



handéo

Synthèse

L'orientation vers un service de Soins de Suite et de Réadaptation après un traumatisme crânien

Novembre 2021



Réalisé par :

Cyril DESJEUX, Sociologue et Directeur Scientifique, Handéo

Thibault RIOU, Stagiaire Handéo

Avec le soutien :



Introduction

Le traumatisme crânien est une problématique de santé publique majeure : 3.7 millions de personnes vivent avec un traumatisme crânien en Europe. En France, le nombre de nouveaux cas par an dépasse les 120 000 faisant du traumatisme crânien la 1^e cause de mortalité chez les 15-25 ans et la 1^e cause de handicaps sévères chez les moins de 45 ans ⁽¹⁾.

Le traumatisme crânien se définit comme une atteinte du cerveau causée par une force extérieure ; ces forces peuvent provenir d'un impact direct, d'une accélération ou décélération rapide, d'une pénétration par objet ou du souffle d'une explosion. Les séquelles d'un traumatisme crânien peuvent aboutir à des déficiences neurologiques (perte de la motricité, de la sensibilité, de la marche, etc.), des déficiences cognitives (troubles mnésiques, de la concentration, du langage, anosognosie, etc.), des troubles du comportements (désinhibition, irritabilité, labilité émotionnelle, etc.) ou encore des troubles psychiatriques (dépression, psychoses, stress post-traumatique, etc.).

Les répercussions sur la vie des personnes sont nombreuses et diverses allant de la perte des rôles sociaux à la perte de son emploi en passant par des difficultés dans tous les actes de la vie quotidienne (mobilité, relations sociales, loisirs, etc.) ⁽²⁾.

Pour répondre aux besoins des personnes subissant un traumatisme crânien, une approche pluridisciplinaire et une prise en charge en rééducation et réadaptation sont recommandées ⁽³⁾ ⁽⁴⁾.

Or plusieurs études ont démontré qu'il existait un certain nombre de situations où les personnes n'accédaient pas à une prise en charge en rééducation ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾.

L'objet de cette étude cherche à mieux comprendre les raisons pouvant amener à une absence de prise en charge en rééducation en identifiant les facteurs discriminants à une entrée en service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) pour les personnes ayant subi un traumatisme crânien grave.

Méthode et Matériels

Afin de répondre à cette problématique, le protocole de recherche suit la méthodologie participative qui se définit comme un moyen pour impliquer le citoyen dans la recherche scientifique en associant l'expertise citoyenne et l'expertise scientifique ⁽⁷⁾.

Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de deux publics : des médecins de spécialité de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) et des proches aidants. Un séminaire de restitution avec un temps d'échange a également eu lieu.

Résultats

14 entretiens ont été réalisés au cours de cette étude : 7 entretiens avec des médecins MPR, 4 entretiens avec de proches aidants et 3 entretiens avec des personnes ressources (1 ancien directeur d'établissement médico-social, 2 facilitateurs de parcours).

39 facteurs ont été identifiés comme jouant un rôle dans l'orientation des personnes ayant subi un traumatisme crânien grave vers un centre de rééducation après un passage en service de MCO. Quelques facteurs renvoient aux problématiques de santé de la personne comme l'éveil de la personne, la capacité à suivre un programme de rééducation ou encore la date de l'accident. Une dizaine de facteurs correspondant aux facteurs personnels ont été identifiés comme l'âge, la présence d'antécédents psychiatriques, une addiction, ou encore la présence d'une trachéotomie. La grande majorité des facteurs trouvés dans cette étude appartiennent à la catégorie « facteurs environnementaux » de la classification internationale du fonctionnement (CIF) : les tensions présentes au sein des services de MCO, le nombre de lits disponibles en SSR, la présence de filières de soins structurées, les démarches administratives, la possibilité de se rendre en MCO pour les médecins MPR, ou encore la présence d'un domicile ou d'un entourage.

Analyse

Au regard de l'approche sociologique de l'interactionnisme et des facteurs identifiés, il est possible de catégoriser les résultats de l'étude en trois composantes : les éléments déclencheurs d'une demande d'admission en SSR, les critères d'admission en SSR et les contraintes et ressources présentes au sein des SSR.

Concernant les éléments déclencheurs d'une demande d'admission en SSR on retrouve l'éveil de la personne, la présence de troubles du comportement, la capacité à intégrer un programme de rééducation et les contraintes pesant sur les MCO.

Parmi les critères pris en compte lors de l'évaluation d'une demande d'admission en SSR on retrouve : la gravité du traumatisme crânien, la date de l'accident, la présence d'une trachéotomie, la présence d'un projet de rééducation réadaptation, la présence d'antécédents

psychiatriques et, un élément important, le contexte social de la personne. Ce contexte social comprend la présence d'une addiction, la présence ou non d'un entourage ou d'un domicile.

Il existe différentes contraintes exercées sur les centres de rééducation pouvant amener à accepter ou non une demande d'admission : le nombre de lits disponibles, l'offre de soins proposée en termes de formation des équipes et d'équivalent temps plein, la pression des MCO sur les SSR, etc.

Les équipes de SSR vont pouvoir s'appuyer sur plusieurs ressources comme la présence de filières de soins organisées, une collaboration inter-services et inter-centres ou encore grâce à un réseau informel reposant sur des relations interpersonnelles de confiance.

Discussion

Ce travail a mis en évidence une notion centrale pris en compte par l'ensemble des acteurs lors de l'orientation d'une personne vers un centre de rééducation : le concept de « patients bloqueur ». Cette terminologie s'explique par le fait que certaines personnes, pour diverses raisons mais souvent pour des motifs sociaux, restent hospitalisées au-delà du temps de rééducation. Ces situations amènent, entre autres, à faire dysfonctionner les services car, le nombre de places étant limité, il leurs est nécessaire d'avoir une rotation régulière des lits. C'est pourquoi, certains services peuvent être réticents à admettre certains profils pour qui la sortie d'hospitalisation pourrait être compliquée.

Une des solutions identifiées au cours de cette étude est la mise en place de filières de soins organisées. Ces filières de soins regroupent plusieurs services (MCO, SSR) ou établissements des différentes filières (sanitaire et médico-sociale). Elles permettent de mettre en commun les savoirs et l'expertise de tous les professionnels ainsi que de proposer un parcours fléché pour la prise en charge des personnes ayant subi un traumatisme crânien.

Enfin, l'étude a cherché à recueillir le ressenti des familles sur ce moment particulier de la prise en charge de leur proche. Il ressort que le passage en SSR est une étape importante car l'entrée en centre de rééducation est synonyme de bouleversements. Bouleversements dues aux changements des modalités de prises en charge mais aussi à des prises de conscience.

Bibliographie

1. Institut du Cerveau. Chiffres-clés [Internet]. Institut du Cerveau. 2020 [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: <https://institutducerveau-icm.org/fr/chiffres-cles/>
2. Khan F, Baguley IJ, Cameron ID. 4: Rehabilitation after traumatic brain injury. *Med J Aust* [Internet]. mars 2003 [cité 25 févr 2021];178(6):290-5. Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05199.x>
3. Jolliffe L, Lannin NA, Cadilhac DA, Hoffmann T. Systematic review of clinical practice guidelines to identify recommendations for rehabilitation after stroke and other acquired brain injuries. *BMJ Open* [Internet]. févr 2018 [cité 29 mars 2021];8(2):e018791. Disponible sur: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2017-018791>
4. Pradat-Diehl P, Joseph P-A, Beuret-Blanquart F, Luauté J, Tasseau F, Remy-Neris O, et al. Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: Adults with severe traumatic brain injury. *Ann Phys Rehabil Med* [Internet]. nov 2012 [cité 4 févr 2021];55(8). Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877065712000978>
5. Jourdan C, Bayen E, Bosserelle V, Azerad S, Genet F, Fermanian C, et al. Referral to Rehabilitation After Severe Traumatic Brain Injury : Results From the PariS-TBI Study. *Neurorehabil Neural Repair* [Internet]. janv 2013 [cité 15 déc 2020];27(1). Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1545968312440744>
6. Rouchaud A, Roche-Bigas B, Da Silva O, Ferley J-P. Contribution à l'analyse du parcours du traumatisé crânien en Limousin. *ARS Limousin*; 2016 p. 68.
7. Millot G, Neubauer C, Storup B. La recherche participative comme mode de production de savoirs. 2013 [cité 6 avr 2021]; Disponible sur: https://www.firah.org/upload/centre-ressources/outils/pepiniere/methodo/fsc-recherche_participative-fdf.pdf

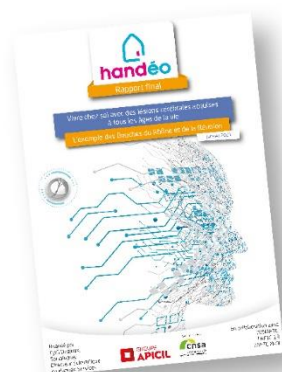


Découvrez le rapport complet :

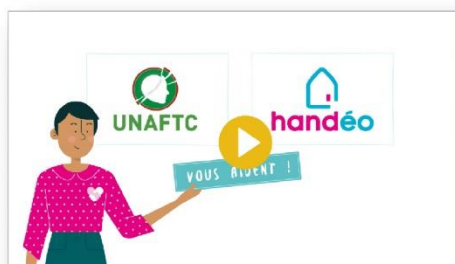
« L'orientation vers un service de Soins de Suite et de Réadaptation après un traumatisme crânien »



Sur le même sujet :



Vivre chez soi avec des lésions cérébrales
acquises à tous les âges de la vie.



Vidéo-animée 2021
Accompagner votre proche cérébrolésé



Comprendre le handicap pour mieux
accompagner les troubles du comportement
des personnes vivant avec des lésions
cérébrales acquises.