



une marque du groupe ORPEA

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

Dr Céline DUFFAU
Médecin coordonnateur
Clinique Les Oliviers, Callas





Définition :

« L'activité de SSR a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacités des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion ».

Décret du 17/04/2008 code de la santé publique

Rôles :

Soins ET réadaptation

« Maison de convalescence » ou « maison de repos » : NON

Positionnement :

Pivot entre le domicile ou court séjour et :

- Le retour à domicile +/- HAD
- Les unités de soins de longue durée
- Le secteur médico-social



QUAND LE DEMANDER ?

- **Perte d'autonomie à domicile** : patient qui a des déficits fixés et qui se dégrade, chutes à répétition ;
- **Post-chirurgical** : surveillance et réfection des pansements, apprentissage de soins de colostomie, antibiothérapie IV ...
- **Post-hospitalisation** : ré-autonomisation, éviter la prolongation de séjours en médecine non pertinents voire délétères
- **RAD difficile** : isolement social, logement inadapté, kinésithérapeute absent, soins journaliers
- **Equilibrer les traitements** de patients atteints de maladie chronique (diabète, BPCO, insuffisance cardiaque, obésité) ou d'addiction

Mais aussi...

Séjour de répit pour les aidants

Rééducation et réadaptation fonctionnelle : Recouvrer un meilleur potentiel physique, cognitif et psychique :

- Kinésithérapeutes :
 - Renforcement musculaire :
 - Concerne même les plus « âgés » (*Fiatarone et al. N.Engl.J.Med., 1994*)
 - Diminue le risque de chutes
 - Augmente les capacités fonctionnelles
 - Augmente la vitesse de marche
 - Posture et équilibre
 - Réentraînement à l'effort :
 - Améliorer la VO₂ max même chez les plus âgés
 - Augmenter la tolérance à effort
 - Améliorer la qualité de vie
 - Régénérer les capacités aérobies



Rééducation et réadaptation fonctionnelle

- Ergothérapeute :
 - Réadaptation gestes de la vie quotidienne
 - Prévention des chutes, travail du relevé
- Orthophoniste : aphasie, trouble de la déglutition, trouble cognitif débutant
- Diététicien : régime, éducation sanitaire
- Infirmier :
 - Poursuite et suivi des soins
 - Éducation (diabète, AVK, colostomie)
- Psychologue : Redonner confiance en soi, méthode de lutte contre l'anxiété

Réinsertion

- Assistante sociale : mise en place des aides, révision de l'APA, ARDH, signalement MAIA, télé-alarme, portage des repas...
- Ergothérapeute : visite à domicile pour évaluation travaux et matériels nécessaires avant RAD
- Psychologue : lutter contre la peur d'un retour à domicile





Cas cliniques

Homme 83 ans

Insuffisance cardiaque avec FEVG < 40%

Décompensée par pneumopathie

Fonction rénale ok

Traitement de sortie : Furosémide 40, pas d'IEC ,plus de sartan

Dyspnéique, fatigué, transfert lit/fauteuil, quelques pas avec aide

→ Objectif du SSR :

Ré-autonomisation pour permettre un retour à domicile avec son épouse

Adaptation du traitement cardiologique :

- Après accord du cardiologue : initiation de l'Entresto®
- Suivi hypotension/fonction rénale : NT-pro BNP 8640 → 3648
- Augmentation progressive des doses jusqu'à dose efficace

Prise en charge globale :

- Nutrition : → + 2 pts albumine
- Rééducation : transfert seul, marche avec cadre puis rollator
- Cognitif: MMS 27/30, disparition des épisodes de confusion
- Social : téléassistance, portage des repas, activation de l'APA

Femme 86 ans, vivant seule à domicile, MMS 17/30

Premier séjour en avril pour chute avec tassement vertébral, prise en charge effectuée :

- gestion de la douleur,
- rééducation et reprise déambulation,
- bilan cardiologique avec adaptation de traitement,
- organisation du RAD avec APA, portage repas, téléalarme, IDE,
- bilan d'ostéoporose et proposition de traitement

MAIS ...

Pas d'IDE disponible pour suivi prise de traitement journalier et probable prise fantaisiste d'anticoagulant

ET....

Deuxième hospitalisation : hématome de la jambe



→ Objectif du SSR :

- Cicatrisation de la plaie : Echo doppler veineux et artériel, avis chir
- Reprise de l'Eliquis[®] dès que possible
- Antalgie adaptée

Deuxième hospitalisation

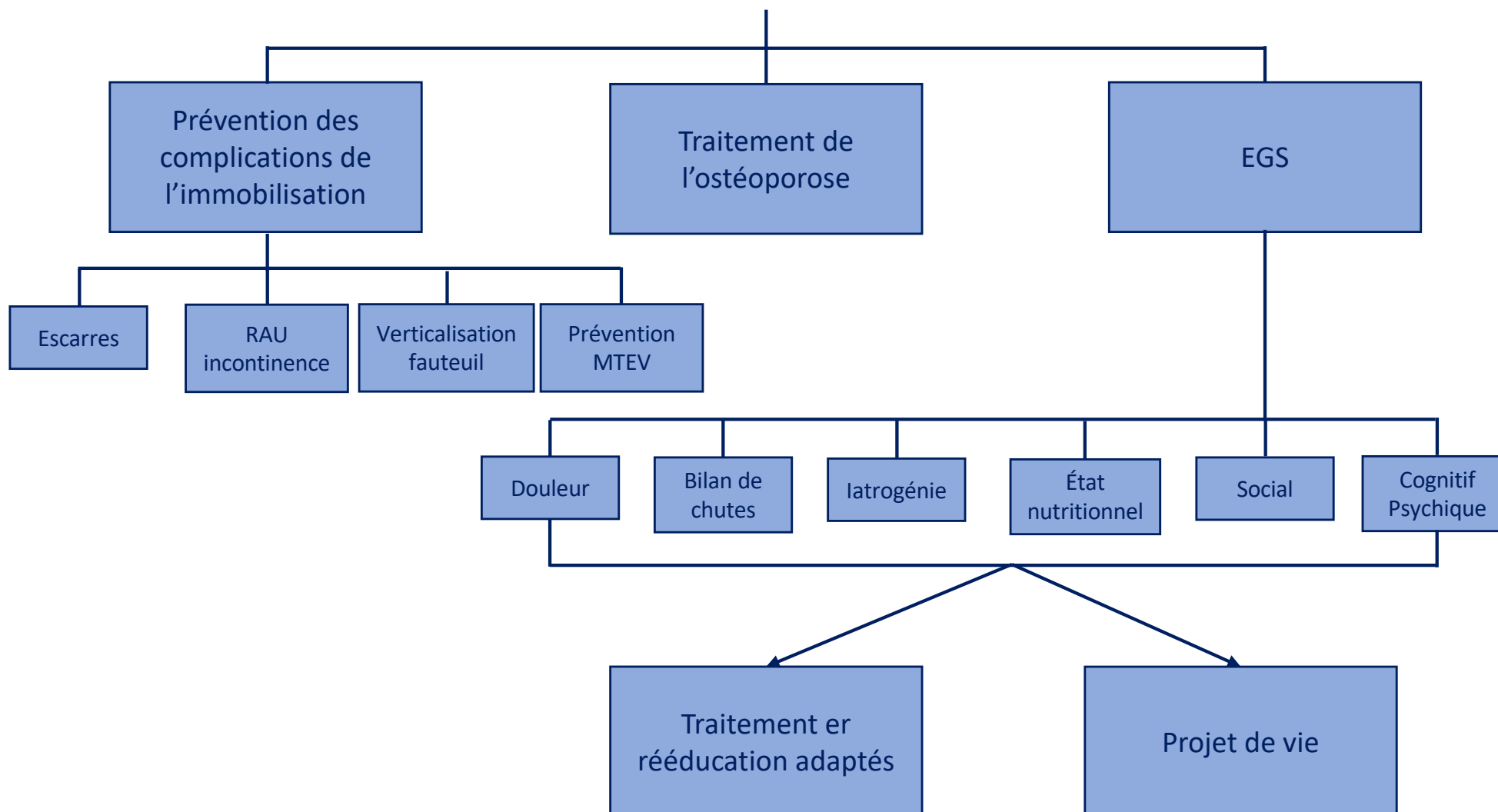


- Cicatrisation de la plaie obtenue

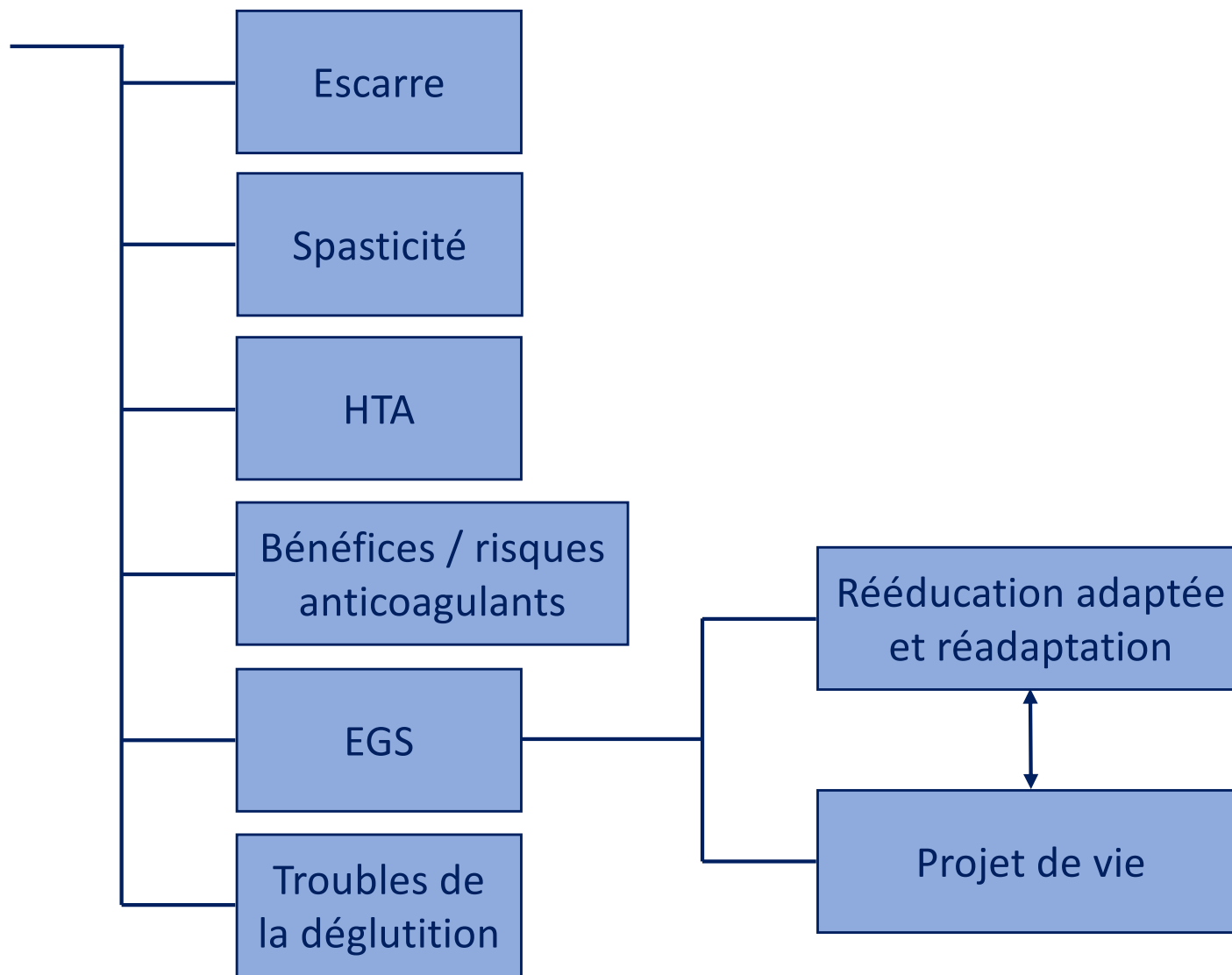
Mais aussi :

- Lutte contre la dénutrition
- Marche sur de grandes distances avec canne
- Prise en charge psychologique et identification de l'angoisse générée par la solitude
- Modification du projet de vie : EHPAD à la demande de la patiente

Fracture extrémité supérieure du fémur



AVC



EN PRATIQUE : ce que l'on attend de nos adresseurs

Dossier d'admission comprenant :

- ATCD
- Mode de vie, aides en place
- Motif d'hospitalisation : vos attentes, pourquoi un séjour SSR ?
- Problématiques et explorations effectuées : dernier courrier cardiologique, évaluation gériatrique....
- Traitement en cours, traitements arrêtés et pourquoi ?
- Spécialistes référents
- Vos coordonnées téléphoniques

EN PRATIQUE : ce que l'on peut faire

- Délai de réponse : 24-48 heures
- Délai d'admission :
 - Si dossier complet et urgence signalée, sous 2-3 jours
 - Si pas d'urgence mais nécessaire, maximum 15 jours
- Durée moyenne de séjour en SSR :
28 jours renouvelable une fois

N'OUBLIEZ PAS

En tant que médecin traitant,
vous êtes celui qui connaît le mieux le patient dans sa globalité.

Rien ne vaut un échange direct avec le médecin coordinateur
pour compléter le dossier papier et expliquer toutes vos attentes.



SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
EN IMAGE

