



PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT NEUROLOGIQUE EN REEDUCATION

SERVICE DE MEDECINE PHYSIQUE ET DE
READAPTATION DU Pr DEHAIL

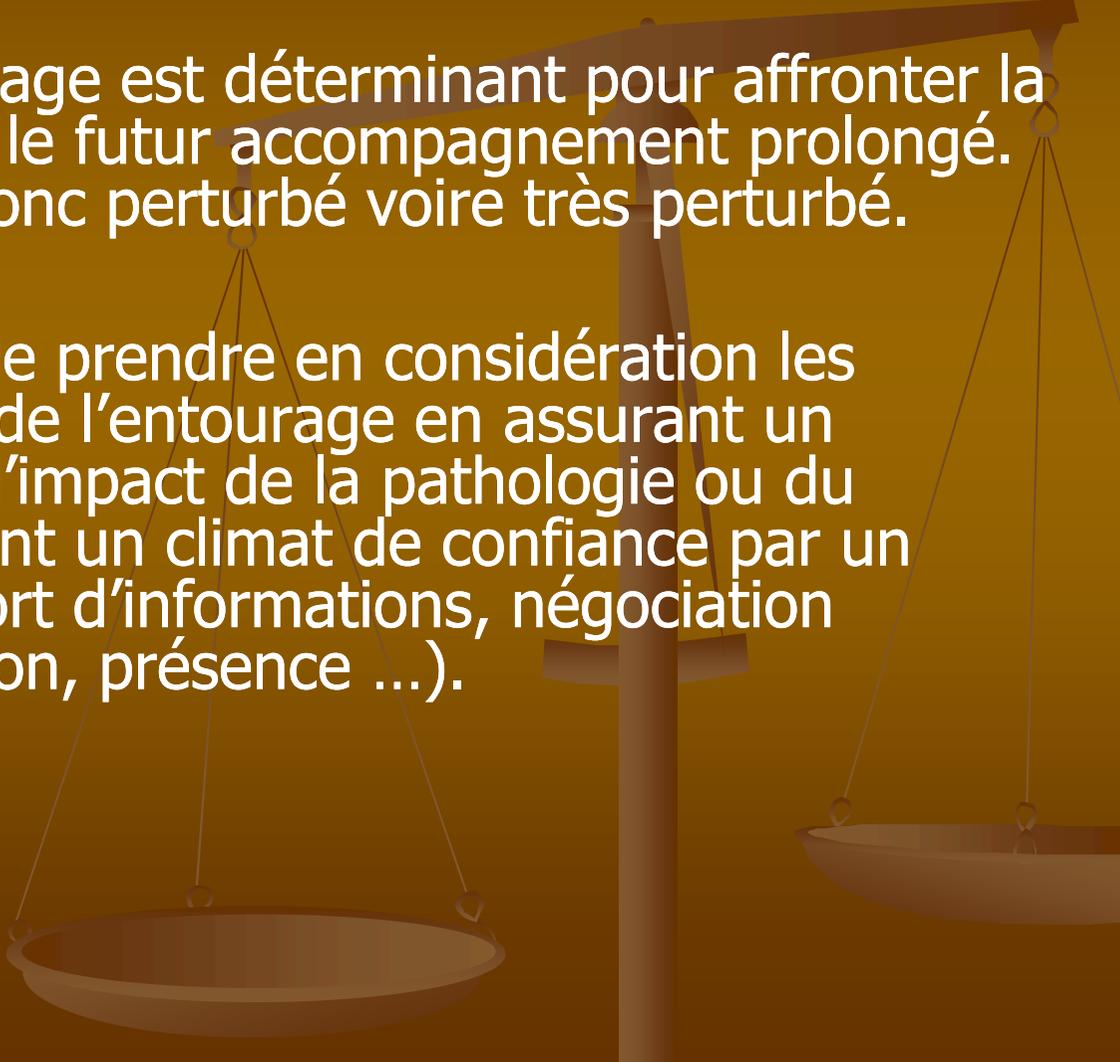
C.Vignes, cadre de santé
V.Frouin, infirmière

LA MEDECINE PHYSIQUE ET DE READPATATION

- La médecine de rééducation est définie par l'OMS comme un regroupement interdisciplinaire de mesures visant à limiter le risque de séquelles dans les diverses pathologies qui sont menacées et visant à rendre à ceux qui en souffrent une efficacité fonctionnelle et socio-psychologique aussi grande que possible.
- Ses actions s'insèrent à la croisée des chemins des plus grandes spécialités médicales. La rééducation-réadaptation fonctionnelle trouve une de ses spécificités dans la prise en charge holistique du patient . Elles privilégient le patient plus que sa maladie et envisagent délibérément les risques inhérents au handicap et les handicaps eux-mêmes.

Qui est le patient ?

- « C'est quelqu'un qui est né à la campagne, à la ville, qui a un accent ou qui n'en a pas, marqué par son tempérament, son milieu, son éducation, son histoire et ses projets . C'est quelqu'un qui est, qui existe dans sa propre situation personnelle, familiale, sociale, professionnelle avec ses convictions politiques et religieuses . C'est une personne qui a un corps et un esprit, qui a sa sensibilité devant les choses et les êtres . » **Ange BIDAN , Infirmier Général Adjoint – C.H.R. Rennes**
- La personne soignée va subir une modification profonde de sa vie. La perte d'autonomie partielle ou totale entraîne une dépendance et/ou une suppléance de la part du soignant.
- Plusieurs éléments vont plonger le patient dans une incertitude totale quant à son devenir, son avenir . Ces éléments seront majorés par la peur, l'angoisse, et véhiculés par les représentations sociales de la maladie : la modification de l'image corporelle, la modification du statut et des rôles sociaux dues à la privation d'activité.

- 
- Ainsi, le patient va vivre une perturbation dans sa vie relationnelle, sociale et familiale.
 - L'équilibre famille-entourage est déterminant pour affronter la situation de « crise » et le futur accompagnement prolongé. Cet équilibre peut être donc perturbé voire très perturbé.
 - Il sera donc nécessaire de prendre en considération les besoins et les difficultés de l'entourage en assurant un soutien, en comprenant l'impact de la pathologie ou du traumatisme, en apportant un climat de confiance par un accueil bienveillant, apport d'informations, négociation (collaboration, contribution, présence ...).

Objectif & Missions

- Les missions principales du service sont **d'évaluer, de développer les capacités des personnes handicapées, et de mettre en œuvre les diverses procédures de rééducation fonctionnelle et de réadaptation pour atteindre un niveau optimal d'autonomie physique, psychologique et sociale.**
L'intervention auprès des patients adopte toujours une double dimension : technique et relationnelle, dans le cadre d'une prise en charge globale de la personne.
- L'équipe soignante est présente pour accompagner les patients, les guider et faire émerger chez eux les potentialités dont ils disposent. Nous sommes là pour « **Faire faire au patient et non pas faire à la place du patient** »
- Les objectifs de tous les acteurs sont : **conserver, développer, optimiser les capacités d'autonomie des patients.**

Les objectifs sont de trois ordres :

- **Accompagner** la récupération des déficiences physiques et psychologiques consécutives à la maladie ou à l'accident par une rééducation spécifique, ou tout au moins, à en atténuer les conséquences pour faciliter la réinsertion sociale ,
- **Aider** le malade à s'adapter à une vie différente s'il n'y a plus d'espoir de récupération et lorsque les séquelles fonctionnelles sont importantes (réadaptation) ,
- **Prévenir** par un ensemble de moyens éducatifs et techniques les complications tardives auxquelles seront exposés les grands handicapés et leur famille. L'accueil de ces patients et de leur famille demande une attention particulière avec information, conseils, sécurisation, écoute et disponibilité constante.

Spécificité du service

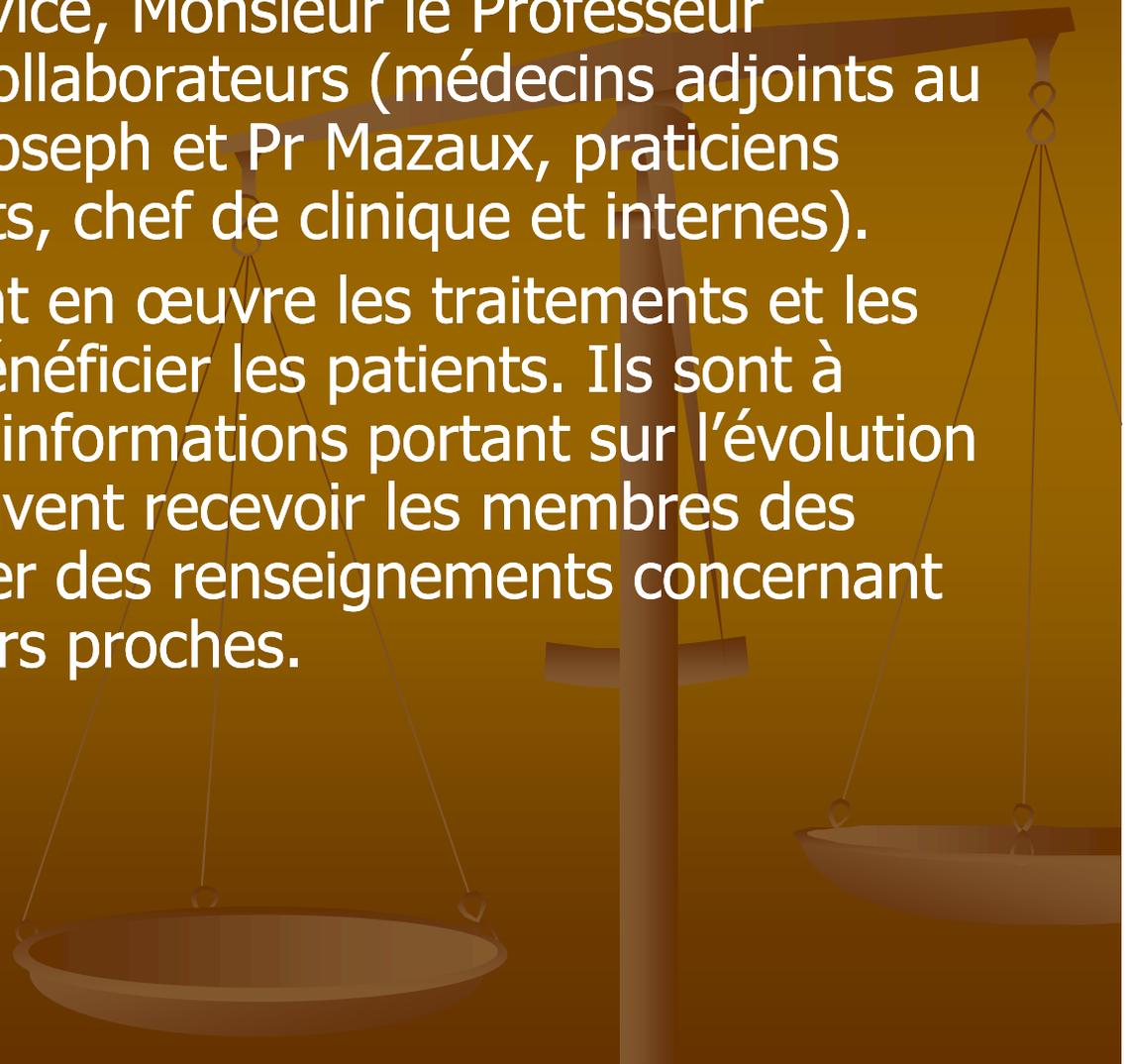
- Une des particularités du service est la multiplicité des intervenants qui collaborent à la prise en charge des patients (médecins, équipes soignantes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, neuropsychologues, assistante sociale, diététicienne).
- Les méthodes, les périodes d'intervention, les conditions morales et physiques du patient sont nécessaires à l'application des soins qui diffèrent d'un thérapeute à l'autre.
- Mais au delà de cette diversité des actions et des rôles, c'est bien **le patient qui est au centre du dispositif de soins.**

Rôle De l'équipe pluridisciplinaire



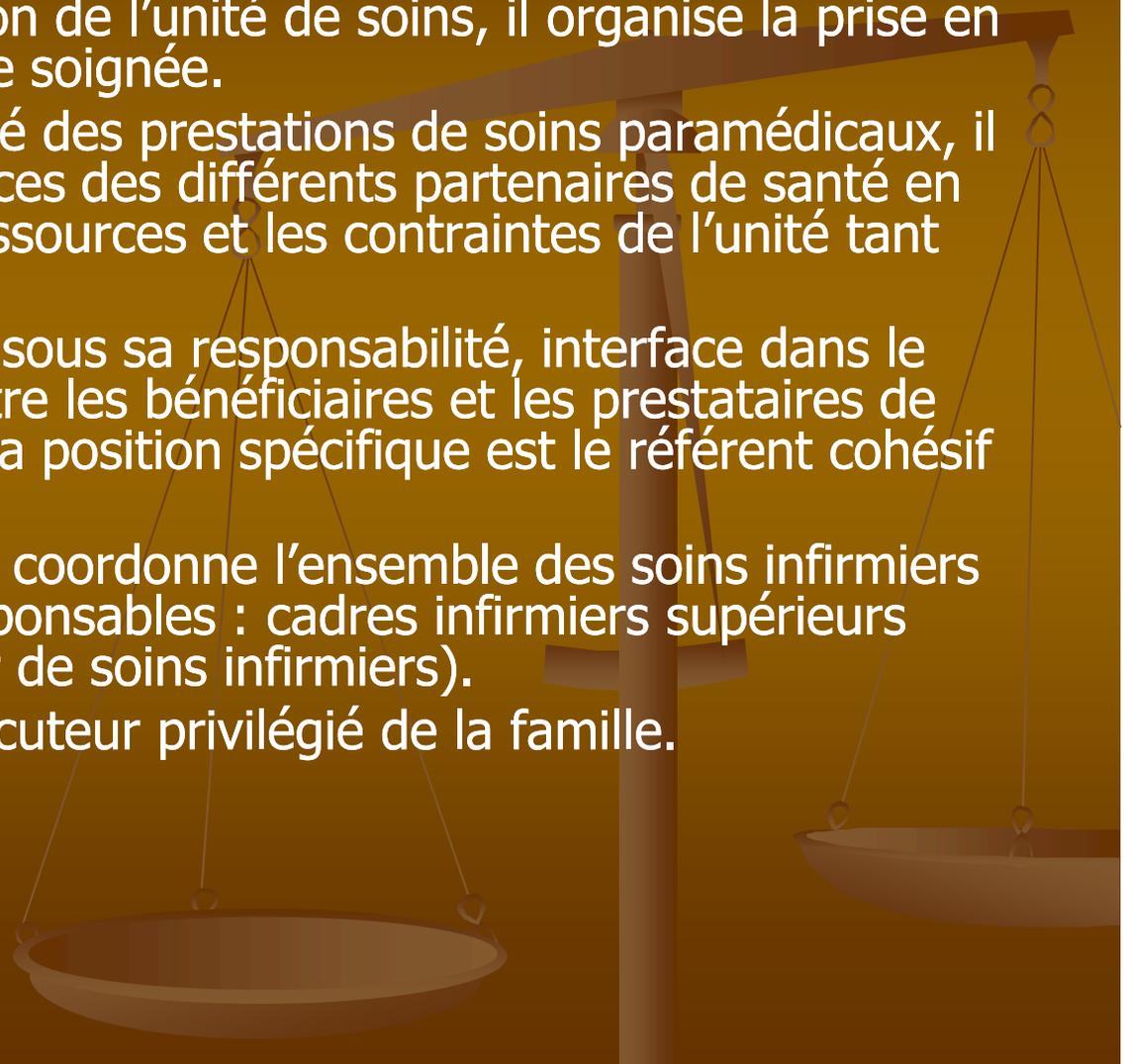
Rôle du personnel médical :

- Le service de soin est placé sous la responsabilité d'un Médecin Chef de Service, Monsieur le Professeur DEHAIL, assisté de collaborateurs (médecins adjoints au Chef de Service Pr Joseph et Pr Mazaux, praticiens hospitaliers, assistants, chef de clinique et internes).
- Ces médecins mettent en œuvre les traitements et les soins dont doivent bénéficier les patients. Ils sont à même de donner les informations portant sur l'évolution de leur santé. Ils peuvent recevoir les membres des familles et leur donner des renseignements concernant l'état de santé de leurs proches.



Rôle du cadre de santé infirmier :

- Le cadre infirmier participe avec l'équipe pluridisciplinaire à la définition des objectifs et du projet de l'unité.
- Il est responsable de la gestion de l'unité de soins, il organise la prise en charge globale de la personne soignée.
- Il est responsable de la qualité des prestations de soins paramédicaux, il coordonne les interdépendances des différents partenaires de santé en mettant en adéquation les ressources et les contraintes de l'unité tant matérielles qu'humaines.
- Animateur de l'équipe placée sous sa responsabilité, interface dans le réseau de communication entre les bénéficiaires et les prestataires de santé, le cadre infirmier par sa position spécifique est le référent cohésif de l'unité de soins.
- Le cadre infirmier organise et coordonne l'ensemble des soins infirmiers en collaboration avec ses responsables : cadres infirmiers supérieurs (surveillante-chef et directeur de soins infirmiers).
- Le cadre infirmier est l'interlocuteur privilégié de la famille.



Rôle des Infirmier(e)s :

- L'IDE accueille le patient dans le service et met en place le dossier de soins qui sera le recueil des informations concernant le séjour du patient dans le service.
- La spécificité des patients du service conduit l'IDE à développer son rôle propre :
 - ❖ Relationnel (avec les familles, les médecins, les autres services, les services de soins à domicile ...)
 - ❖ Educatif : nursing, autonomie pour les besoins (apprentissage d'auto-soins...) et l'organisation de la vie quotidienne du patient.
 - ❖ Soutien psychologique (qui nécessite un bon équilibre physique et mental).
- L'IDE exécute les soins prescrits et assure la surveillance des patients .
- L'IDE participe à la formation des étudiants tout en assumant son rôle auprès des patients.
- L'IDE transmet les évaluations de dépendance (PMSI) et de Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée (SIIPS).
- L'IDE assure sa fonction en collaboration avec les Aides-soignants .

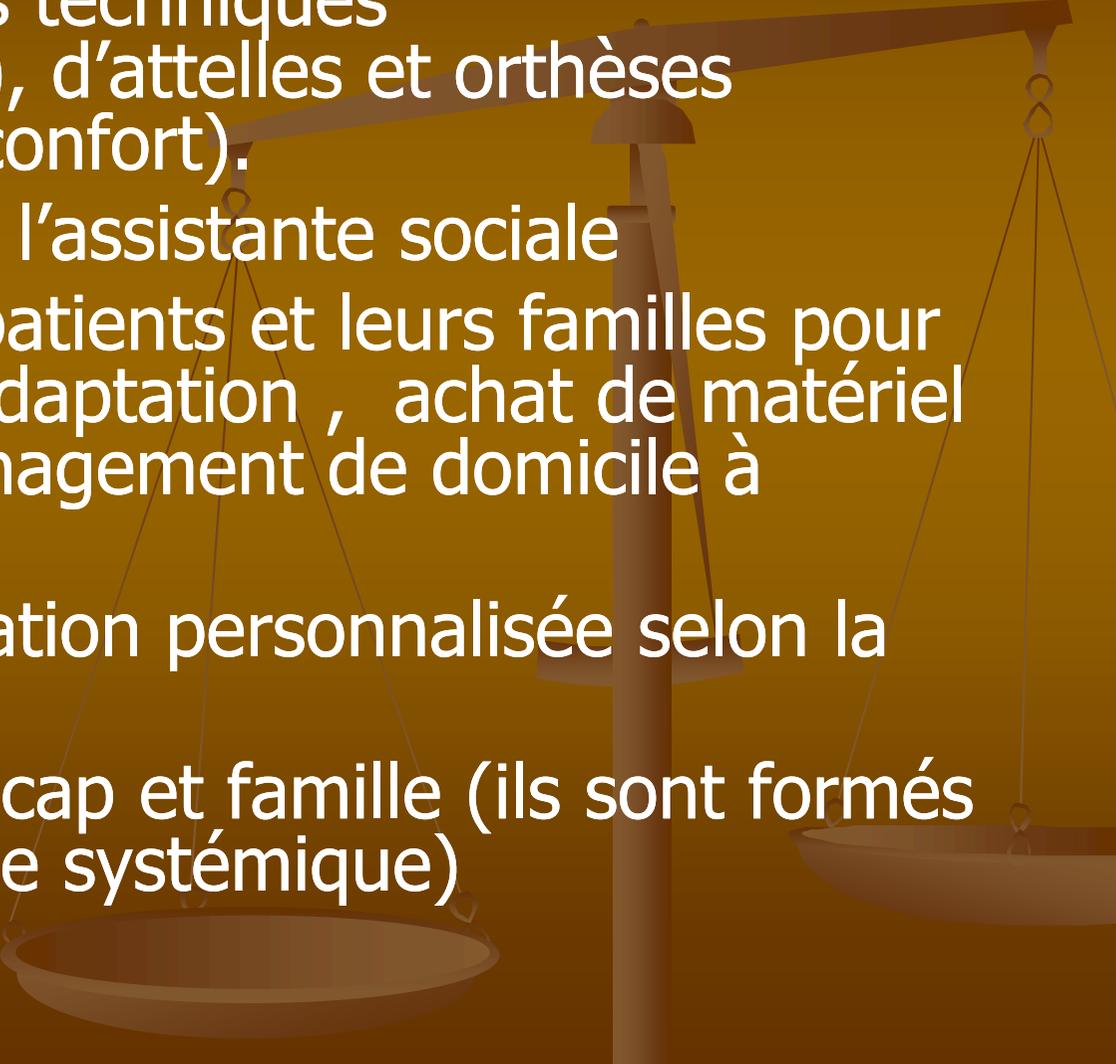
Rôle des Aides-soignants et des agents de service hospitalier

- Les AS fonctionnent en étroite collaboration avec les IDE pour la surveillance, l'observation et l'éducation des patients .
- L'importance et la richesse de leur collaboration avec l'IDE est reconnue et appréciée pour les soins d'hygiène de prévention (manutention, mobilisation, positionnement), de surveillance (patient désorienté, patient fugueur), d'éducation (propreté, reprise alimentaire), d'écoute (accompagnement) .
- Les ASH sont affectés à l'entretien des locaux et surfaces et gardent un contact avec les patients. Ils sont en première ligne pour le respect de l'hygiène à l'hôpital .

Rôle des Masseurs Kinésithérapeutes :

- La prise en charge kinésithérapique des patients hospitalisés consiste en une rééducation neuromotrice destinée à améliorer les capacités fonctionnelles des patients et en une rééducation orthopédique visant à prévenir ou à guérir les complications orthopédiques des malades neurologiques .

Rôle des Ergothérapeutes :

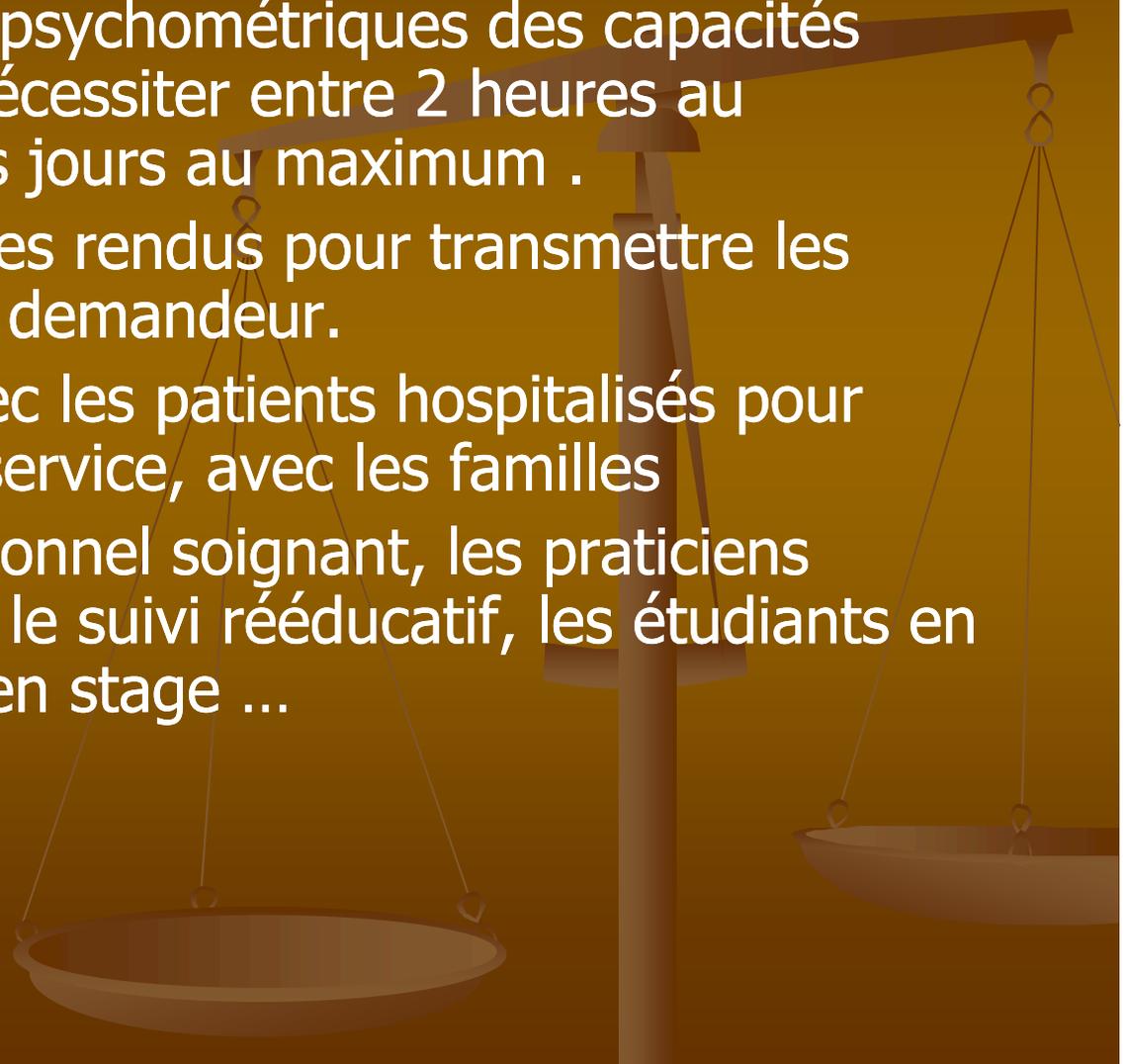
- Elaboration d'aides techniques (communication...), d'attelles et orthèses (positionnement, confort).
 - Collaboration avec l'assistante sociale
 - Relation avec les patients et leurs familles pour les conseils de réadaptation , achat de matériel adéquat et réaménagement de domicile à envisager ...
 - Activité de rééducation personnalisée selon la pathologie
 - Consultation handicap et famille (ils sont formés à la prise en charge systémique)
- 

Rôle des Orthophonistes :

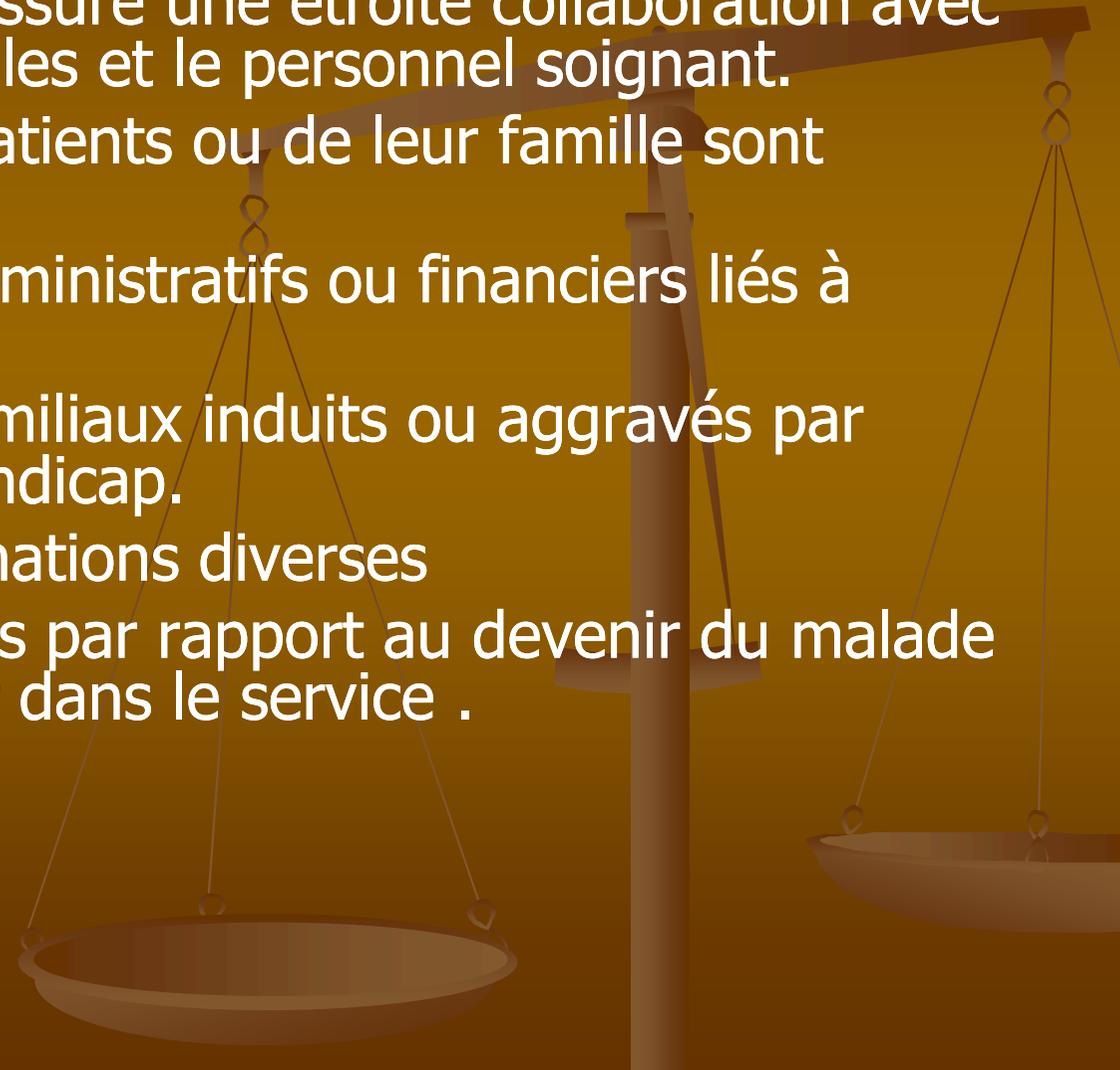
- Leur démarche thérapeutique est d'évaluer les capacités de langage et de communication du patient et d'en restaurer, développer ou adapter cette fonction dans l'intérêt d'obtenir une autonomie suffisante pour favoriser l'intégration familiale sociale voire professionnelle :
 - ❖ Réalisation de bilans, d'analyse de données, et de rédaction de compte rendus .
 - ❖ Prise en charge des patients quotidienne, variable selon l'état et/ou la pathologie du patient
- Communication des informations avec les interlocuteurs internes et externes au service, les familles (courriers, contacts téléphoniques, rencontres) .

Rôle des Neuropsychologues :

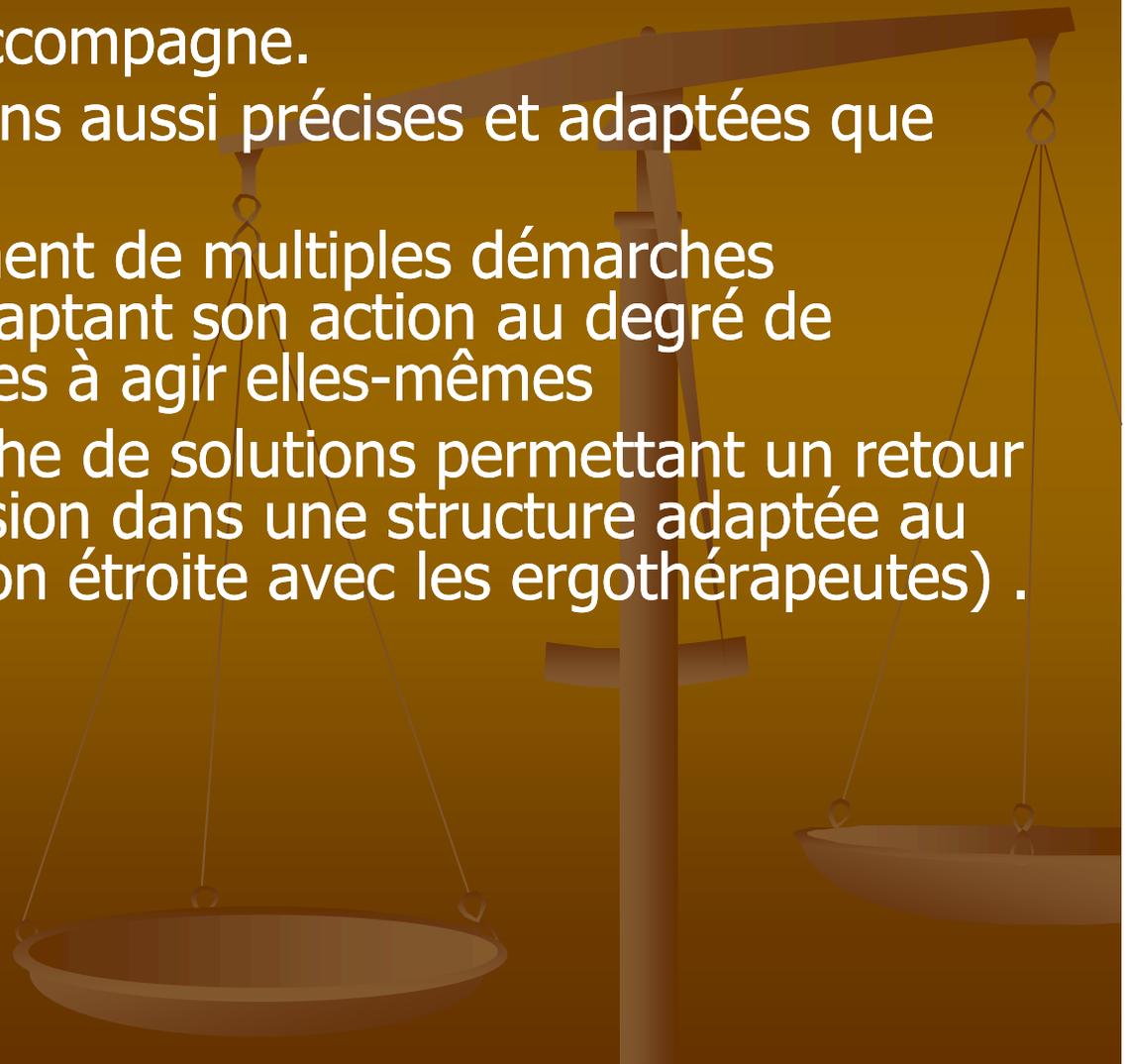
- Réalisation de bilans psychométriques des capacités cognitives pouvant nécessiter entre 2 heures au minimum et plusieurs jours au maximum .
- Rédaction des comptes rendus pour transmettre les résultats au médecin demandeur.
- Entretien clinique avec les patients hospitalisés pour rééducation dans le service, avec les familles
- Echange avec le personnel soignant, les praticiens libéraux qui assurent le suivi rééducatif, les étudiants en stage, les praticiens en stage ...



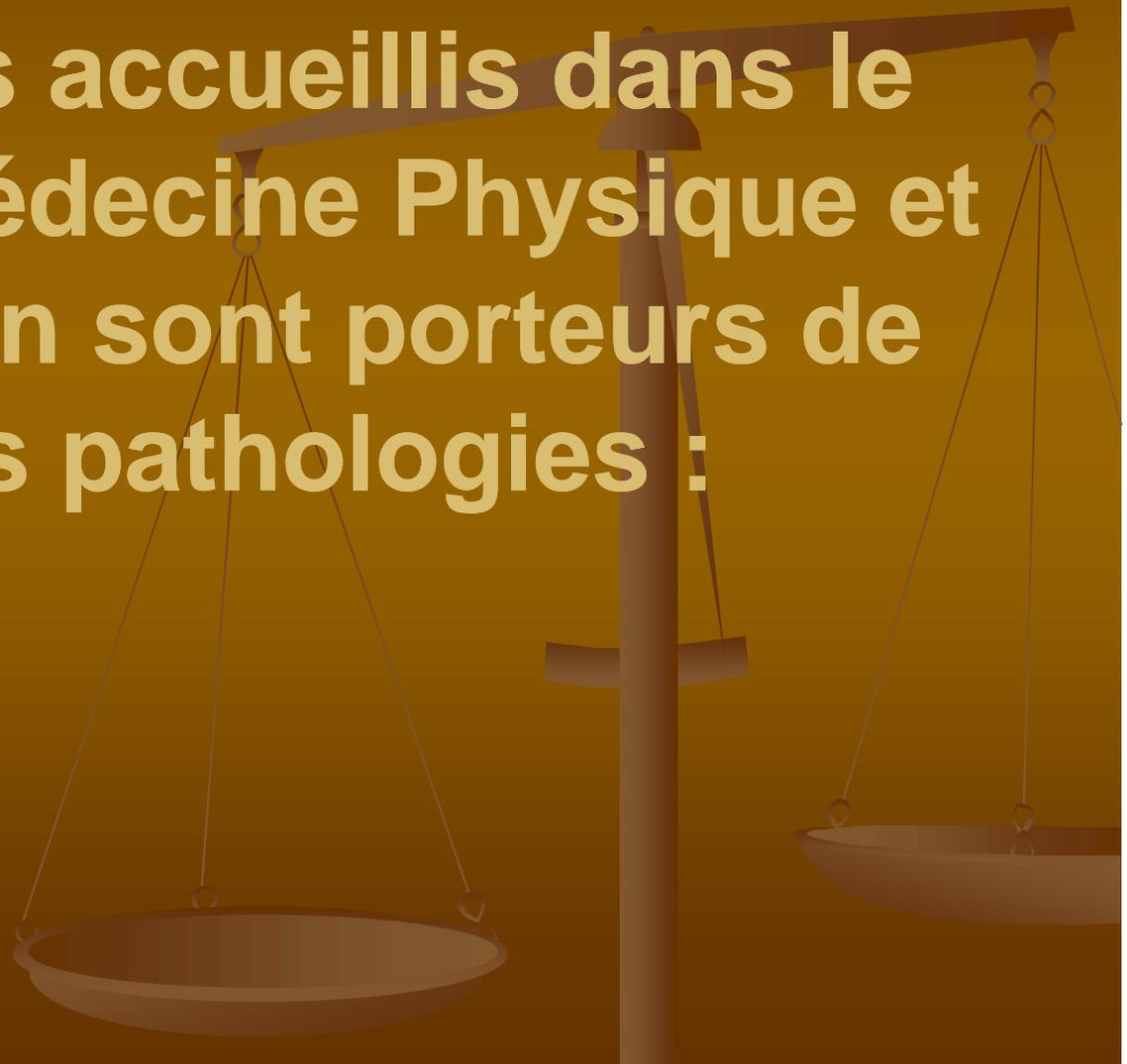
Rôle de l'assistante sociale :

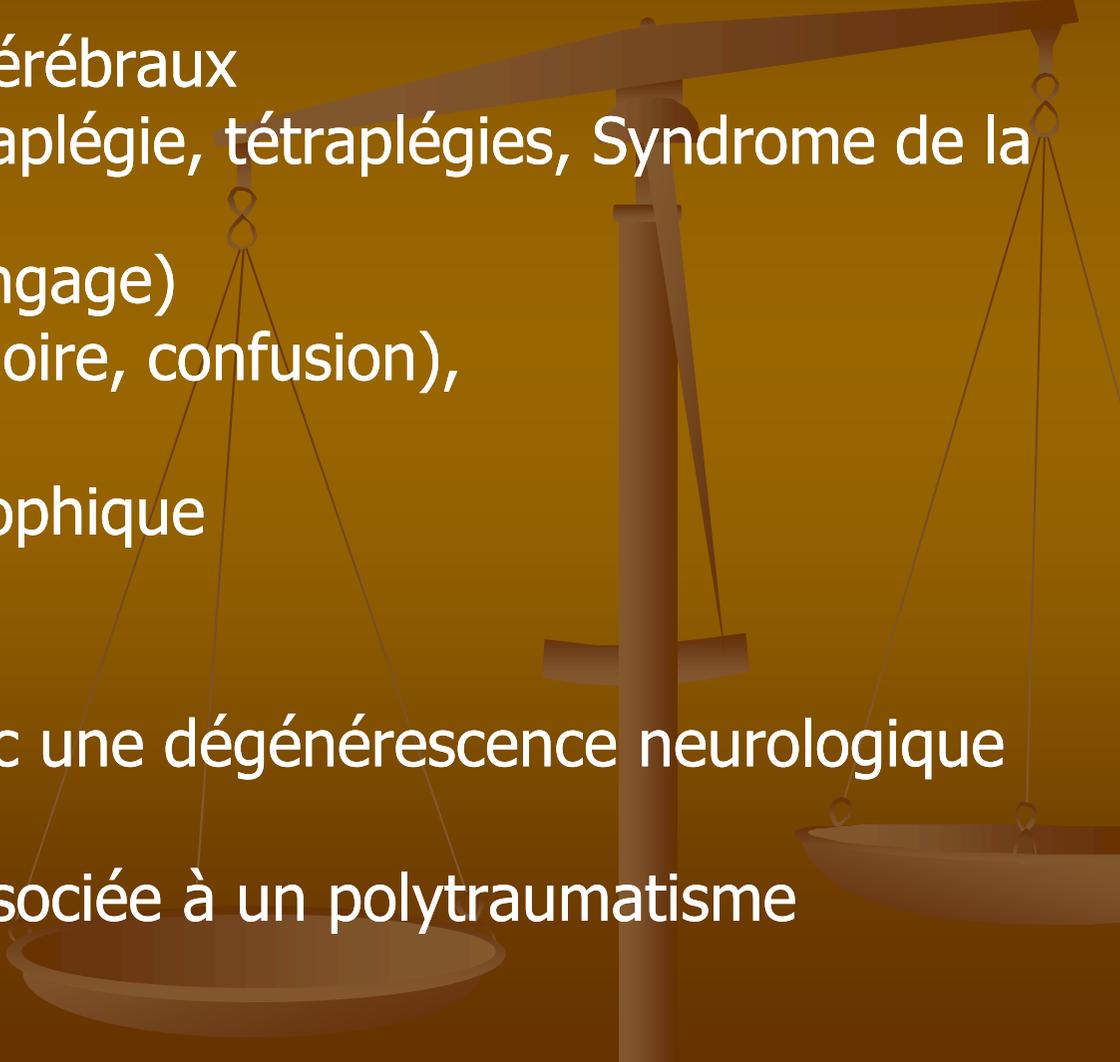
- L'assistante sociale assure une étroite collaboration avec les patients, les familles et le personnel soignant.
 - Les demandes des patients ou de leur famille sont motivées par :
 - Des problèmes administratifs ou financiers liés à l'hospitalisation.
 - Des problèmes familiaux induits ou aggravés par l'apparition du handicap.
 - Le besoin d'informations diverses
 - Des questionnaires par rapport au devenir du malade à l'issue du séjour dans le service .
- 

- En réponse à ces demandes l'assistante sociale :
 - Procède à une évaluation de la situation.
 - Ecoute, soutient et accompagne.
 - Donne des informations aussi précises et adaptées que possible.
 - Aide à l'accomplissement de multiples démarches administratives en adaptant son action au degré de capacité des personnes à agir elles-mêmes
 - Concourt à la recherche de solutions permettant un retour à domicile ou l'admission dans une structure adaptée au handicap (collaboration étroite avec les ergothérapeutes) .



Les patients accueillis dans le service de Médecine Physique et Réadaptation sont porteurs de diverses pathologies :



- 
- Accidents vasculaires cérébraux (hémipariés droites et gauches)
 - Hémmorragies méningées
 - Ruptures d'anévrismes cérébraux
 - Lésions médullaires (parapariés, tétrapariés, Syndrome de la queue de cheval)
 - Aphasies (troubles du langage)
 - Troubles cognitifs (mémoire, confusion),
 - Maladie de Parkinson
 - Sclérose latérale amyotrophique
 - Sclérose en plaques
 - Traumatismes crâniens
 - Maladies génétiques avec une dégénérescence neurologique
 - Tumeurs cérébrales
 - Atteinte neurologique associée à un polytraumatisme

Quelques données

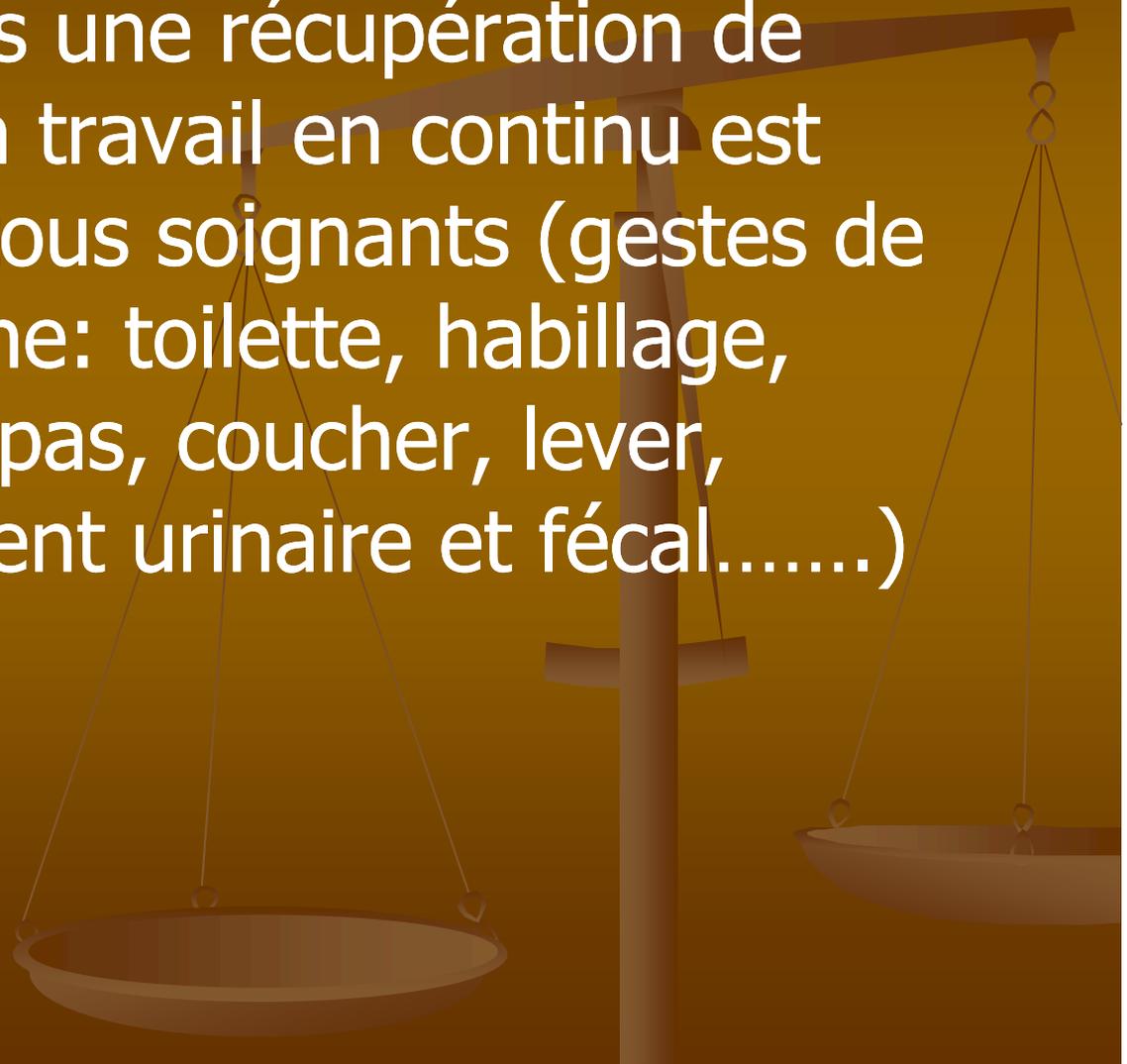
- La population rencontrée est constituée par des hommes, femmes et enfants, de 6 ans à 89 ans, (âge moyen des patients hospitalisés dans le service est de 58 ans pour l'année 2010).
- Tous ces patients sont souvent à mobilité réduite ce qui induit :
- demande = écoute, patience, respect, confort.
- adaptation, relation, positionnements et manutentions spécifiques.
- L'accueil de ces patients et de leur famille demande une attention particulière avec information, conseils, sécurisation, écoute et disponibilité constante.
- La durée moyenne de l'hospitalisation est de 44 jours en 2010 avec des fluctuations importantes de 1 jour à plusieurs mois.

Les soins spécifiques



Réadaptation et rééducation

- pour tendre vers une récupération de l'autonomie , un travail en continu est nécessaire par tous soignants (gestes de la vie quotidienne: toilette, habillage, déshabillage, repas, coucher, lever, reconditionnement urinaire et fécal.....)

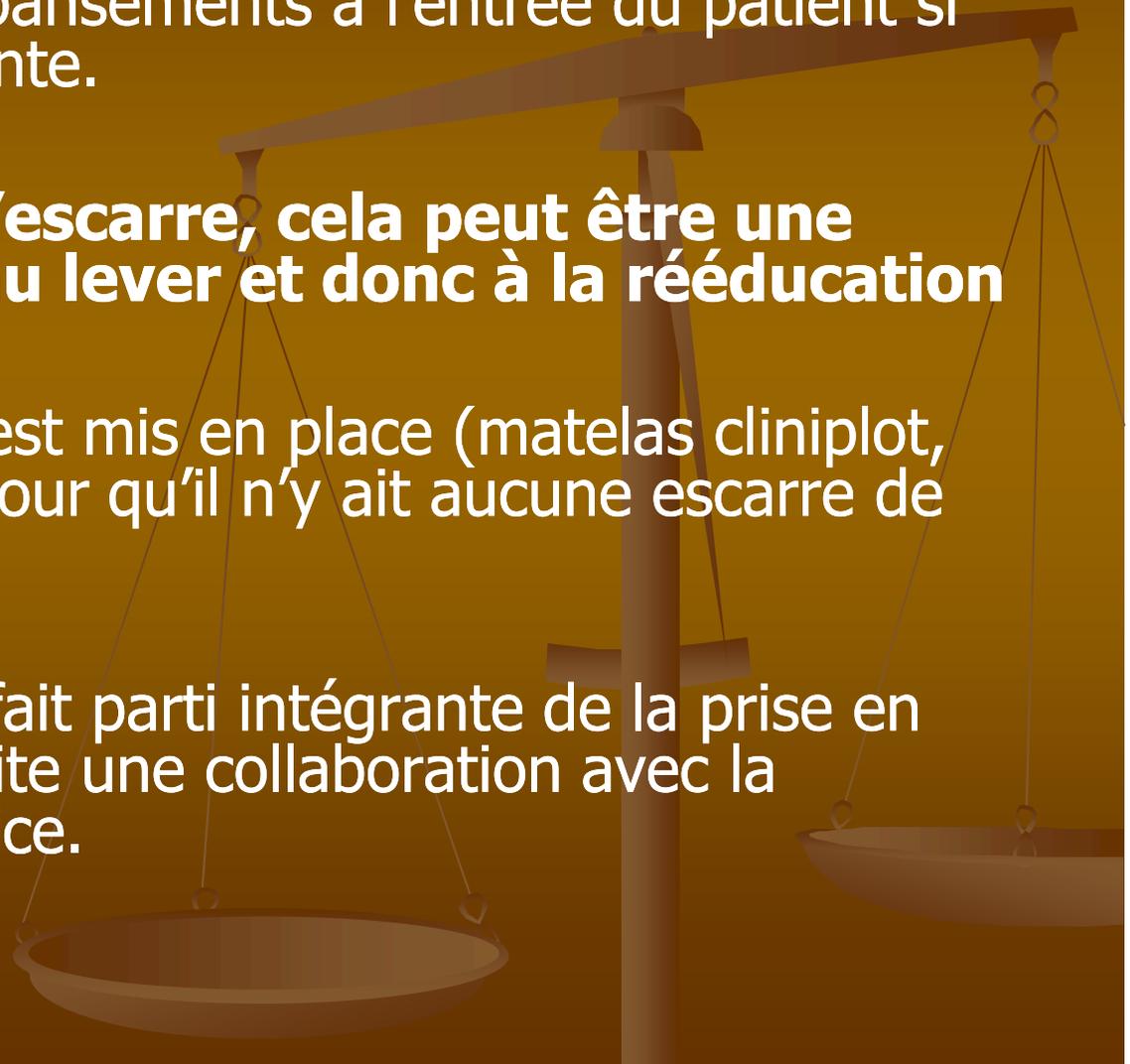


Prévention des complications

- **Positionnements:** du fait de l'alitement et du déficit moteur et sensitif, les patients sont positionnés toutes les 3 heures soit en DD, DL Droit ou Gauche afin d'éviter les complications de décubitus .
- **Manutentions:** dans le cadre de la rééducation, tous nos patients sont levés au fauteuil, douchés tous les jours quelque soit leur degré de dépendance. Différents matériels sont utilisés: le lève personne, le verticalisateur, la planche de transfert ...
- **Transferts:** participation active du patient afin de l'autonomiser (éducation en terme de sécurité et de positionnement des bras et des jambes.)

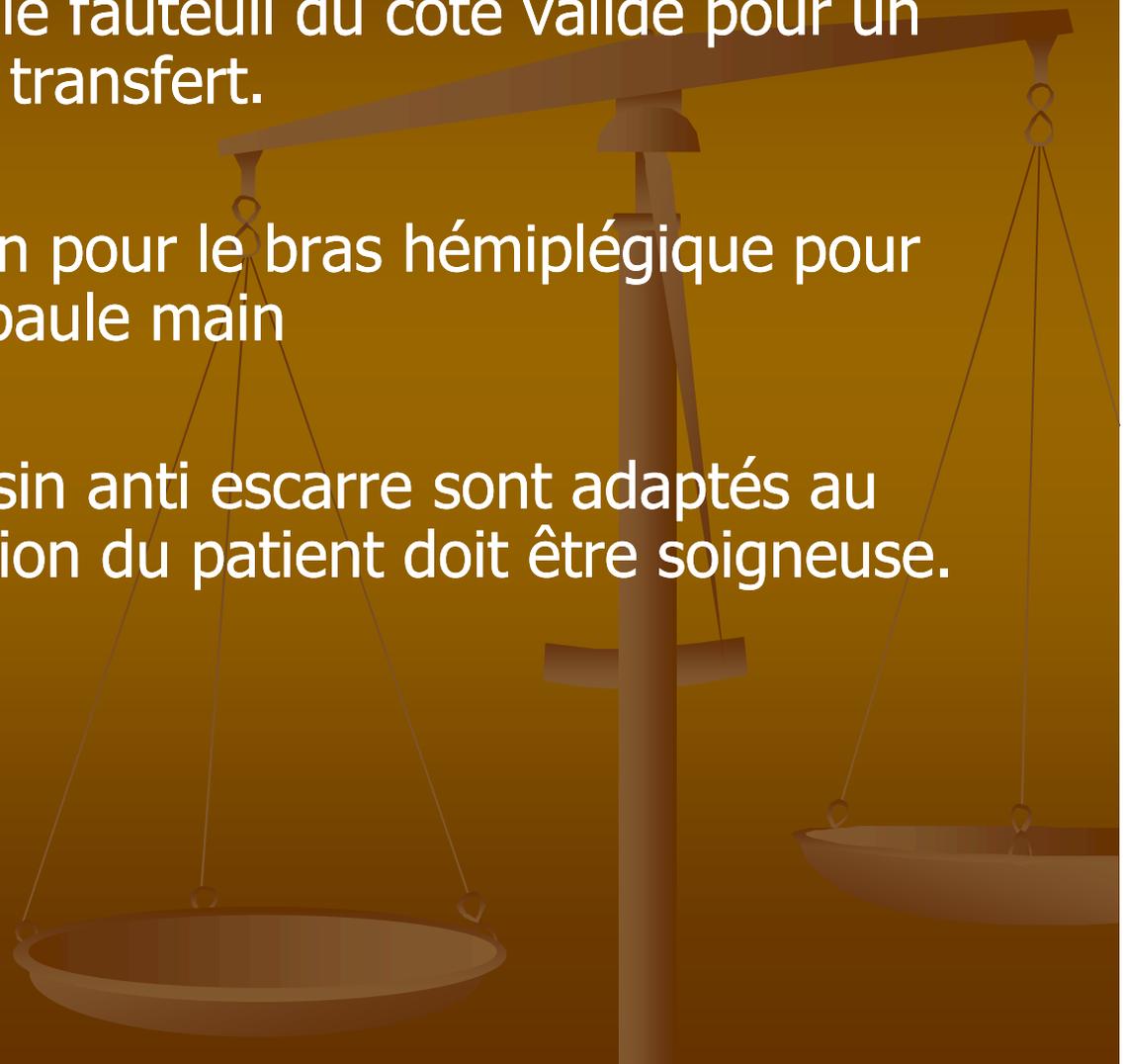
Altération de l'état cutané

- Prise en charge des pansements à l'entrée du patient si lésion cutanée existante.
- **Selon le stade de l'escarre, cela peut être une contre indication au lever et donc à la rééducation**
- Dans le service tout est mis en place (matelas cliniplat, positionnements....) pour qu'il n'y ait aucune escarre de constituée.
- Le bilan nutritionnel fait parti intégrante de la prise en charge ce qui nécessite une collaboration avec la diététicienne du service.



REGLES D'OR

- Toujours positionner le fauteuil du côté valide pour un hémiparétique lors du transfert.
- Principe de précaution pour le bras hémiparétique pour éviter le syndrome épaule main
- Le fauteuil et le coussin anti escarre sont adaptés au handicap et l'installation du patient doit être soignée.



La communication

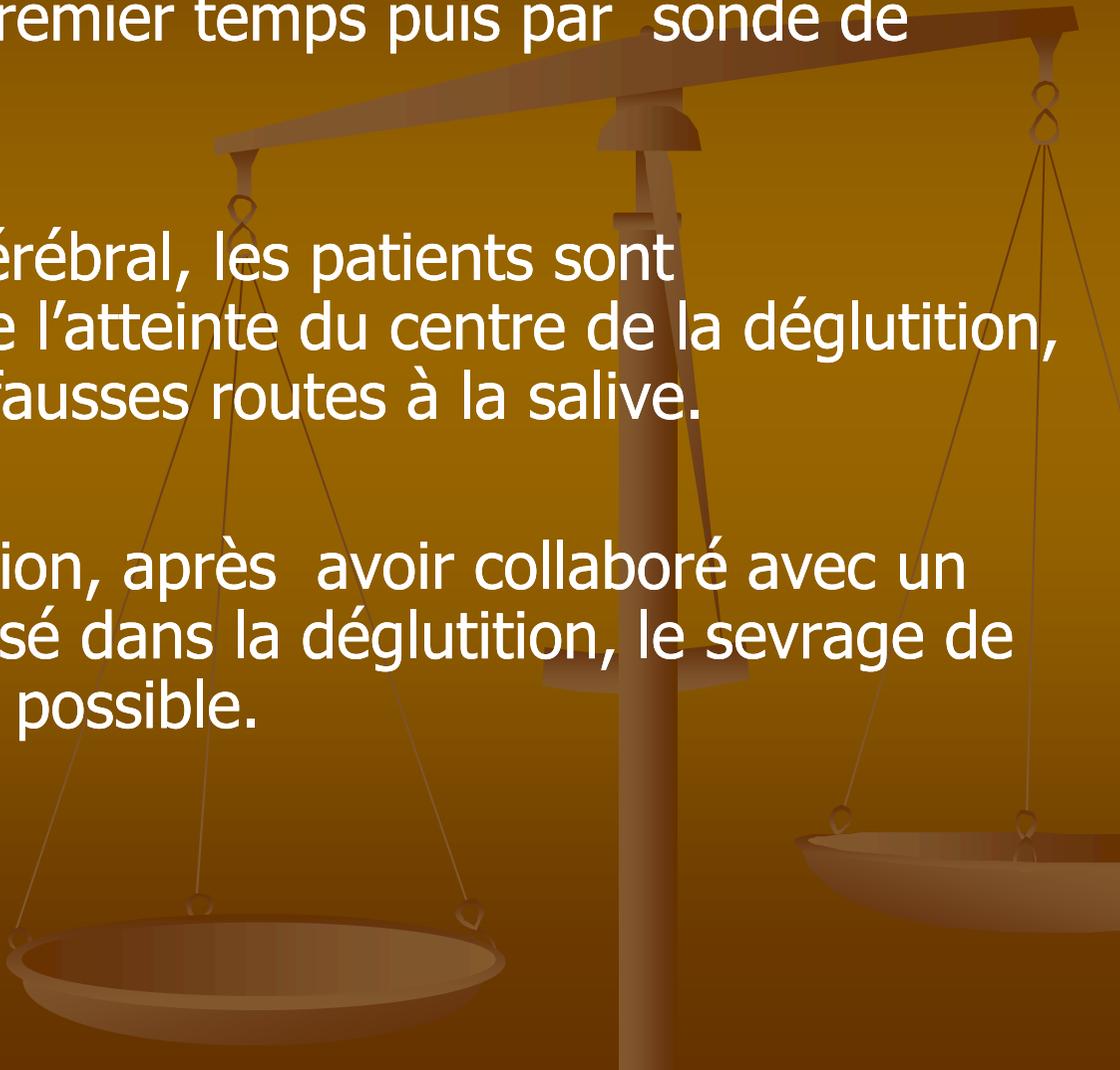
- Certains de nos patients ayant eu une lésion dans l'hémisphère cérébral gauche présentent des troubles phasiques d'expression et/ou de compréhension
- Notre rôle au quotidien est de laisser le patient trouver ses mots, lui laisser le temps de s'exprimer, lui parler lentement et de façon adaptée avec un minimum d'information à chaque fois.
- Ceci demande au soignant de la patience et de l'écoute
- Le travail en collaboration avec l'orthophoniste est indispensable
- Plusieurs outils sont mis à disposition: ardoise, classeur de communication adapté à chaque patient (environnement personnel et rééducatif), abécédaire, la communication non verbale...
- Pour que la communication soit optimale, il faut absolument inclure la famille au projet (explication de l'aphasie et éducation comportementale)

Les troubles cognitifs, troubles mnésiques

- Selon l'atteinte de l'hémisphère, souvent le côté droit, les patients présentent des troubles de mémoire, attentionnels, d'orientation et/ou parfois comportemental à type de désinhibition, de ralentissement ou d'hyperactivité, ou d'anosognosie (pas conscience de leurs troubles = mise en danger)
- Notre rôle au quotidien est éducatif et préventif en les resituant en permanence dans la réalité. Ceci demande de la part du soignant une grande capacité d'écoute et de patience. Cette attitude est permanente dans les gestes de la vie quotidienne.
- Pour nous aider, nous avons mis un tableau magnétique dans la chambre (sont notés les RDV, planification de la rééducation, photos de l'entourage...) et un éphéméride est positionné en face du lit pour les réorienter dans le temps.
- Le service est équipé d'un système anti fugue (pastille magnétique) au niveau des ascenseurs et des escaliers.

Réadaptation de la dysphagie

- Fréquence importante de troubles de déglutition post AVC à type de fausses routes demande une vigilance importante de la part des soignants au moment du repas et adaptation des textures (mixé, mouliné, normal tendre et normal) et des boissons (eau gélifiée, épaissie, Perrier et plate) en fonction des troubles.
- Adaptation comportementale au moment du repas: éviter la distraction (TV, tierce personne), éducation de déglutition, posture adaptée (la tête doit être tournée du coté hémiparalysé afin de libérer le coté sain, et être légèrement inclinée vers le bas).

- 
- En cas de **trouble majeur** de déglutition une indication d'alimentation entérale est envisagée par sonde nasogastrique dans un premier temps puis par sonde de gastrostomie .
 - Dans les AVC du tronc cérébral, les patients sont trachéotomisés du fait de l'atteinte du centre de la déglutition, ces patients faisant des fausses routes à la salive.
 - Dans le cas de récupération, après avoir collaboré avec un kiné rééducateur spécialisé dans la déglutition, le sevrage de la trachéotomie est alors possible.

Rééducation vésicale

- Les patients ayant des troubles neurologiques présentent régulièrement des troubles mictionnels soit à type de rétention ou soit d'incontinence.
- Selon les troubles, la thérapeutique ne sera pas la même mais nous débutons toujours par le calendrier mictionnel en relevant la fréquence, le volume et le résidu afin de définir le comportement de la vessie.

Les deux situations

■ Rétention

- ✓ En fonction du résidu post mictionnel (> 250ml): réalisation d'hétéro sondages afin de protéger le haut appareil
- ✓ Si la vessie ne récupère pas ,nous débuterons un apprentissage des auto sondages en fonction des capacités cognitives et gestuelles du patient.

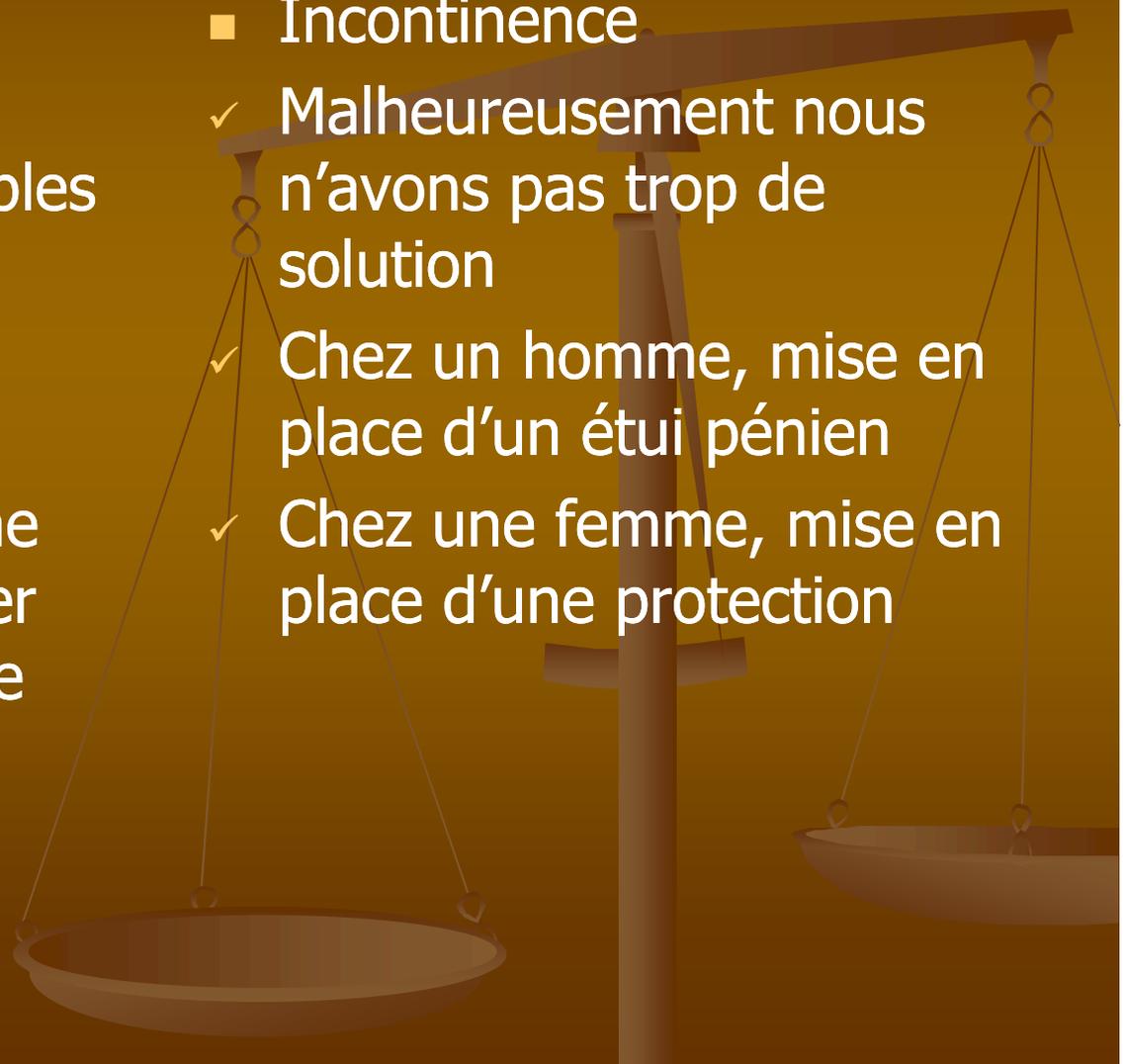
■ Incontinence

- ✓ Elle est liée au trouble cognitif du patient, un reconditionnement est indiqué: positionnement aux toilettes toutes les 3 heures
- ✓ Pas de protection afin de permettre au patient de réaliser l'importance de son trouble (recherche de déclic)

En cas d'échec

- Rétention
- ✓ Différentes thérapeutiques possibles
- ❖ Réalisation d'hétéro sondages
- ❖ Chirurgie après une consultation commune neuro-uro: soit Bricker soit Mitrofanof (vessie continente)

- Incontinence
- ✓ Malheureusement nous n'avons pas trop de solution
- ✓ Chez un homme, mise en place d'un étui pénien
- ✓ Chez une femme, mise en place d'une protection



La rééducation fécale

- Les patients ayant des troubles neurologiques présentent régulièrement des troubles d'élimination fécale:
 - ✓ Le blessé médullaire ne peut exonérer ses selles de manière volontaire et naturelle, dans ce cas, l'exonération manuelle est indispensable au quotidien (rôle éducatif et accompagnement psychologique du geste réalisé).
 - ✓ Dans le cas de troubles cognitifs, reconditionnement fécal, par le positionnement aux toilettes tous les matins avec nécessité ou pas de suppositoire. En cas d'échec, une protection est nécessaire.



Accompagnement des familles dans l'annonce du handicap

Les instances

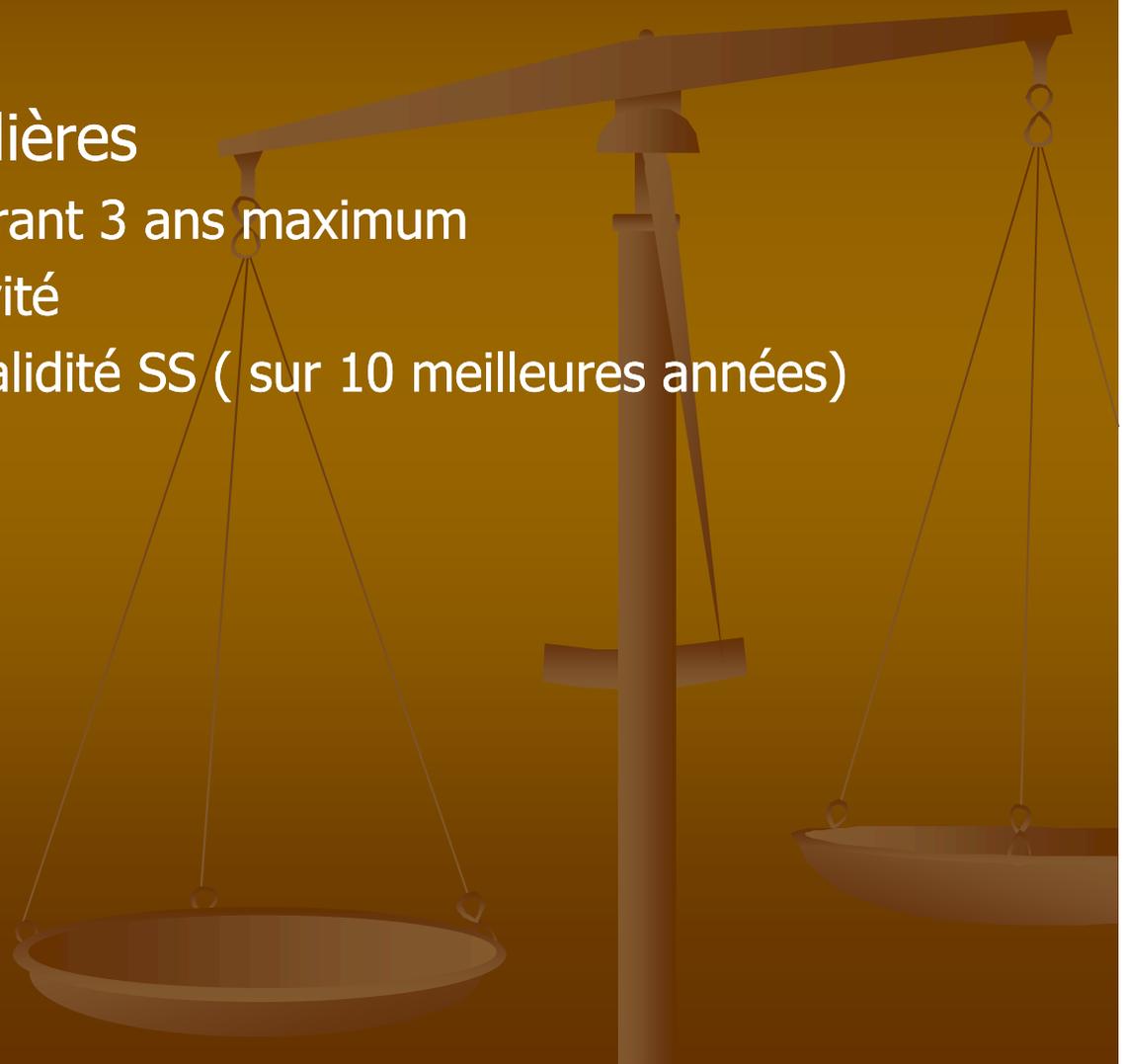
- MDPH (maison départementale des personnes handicapées)
 - 2 instances:
 - Projet professionnel
 - Reconnaissance travailleur handicapé
 - Décision d'orientation professionnelle
 - Formation professionnelle
 - Aide sociale:
 - Allocation compensatrice tierce personne
 - Allocation adulte handicapé
 - Carte invalidité, macaron...
- Conseil général (département)
 - APA (allocation personnalisée d'autonomie)
 - 60 ans et plus
 - Dépendance (perte d'autonomie obligatoire)
 - Suppression d'allocation ressource



■ Sécurité sociale

■ Indemnités journalières

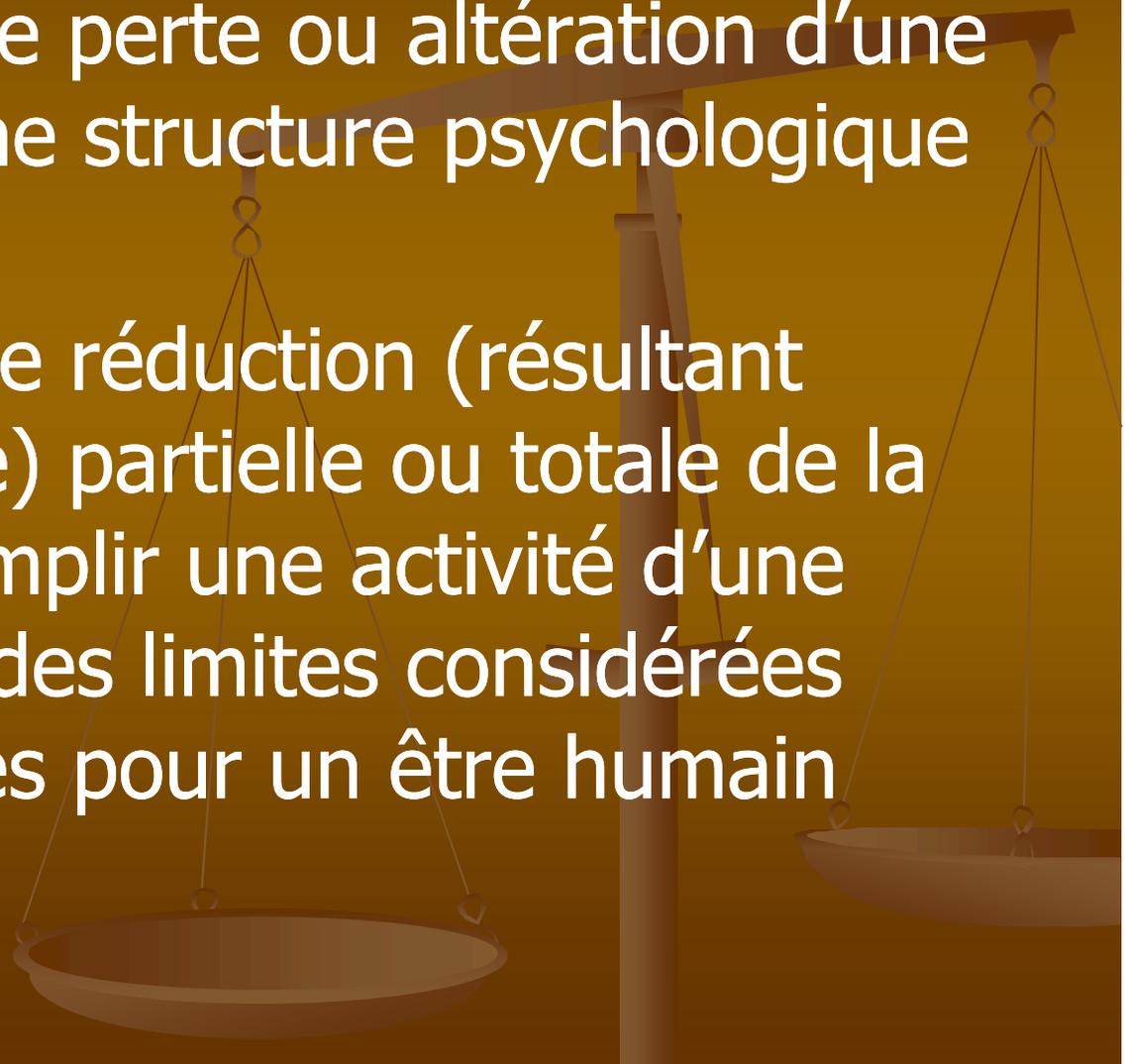
- Perception durant 3 ans maximum
- Soit reprise d'activité
- Soit pension d'invalidité SS (sur 10 meilleures années)



Définitions selon CIDIH

(classification internationale des déficiences, incapacités, handicap)

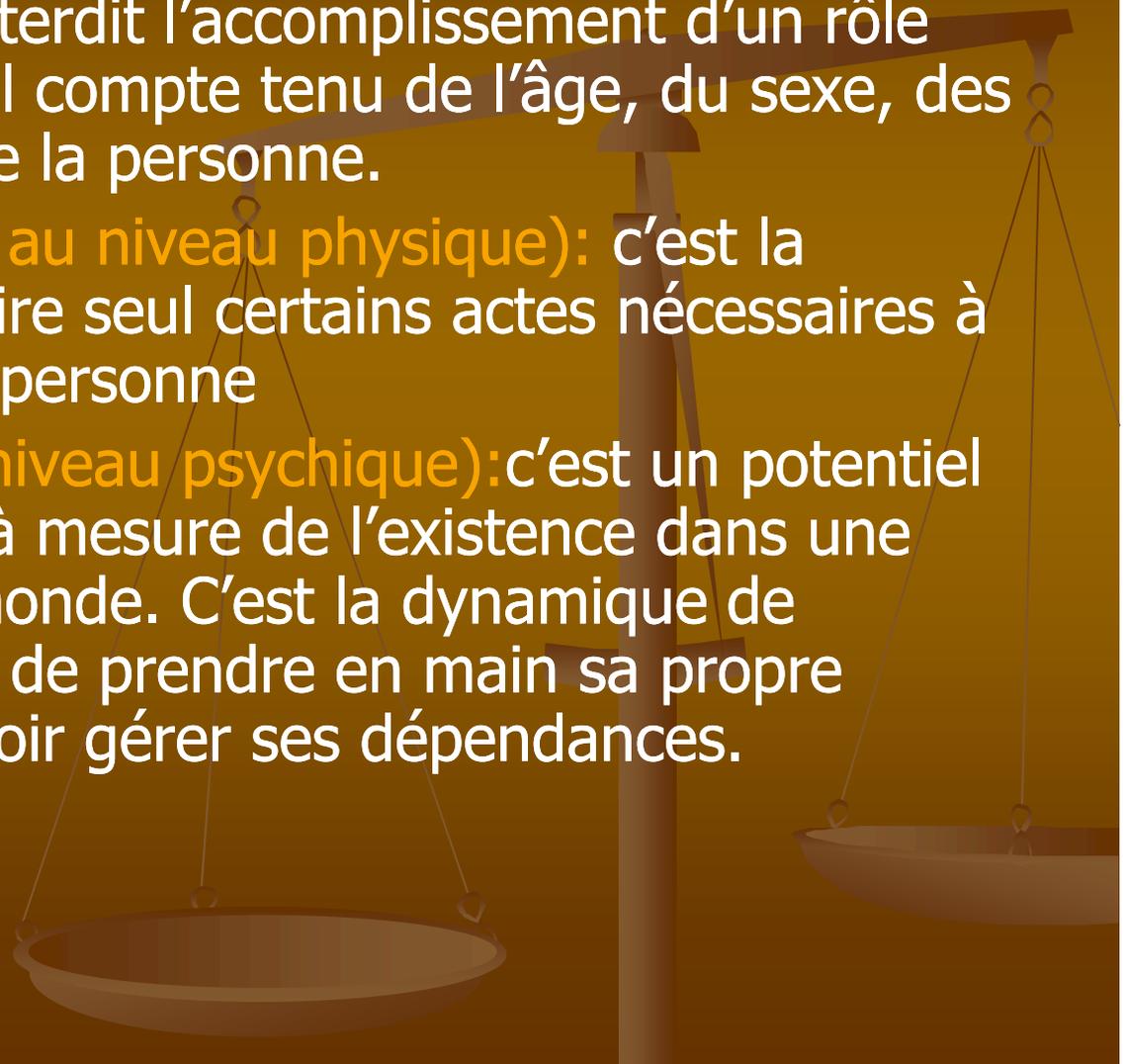
- **Déficience:** toute perte ou altération d'une fonction ou d'une structure psychologique ou anatomique
- **Incapacité:** toute réduction (résultant d'une déficience) partielle ou totale de la capacité d'accomplir une activité d'une façon, ou dans des limites considérées comme normales pour un être humain



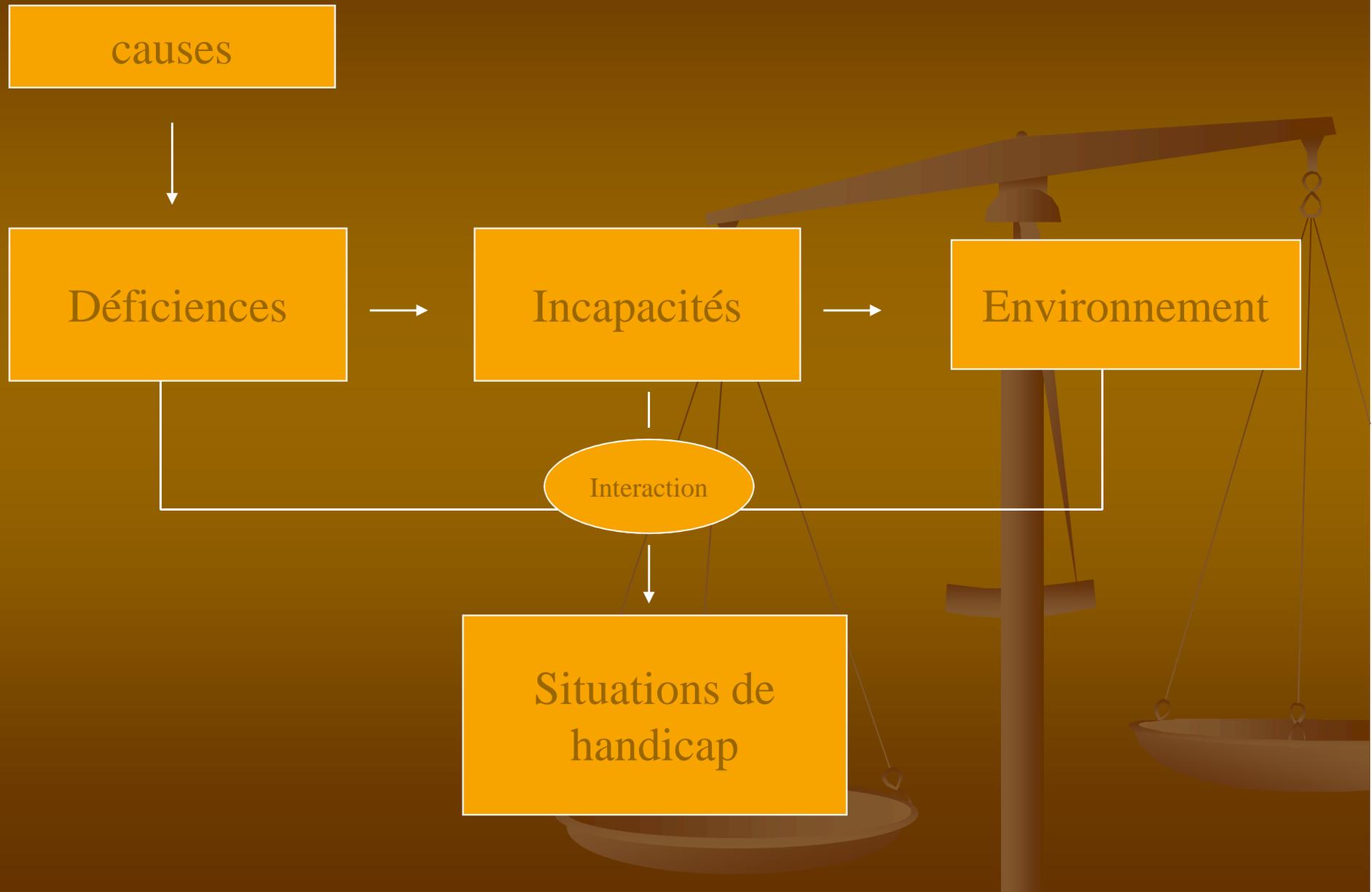
- **Handicap:** situation de handicap

Le désavantage social résulte d'une déficience ou d'une incapacité et limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle considéré comme normal compte tenu de l'âge, du sexe, des facteurs socioculturels de la personne.

- **Indépendance (se situe au niveau physique):** c'est la capacité et l'action de faire seul certains actes nécessaires à la vie quotidienne d'une personne
- **Autonomie (se situe au niveau psychique):** c'est un potentiel qui s'actualise au fur et à mesure de l'existence dans une relation à l'autre et au monde. C'est la dynamique de l'homme qui est capable de prendre en main sa propre destinée. C'est aussi savoir gérer ses dépendances.

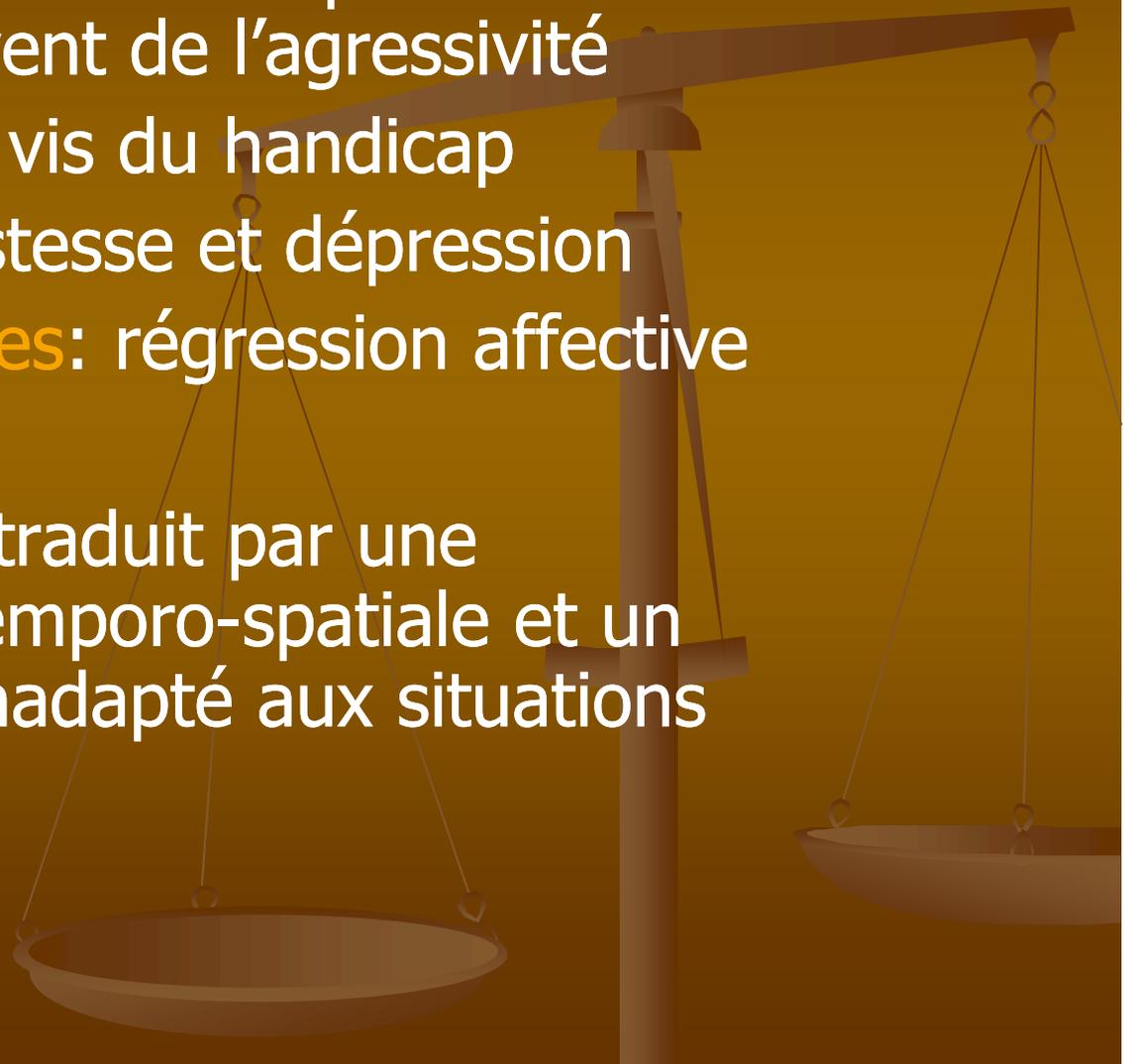


Processus de production du handicap (PPH)

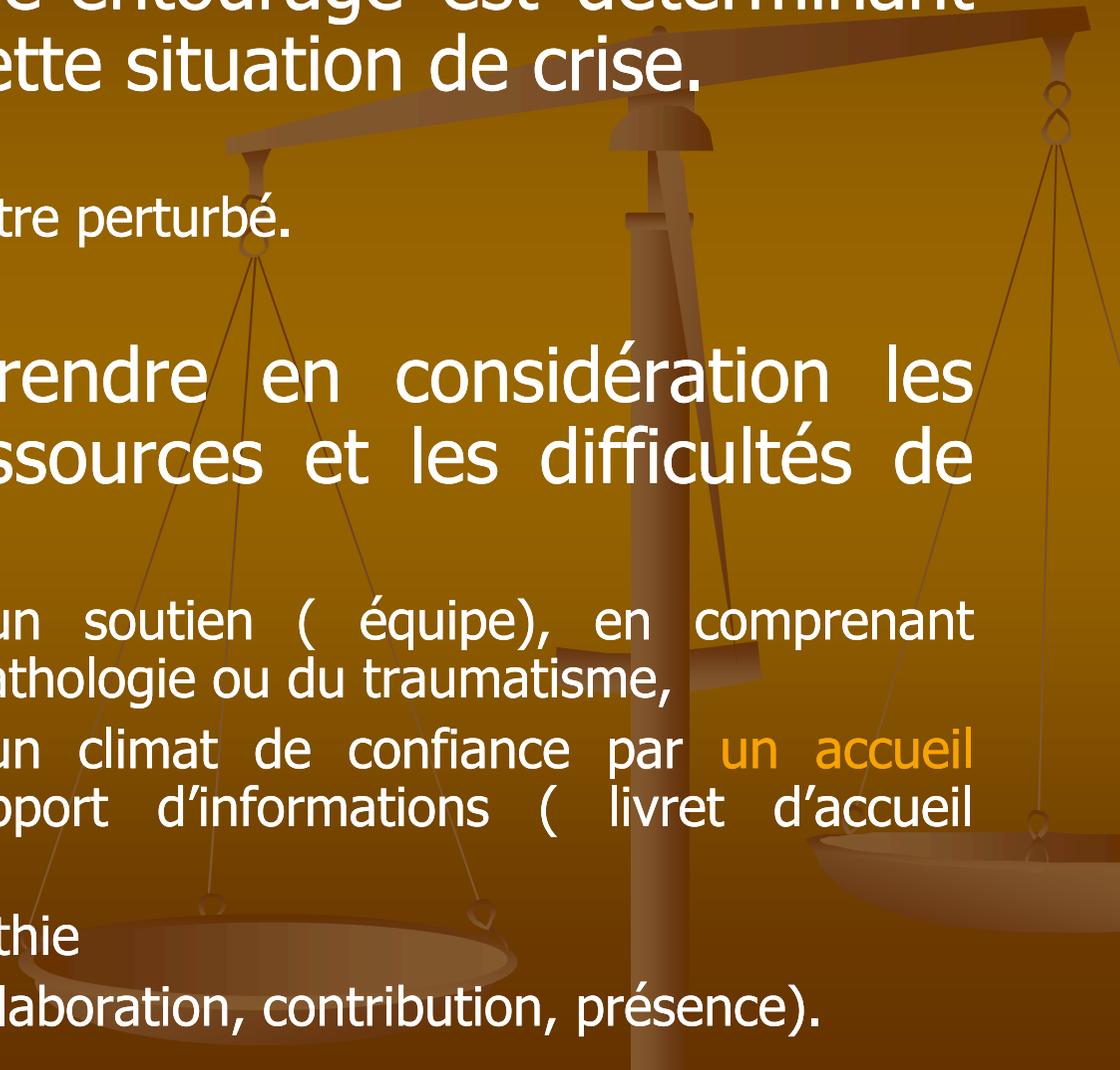


Réactions du patient

- **l'angoisse** qui se traduit par des demandes pressantes, souvent de l'agressivité
- **le mutisme** vis à vis du handicap
- **repli sur soi** : tristesse et dépression
- **réactions infantiles**: régression affective
- **révolte et colère**
- **la confusion**: se traduit par une désorientation temporo-spatiale et un comportement inadapté aux situations



Famille et entourage



- L'équilibre famille-entourage est déterminant pour affronter cette situation de crise.
 - différence
 - L'équilibre va être perturbé.
- Nécessité de prendre en considération les besoins les ressources et les difficultés de l'entourage
 - en assurant un soutien (équipe), en comprenant l'impact de la pathologie ou du traumatisme,
 - en apportant un climat de confiance par un accueil bienveillant, apport d'informations (livret d'accueil spécifique)
 - Écoute et empathie
 - négociation (collaboration, contribution, présence).

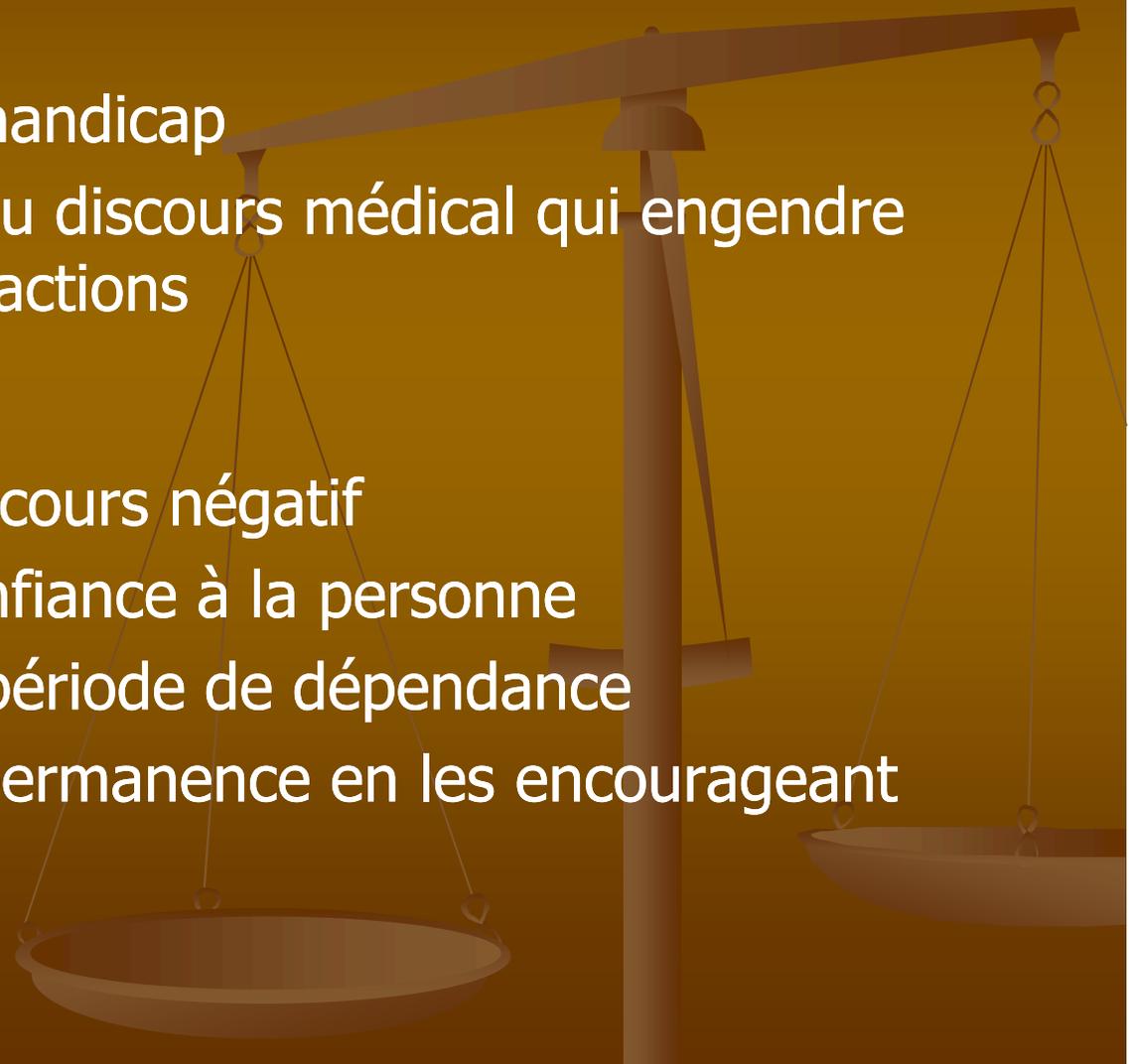
Positionnement des soignants

■ Médical

- Annonce du handicap
- Importance du discours médical qui engendre les futures réactions

■ Paramédical

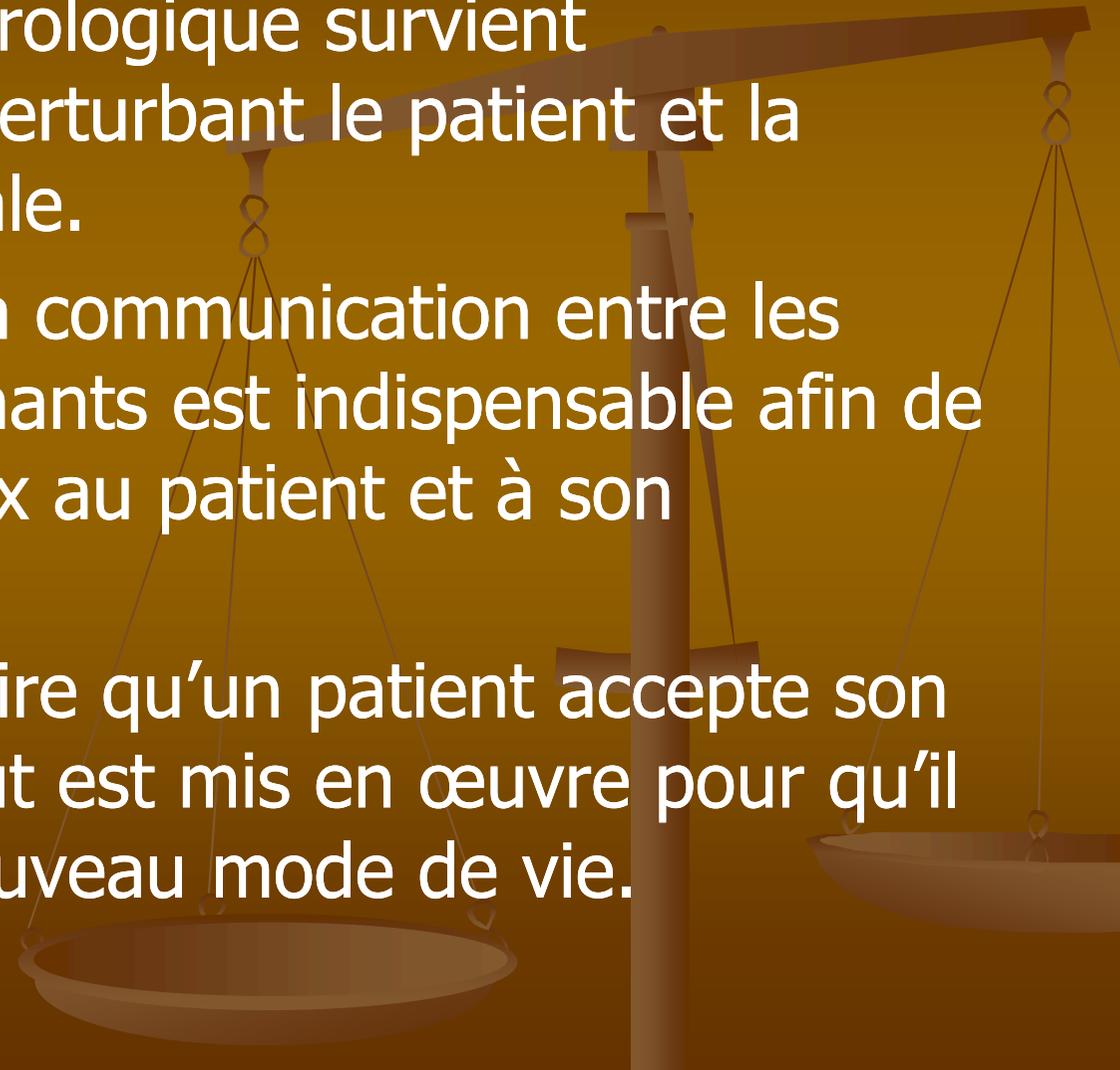
- Jamais de discours négatif
- Redonner confiance à la personne
- Minimiser la période de dépendance
- Solliciter en permanence en les encourageant



Rencontre famille

- Les familles et le patient sont rencontrés avec l'équipe pluridisciplinaire afin d'expliquer la prise en charge globale dans le service, la pathologie avec les perspectives de récupération et répondre à leur interrogation.
- Lors de ces réunions, sont abordées l'importance des sorties thérapeutiques (implication patient-famille face à la réalité du handicap).
- Des objectifs sont posés à court, moyen et long terme avec la perspective du devenir (domicile ou institution d'où l'importance du rôle de l'assistante sociale).

Pour conclure

- La pathologie neurologique survient brutalement, en perturbant le patient et la dynamique familiale.
 - L'importance de la communication entre les différents intervenants est indispensable afin de répondre au mieux au patient et à son entourage.
 - Il est difficile de dire qu'un patient accepte son handicap mais tout est mis en œuvre pour qu'il s'adapte à son nouveau mode de vie.
- 

MERCI DE VOTRE ATTENTION

