

- Equilibration antalgique difficile, mauvaise tolérance des morphiniques
- Besoin d'aides pour la toilette et les transferts en dehors de la chambre
- Femme et les enfants non vus jusqu'à ce jour:
 - « ma femme peut tout gérer à la maison »



Entretien assistante sociale

- Femme âgée de 75 ans, n'ayant jamais travaillé
- Militaire jusqu'à l'âge de 40 ans...
- Puis responsable d'une société de gardiennage

⇒ **Retraite principale: CARSAT**



Entretien assistante sociale

- Maison individuelle:
 - Chambre à l'étage, mais possibilité RDC
- 4 enfants:
 - 1 fils sans contact, 1 fille en Belgique, 1 fils et 1 fille à proximité (retraîtée)
- Vit à la campagne à 50 km de Rouen: peu de contact avec le voisinage
- Peu ouvert à la discussion, ne comprend pas l'intérêt des questions...refuse d'indiquer le montant de sa retraite

Entretien assistante sociale

Rencontre avec l'épouse et le patient:

- Vient avec sa fille (ne conduit pas)
- Se dit épuisée, inquiète par la maladie et le retour à domicile de son mari
- « mari exigeant... » « pas de retour à la maison actuellement... »

Quels revenus...? »

- 1900 euros par mois
- Propriétaires de leur logement
- Imposables

⇒ Quelles propositions?

Entretien assistante sociale

SSR refusé par le patient...

« je veux rentrer à la maison... »

Retour à domicile: oui mais...

- Fille:
 - Prend en charge les courses une fois /semaine
- Fils:
 - « Vient aider au jardin... »
- Famille informée des possibilités aides:
 - SSIAD
 - Mise à disposition d'heures par la mutuelle
 - **ARDH ou APA?**

ARDH

En sortie d'hospitalisation (y compris HDJ) avec un pronostic de récupération:

- **retraité** du régime général à titre principal ou de la MSA, du RSI, de la Fonction publique
- être **âgé de plus de 55 ans**
- ne pas bénéficier d'une prestation équivalente, servie par d'autres organismes
- être en capacité de récupérer son autonomie (GIR 5 ou 6) à l'issue de la prise en charge.

Montant max: 1800€/3mois. **Participation en fonction des ressources**

Demande initiée par l'assistante sociale hospitalière auprès du service social CARSAT (Convention)

Réévaluation du besoin d'aide à domicile par l'assistante sociale CARSAT avec possibilité de poursuivre avec un PAP classique sans condition d'âge si ALD

Retour à domicile

Sortie du patient 3 jours après:

- PCA morphine
- Mise en place:
 - SSIAD (IDE)
 - ARDH (appel service social CARSAT et service d'aides à domicile) avec instruction du dossier
 - Accord de la CARSAT pour 20h/mois d'aides à domicile pendant 3 mois



Consultation

Patient revu à 1 mois seul en consultation:

- Contrôle antalgique avec relais morphine orale
- Récupération fonctionnelle
- Amélioration nutritionnelle

« tout va bien... »

- Maintien des aides ménagères
- Arrêt du SSIAD
- Début traitement par SUTENT® 37.5mg (2sem/4) dans le cadre programme ETP après avis RCP
- Traitement anti-résorptif osseux après bilan dentaire

Hospitalisation

Nouvelle hospitalisation 3 semaines après:

- Pour chutes et recrudescence des douleurs
- Asthénie et mauvaise tolérance du traitement
- Perte de 5 kg en 3 semaines et dyspnée au repos...

⇒ **Prise en charge symptomatique exclusive**



Hospitalisation

Situation expliquée au patient et femme vue en entretien

- Suite prise en charge?
- Soins de confort (PCA morphine et O₂)
- Quelles suites à l'hospitalisation?

Entretien assistante sociale

Orientation SSR ou HAD?

« Je veux rentrer à la maison... »

- Femme de nouveau rencontrée

- Semble « dépassée.. » « heureusement il y avait des aides... »
- Pas de retour envisageable: « je vais y laisser ma santé... »

- Rencontre conjointe avec le patient AS et médecin

⇒ **Demande SSR: retour positif (sans date, faute de place)**

Entretien assistante sociale

2 semaines plus tard...pas de place en SSR

« je veux rentrer à la maison... »

- Les enfants sont présents, ainsi que son épouse
- Nouvelle demande de la famille pour une rencontre (médecin-AS)

⇒ accord pour un retour à domicile avec aménagements familiaux

Entretien assistante sociale

Propose

- HAD
- Aides ménagères: 4h/sem (ARDH puis en auto financement si nécessaire)
- Proposition du dispositif de soins palliatifs de la CPAM

Le dispositif soins palliatifs de la CPAM et de la MSA

- Mis en place dans le cadre du programme pluriannuel de développement des soins palliatifs mis en œuvre par l'Etat en 1999. (Circulaire n°5-2000 du 22 mars 2000 modifiée en 2003)
- Limité aux personnes malades, en phase évolutive ou terminale de leur maladie.
La personne doit être prise en charge par un service d'HAD, une équipe mobile de soins palliatifs ou un réseau de soins palliatifs
- Financement d'heures d'intervention de garde malade à domicile (**plafond de ressources**: Participation à charge de la famille: de 10 à 15 % de la dépense en fonction des ressources).

Prestation maximale de 3000€ pour 3 mois
Cumulable avec d'autres prestations (APA, PCH..)



Retour à domicile

- Mise en place de l'HAD
- Refus de la famille pour le dispositif de soins palliatifs de la CPAM
- Signalement de la situation au service social de l'HAD
- Patient décède au domicile 2 mois après (évolution hépatique)

Une prise en charge spécifique

- En lien avec le public concerné
 - Fragilité liée à l'âge (pathologies multiples, perte d'autonomie, troubles cognitifs, isolement social...)
- En lien avec le projet thérapeutique (curatif/palliatif)
- En lien avec le projet de vie du patient
 - Maintien ou retour à domicile
 - Orientation SSR
 - Institutionnalisation (EHPAD ou Long Séjour)

Rôle de l'assistante sociale

- Evaluer les besoins si possible en présence de l'entourage proche
- Identifier les ressources et les dispositifs pertinents
- Informer le patient et ses proches
- Instruire les dossiers
- Accompagner le patient et sa famille dans les différentes démarches
- Informer et impliquer la tutelle si mesure de protection.

MAIS

En collaboration avec les autres acteurs de soins, dans un **travail interdisciplinaire** et dans le respect du projet du patient et de ses proches

Merci de votre attention

