

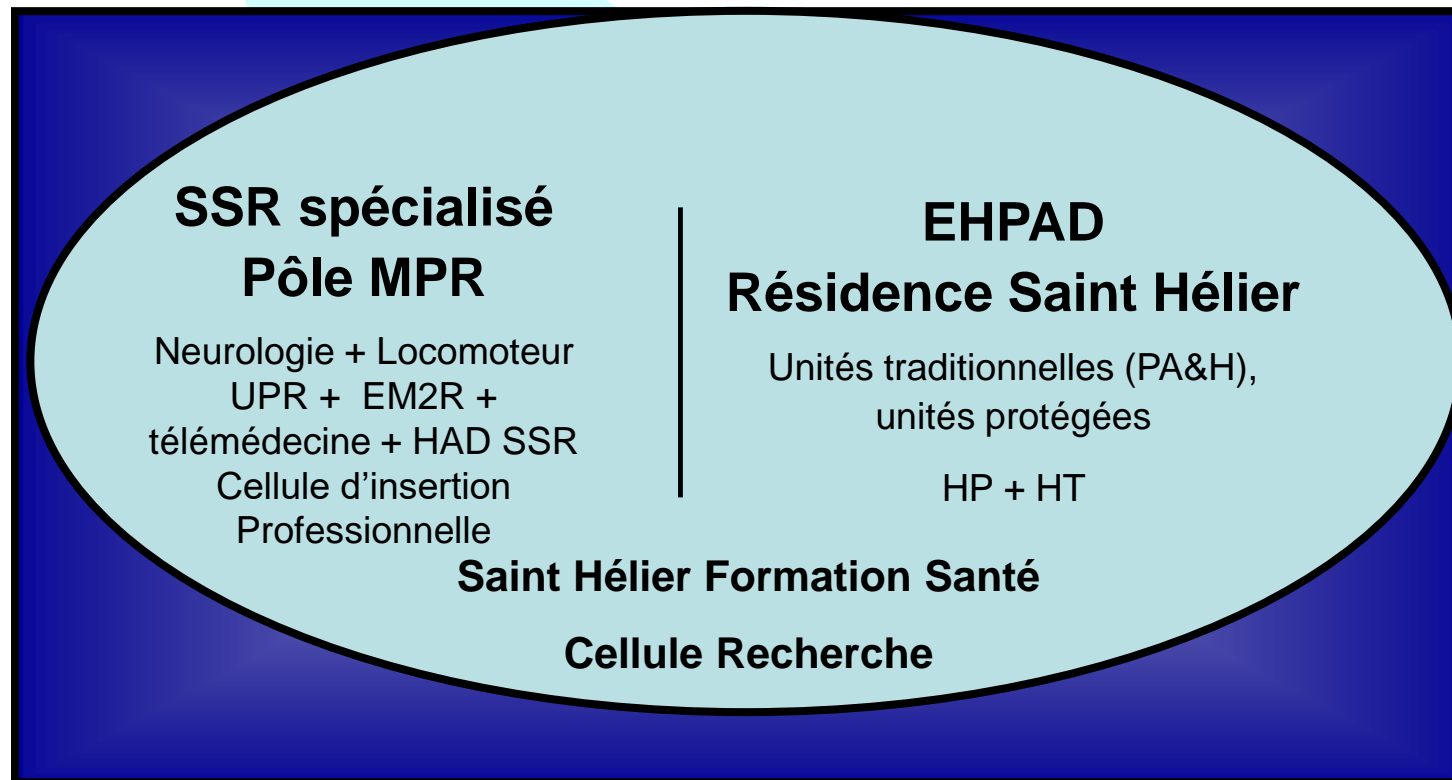
# La « relation participative » dans la prise en charge des patients UPR

Clémentine LOUIS IDE

Nolwenn CLERC psychologue

# LE PÔLE SAINT HÉLIER

Un établissement privé à but non lucratif, PSPH  
avec plusieurs activités



# L'ORGANISATION DU PÔLE MPR SAINT HÉLIER

- Département **HC neurologie** :  
3 services (86 lits dont 8 lits d'Unité Post Réanimation)
- Département **HC locomoteur** :  
1 service (34 lits)  
➤ Total capacité en HC : 120 lits
- Département **ambulatoire** :  
**HJ** : 114 patients par jour  
**Consultations et actes externes** : 4 220 en 2016  
**Equipe Mobile de Réadaptation/Réinsertion (EM2R)** : 246 prises en charge en 2016 (créé en 2012)  
**Télé médecine** «TLM Plaies Chroniques» à Domicile et en EHPAD : 168 actes en 2016 (soit 510 actes depuis le début de l'activité en 2014).

# Pourquoi l'UPR, qu'est-ce que c'est?

L'**Unité Post Réanimation** répond aux spécificités de surveillance et de soins chez des patients ne nécessitant plus de surveillance médicale continue mais restant à proximité d'un service de réanimation

# Intérêts pour les patients

Prise en charge précoce = Durée hospitalisation réduite en réanimation.

- o Rééducation en salle
- o Accès précoce au plateau technique
- o Lever le plus souvent le lendemain de l'arrivée et installation au FR avec kiné et ergo
- o Education des proches aux aspirations trachéales ...

# Intérêts pour les soignants

- Travail en binôme aide soignant et collaboration importante infirmière-aide soignants-médecin.
- Travail pluridisciplinaire : travail avec orthophoniste, psychologue, kiné et ergo, temps de synthèse, cohésion pluridisciplinaire très importante
- Technicité: Changements de canules, aspirations, surveillance par scope
- Satisfaction du travail en UPR

# « Etudier le devenir médico-social post-hospitalisation en UPR »

- Etude en 2015 par Docteur LEBLONG qui concluait :  
*« le devenir médico-social des patients dans les suites d'un séjour en UPR est disparate, **dépendant de la pathologie en cause**, mais également de la **situation sociale préalable** qui semble être le principal facteur prédictif du retour à domicile. La plupart des patients ont retrouvé une autonomie relativement importante pour les activités de la vie quotidienne mais **restent gênés pour les activités complexes des ADL entravant l'insertion socio-professionnelle** ».*

- Le patient traceur :
  - **Qui** : un patient pris en charge en UPR présentant un traumatisme crânien.
  - **Méthodes** : entretien avec un patient et son entourage avec une grille de questions suivi d'une synthèse en équipe.
  - **Intérêt** : mettre en avant les points positifs et points à améliorer dans l'accompagnement du patient et de son entourage.



# Patient traceur

- Travailler sur l'accueil des patients ayant des troubles cognitifs. **Anticipation de l'admission** pour l'accompagnement des familles.
- Accompagner davantage le changement de chambre dans le cadre de **troubles du comportement majorés** avec la perte de repères, anxiogène pour le patient et sa famille.

# « Évaluation des conséquences psychologiques d'un séjour en réanimation », 2007

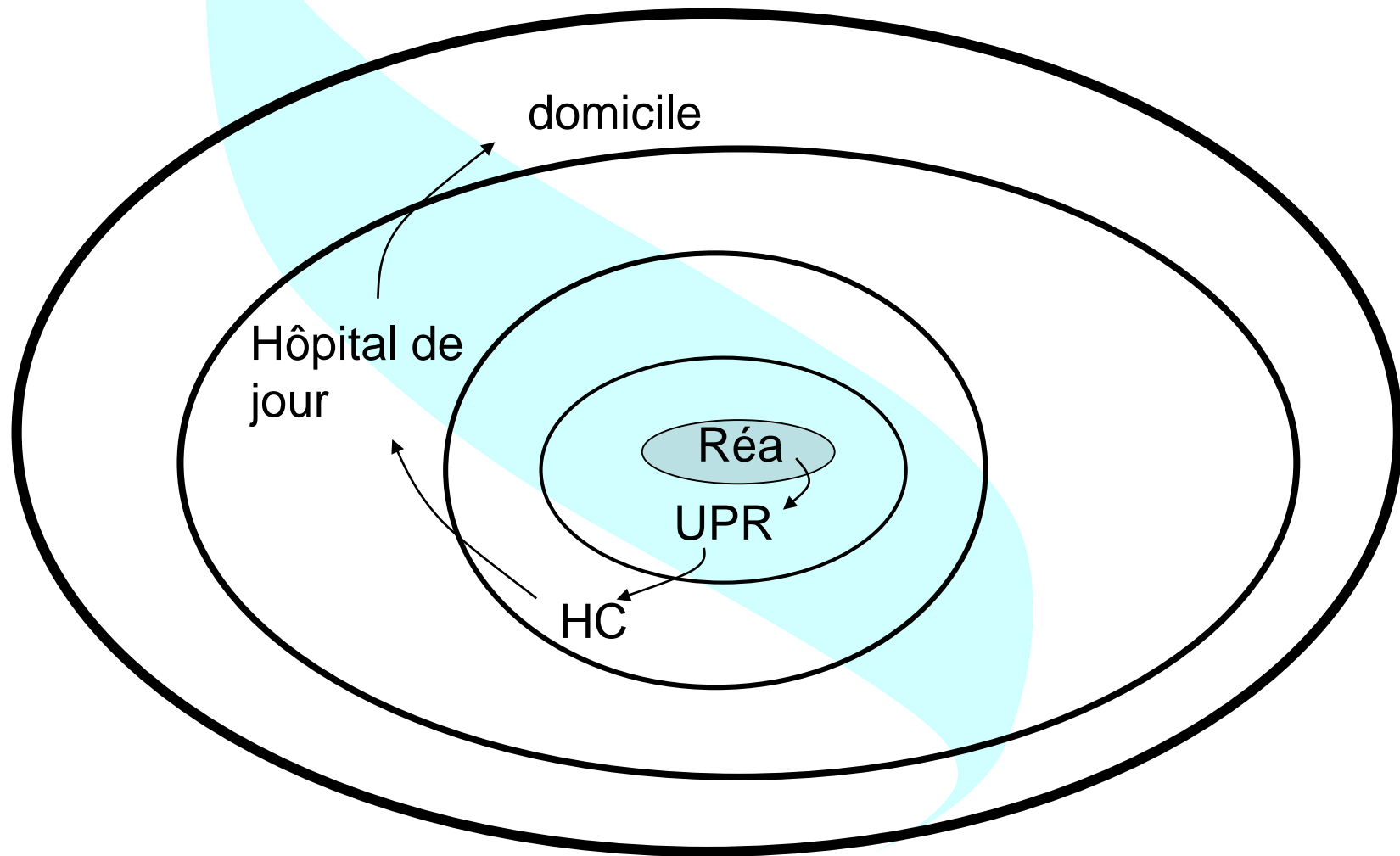
En 2007, F. Pochard, N. Kentish-Barnes, E. Azoulay dans « **Évaluation des conséquences psychologiques d'un séjour en réanimation** » notaient :

- La prévalence « attendue » d'ESPT chez les malades de réanimation dans les mois suivant leur sortie se situe en fonction des études entre **14 et 41 %**.

Concernant les proches, les auteurs notent  
une **prévalence d'ESPT de 33%** dans les  
trois mois qui suivent la sortie du patient de  
réanimation.

Cette étude en parallèle du patient traceur vient nous conforter dans notre démarche de prendre en compte **l'impact des étapes de l'hospitalisation** à la fois pour le patient mais aussi pour ses proches.

# 4 temps de ruptures



Comme nous le verrons dans la situation de Mme Z , le maintien des repères et la **sécurisation physique, cognitive et émotionnelle** semblent donc essentiels au bon déroulement de l'hospitalisation.

# Situation de Mme Z

Femme de 36 ans

Suite à un TC lors d'une chute de cheval

Mariée, mère de 3 enfants

Institutrice

- Sur le plan médical :
  - Trachéotomisée et alimentée par sonde de gastrostomie à son arrivée.
  - La communication se fait par alphabet AZERTY
  - Hémiplégie G
  - Troubles cognitifs (désinhibition comportementale et persévérations)
- Souffrant de trachéomalacie, la décanulation ne pourra pas se faire. Communication possible par la valve de phonation.



A Z E R T Y U I O P

Q S D F G H J K L M

W X C V B N

**Le jour de l'arrivée:** rencontre avec équipe soignante et médecin sur explications du fonctionnement interne et proximité infirmerie.

=> Permet un premier contact pour expliquer les objectifs de rééducation mais aussi recueillir les inquiétudes éventuelles de la famille.

# La première rupture...

Changement de chambre, le départ de l'UPR :

- Eloignement géographique de l'infirmierie
- Moins de surveillance médicale
- Moins de personnel
- Chambre double possible
- Anxiété face à la nouveauté

## Actions mises en place:

- Avant la transition : entretien avec Mme Z, sa famille et le RUS pour expliquer à Mme et à sa famille les changements entraînés par le départ de l'UPR.
- Ecoute et recueil des craintes quant à l'éloignement des soignants. Il a été nécessaire de rassurer Mme sur la permanence de l'équipe soignante et rééducateur (installation d'un trombinoscope et planning affichés dans la chambre)
- Irritabilité et désinhibition repérées par l'équipe et sa famille (suivi psychologique demandé pour verbaliser sur inquiétudes, bilan neuropsychologique demandé)
- Face au risque de désorientation : nécessité d'un accompagnement physique (brancardage)
- Rencontre organisée sur demande de Mme pour revoir les enfants dans un lieu neutre en présence médecin et psycho pour pouvoir répondre à leurs questions.

# Préparation pour les weekends thérapeutiques

Discussion avec l'époux de Mme sur sa capacité à accueillir son épouse à la maison en weekend.

Ecoute et recueil des inquiétudes de Mr et des enfants.

Proposition de passer 24h dans l'appartement thérapeutique du Pole.

## Actions mises en place:

- Formation à l'aspiration car l'époux de Mme souhaitait dans un premier temps sortir dans le parc seul avec elle et les enfants (temps de mise en confiance sur les gestes liés à l'aspiration)
- Reprise alimentation avec texture adaptée et éducation de la famille faite par l'équipe SS et diet + ortho en vue d'une sortie à la journée et en HJ.
- Lien avec les SSI à domicile.
- Formation au transfert. Apprendre les bons gestes à Mr pour éviter ses propres blessures et chutes.

# 2ème rupture HC / HJ

## Changement d'équipe et de lieu:

- Changement de fonctionnement et d'organisation à la journée  
Changement de « table » au restaurant des patients.
- Fatigabilité (moins de temps de repos)
- Retour à domicile et reprendre le quotidien en plus des soins.
- Réelle prise de conscience des troubles cognitifs en dehors de la bulle de l'hôpital.

## Actions mises en place:

- Une fiche de liaison IDE permet un meilleur suivi.
- Maintien de l'équipe rééducative.
- Avant le début de l'HJ il a été proposé à Mme et sa famille de visiter l'hôpital de jour ce qui leur a permis de rencontrer l'équipe.
- Travail thérapeutique poursuivi et rencontre famille / patient / psycho / neuropsychos pour expliquer les troubles du comportement liés au TC.
- Mr et les enfants ont pu assister à certaines séances kiné, Lokomat.
- Rdv réguliers médecin avec Mme et Mr au cours duquel il a été proposé un accompagnement psychologique pour Mr au sein du Pole.

# 3<sup>ème</sup> rupture HJ / domicile

- Reprise de la vie quotidienne hors « bulle hospitalière »
- Actions mises en place:
  - Intervention des services à domicile
  - Formation aidants naturels et professionnels
  - Liens avec les associations des aidants et les CLIC
  - Relai vers CMP et psychologues libéraux



# Et après Saint Hélier...

- Possibilité de l'EMRR
- Consultations médicales régulières
- Informations à la famille sur les séjours de « répit »

# Conclusion et perspectives futures

- **La formation des familles à la compréhension des troubles cognitifs et aux changements qu'ils peuvent engendrer semblent être un axe indispensable pour faciliter le retour et le maintien à domicile.**

Mais comment former sans charger ?

# Conclusion et perspectives futures

Retour des patients :

- Groupe famille
- Livret personnalisé
- « boîte à idée »
  
- Formation des soignants à la Communication non Violente et à l'Education Thérapeutique.



**Merci pour votre attention**