

Définir une politique de soins palliatifs à l'AP-HP et renforcer l'offre de soins de support

Rapport du groupe de travail soins palliatifs/soins
oncologiques de support du GPK3 (Groupe cancer)

Pr C.Tournigand, Dr P.Vinant, Dr F.Scotté

CME
6 Décembre 2016

1/ Baromètre SOS national (sous-analyse AP-HP) Déclaratif médecins (54/711) / patients (177/1562)

Une activité existante à l'AP-HP (83% des établissements)

- Service dédié 35% (national 23%)
- Organisation transversale 48%
- RCP spécifiques 35% (national 40%)



**Renforcer
l'organisation SOS,
avantage AP-HP**

2/ Représentation des SOS médecins/patients:

Accompagnement nutritionnel, psychologique,
social et palliatif.



**Identifier le socle
SOS à l'APHP**

3/ Faiblesses de l'APHP

- Défaut de recours à des unités d'algologie (63% vs 81% national)
- Défaut de proposition de consultations d'annonce (48%)
- Défaut de contact avec MT (74% vs 84%)

1/ L'information

2/ Le dépistage des besoins

3/ L'offre de prise en charge des soins oncologiques de support

Réalisation d'une **plaquette d'information** professionnels et patients

- Définition des SOS, Organisation (cf circulaire DHOS), Spécificités de chaque établissement.

Réalisation d'une **fiche de dépistage des besoins** en soins de support

Complétée lors des phases critiques du parcours de soin :

- Diagnostic, Changement de lignes, Décision d'arrêt des traitements,
- A tout moment de la prise en charge selon les équipes
- Format papier et électronique intégré dans dossier patient informatisé

Valorisation Financière:

- Création d'une fiche des codes pour valoriser les activités SOS

- **Accès plus précoce aux SOS, dès le diagnostic de cancer**
- **Affirmer l'importance de l'annonce**
 - Sanctuariser les postes paramédicaux d'annonce
 - Risque d'inégalité et de perte de chance des patients si défaut de qualité de présentation
- **Identifier les équipes: organisations les ressources par établissement**
- **Renforcer le lien avec la ville (HAD pour situations complexes)**
- **Renforcer la lutte contre la douleur**
 - Recensement des structures, Renforcer le dépistage, Avis 48h, Plateaux Techniques

Création d'une **organisation spécifique pour coordonner** les soins oncologiques de support dans chaque établissement de l'AP-HP:

- Guichet unique
- Référent médical et paramédical
 - Développement des axes prioritaires
 - Coordination des ressources (circulaire DHOS 22.02.2005)
- RCP – SOS
- Développement: HDJ d'Evaluation / Unités dédiées

Démarche qualité des établissements du groupe AP-HP

SOINS PALLIATIFS et ONCOLOGIE

1/Soins palliatifs et Oncologie : Ce qui change

1. Il existe de nombreuses preuves de l'efficacité des soins palliatifs précoces (NEJM 2010, LANCET 2014, JCO 2015) pour améliorer la qualité de vie des patients avec un cancer non curable avec un effet positif sur la quantité de vie.



Guidelines récentes de l'ASCO recommandant le SPP pour les pts avec un cancer en phase avancée (JCO 2016)



Les soins palliatifs spécialisés ne sont plus réservés à la fin de vie mais doivent s'intégrer précocement pour les patients en situation d'incurabilité.

2. En France : Plan de développement national des soins palliatifs 2015-2018 et la loi Leonetti-Claeys de 2016 rendent nécessaire de :

- Structurer le processus décisionnel en phase avancée de maladie
- Développer les discussions anticipées de fin de vie
- Penser le parcours de soins du patient et y développer les prises en charge de proximité
- Renforcer les dimensions formation, enseignement, recherche

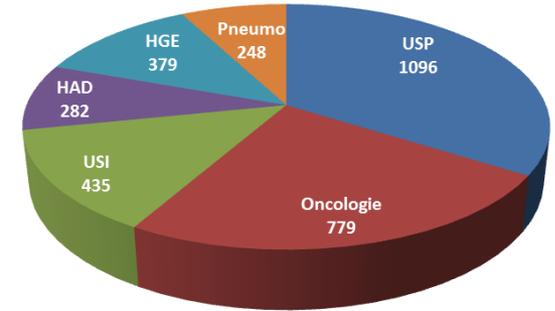
3. Une prise de conscience à l'AP-HP - Plan cancer à l'AP-HP

- Retard de l'AP-HP en matière de soins palliatifs
- Rôle crucial des EMSP : qualité des soins et parcours de soins

2/ Les soins palliatifs à l'AP-HP

1. 4623 décès par cancer par an à l'AP-HP

14 239 décès au total à l'AP-HP



2. Une offre de soins complète en SP

Une activité importante
(chiffres d'activité globaux)

USP 8 unités : 109 lits
LISP 175 lits
EMSP 31 équipes
HAD avec habilitation SP

5270 séjours en GHM soins palliatifs

GHS	Tarification
Oncologie standard	3791,00 €
Soins palliatifs en LISP	5653,00 €
Soins palliatifs en USP	6523,00 €

GHM soins palliatifs	Séjours	Journées
USP	1828	30 321
LISP	2429	36 220
Service	772	9863
HDJ	241	241
HAD	1374	38280

2/ Les soins palliatifs à l'AP-HP

1. De nombreuses structures de soins palliatifs en situation de tension extrême en raison d'un écart important entre les recommandations (circulaire) et les effectifs actuels. En conséquence :

- Perte de qualité de vie pour les pts
- Trajectoire de fin de vie chaotique, Obstination déraisonnable
- Moindre investissement institutionnel des équipes
- Risque pour la pérennité des structures
- AP-HP actuellement peu attractive pour jeunes DESC

2. Les Soins palliatifs précoces sont à construire ensemble à l'AP-HP :

- **Appel tardif aux EMSP** (données EMSP – AP-HP pour la cancérologie) :
 - **Médiane délai 1^e EMSP - décès : 22 jours**
 - **29% de décès dans un délai ≤ 7 jours après la 1^{ère} intervention de l'EMSP**
- **Conséquences en aval**
 - **19% des patients transférés en USP y décèdent dans les 3 jours suivant l'admission**
 - **15 à 23% de séjours de moins de 4 jours en USP (Enquête USP collégiale SP AP-HP)**

3/ Axes d'amélioration

1. Les objectifs

1. **Garantir des soins palliatifs de qualité** (précoces et terminaux) pour tous les patients atteints de cancer en phase avancée de la maladie
2. Offrir au patient et à ses proches **un processus décisionnel adapté** en phase avancée de la maladie
3. Inscrire la politique des soins palliatifs à l'AP-HP dans une **dimension universitaire** en particulier en cancérologie

2. Des moyens pour mettre en œuvre les objectifs

1. **Gouvernance** au niveau des GH
2. Politique de **ressource humaine** adaptée (H et HU)
3. **Suivi d'indicateurs** : % de patients avec chimio <14- 30 jours avant DC, Médiane appel EMSP / Décès, nb passages au SAU/réa dans le dernier mois de vie, % de patients avec un séjour de moins de trois jours en USP
4. Diffusion **d'information, communication**

1. Des changements de pratiques :

▶ Développement du Soins Palliatif Précoce :

- Information sur la notion d'intégration précoce des soins palliatifs
- Extension du rôle des EMSP et des indications du recours aux USP
- Développement HDJ d'évaluation pluridisciplinaire

▶ Labellisation AP-HP des GH pour des soins palliatifs intégrés (modèle ESMO)

▶ Rénovation du processus décisionnel en phase avancée de maladie : RCP adaptée, discussions anticipées, traçabilité dans ORBIS : directives anticipées, statut réanimatoire

2. Des structures spécialisées qui doivent être soutenues au niveau des effectifs avec une reconnaissance de l'expertise des USP

3. Mise en place d'un plan de suivi des soins palliatifs à l'AP-HP