

# Chronique d'une ré-hospitalisation annoncée

I. Brès-Bigey, M-H. Fonjallaz, S. Ghassem, J-F. Guillomet,  
P. Halfon, T Horn, F. Nicolas



# Pour commencer...

**Etes vous satisfait des conditions de sorties de vos patients hospitalisés dans l'établissement hospitalier avec lequel vous avez l'habitude de travailler?**

- A. Pas du tout satisfait
- B. Peu satisfait
- C. Moyennement satisfait
- D. Très satisfait
- E. Entièrement satisfait

# La situation

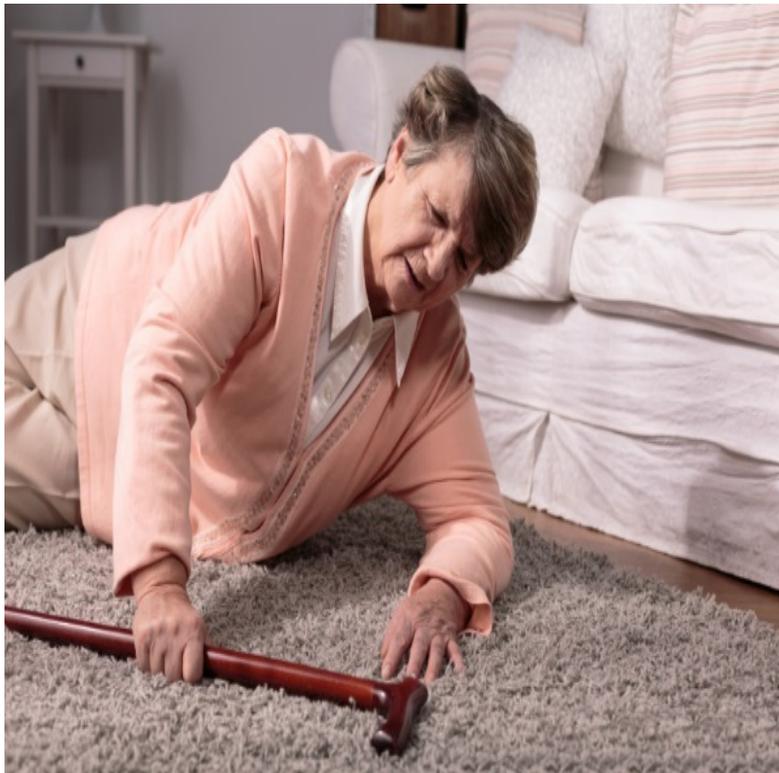


Une semaine après sa sortie de l'hôpital, Mme D., 87 ans est retrouvée par terre dans son salon par l'infirmière du CMS.

Elle est tombée ce matin et n'a pas pu se relever. La patiente est ralentie et ne peut expliquer les circonstances de sa chute.

Mme D a été hospitalisée 3 fois en 6 mois. Sa fille habituellement très présente vient de se casser le bras.

L'ambulance emmène Mme D aux urgences.





# Les diagnostics

- Plaies chroniques de jambes de type ulcères veineux (antécédents de dermo-hypodermite, échecs de greffe)
- Cardiopathie valvulaire sur insuffisance mitrale stade 3, rythmique sur FA intermittente, et hypertensive
- Diabète non insulino-dépendant contrôlé
- Insuffisance rénale chronique modérée
- Anémie modérée
- Troubles cognitifs légers
- Chutes, troubles de la marche



# Les médicaments



- CYMBALTA 30 1
- ALDACTONE 25 1
- TORASEMIDE 10 1
- SINTROM
- DILZIEM RETARD 90 1
- TRAJENTA 5MG 1
- PANTOPRAZOLE 40
- NEPHROTRANS 500 1
- FENTANYL PATCH 25 MCG/H
- VIDE 3
- ZOLPIDEM



# Situation psycho-sociale

- Ancienne postière, veuve , vivant seule dans un appartement confortable mais accessible par plusieurs marches, 2 enfants habitant la même commune très présents surtout la fille
- Indépendante pour les activités de la vie quotidienne (AVQ ) hormis une aide pour hygiène corporelle et incontinence modérée; se déplace avec déambulateur;

Pour les AIVQ , dépendante pour ménage, lessive , préparation des repas, gestion de l'argent et des médicaments



**6 AVQ** selon KATZ : faire sa toilette, s'habiller, aller aux toilettes, se déplacer, être continent, s'alimenter

**8 AIVQ** selon LAWTON : faire les courses, téléphoner, ménage courant, lessive, préparer les repas, utiliser les transports , gérer les médicaments, gérer son budget

# Problèmes/risques/potentiels mis en évidence par l'évaluation du CMS

- Potentiel de réadaptation dans les activités instrumentales de la vie quotidienne
- Troubles de la communication
- Cognition
- Déshydratation
- Chutes
- Douleur
- Problèmes de la peau
- Médicaments psychotropes
- Evaluation de l'environnement physique
- Incontinence urinaire



# Une sortie précédente à haut risque

- Antécédent d'**hospitalisations antérieures**: pour dermo-hypodermite de jambe puis pneumonie
- **Augmentation de l'aide informelle avant l'admission** avec aidants épuisés
- Perte de poids **dénutrition**



# Une sortie précédente à haut risque

- **Motif admission:** baisse de l'état général, état confusionnel
- Réticence aux soins (refus d'un CTR)



# La sortie



## Remise en place des interventions suivantes

- Soins de plaie quotidiens (guidés par une infirmière ressource en plaie)
- Prise des constantes vitales
- Visite d'évaluation de l'état de santé une fois par semaine et semainier par le CMS
- Soins de base: aide à la douche quotidienne
- Sécutel

## Documents à disposition dans le dossier du CMS

- Document médico sociale de transmission
- Document médical à venir

# Question 1

**A votre avis, la ré-hospitalisation en urgence est liée principalement (une seule réponse) ?**

- A. A la perception qu'à la patiente de sa situation
- B. A la multimorbidité
- C. Au traitement médicamenteux
- D. Manque de coordination entre les professionnels impliqués
- E. A l'épuisement des aidants



## Question 2

**A votre avis quelle action avant la sortie aurait été indispensable pour une sortie sécuritaire (une seule réponse) ?**

- A. Planification d'une visite ou consultation du médecin traitant
- B. Réseau de sortie
- C. Appel du médecin traitant par le médecin assistant durant le séjour
- D. Appel du médecin traitant par l'infirmière de liaison avant la sortie
- E. Consultation gériatrique en cours d'hospitalisation



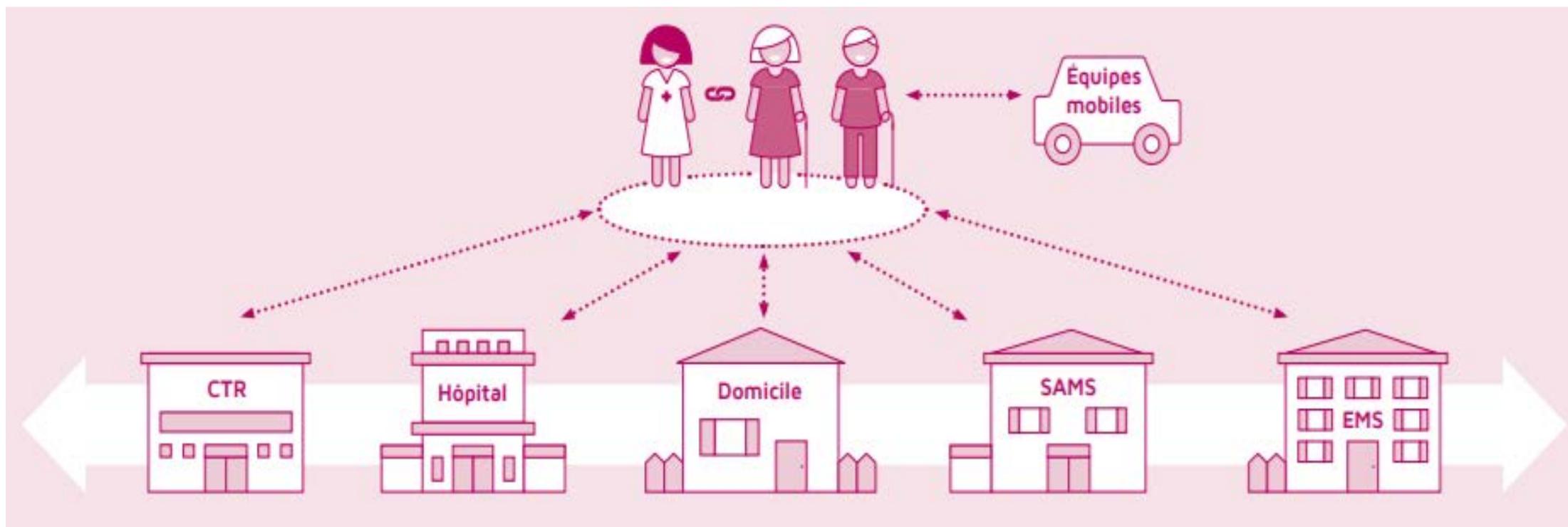
# Question 3

**A votre avis, quelle orientation vous semble la plus pertinente dans cette situation:**

- A. CTR
- B. READOM
- C. Court séjour
- D. Long séjour
- E. Retour à domicile avec service de soins à domicile.



# BRIO RSRL



La bonne personne au bon endroit pour la bonne prestation

# 5 étapes clés du processus BRIO

## **Demande:**

Les institutions, les professionnel-le-s, mais aussi les patient-e-s et les proches directement peuvent faire appel au BRIO

## **Repérage :**

L'infirmière de liaison traite la demande et identifie les risques de fragilisation avec un questionnaire type.

## **Evaluation :**

En cas de risques de fragilisation, évaluation complète accessible aux différent-e-s professionnel-le-s impliqué-e-s dans la prise en charge. Evaluation portant sur plusieurs dimensions: vie quotidienne, risques de chute, capacité cognitive, entourage....

## **Projet de soins:**

Ensemble, patient-e, proches et professionnel-le-s concerné-e-s établissent un projet de soins. Il comprend des objectifs et une planification de toutes les interventions ponctuelles et régulières

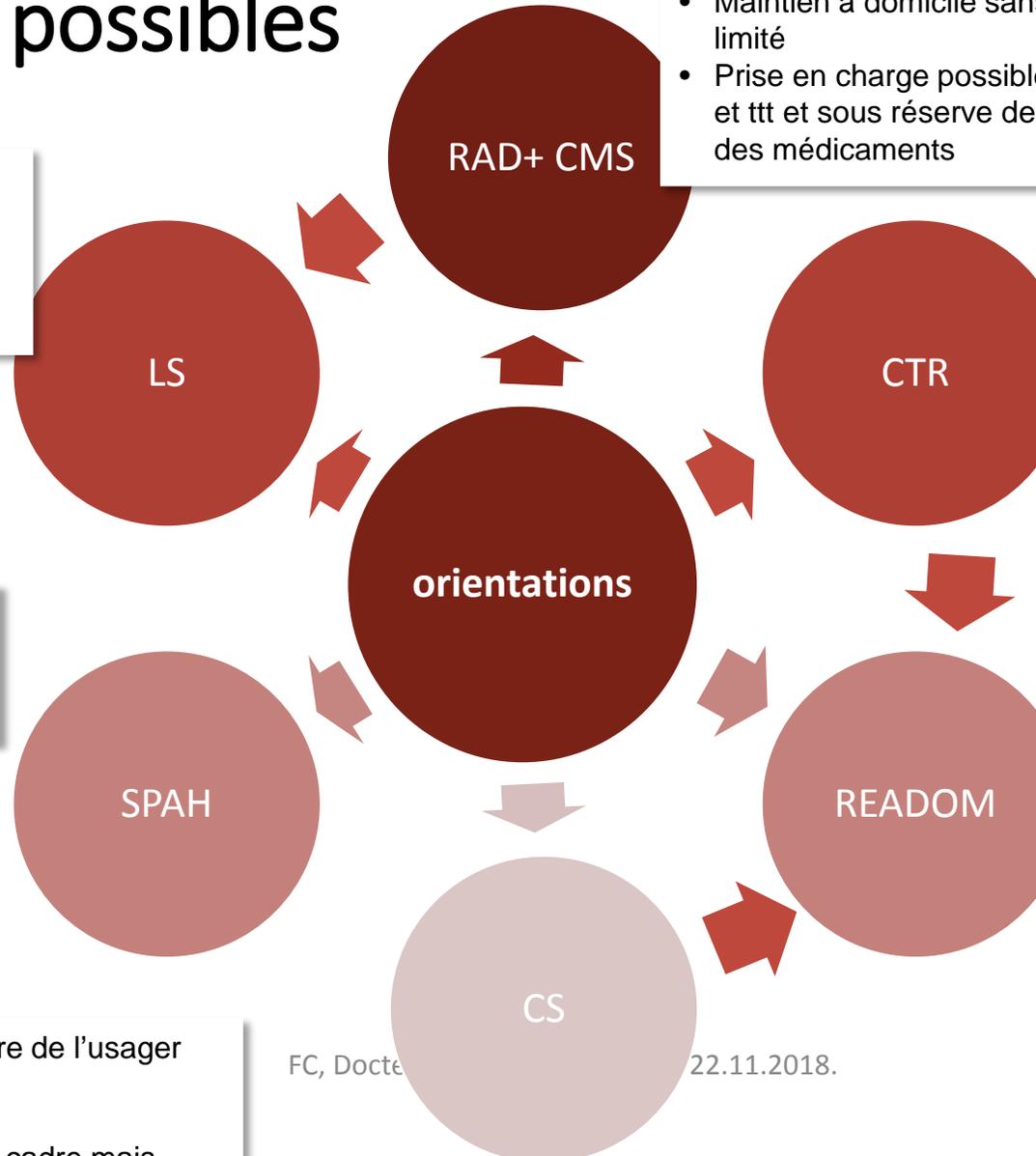
## **Suivi :**

Lorsque la situation l'exige, l'IDL reste en contact avec le/la patient-e; une ré-évaluation de la situation est faite périodiquement, ainsi qu'un contrôle des objectifs, un ajustement du planning,

# Les orientations possibles

- Maintien à domicile impossible
- Placement souhaité par usager et famille
- Dépend de la disponibilité de place et accord du patient

- Maintien à domicile sans danger ou avec un risque limité
- Prise en charge possible dans les 6h pour les soins et ttt et sous réserve de disponibilité du matériel et des médicaments



- Besoin de rééducation et/ou de suite de traitement.
- Durée en fonction de l'évolution.
- Demande accord préalable aux assurances (annexe 3b)
- CTR spécialisés soins palliatifs, pneumo, cardio, neuro...

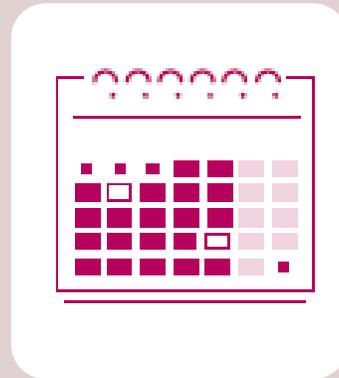
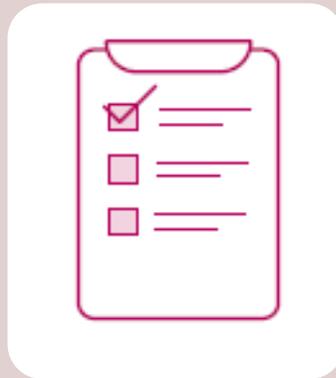
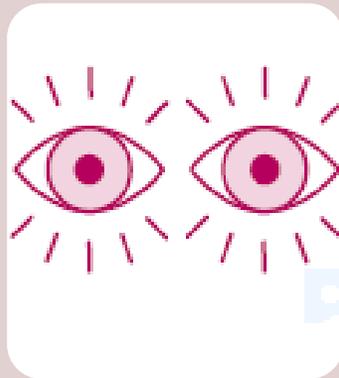
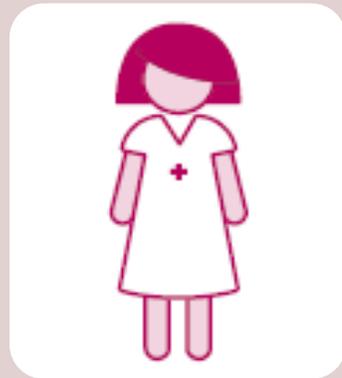
- Lit de transition pour un projet long séjour
- En fonction accord du patient et des disponibilités de place

- Programme de réadaptation et rééducation à domicile après hospitalisation ou post CTR
- Selon la procédure CHUV et dispositif READOM
- Equipe spécifique READOM

- 30 jours sur l'année, participation financière de l'utilisateur
- RAD prévu à l'issue du séjour
- situation médicale stable
- pas de rééducation envisageable dans ce cadre mais possible CTR post court séjours selon les cas

FC, Docteur 22.11.2018.

# Le processus BRIO dans cette situation



**DEMANDE**

Service de soin

**REPERAGE**

Age

Comorbidités

Intervention soins à domicile

**EVALUATION**

Hospitalisations récentes

Notion d'ECA

Suppléance aux AVQ et AIVQ

Poly médication

troubles de l'équilibre

Troubles cognitifs

Diabète/troubles cognitifs

Perte de poids /anémie

→ déconditionnement?

Hétéro anamnèse?

Disponibilité du PA

Fardeau du proche

Projet patient ?

**PROJET DE SOINS**

En collaboration avec le patient

RAD avec READOM

CTR en accord avec le patient

refus CTR persistant?

Evaluation gériatrique

Réseau

**SUIVI**

En accord avec le CMS



# Les incontournables



- Accès aux informations
- Partage d'informations
- Compréhension des organisations



# Question 4

**A votre avis quelle action au domicile aurait été indispensable pour une sortie sécuritaire (une seule réponse) ?**

- A. Intervention rapide du CMS à domicile
- B. Contact du CMS avec le médecin traitant
- C. Remise du traitement par le pharmacien avec réconciliation médicamenteuse
- D. Prise de contact avec la famille par le CMS
- E. Contact téléphonique dès la sortie



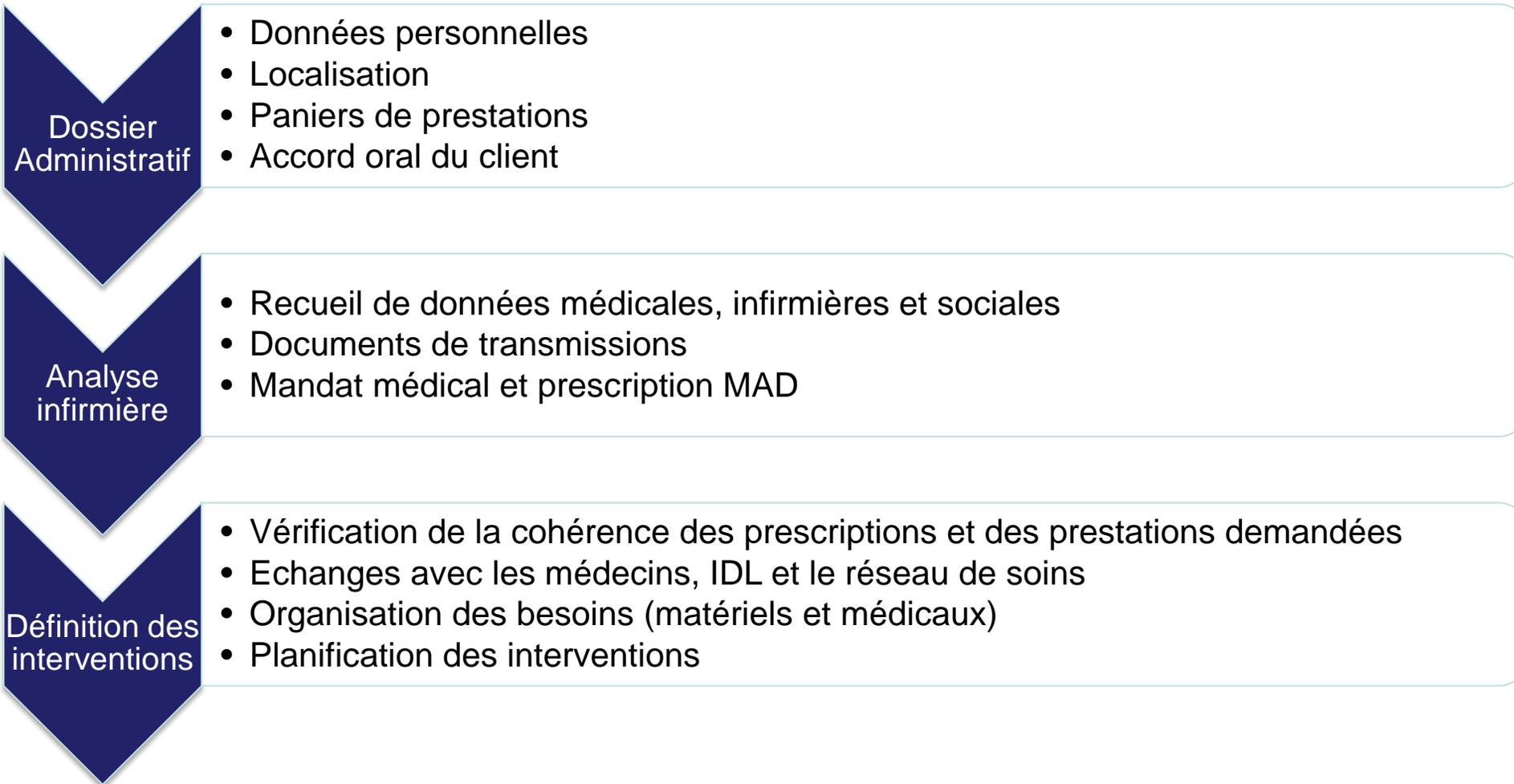
# CMS

## RETOUR À DOMICILE

MISSION GÉNÉRALE DE L'AVASAD

**« AIDER LES PERSONNES DÉPENDANTES, ATTEINTES DANS LEUR SANTÉ OU HANDICAPÉES À RESTER DANS LEUR LIEU DE VIE »**

# Processus de la demande de prestations



# PRESTATIONS CMS

Réception  
et analyse  
de la  
demande

Evaluation  
globale et  
spécifique de  
la situation du  
client

Soins infirmiers – Conseils – Prévention

Soins de base

Aide au ménage

Aide à la famille

Ergothérapie et moyens auxiliaires

Sécutel

Transport à mobilité réduite

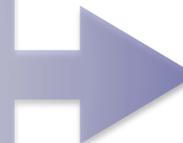
Conseils diététiques

Livraison de repas

Démarches sociales et orientation

Accompagnement psychosocial

Veilles et présences



Partenariat avec  
les médecins  
traitants et  
spécialistes

Pluridisciplinarité

Collaboration avec  
les réseaux de  
soins

Recours à des  
équipes  
spécialisées

# FACTEURS DE RÉUSSITE D'UNE SORTIE D'HÔPITAL

DMST INFIRMIÈRE ET DMT MÉDICAL

concordants et actualisés à la sortie

DIAGNOSTICS MÉDICAUX

précis et en lien avec la médication et les Diagnostics médicaux

ORDONNANCES (TRAITEMENTS ET MATÉRIELLES)

concordantes avec DMST infirmière et DMT médical

CONTACT ENTRE MÉDECIN TRAITANT ET MÉDECIN  
HOSPITALIER

pour coordonner le traitement à la sortie

PROTOCOLES DE PANSEMENTS

précis et actualisés

COMMANDE DE MATÉRIEL OU DE MÉDICAMENTS

anticipation lors de sorties tardives en soirées ou weekends

PLANIFICATION DE LA SORTIE

intégration des intervenants et organisation d'un réseau pour situations limites

PLANIFICATION DU SUIVI

consultations programmées et intervenants

TRANSMISSIONS

entre l'IDL et l'infirmière REOP du CMS

lors de situations complexes, entre le service hospitalier et l'infirmière CMS

# DANS CETTE SITUATION, QUELLE FAIBLESSE DU SYSTÈME?

DMST INFIRMIÈRE ET DMT MÉDICAL

manque de précision du TTT dosage/ fréquence et choix de TTT non expliqué.

DIAGNOSTICS MÉDICAUX

manque d'explicitation des diagnostics / TTT et des ATCD, symptômes cognitifs

ORDONNANCES (TRAITEMENTS ET MATÉRIEL)

non spécifié dans la vignette

CONTACT ENTRE MÉDECIN TRAITANT ET MÉDECIN HOSPITALIER

absence d'information/ échanges avec le médecin traitant

PROTOCOLES DE PANSEMENTS

absence de protocole de soins de plaies

COMMANDE DE MATÉRIEL OU DE MÉDICAMENTS

non spécifié dans la vignette

PLANIFICATION DE LA SORTIE

pas de réseau dans cette situation complexe et absence de l'aidante naturelle

PLANIFICATION DU SUIVI

pas de dates des prochaines consult. et manque de suivi spécialisé négocié

TRANSMISSIONS

Contact entre l'IDL et l'infirmière REOP du CMS, supposés comme réalisés  
pas d'indication de contact entre le service hospitalier et l'infirmière CMS

# COMMENT AURIONS-NOUS PU ÉVITER UNE RE HOSPITALISATION?

READOM À LA SORTIE DE L'HÔPITAL OU CTR

objectifs de rééducation, de maintien des acquis et d'évaluation du domicile

RÉSEAU AVEC MÉDECIN TRAITANT, L'ENTOURAGE ET LE CMS

définir le besoin d'aide des proches et les objectifs de maintien à domicile

ERGOTHÉRAPIE

évaluation et TTT, aménagement du logement, moyens auxiliaires

PARTENARIAT AVEC L'ÉQUIPE MOBILE PSYCHOGÉRIATRIQUE

évaluation des troubles cognitifs, suivi et adaptation TTT

SOUTIEN DES PROCHES AIDANTS

évaluation continu du besoin d'aide et des risques. Association Alz'ami.

CHUTE: CONTACTER LE MÉDECIN TRAITANT

si possible, appel au médecin TTT ou médecin de garde, avant l'ambulance.

DIÉTÉTICIENNE ET SURVEILLANCE ALIMENTAIRE

adaptation de l'alimentation et compléments, surveillance quotidienne, par qui.

SUIVI DES DOULEURS ET ADAPTATION DES TTT

réalisation d'évaluations de la douleur régulières, impacts sur les limitations et TTT

RÉCONCILIATIONS THÉRAPEUTIQUE

partenariat avec le pharmacien et les médecins // polymédication et ses risques