



Sommaire :

- **Insuffisance respiratoire aiguë chez un patient trachéotomisé**
- **Infection et retard de cicatrisation chez une patiente atteinte de la maladie d'Alzheimer**
- **Choc hémorragique consécutif à un surdosage en AVK**



Prise en charge complexe en SSR.

Un point sur les missions des structures de soins de suite et de réadaptation.

Le domaine d'interventions des structures de Soins de Suite et de réadaptation fonctionnelle se situe après une pathologie médicale ou chirurgicale, aiguë, récente ou chronique, ayant entraîné ou non une hospitalisation. Le diagnostic de l'affection causale est supposé connu ainsi que son traitement.

La mission centrale, commune à toutes les structures de soins de suite et de réadaptation, est la réadaptation, définie par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme «l'application coordonnée et combinée de mesures dans les domaines médical, social, psychique, technique et pédagogique qui peuvent aider à remettre le patient à la place qui lui convient le mieux dans la société ou/et à lui conserver cette place ».

La Circulaire n° 305 du 03/10/2008, relative aux décrets du 17 avril 2008 indique que la réponse aux besoins dans le champ SSR se caractérise par des actes à visée Diagnostique et thérapeutique, des actes de rééducation et de réadaptation, la prévention, l'éducation thérapeutique et l'accompagnement à la réinsertion globale du patient.

L'activité de SSR comprend des soins médicaux et paramédicaux de niveau relativement élevé. Les soins de rééducation sont adaptés à l'état des patients et tiennent compte notamment des poly pathologies et des comorbidités de

ces derniers.

Chaque projet médical de SSR doit préciser les pathologies accueillies, les objectifs et les moyens de prise en charge des patients. Les structures SSR coordonnent les soins, la surveillance, l'adaptation du traitement et traitent les pathologies intercurrentes.

Des prises en charges spécialisées et/ou reconnues peuvent être obtenues selon la ou les spécificités de l'activité du SSR dans une ou plusieurs catégories d'affections suivantes :

Affections de l'appareil locomoteur, du système nerveux, cardio-vasculaires, respiratoires, des systèmes digestifs, métaboliques et endocriniens, onco-hématologiques, des brûlés, des conduites addictives, de la personnes âgées poly pathologiques, dépendantes ou à risque de dépendance. Les établissements prenant en charge des enfants ou des adolescents devront être titulaires d'une mention spécifique.

Cette reconnaissance doit être mentionnée dans les CPOM.

Des dispositions relatives aux autorisations avec mention complémentaire spécialisée ou reconnaissance sont déclinées à chaque spécialités.

Elles font alors, l'objet de cahiers des charges spécifiques dans lesquels des obli-

gations en terme d'organisation (précisant les pathologies accueillis, les objectifs et les moyens de prise en charge des patients) et notamment de personnel médical, paramédical, de locaux et plateaux techniques, de systèmes d'information et d'indicateurs d'évaluation, entre autres, sont déclinés.

Pour l'ensemble des SSR la démarche de réadaptation comporte les étapes suivantes :

- ⇒ Le diagnostic relatif aux conséquences et à l'évolution de l'affection causale.
- ⇒ L'évaluation clinique et paraclinique, pluriprofessionnelle, des déficiences, incapacités en vue de l'élaboration d'un programme de réadaptation individualisé.
- ⇒ L'élaboration d'un projet d'orientation vers une structure adaptée...
- ⇒ La réinsertion.
- ⇒ L'éducation thérapeutique.

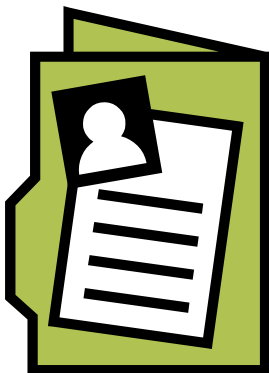
Le personnel doit bénéficier et justifier d'une formation initiale et d'une formation continue dans les domaines concernés des structures et d'une expérience adaptée à la nature des prises en charges mentionnées dans l'autorisation et dans les contrats..

Les effectifs et les qualifications du personnel doivent être adaptés en fonction de la population accueillie et du niveau de prise en charge.

1/ Insuffisance respiratoire aigue chez un patient trachéotomisé



« Le patient est adressé sans fiche de liaison, ni de consignes précises de soins. »



Un patient de 71 ans, trachéotomisé après une laryngectomie totale pour un cancer ORL avec lymphangite carcinomateuse est admis en SSR, pour prise en charge palliative.

Il est très asthénique, se mobilise peu, est porteur d'une sonde urinaire et d'une sonde de gastrostomie.

Le projet de soins palliatifs est coordonné par l'équipe mobile de soins palliatifs du secteur.

Ce projet repose sur des soins de confort avec une perspective de retour à domicile.

Les conditions d'arrivée sont « chaotiques ».

Le patient est adressé sans fiche de liaison, ni de consignes précises de

soins, et sans compte rendu d'hospitalisation.

L'établissement SSR et le personnel ne sont pas préparés à l'admission et le matériel spécifique pour cette prise en charge palliative n'est pas disponible.

L'infirmière référente en soins palliatifs n'est pas disponible. Le médecin et l'IDE référente examinent le patient plus tard mais sans consignes particulières concernant les soins de trachéotomie.

Douze jours après son admission, le patient présente une détresse respiratoire et le médecin contacte un collègue pour avis. Le collègue préconise une oxygénation et des nébulisations. Mais l'établissement ne possède pas ce matériel particulier et doit

solliciter un autre établissement pour obtenir le matériel en prêt.

Dans la nuit l'état du patient s'aggrave et l'IDE de nuit contacte le SAMU.

Le patient est transporté en urgence dans un centre hospitalier aux urgences.

La fonction respiratoire est restaurée après ablation du bouchon muqueux.

Il est retransféré en SSR le lendemain, après une évolution favorable de sa fonction respiratoire.

Les soins palliatifs ne s'improvisent pas !

La prise en charge palliative d'un patient porteur d'une trachéotomie, d'une gastrostomie et d'une sonde urinaire à demeure nécessite la définition d'un projet de soins personnalisé et de vie, bien structurés et la coordination solide des services de soins de structures différentes, a fortiori quand intervient un tiers coordonnateur, ici l'équipe de soins palliatifs du secteur.

Les ruptures dans la continuité des soins et les défaillances organisationnelles sont à l'origine de l'évènement indésirable grave.

Le transfert s'est effectué :

⇒ sans fiche de liaison

⇒ sans consignes,

⇒ sans compte rendu d'hospitalisation

⇒ de façon non anticipé ou insuffisamment explicité à l'équipe du service du SSR

⇒ dans une structure non préparée : un manque d'expérience dans la prise en charge de ce type de patient

⇒ et en l'absence de matériel spécifique requis pour ce patient

L'indisponibilité des référents en soins palliatifs lors de l'admission en SSR et du cadre de santé, n'a fait que renforcer les défaillances organisationnelles et la rupture de cohérence des soins. La prise en charge d'un patient porteur de pathologies et d'appareilla-

ges complexes ne peut pas se faire dans l'instantanéité et l'improvisation par des professionnels inexpérimentés et dans ce cas sans communication de l'état clinique du patient et du projet de soins personnalisé.



2/ Infection et retard de cicatrisation chez une patiente atteinte de maladie d'Alzheimer

Une patiente âgée de 89 ans est admise en SRR pour un séjour de répit familial.

Elle présente des troubles comportementaux et cognitifs (déambulation incoercible et maladie d'Alzheimer). Durant son séjour, la patiente va chuter à plusieurs reprises, souvent la nuit.

La patiente polymédiquée, a entre autre, un traitement par anti vitamine K (AVK) qui n'est pas contrôlé à l'admission, et dont l'adaptation thérapeutique, va s'avérer, difficile.

Après une chute, la patiente va présenter un hématome au niveau de la cheville droite.

La patiente nécessite une hospitalisation en ambulatoire pour ponction éva-

cuatrice.

Le chirurgien prescrit des pansements avec un protocole spécifique. Mais la patiente arrache fréquemment le pansement et l'évolution de la cicatrisation est ralentie par des saignements importants et les réfections itératives du pansement.

Après une nouvelle chute la patiente présente une plaie tibiale avec arrachement d'un lambeau cutané.

Deux semaines plus tard la plaie suppure avec infection à bactérie multi résistante. Une antibiothérapie est alors instaurée et poursuivie pendant 45 jours.

La famille de la patiente sera informée de ces complications.

Après 142 jours d'hospita-

lisation, la patiente, retourne à domicile, la plaie est cicatrisée et les examens sanguins montrent une cible thérapeutique correcte des AVK.



« La patiente présente des troubles comportementaux et cognitifs (déambulation incoercible et maladie d'Alzheimer). Durant son séjour, la patiente va chuter à plusieurs reprises, souvent la nuit. »

La prise en charge des patients atteints de troubles cognitifs...

Dans ce retour d'expérience, nous pouvons retenir la difficulté du compromis entre la prise en charge « idéale » d'une patiente avec des troubles comportementaux majeurs, et les risques inhérents à ces comportements (chutes, déambulation, parfois agressivité) et leurs conséquences, les antécédents médicaux, les traitements à risques de type AVK, et les soins procurés dans un service de soins de suite et de réadaptation fonctionnelle « classique ».

En effet l'ensemble de la communauté médicale s'accorde quant à la grande spécificité de la prise en charge des patients at-

teints de démence de type Alzheimer.

La nécessité de formations spécifiques des personnels de santé est indispensable.

Les chutes en institutions ou établissements de santé sont un risque très souvent identifié et qui exigent une grande vigilance des soignants.

Vigilance en terme des horaires de certains traitements (comme les anxiolytiques, neuroleptiques) qui doivent être adaptés aux habitudes de vie des patients.

Vigilance sur les vulnérabilités de la personne (acuité visuelle, difficultés à la marche, etc.).

Vigilance sur les associations thérapeutiques et leurs suivis.

Vigilance sur les locaux pour ces personnes vulnérables mais très souvent affectionnant l'errance dans les couloirs.





« Plusieurs avis pharmaceutiques concernant l'antibiothérapie, le relai AVK sont émis. »



3/ Choc hémorragique consécutif à un surdosage en AVK

Un patient de 82 ans, est opéré d'une prothèse de hanche gauche, le 24 février. Une complication à type de phlébite surale gauche est survenue en période postopératoire et est traité à l'admission héparine à bas poids moléculaire (HBPM) à dose curative.

Il arrive en convalescence à J 10 en SSR. Cependant, ce patient complexe va nécessiter 2 séjours intercurrents dans l'établissement d'origine pour hématome et surinfection nécessitant une reprise chirurgicale et 2 séances de transfusion sanguine. Lors de ces différentes prises en charge, l'une des difficultés va être d'équilibrer l'INR du patient (notamment lors de l'introduction d'AVK).

Le 19 avril, il est de retour en SSR, à J 28 de sa reprise chirurgicale et J 54 de la PTH

Le patient est admis avec un traitement anticoagulant curatif à type héparine de bas poids moléculaire et antibiothérapie, entre autres. Dès le lendemain, un traitement curatif HBPM différent est instauré.

Plusieurs avis pharmaceutiques concernant l'antibiothérapie, la nécessité du relai AVK sont émis.

Le SSR connaît des difficultés depuis quelques semaines avec l'effectif médical, et un médecin remplaçant connaissant peu la structure de soins, et l'organisation des soins est en charge de ce patient lors de son troisième sé-

jour.

Un relai par AVK et avec poursuite de l'HPBM va être mis en place le 03 mai.

Aucun bilan sanguin d'hémostase n'est effectué. Le premier bilan d'hémostase est prescrit pour le 10 mai.

La nuit du 9 au 10 mai, le patient présente un choc hypovolémique avec épigastrie.

Le SAMU est contacté et le patient est hospitalisé en réanimation médicale.

Un hématome sous péritonéal à point de départ psoas droit de 20cm sur 12 est retrouvé au TDM. L'INR à 8.

Après 16 jours le patient est admis en SSR, avec un relai par HBPM à dose préventive.

AVK et sous estimation des facteurs de risques...

Ce retour d'expérience montre l'importance de l'interdisciplinarité et de la collaboration entre professionnels médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques.

En effet plusieurs avis de pharmacie clinique ont été émis pour attirer l'attention du prescripteur, sur les traitements à hauts risques hémorragiques, chez ce patient à haut risque (insuffisance rénale et comorbidités cardiovasculaires).

Plusieurs facteurs entre en jeu dans la genèse de cet évènement indésirable grave :

- le retard à la réalisation d'examen complémentaire
- l'absence de protocoles de la gestion des AVK
- l'absence de prise en compte des avis du phar-

micien

- sous estimation de l'insuffisance rénale perturbant la pharmacocinétique des AVK.

- l'organisation des soins « perturbée » par les difficultés de gestion des effectifs et du personnel médical.

- La communication des informations entre professionnels soignants a été très faible.

- la multiplicité des intervenants médicaux avec rupture de transmission d'informations écrites dans le dossier du patient.

- la collaboration inopérante entre les différents professionnels (médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques).

- un dossier papier peu renseigné avec ratures et absence d'identification

des divers intervenants.

- l'insuffisance d'échanges professionnels du médecin remplaçant avec l'ensemble de l'équipe soignante et ses collègues

Cet évènement indésirable grave a mis en jeu le pronostic vital du patient, mais sans conséquences cliniques après un séjour en réanimation médicale.

Le contrôle de la fonction rénale chez la personne âgée (souvent polymédiquée) fait fréquemment partie des facteurs de risques sous estimés en SSR par défaillance d'examen complémentaire dès l'admission en SSR.