

*Faculté de Médecine de Marseille
Université Aix – Marseille II*

Maître de stage : GINOUX Gaston

Mémoire de stage

SUIVI D'UNE PATIENTE EN

HOSPITALISATION A

DOMICILE

Semestre de stage : mai à novembre 2009

Eyssautier Claire
IMG – DES Médecine Générale
Adresse internet universitaire :
Autre Adresse E.Mail : cleyssaut@hotmail.com

I/ Présentation du cas clinique

Madame L, 63 ans prend rendez vous pour une visite à domicile le jour de sa sortie de maison de rééducation.

II/ 1) Antécédents :

HTA
DNID
Dyslipidémie
Alcoolisme chronique
Exés pondéral
Ligatures des trompes

II/ 2) Histoire de la maladie

Le 30 octobre 2008, madame L, retrouvée au sol est amenée par les pompiers aux urgences de La Ciotat.

A l'entrée son tableau clinique associe un trouble de l'élocution, une paralysie faciale gauche, une hémiparésie des membres supérieur et inférieur gauches, un babinski gauche.

Le TDM cérébral retrouve un AVC ischémique sylvien droit avec un oedème important. Il n'y a pas de lésion hémorragique, et pas d'effet de masse.

Le bilan biologique : HBA1C 7.2, GGT 71, rhabdomyolyse modérée, enzymes cardiaques normales,

Elle est hospitalisée en service de médecine. Au cours de son hospitalisation:

- l'échographie cardiaque et le doppler des troncs supra aortiques seront normaux
- l'évolution clinique: récupératoin de la parole, diminution de la paralysie faciale gauche, persistance de l'hémiplégie gauche proportionnelle. la patiente est sondée et développe une infection urinaire sur sonde, traitée par noroxine pendant 8 jours. L'echographie des voies urinaires montre un résidu post mictionnel de 500 mL. Une sonde à demeure est installée pendant un mois

Au point de vue administratif une sauvegarde de justice est demandée ainsi qu'une exonération du ticket modérateur

La patiente est ensuite adressée en maison de rééducation à la Bourbonne le 04 décembre 2008 por réautonomisation suite à son hémiplégie gauche d'origine ischémique.

A son entrée

- membre supérieur gauche: pas de mouvement volontaire. Douleur à la mobilisation

passive de l'épaule limitant l'amplitude articulaire.

- membre inférieur gauche: pas de limitation. Les fléchisseurs de hanche sont évalués à 1/5, les extenseurs du genou sont à 2+/5, la poussée pédestre est à 2/5. Il n'y a pas d'équilibre assis.

La patiente souffre d'exces pondéral.

Sonde urinaire à demeure, urines claires.

En revanche on ne note ni trouble de la compréhension, ni désorientation, ni trouble de la déglutition.

Le projet thérapeutique mis en place à la Bourbonne consiste en une réautonomisation progressive; la patiente sera suivie par une équipe pluridisciplinaire associant neurologue, psychiatre, kinésithérapeute et ergothérapeute.

Au cours de son séjour, la sonde urinaire est enlevée, les constantes hémodynamiques restent stables. En ce qui concerne la rééducation, le périmètre de marche est augmenté avec une canne tripode, les transferts lit/fauteuil sont possibles. En revanche, il reste une dépendance totale pour les activités de la vie quotidienne même si la patiente mange seule.

Au point de vue social, l'équipe de la Bourbonne envisage un placement de la patiente dans une maison de retraite, idée que la patiente refuse. La patiente est mise sous tutelle.

La patiente quitte la Bourbonne le 26 mai 2009 pour un retour à domicile car elle refuse un placement. Une HAD est donc mise en place avec:

- des soins infirmiers quotidiens: nursing, soins d'hygiène, surveillance tensionnelle, glycémique, prise médicamenteuse et aides à la toilette et à l'habillage.

- 20 séances de kinésithérapie de rééducations de l'hémicorps gauche pour une tonification musculaire de l'hémicorps gauche, un travail à la marche avec une canne tripode, et un travail d'équilibre statique et dynamique.

- mise en place d'un appareillage: fauteuil roulant, coussin mousse et lit médicalisé avec matelas anti escarre, chaise garde robe.

Le docteur Ginoux est appelé par la société de HAD à la demande de la patiente.

Histoire de la maladie dans le suivi par le docteur Ginoux

Première consultation le 21 décembre 2006:

La patiente consulte pour lombalgie et hémorroïdes.

A l'examen sont retrouvés une douleur lombaire gauche et un prolapsus hémorroïdaire. Pas de sang au TR.

Le médecin prescrit une radio du rachis lombaire et un traitement associant AINS, paracétamol et titanoreïne crème et suppositoire.

Le 27 décembre 2006:

Nouvelle consultation pour douleur dorsale mécanique

Taille 158 cm, Poids 72 kg, IMC: 37

TA 16/9 FC 84, bruits du coeur réguliers

pouls pédiens symétriques, examen cardiaque normal, léry et Lassègue négatifs

Radio: arthrose étagée, ostéophytes, antélisthésis L2 L3 et L4 L5, anomalie transition L5 S1, hyperlordose de surcharge

BS: glycémie >1.16 à deux reprises

introduction de metformine 250 trois fois par jour

Le 29 janvier 2007:

TA 16/10 FC 84

Poids 72kg

CAT; conseils hygiéno-diététiques

introduction de stigid 1/2 deux fois par jour

practazine 1/ jour

structum deux par jour

paracétamol ALD

titanoreine

II/ 3) Consultations

Patiente perdue de vue jusqu'en mai 2009.

Avant que la patiente ne sorte de la Bourbonne rééducation, le médecin rééducateur a appelé au cabinet pour demander si nous acceptions d'être le médecin traitant de Madame L au sein d'une HAD.

Visite à domicile le 28 mai 2009: 2 boulevard de la République, La Ciotat

Patiente née le 3 novembre 1946

La patiente est rentrée depuis deux jours à la maison mais le jour même de son retour elle a chuté: retour aux urgences: fracture de la tête humérale gauche

A notre arrivée je note un aménagement complet de la maison composée de deux pièces: lit médicalisé, rampes dans la salle de bain et toilettes pour faciliter les transferts...Je suis un peu étonnée par le fait que la maison soit parfaitement aménagée alors qu'au point de vue médical, il n'y a aucune continuité des soins, pas de prescription médicale, pas de courrier..

La patiente est dans son fauteil roulant, le bras dans une attelle "coude au corps". Son compagnon reste avec elle toute la journée, il ne part que le soir, les infirmières passent deux fois par jour.

Mais ce premier contact me laisse perplexe avec plusieurs questions:

- plan social: tutrice, prise en charge sécurité sociale
- bilan d'autonomie
- prise en charge médicale

Motricité: hémiparésie gauche. Marche avec canne tripode

Orientation: conservée

Sécurité: seule la nuit

Hygiène: assistance totale

Occupation: ?

Nutrition: portage des repas

tutrice: madame Delatouche 06 05 35 22 13 04 42 73 88 77

Infirmière: 06 34 47 47 90

Aide ménagère: 04 42 71 90 61

Voisine 04 42 71 90 61

Le 08 juin 2009: deuxième visite

TA 13/8 FC 84

surveillances dextro et TA normaux

La patiente a retiré son attelle car elle la gênait.

La patiente porte des lunettes

Tabagisme

séances de kiné quotidienne; la patiente a oublié sa canne à la bourbonne

A l'examen clinique: se lève seule en s'appuyant à son lit, fait quelques pas: elle boite en raison d'un membre inférieur gauche raide; le membre est mobilisable mais "lourd"

Le membre supérieur gauche; douleur à l'élévation et à l'abduction. La main gauche a une mobilité réduite

La patiente se plaint d'une douleur au niveau du coccyx mais pas il n'y a pas d'escarre fessier

Dermabrasion sous le sein gauche vers le prolongement axillaire associé à un hématome, phlyctènes à la face interne de l'avant bras gauche;

Autonomie: aide totale aux repas, mange avec aide (se fait couper la viande et se fait préparer les repas qu'on lui porte)

traitement: kardégic 160: 1, Tahor 40: 1, Coversyl 2mg; 1, Glucophage 850; 1, Forlax 2 0 2, Stablon; 1 1 1, Neurontin 100; 1 1 1

Introduction de PAPS pour les lésions cutanées

La patiente reste toute la journée à la maison sans même mettre le nez dehors.

Lors de nos visites le contact est difficile à mettre en place; son "ami" prend beaucoup de place (il paraît complètement alcoolique tabagique et d'autant plus quand je le croise dans la rue, mais ce dernier est suivi par un autre médecin de la Ciotat donc je ne pose pas plus de questions.)

La patiente refuse tout bilan biologique, consultation cardiologique et toute autre prise en charge.

En revanche elle connaît bien ses droits et demande où en est l'ALD.

Le 22 juin 2009

Bon état général

Surveillance tensionnelle et dextro ras

Epaule gauche; début de mobilisation

Problème social: ALD terminée

Quand nous arrivons dans son appartement la patiente est seule et la consultation se passe beaucoup mieux, elle est plus détendue. Nous parlons de son moral, de son installation et des soins qu'elle reçoit.

Sa maison est saine, mais elle me dit que l'aide ménagère est en congés. La relation avec son ami semble être tendue.

6 août 2009:

Bon état général

les relevés infirmières ne signalent pas d'anomalie particulière et au contraire, elle signale une patiente plus heureuse.

Les constantes sont bonnes sauf les dextros qui sont toujours à la limite supérieure de la normale, mais la patiente a arrêté le portage des repas car elle trouvait les quantités insuffisantes et son équilibre alimentaire n'est pas satisfaisant.

Au point de vue rééducation, la patiente bouge les doigts de la main gauche, les déplacements sont maîtrisés. Il existe une bonne entente entre la patiente et le kinésithérapeute, permettant un travail efficace.

L'ALD a été mise à jour.

Je mène la consultation seule sous le regard inquiet de son ami. La patiente est en revanche plus coopérative.

Nous reparlons de ses repas et de ses activités: rien n'a changé.

Le 9 septembre 2009:

Nous nous rendons chez la patiente à midi pour voir ce qu'elle mange: des pâtes au beurre et au fromage avec des biscottes et de la vaches kiri.

Les dextros sont toujours hauts mais le problème est que les infirmières ne passent qu'entre 10h30 et 11h le matin et nous n'avons pas de mesure à jeun;

La consultation est difficile à mener ce jour, la patiente et son ami ne nous attendaient pas. J'ai beaucoup de mal à capter son attention, elle ne répond pas aux questions que je lui pose, elle est énervée.

Au point de vue mobilisation, la patiente ne veut pas se lever car elle a chuté dimanche en voulant se lever lorsque sa propriétaire est venue lui rendre visite.

A ce moment a je lui parle du kiné avec lequel elle s'entend vraiment bien et à ce moment, elle se détend à nouveau, et une discussion se met en place. Nous reparlons des dextros et la patiente accepte de faire une prise de sang (elle avoue avoir refusée avant car elle n'avait pas l'ALD). Je lui demande si elle se sentirait capable de faire elle même une autosurveillance dextro si l'infirmière le lui apprend: elle accepte donc je laisse tout de suite un mot dans la partie transmission du cahier de suivi de la patiente, de façon à avoir des dextros plus informatifs. Enfin, la patiente me demande elle même à voir le cardiologue et l'ophtalmologiste.

Conclusion:

L'exemple de cette patiente nous montre une situation où l'HAD a permis à une patiente jeune un maintien à domicile et une réautonomisation progressive sans la perte de ses repères.

Les débuts furent difficiles et laborieux, car le médecin se retrouve seul à devoir organiser une prise en charge et un suivi correct. Mais au fil des consultations, la patiente a adhéré aux soins et nous avons pu mettre en route un suivi adapté.

II/ Problématique

A l'issue de ce cas cliniques, certaines questions se posent.

A: Qu'est ce qu'une sauvegarde de justice, comment est elle mise en place, par qui?

B: L'HAD: quels sont les critères de mise en place, comment se fait la coordination des soins?

C: Prise en charge des séquelles d'AVC

III/ Recherche bibliographique

A/ Sauvegarde de justice

La mise sous sauvegarde de justice est une mesure de protection juridique temporaire destinée à protéger une personne majeure et/ou tout ou partie de son patrimoine si elle n'a plus la capacité de le faire seule et qu'aucun moyen moins contraignant ne suffit à défendre ses intérêts. Le majeur placé sous sauvegarde de justice conserve sa capacité et donc l'exercice de ses droits.

Les personnes concernées

Les personnes majeures, qui ont besoin d'être protégées temporairement dans les actes de la vie civile, ou d'être représentées pour certains actes déterminés, du fait de l'altération de leurs facultés mentales, ou lorsque leurs facultés corporelles sont altérées au point d'empêcher l'expression de leur volonté, et pour qui toute autre mesure moins contraignante serait insuffisante.

Les personnes majeures dont les facultés sont durablement atteintes, et qui sont dans l'attente de la mise en place de mesures plus protectrices (exemple : tutelle ou curatelle).

La sauvegarde de justice sur décision du juge des tutelles

Pour être valable, toute demande d'ouverture de mesure de sauvegarde de justice auprès du juge doit être obligatoirement accompagnée d'un certificat médical rédigé par un médecin inscrit sur une liste établie par le procureur de la République, qui établit l'altération des facultés de la personne. Le certificat décrit l'altération des facultés du majeur et donne tout élément sur son évolution prévisible. Il précise les conséquences de cette altération sur la nécessité pour le majeur d'être assisté ou représenté, et indique si la personne est en état d'être auditionnée.

La mise sous sauvegarde de justice ne peut être demandée au juge que par :

la personne à protéger elle-même, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité (sauf en cas de rupture de la vie commune), un membre de sa famille, d'autres proches entretenant des relations étroites et stables avec elle, ou la personne qui exerce à son égard une mesure de protection juridique,

le procureur de la République, qui formule cette demande soit d'office, soit à la demande d'un tiers (par exemple : médecin, directeur d'établissement de santé, travailleur social).

La demande doit comporter, le certificat médical, l'identité de la personne à protéger et l'énoncé des faits qui appellent cette protection, elle est adressée au juge des tutelles dont dépend le lieu de résidence du majeur à protéger, ou celui de son tuteur s'il en a un.

Si aucune de ces personnes ne peut ou ne veut assumer cette charge, le juge peut désigner un mandataire judiciaire à la protection des majeurs inscrit sur une liste dressée et tenue à jour par le préfet.

Sous sauvegarde de justice, une personne conserve le droit d'accomplir tous les actes de la vie civile, sauf ceux confiés au mandataire spécial, s'il a été nommé.

La sauvegarde de justice ne peut dépasser 1 an, renouvelable une fois par le juge. La durée totale ne peut excéder 2 ans.

La sauvegarde de justice sur décision du juge prend fin :
au bout d'un an si elle n'est pas renouvelée,
à tout moment par mainlevée décidée par le juge si le besoin de protection temporaire cesse.

La mesure de sauvegarde de justice sur déclaration médicale au procureur de la République cesse :
par déclaration faite au procureur de la République si la mesure n'est plus nécessaire,
par radiation de la déclaration médicale sur décision du procureur de la République.

Dans tous les cas, (s'il n'y a eu ni mainlevée, ni déclaration de cessation, ni radiation de la déclaration médicale), la sauvegarde de justice cesse :
à l'expiration du délai pour laquelle elle a été prononcée,
ou après l'accomplissement des actes pour lesquels elle a été ordonnée
article 433 code civil

B/: L'hospitalisation à domicile

Dans un réseau de soins, le patient est au centre d'un dispositif où les professionnels se concentrent sur leur prise en charge pour qu'elle soit globale: le but est d'améliorer cette prise en charge pour assurer la continuité des soins et améliorer leur qualité avec des protocoles définis en commun, tout en mesurant les coûts: efficacité et économie.

Les réseaux de soins sont nés autour de la prise en charge des personnes âgées dépendantes pour le maintenir à domicile. Ils reposent sur quatre dimensions:

- projet médical liant les professionnels
- coordination des soins grâce à une plus grande interaction entre les professionnels
- formation et information des professionnels
- évaluation de la pratique en réseau, de la qualité des soins et économique.

L'Hospitalisation A Domicile, HAD, est une alternative à l'hospitalisation, permettant d'assurer au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés en associant le médecin hospitalier, le médecin traitant et tous les professionnels paramédicaux et sociaux, pour objet d'éviter une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement à temps complet ou d'en diminuer la durée.

C'est un établissement de santé accrédité et certifié, garantissant au malade une offre de soins de qualité au domicile à tous les âges de la vie.

L'admission en hospitalisation à domicile n'est réalisable qu'avec le consentement du patient et/ou de sa famille,

L'accord du médecin traitant est un préalable obligatoire à toute hospitalisation à domicile. L'admission est prononcée sur la base d'un protocole de soins, signé par le médecin coordonnateur, préalablement élaboré et validé en totale concertation avec le médecin prescripteur et le médecin traitant, établi au regard de l'enquête médico-sociale effectuée par l'infirmière coordinatrice, assistée dans cette tâche par l'assistante sociale qui apprécie le besoin

éventuel en aides sociales

Les modalités de prise en charge d'une hospitalisation à domicile sont identiques à celles existant dans les établissements hospitaliers classiques. Les conditions administratives et financières en sont les mêmes hors le fait que les malades ne sont pas soumis au forfait journalier d'hébergement.

Les HAD facturent les soins selon le principe de la tarification à l'activité.

Toutes les structures d'hospitalisation à domicile travaillent avec une assistante sociale. Cette dernière a pour mission d'accompagner les patients et leurs familles dans leurs démarches d'obtention d'éventuelles aides sociales que celles-ci soient financières ou matérielles (repas à domicile/aide-ménagères, etc...).

Tous les établissements d'hospitalisation à domicile avant de débiter leur activité doivent obtenir une autorisation d'activités, à l'instar des autres établissements hospitaliers.

Cette autorisation, gage de la conformité du projet d'hospitalisation aux règlements en vigueur, est attribuée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de la région où se situe l'établissement d'HAD, et fait suite au dépôt d'un dossier très complet analysé par les services de l'Etat.

Les établissements de santé (hôpitaux et cliniques) sont soumis à un protocole de certification par la Haute Autorité en Santé. Cette démarche garantit la qualité la prise en charge des malades par l'établissement.

Point de rencontre entre la médecine hospitalière et la pratique ambulatoire et s'intégrant dans un maillage d'intervenants très large, l'HAD appuie son action sur une articulation avec les différents acteurs de la prise en charge sanitaire et sociale que ces derniers soient internes à l'établissement ou qu'ils soient libéraux.

La coordination est au cœur de l'activité des HAD: lors de l'admission par la coordination entre les médecins prescripteur, traitant et coordonnateur; dans la délivrance des soins par une équipe pluridisciplinaire par un travail avec d'autres structures de soins (ex SIAD) ou des établissements d'accueil de personnes âgées

L'établissement d'hospitalisation à domicile assure la continuité des soins 24 heures/24, 7j sur 7 et 365 jours /365.

Le domicile du patient est adapté à la complexité des soins qui lui seront prodigués.

Une pièce dédiée dans le domicile est nécessaire pour cette hospitalisation à domicile. Le service logistique de l'établissement d'hospitalisation à Domicile procède à l'aménagement nécessaire. Le matériel utile au bon déroulement des soins et au confort du patient est mis à disposition par la structure d'HAD.

Les établissements d'hospitalisation à domicile ont le statut d'établissements de santé au même titre que les hôpitaux et les cliniques. Ils sont soumis à la même législation et aux mêmes obligations de qualité et de sécurité des soins.

L'Hospitalisation à domicile est soumise aux mêmes règles de respect des règles d'hygiène que

tout établissement de santé, ces principes étant adaptés au fait que l'hospitalisation est faite au domicile.

Ainsi existe au sein des HAD un Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, l'indicateur ICALIN s'appliquant aux HAD comme à tout établissement hospitalier.

Lors d'une prise en charge en HAD, divers professionnels de santé sont amenés à délivrer des soins aux malades selon le protocole de soins établi par les médecins. Parmi ces professionnels, les infirmières sont un élément essentiel pour cette prise en charge. Elles sont soit salariées de l'établissement soit libérales.

Les prescriptions de médicaments réalisées par le médecin traitant sont gérées par les professionnels de l'HAD. La coordination assure le suivi et l'administration des médicaments nécessaires pour la prise en charge du patient. Leurs coûts sont inclus dans le financement de l'établissement et n'est donc pas à la charge du patient et de sa famille.

Trois médecins sont appelés à intervenir auprès du patient hospitalisé à domicile. Le médecin hospitalier : fréquemment à l'origine de l'hospitalisation à domicile du patient. Il prescrit l'HAD lorsque le patient est hospitalisé dans un établissement avec hébergement.

Le médecin traitant : qui assure la prise en charge au quotidien de son patient et qui peut également prescrire une HAD sans que ce patient n'ait été hospitalisé en établissement avec hébergement au préalable.

Le médecin coordonnateur de l'HAD évalue l'état de santé du patient et travaille en étroite collaboration avec le médecin traitant.

Le critère pour l'indication d'une HAD est moins la pathologie que la complexité des soins qu'elle justifie. De ce fait, l'hospitalisation à domicile prend en charge toutes les pathologies à l'exception de la psychiatrie.

Les structures d'HAD sont soumises à l'obligation d'organiser les soins palliatifs pour les patients en fin de vie. Cette activité représente 30 à 40 % de l'activité des établissements d'HAD.

Un appui psychologique est souvent nécessaire pour accompagner la prise en charge de certains patients, tant vis-à-vis de ces derniers que de leurs familles.

Salariée ou libérale, le psychologue assure ce suivi en lien étroit avec l'équipe soignante de l'HAD.

L'Hospitalisation à domicile est soumise à de nombreuses règles en matière de qualité des soins. Le respect de ces règles conduit à la certification de l'établissement par la Haute Autorité de santé.

Les soins prodigués en HAD sont variés mais toujours complexes, longs, fréquents. Ils sont en corrélation avec la prise en charge de pathologies lourdes :

- soins palliatifs.
- traitement de lutte contre la douleur
- alimentation parentérale,
- pansements complexes,
- surveillance post chirurgicale complexe,

- suivi de grossesses à risque,
- suites de couches pathologiques,
- assistance respiratoire lourde,
- chimiothérapie,
- antibiothérapie,
- tout type de soins lourds et complexes

C/ Prise en charge des séquelles d'AVC

Les complications après un AVC sont nombreuses et leur prise en charge est fondamentale pour un maintien à domicile et pour une augmentation du pronostic vital.

1) Exemple de séquelles

a) Troubles moteurs :

La récupération peut être totale avec des mouvements fins des doigts mais elle est souvent de mauvaise qualité au membre supérieur avec en particulier : absence de mouvements dissociés des doigts, préhension globale et difficultés d'ouverture de la main. La récupération est plus importante au membre inférieur même s'il persiste habituellement un déficit des muscles releveurs du pied ;

Il peut persister un déficit global majeur, total au membre supérieur, avec au membre inférieur quelques mouvements mais qui ne permettent pas une reprise de la marche.

b) Conséquences fonctionnelles :

La marche avec ou sans canne est possible pour 4 sujets sur 5. Un sur cinq reste dépendant, définitivement, d'un fauteuil roulant. Pour ces patients, l'aide d'une tierce personne est nécessaire dans les activités de la vie quotidienne;

L'indépendance dans les activités de la vie journalière pour 4 sur 5 ;

L'utilisation fonctionnelle de la main reste rare (15 % à 30 %) ;

Les troubles de la communication peuvent rester au premier plan avec difficulté d'expression et/ou de compréhension. Des compensations sont souvent mises en place utilisant le langage gestuel, la mimique.

c) Complications

En dehors des complications initiales de décubitus (phlébite, embolie pulmonaire, infections pulmonaires, urinaires, etc.), des séquelles peuvent persister : épaule douloureuse, déformation orthopédique cheville-pied (pied-varus-equin spastique). Enfin la récurrence de l'AVC peut se produire.

Les complications du décubitus mettent en jeu le pronostic vital à la phase initiale.

L'épaule douloureuse: très fréquente, souvent mise sur le compte de traumatismes initiaux (traction sur le bras hémiparétique, subluxation de la tête humérale simplement du fait du poids du bras pendant en dehors du lit et du fauteuil). Les traitements associent: mesures de préventions (éviter traction et position sub-luxante): mobilisations douces; infiltration intra-articulaire; stimulation électrique fonctionnelle.

Le pied varus équin spastique: déformation classique retrouvée lors de la reprise de la marche et augmentant avec la vitesse. L'appui s'effectue sur le bord antérieur et externe du pied. Le

traitement associé: mobilisation et myorelaxant; stimulation électrique; orthèse de maintien ou chaussures orthopédiques; chirurgie si les difficultés de chaussage persistent (allongement et transfert tendineux).

d) Traitements et prise en charge

En urgence : le maintien des fonctions vitales et lutte contre l'œdème cérébral (réanimation) ; traitements spécifiques en fonction de l'étiologie (anticoagulants, thrombolytiques, chirurgie vasculaire selon les cas) ; mesures de nursing kinésithérapique (mobilisation, installation correcte, éviter les douleurs d'épaule, prévention d'escarre).

En phase de rééducation, la prise en charge est multidisciplinaire :

– kinésithérapie : rééducation neuromusculaire facilitant les mouvements utiles et inhibant les mouvements parasites. Au membre inférieur la prise en charge conduit dans la majorité des cas à la reprise de la marche ;

– ergothérapie : réacquisition d'une indépendance, relatéralisation si nécessaire, prise en charge des troubles neuropsychologiques, choix éventuel d'aides techniques, aménagement du domicile, aides par une tierce personne dans les formes les plus sévères. Réentraînement du membre supérieur, permettant parfois une récupération totale ;

– orthophonie : prise en charge des troubles de la communication orale et écrite (compréhension et expression) ;

Prescription d'orthèses (écharpe de maintien de l'épaule, releveur de pied, aides de marche (cane simple, tripode...), fauteuil pour hémiplégique (à propulsion à une main), chaussures orthopédiques parfois nécessaires ...).

L'immense majorité des hémiplégiques regagne leur domicile. La sortie est l'aboutissement logique du séjour en rééducation. Maintenir les performances acquises à la sortie du centre de rééducation nécessite la poursuite journalière de l'entraînement adapté aux conditions de vie à la maison (il est souvent noté une amélioration des performances), une surveillance médicale afin d'éviter et de limiter le risque de récidiées, le maintien des contacts avec l'extérieur afin d'éviter le risque de désocialisation, une surveillance orthopédique

IV Synthèse

A/ Sauvegarde de justice

La sauvegarde de justice mis en place pour madame L a permis un retour à domicile en limitant les risques d'abus de tierce personne sur une patiente vulnérable et handicapée. Sa tutrice, madame Delatouche était très impliquée auprès de notre patiente. C'est elle qui, par exemple, nous a signalé le problème de la cessation de l'ALD.

En revanche au mois d'août j'ai vu une limite non négligeable de ce type de fonctionnement: c'est

la tutrice qui fait les courses pour notre patiente et lorsqu'elle est partie en vacances deux semaines, elle lui avait fait des courses avant de partir pour quinze jours, mais la nourriture n'était adaptée ni aux envies ni aux besoins nutritionnels de notre patiente et cette dernière n'a pas respecté les règles hygiéno-diététiques et ses dextros n'étaient pas bons.

B/ Hospitalisation à domicile

L'HAD apparaît comme une structure de soins globale entre plusieurs intervenants, pour une prise en charge globale de la patiente.

Dans notre cas clinique, la société de HAD semblait plus intéressée par l'installation de matériel médical que par la prise en charge globale de la patiente. En effet, nous n'avons été prévenus qu'au dernier moment de son retour à domicile, il n'y a pas eu de concertation avec un projet thérapeutique. La patiente est rentrée sans prise en charge sociale, sans bilan sanguin récent permettant de faire le point sur ses différentes pathologies, sans sa canne tripode, sans prescription médicale, ni de kinésithérapie. La définition même de la mise en route d'une HAD n'est donc pas respectée.

Pour le suivi, les feuilles de transmission n'étaient pas remplies au départ par le personnel infirmier et le dialogue a mis du temps avant de s'établir.

C/ Prise en charge des séquelles post AVC

Dans le cadre de la surveillance post AVC, notre patiente est rentrée à domicile avec uniquement des prescription de rééducation.

Au point de vue motricité, la patiente a fait de gros progrès, mais la préhension avec la main gauche reste insuffisante. La marche est possible avec une canne tripode et avec une aide.

Les soins de nursing sont pris en charge par la société de HAD. Le traitement médical curatif et préventif est assuré par le médecin traitant.

Les problèmes que posent cette prise en charge sont nombreux; en effet, tous ces déplacements sont limités et notre patiente refuse de sortir de chez elle et de consulter des autres spécialistes. De plus, les séances de kinésithérapie, bien que très utiles ne sont pas assez nombreuses. Son suivi est donc insuffisant, sans consultation cardiologique ni ophtalmologique, par exemple. Nous nous sommes dès lors demandé si nous devons prévoir une hospitalisation à notre patiente pour faire un bilan complet, mais en faisant la balance bénéfice risque, il nous est apparu comme plus juste de la laisser à domicile et de repoter ce bilan.

Ce cas clinique soulève plusieurs problèmes de prise en charge à domicile. de patient post AVC. De plus il souligne le fait que le médecin traitant doit être patient car ce genre de suivi est long à mettre en place, à coordonner.

Il semble que pour notre patiente, au bout de cinq mois, le dialogue ait pu se mettre en place avec la société de HAD.

bibliographie

1) legifrance.gouv.fr

2) Fnehad, brochure 2009

3) Réseaux de soins, medcost

4) Albert A., Rééducation neuromusculaire de l'adulte hémiplégique. Paris, Masson, 1969, 265

Girard R., Vivre avec une hémiplégie. Handicap et réadaptation, SIMEP 1987.

Pelissier J., Hémiplégie vasculaire de l'adulte et médecine de rééducation. Paris, Masson, 1988, 370