

Expérience du pôle de réadaptation du CR Brétegnier HERICOURT

Accompagnement de patient atteint d'un handicap invisible vers la sortie du CRF

Aujourd'hui nous avons le choix de vous parler de notre expérience du pôle de réadaptation au CRF Bretegnier lors de l'accompagnement de patient cérébro-lésé présentant un handicap invisible.

La lésion cérébrale, qu'elle résulte d'un AVC, d'un TC, d'une tumeur cérébrale ... porte atteinte, en terme de séquelle à l'intégrité des personnes qui en sont victimes.

Ces séquelles bouleversent leur vie en générant dans leur environnement tant familial et social que professionnel des changements, des ruptures.

Si pour certaines personnes cérébro-lésés, la déficience est visible au premier regard, conséquence d'éléments distinctifs (fauteuil roulant, béquilles, ...) pour d'autres au contraire, le handicap est invisible car il relève du champ cognitif, comportemental et ou psychoaffectif.

Autant de troubles qu'il est difficile de se représenter tout comme l'impact qu'ils ont sur leur vie quotidienne.

Le handicap invisible entraine parfois l'incompréhension de l'entourage, qui a du mal à identifier les situations de handicap et qui ne comprend pas toujours les difficultés de la personne.

I / Le cadre de notre intervention

1/ L'équipe

Le médecin coordonne les différents acteurs

Le pôle de réadaptation est composé d'un cadre, d'assistantes de service sociales, d'ergothérapeute pour réadaptation, une chargée d'insertion relevant du dispositif COMETE

Le travail est complémentaire des professionnels du pôle de rééducation, mais aussi du personnel soignant.

Le travail en équipe permet de croiser les regards sur la prise en charge et d'apporter des visions complémentaires.

Cela permet une analyse fine et complète pour une meilleure prise en soin et une orientation la plus « adéquat ».

Différentes réunions favorisent les échanges entre les professionnels.

2/ Modalité de l'intervention

L'intervention se fait sous prescription médicale du médecin de rééducation

Nous intervenons de façon précoce et tout au long du séjour au CRF de l'hospitalisation complète à l'hôpital de jour.

Notre action s'effectue en parallèle du travail en rééducation.

Des entretiens sont réalisés avec le patient, son entourage.

II / L'évaluation sociale :

L'évaluation sociale

Un premier entretien précoce en binôme ergothérapeute-assistante sociale, permet de nous présenter et d'identifier les premières attentes du patient.

Cet entretien est indispensable. Il permet pour nous professionnels de ne pas travailler dans l'urgence mais surtout pour le patient de prendre le temps d'identifier et d'appréhender les personnes qui gravitent autour de lui.

C'est la base pour établir une relation de confiance et donc ensuite, d'accompagner au mieux le patient dans son projet de sortie. Le processus est long.

Un rendez-vous est ensuite pris avec le patient en vue d'effectuer un recueil d'informations sociales.

Il est à préciser que parfois le patient n'est pas toujours en capacité de communiquer des informations le concernant

L'entourage est alors sollicité rapidement pour le recueil d'information qui se composent des items suivants :

- * La situation matrimoniale : personne mariée, vivant en concubinage, célibataire
- * On Identifie le réseau amical et familial
- * Les habitudes de vie et de loisirs

* On évalue Les conditions d'habitat : locataire ou propriétaire d'une maison , d'un appartement, domicilié dans le milieu rural ou urbain

* Le volet financier est également abordé

* Le volet professionnel en lien avec Comète.

Une évaluation précoce permet de solliciter au plus tôt les professionnels spécialisés.

Le bilan social a un réel impact dans la prise en charge de la personne. Notre accompagnement est différent si la personne est isolée ou si l'entourage est présent.

Le patient est systématiquement concerté et informé des démarches engagées.

Son implication est fondamentale, mais certains patients n'en voient pas toujours l'intérêt Ce recueil d'information sociale est indispensable mais n'est pas suffisant pour accompagner le patient.

III / (Re)devenir acteur de son projet

Si certains n'ont pas conscience de leurs troubles d'autres au contraire ont une peur importante de l'environnement extérieur ou bien ne vont pas interagir de façon appropriée avec l'environnement.

Nous allons vous présenter nos outils permettant au patient de (re) devenir acteur de son projet , de son existence

1/ Les évaluations écologiques

1 les évaluations écologiques :

L'évaluation eco permet d'évaluer concrètement et au plus proche des conditions de vie du patient, de ses habitudes le retentissement du handicap invisible.

En s'appuyant sur les premières attentes du patient, le recueil de données, les difficultés évoquées ou non, différentes mises en situation vont pouvoir être pratiquées. L'évaluation étant propre à chacun.

Plus précisément, les objectifs sont multiples :

Pour le patient lui-même : prise de conscience du retentissement du handicap invisible mais aussi le rassurer sur les capacités préservées et lui redonner confiance en soi

Pour l'entourage : alerter, mais aussi rassurer

Pour les professionnels : orienter la rééducation et la réadaptation

Ainsi celles- ci peuvent s'effectuer :

- * Au CRF : essai cuisine, gestion de ses affaires administratives et financières
- * Milieu extérieur connu ou inconnu (démarches banques, administration, courses, conduite automobile)
- * Au domicile lors d'une visite à domicile conjointe ergo – assistante sociale. Elle est souvent le 1^{er} contact avec le domicile après la lésion et est donc chargée de questionnement et d'émotion.

Certains patients peuvent refuser les évaluations de par la crainte de l'échec, d'être confronté à ses difficultés mais aussi car il n'en voit pas l'intérêt ou pour préserver son intimité. Il n'y a pas toujours de solutions pour pallier le refus d'une mise en situation.

D'autres prennent conscience de leurs difficultés lors des évaluations, mais ne n'identifient encore pas le retentissement sur leur vie quotidienne.

Presentation de patients

1er exemple

M. F , célibataire , retraité, vit dans un appartement au centre ville,

Il avait pour habitudes de faire ses courses, préparer ses repas .

Les mises en situation suivantes lui seront proposées :

test des commissions, réalisation d'un repas, organisation au domicile tel que préparation du café, mise en route de la machine lavée, mais également de la gestion de budget et administrative.

2ème exemple ;

M. R vit maritalement n'ayant pas pour habitude de gérer le quotidien.

Il a une activité professionnelle. Son travail l'oblige à conduire sa voiture.

Sur son temps libre, il fait beaucoup de bricolage.

Nous lui proposerons :

- une évaluation à la conduite automobile

- création d'un objet en menuiserie

Ses évaluations permettent encore d'affiner le projet de sortie du CRF.

2/ Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé

Le p3i est une synthèse où sont présents l'équipe pluridisciplinaire, le patient et son entourage.

C'est un outil qui permet d'une part de réaliser une image au jour j , notamment par rapport à la situation de handicap et d'autre part de singulariser le projet.

En fonction des attentes du patient , des objectifs sont déterminés pour la suite de la rééducation et la réadaptation.

Différents p 3i au cours de l'hospitalisation Complète et hospitalisation de jour permettent de repréciser le projet et de le requestionner grâce aux échanges entre chacun.

Un document écrit formalisant les dires , est remis au patient

V/ Préparation de la sortie d'hospitalisation :

Suite à l'analyse des différentes situations, des actions, des outils vont pouvoir être proposé, négocier avec le patient pour préparer la sortie du CRF.

1 préparation du RAD :

L'organisation du retour à domicile passe d'une part par la mise en place des moyens de compensation d'aide technique :

L'objectif est de trouver les outils qui peuvent le mieux convenir à aux habitudes de vie de la personne et qu'elle puisse se les approprier avec un travail au CRF en amont.

Souvent l'on pense à l'agenda, calendrier surtout utilisé pour compenser des troubles mnésiques. Mais d'autres moyens sont à notre disposition tel que la réorganisation des rangements, la mise en place d'affichage ou même encore la téléalarme et le portage de repas.

La liste ne peut être exhaustive.

S'il n'est pas possible de mettre en place des moyens de compensation technique, des moyens de compensation humaine peuvent être réfléchis.

L'aide humaine apportée peut être de l'ordre de :

- la stimulation : par exemple stimulation à la toilette, l'habillage .
- L'accompagnement : accompagner le patient vers l'extérieur afin de maintenir des liens sociaux, faire les courses,
- la surveillance, avec la mise en place de passages humains réguliers pour rythmer une journée, rassurer, ou encore surveiller la prise de médicaments

L'aide humaine peut – être apportée par les professionnels mais la famille est souvent le premier accompagnement.

Sans famille certains projet ne seraient pas possible.

Les personnes gravitant autour de la personnes cérébro-lésé ont un rôle important mais une place difficile à trouver.

Notre travail, en lien avec le médecin est donc d'informer l'entourage et les partenaires extérieurs (tel que les auxiliaire de vie , des séquelles de la cérébro lésion et de l'impact sur les actes de la vie quotidienne

2- Orientation en milieu de vie adaptée :

Si le retour à domicile n'est pas envisagé du fait d'un isolement social, d'isolement géographique ou par choix du patient, il est possible d'envisager un déménagement ou le cas échéant orienté en structure médico-sociale tel que foyer de vie, maison relais, hébergement temporaire , accueil de jour, Foyer d'accueil Médicalisé, EHPAD...)

Notre travail est de constituer les dossiers d'admission, visiter les lieux de vie avec le patient, et l'accompagner jusqu'à l'admission.

Une de nos difficultés sur le terrain est les listes d'attente conséquentes au sein des structures médico-sociales . Il est parfois nécessaire de rechercher une solution alternative, pas toujours adapté au patient.

3- Constitution des dossiers de financements

En fonction de la situation sociale et du projet du patient, des dossiers de financement peuvent être constitués :

Pour le financement des plan d'aide humaines , des aides techniques, l'aménagement du domicile , deux dispositifs du CG sont sollicités :

la PCH de la mdph,

et l'APA du conseil général

Nous sommes également amenés à rechercher d'autres financeurs pour l'hébergement par exemple, les aides-ménagères, via l'aide sociale.

Pour solliciter les aides humaines, il est parfois difficile de valoriser le handicap invisible auprès des commissions de financeurs.

Les dispositifs d'aide ont également des limites, avec des plafonds et des critères précis. Par conséquent la solidarité familiale doit être impliquée, ce qui n'est pas toujours compréhensible par celle-ci.

4 – La gestion administrative et financière

La gestion administrative et financière est indispensable pour le bon déroulement du quotidien

Si des difficultés dans cette tâche sont repérées, un accompagnement budgétaire par une assistante de service sociale peut être mis en place.

Si les troubles cognitifs sont majeurs, une mesure de protection juridique (sauvegarde de justice, curatelle) peut être présentée.

Le patient et sa famille sont souvent hésitants pour mettre en place ce type de mesure et pourtant le patient peut parfois se retrouver en difficulté à court, moyen ou long terme

5- Mise en place de relais extérieurs, de suivi spécialisé

Une fois sortie du CRF la personne et les familles s'éloignent, moins soutenues par les professionnels. Encourager la personne et la famille à rester dans les réseaux de façon à être accompagnés face aux nouvelles difficultés.

Exemple de suivi spécialisés ; (samsah, SAVS,)

Limite ; compte tenu des listes d'attente au sein des services spécialisés, il y a parfois un décalage entre la sortie du CRF et l'entrée effective

Le risque étant la désinsertion sociale.

Conclusion :

L'accompagnement d'un patient vers la sortie d'hospitalisation peut impliquer parfois une prise de risque

Le cheminement décrit précédemment permet de réduire au maximum les imprévus et de respecter les projets de chaque personne.

Nous pourrions conclure par cette phrase :

« Etre professionnel de la santé, c'est penser la situation de chacun comme singulière »