UNIVERSITE DE LILLE

DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022 - 2024

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE

MENTION : Pathologies chroniques stabilisées

Les missions de l'IPA dans la coordination du parcours de soins chez une personne cérébrolésée lors d'une hospitalisation bilan en soins médicaux et de réadaptation

Présenté et soutenu publiquement le 02 juillet 2024 à Lille

Département de médecine Henri Warembourg

Par GAËLLE DUTILLY-BERGEUS

Président du jury : Pr Penel Nicolas

Directeur de mémoire : Pr Allart Étienne

Infirmière en pratique avancée : Mme Samyn Marie-Cécile

Département facultaire de médecine Henri Warembourg
Avenue Eugène Avinée
59120 LOOS

CITATION

« Si l'on jugeait des choses sur leurs apparences, personne n'aurait jamais voulu manger un oursin »

Marcel Pagnol

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué à l'aboutissement de ce mémoire.

Je voudrais tout d'abord adresser toute ma reconnaissance à mon directeur de mémoire, le Pr Allart Étienne pour le soutien de mon projet professionnel, sa disponibilité, ses relectures ainsi que ses précieux conseils qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je remercie l'ensemble de l'équipe médicale et paramédicale du service dans lequel je travaille, pour leur soutien.

Je remercie également toute l'équipe pédagogique de l'université de Lille et les intervenants de la formation qui m'ont permis d'enrichir mes connaissances et approfondir ma réflexion tout au long de ces deux années de formation pour le Diplôme d'état d'Infirmier en Pratique Avancée

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers mes collègues de promotion, qui m'ont apporté leur soutien moral et intellectuel.

Enfin, je remercie mon mari et ma fille qui ont toujours été là pour moi et m'ont toujours encouragée et soutenue dans l'élaboration de mon projet professionnel.

SOMMAIRE

I . Introduction générale ..……. P1

II . Problématique …….. P16

III . Méthode : RSCA. …….. P17

IV. Analyse critique …….. P27

V . Discussion …….. P34

Conclusion …….. P43

Bibliographie …….. P43

Table des matières ……. P49

Annexes ……. P51

Abstract …….. P58

GLOSSAIRE

AIT	**Accident Ischémique Transitoire**
ALD	**Affection Longue Durée**
ARS	**Agence Régionale de Santé**
AVC	**Accident Vasculaire Cérébral**
DGOS	**Direction Générale de l'Offre de Soins**
HAD	**Hospitalisation à Domicile**
HAL	**Hyper Article en Ligne**
HAS	**Haute Autorité de Santé**
IPA	**Infirmier en Pratique Avancée**
MOCA	**Montréal Cognitive Assessment**
MPR	**Médecine Physique et Réadaptation**
NIHSS	**National Institute of Health Strocke Score**
OMS	**Organisation Mondiale de la Santé**

RÉSEAU TC-AVC	**Traumatisme crânien - Accident Vasculaire Cérébrale**
RSCA	**Récit de Situation Complexe Authentique**
SMR	**Soins Médicaux et de Réadaptation**
SOFMER	**Société Française de Médecine Physique de Réadaptation**
UEROS	**Unités d'Évaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et Professionnelle**
UNV	**Unité Neurovasculaire**
USLD	**Unité de Soins de Longue Durée**

I Introduction générale

1 - Contexte

Par définition, du ministère de la santé, l'activité SMR[1] a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales, des déficiences et des limitations de capacité des personnes et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion .
Aujourd'hui, plus de 1600 structures de SMR existent. Ce nombre témoigne de l'importance de ce champ d'activité accessible soit après un séjour hospitalier de courte durée (81 % des admissions) soit directement depuis le lieu de vie (18 %).
En complément, les établissements de SMR participent à la mise en œuvre de plans de santé publique définissant le parcours de soins pour les patients atteints de maladies chroniques dont l'AVC.

Mon activité d'infirmière en soins médicaux et de réadaptation chez les personnes victimes d'une lésion cérébrale acquise au CHU de Lille me permet tous les jours de travailler avec une équipe pluriprofessionnelle afin d'apporter des conseils et une expertise dans les évaluations des patients. Le but est de favoriser le maintien ou le retour du patient dans un milieu adapté à son handicap ou de faciliter l'orientation de celui-ci dans un établissement spécialisé, un service médico-social, une EHPAD, une structure mais également dans la démarche d'accompagnement de retour à l'emploi.
Le service propose une chambre dite « bilan » dédiée aux patients cérébrolésés qui ne correspondent pas à un profil d'une hospitalisation standard. En effet, celle-ci a pour objectif d'établir un bilan clinique, sur la base d'évaluations pluridisciplinaires, sur les besoins de la personne qui se trouve souvent en errance thérapeutique, en augmentation des plaintes (douleurs, troubles cognitifs, difficultés sociales, professionnelles …). La plupart de ces patients sont autonomes. Ils sont présents du lundi au vendredi et terminent leur hospitalisation par une synthèse médicale en fin de semaine.
Les bénéfices des interventions d'une IPA ont été démontrés dans de nombreux domaines. L'IPA est notamment un acteur de santé publique susceptible de participer à l'accompagnement de patients atteints de maladies chroniques.

J’ai pris le temps de prendre du recul sur mes pratiques professionnelles et cela m’a amenée à un questionnement sur mes missions en tant que IPA :

- Quel est le parcours soins du patient cérébrolésé ? Est-il toujours identique ?

- Comment est-il articulé à l’extérieur de l’hôpital ?

- Peut-il y avoir une relation de confiance sur une hospitalisation courte durée ?

- Peut-on définir des objectifs sur une courte durée d'hospitalisation ? Que fait la personne de ce bilan ? Quel est son suivi ultérieur et quel résultat à terme ?

L’objectif de ma démarche est d’amener une réflexion sur l’amélioration des pratiques professionnelles dans le suivi des personnes cérébrolésées avec un handicap invisible.

Après avoir détaillé dans un premier temps le cadre conceptuel en définissant les différents cadres de cérébrolésion, la notion de handicap, le parcours patient, les missions d’une IPA, je développerai mon axe de recherche. Enfin, dans la discussion, j’apporterai à travers le champ de compétences de l’IPA, les éléments étayant les missions de celle-ci permettant la consolidation d’une adhésion thérapeutique et d’un suivi personnalisé chez la personne cérébrolésée.

2 Cadre conceptuel

2-1 Cérébrolésion

Le centre régional[2] d'études d'actions et d'information de l'ARS de Normandie définit la cérébrolésion comme le « terme qui s'adresse aux patients victimes de lésions cérébrales acquises, consécutives à un traumatisme crânien grave, un accident vasculaire cérébral ou d'une autre origine (infectieuse, tumorale,…) ».

La cérébrolésion[3] peut entraîner un certain nombre de séquelles définitives, pouvant gêner la personne dans sa vie quotidienne, dans des proportions variables d'une personne à une autre, et ainsi être à l'origine de situations de handicap diverses. Ces séquelles peuvent concerner les capacités motrices et sensorielles de la personne (paralysie, troubles de l'équilibre, gêne visuelle), mais également comportementales, cognitives (mémoire, attention) et psychiques. Elles sont parfois difficile à identifier, on parle alors de handicap « invisible. »

2-2 Étiologies

La majorité des lésions cérébrales acquises se présente de façon accidentelle et brutale : traumatisme crânien (TC), accident vasculaire cérébral (AVC) et anoxie cérébrale. D'autres causes sont possibles : les tumeurs cérébrales, les infections méningées et cérébrales (méningites, encéphalites, abcès) et certaines expositions à des substances toxiques (intoxications professionnelles aux solvants ou au plomb, chimiothérapies lourdes, consommation d'alcool ou de substances neurotoxiques, etc.).

2-3 Le traumatisme crânien

D'après le réseau TC-AVC, les circonstances sont le plus souvent accidentelles, brutales et violentes. Les principales sont :

- Les accidents de la voie publique (AVP**) :** dans 70% des cas ils touchent une population majoritairement masculine (70%) et jeune (15-25 ans) ; piétons renversés, accidents de 2 roues, conducteurs ou passagers de voitures
- Les chutes :
    - au domicile, accidents domestiques concernant plutôt une population de très jeunes enfants (bébé tombé de la table à langer), de personnes âgées (se prendre les pieds dans le tapis) surtout lorsqu'elles présentent des troubles cognitifs et d'adultes dans le cadre d'activités de bricolage (tailler un arbre, nettoyer les gouttières….).
    - dans le cadre de l'activité professionnelle
    - dans le cadre de l'activité sportive
    - dans un contexte d'alcoolisation
    - dans un contexte de défenestration
    - dans un contexte d'agression

On définit 3 stades de sévérité (grave, modérée, léger) selon l'importance des déficiences initiales. Le traumatisme crânien léger est le plus fréquent et reste souvent peu identifié. Les suites immédiates sont marquées par des troubles somatiques (céphalées, vertiges, intolérance au bruit et/ ou à la lumière, fatigue…), neuropsychologiques (troubles de mémoire, d'attention, de concentration…) et comportementaux (irritabilité, labilité émotionnelle…) nécessitant quelques jours de repos, mais persistant parfois à distance.

2-4 L'accident vasculaire cérébral (AVC)

L'AVC résulte de l'interruption brutale de la circulation sanguine dans une partie du cerveau.

- Les AVC ischémiques ou infarctus : ils représentent 80% des AVC, se produisent lorsqu'une artère est bouchée par un caillot de sang qui bloque la circulation du sang et prive une région cérébrale de l'apport en oxygène.

- Les AVC hémorragiques : ils représentent 20% des AVC, se produisent lors de la rupture d'une artère. On distingue l'hémorragie cérébrale (ou profonde, due au saignement d'une artère intra-cérébrale) et l'hémorragie méningée (superficielle et plus fréquente dans la rupture d'anévrisme)

- Les accidents ischémiques transitoires : Si les symptômes durent moins d'une heure, on parle alors d'accident ischémique transitoire (AIT). Il s'agit de l'obstruction d'une artère du cerveau par un caillot avec une recanalisation spontanée de cette artère. L'AIT peut passer inaperçu du fait du caractère bref des symptômes. Il constitue pourtant un signe avant-coureur d'infarctus cérébral : le risque d'AVC est particulièrement élevé dans les heures et les jours qui suivent un AIT (risque de 5% dans les 48 premières heures et d'environ 10% à un mois). Ce risque est calculé à l'aide du score ABCD2. L' AIT et donc une circonstance pour mettre en œuvre une prévention de l'infarctus cérébral via des traitements médicaux ou chirurgicaux et le contrôle des facteurs de risques.

La gravité de l'AVC est en lien avec le type d'AVC, sa localisation, son étendue. La gravité est mesurée par l'échelle NIHSS (annexe), ou par l'échelle de RANKIN (annexe). L'AVC peut se constituer en pleine conscience ou s'accompagner d'une altération du niveau de conscience pouvant aller de la confusion au coma.

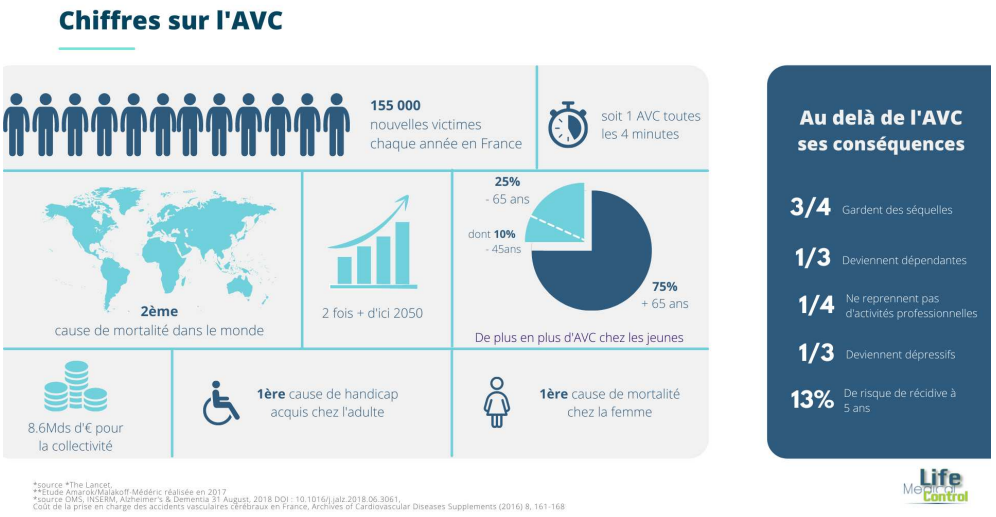
2-4-1 Les facteurs de risques

Facteurs de risques non modifiables	Facteurs de risques modifiables
Âge	Hypertension artérielle
Origine ethnique	diabète
Sexe masculin	dyslipidémie
Petit poids de naissance	Tabac
Facteurs génétiques	Inactivité, obésité, alcool,..

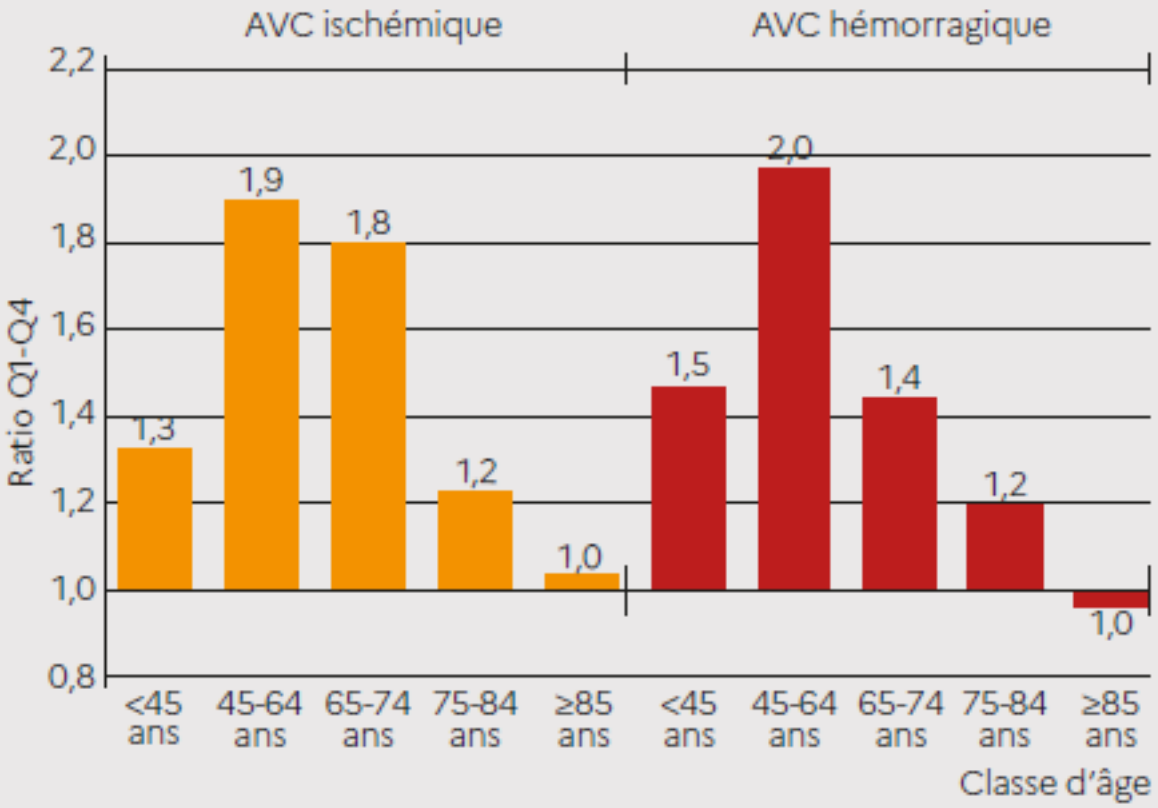
2-4-2 Épidémiologie

En France :

- 1 AVC toutes les 4 minutes
- 1 personne sur 6 aura un AVC dans sa vie
- 140 000 nouveaux cas par an
- Coût annuel > 8 millards d'euros
- Âge moyen 74 ans mais 25 % < 65 ans et 10 % < 45 ans



Graphique 1 Inégalités de survenue d'un AVC selon l'âge



Lecture > Chez les 45-64 ans, la probabilité de faire un AVC ischémique est 1,9 fois plus grande chez le quartile le plus modeste par rapport au quartile le plus aisé.
Champ > Épisodes d'AVC sur la période 2014-2017, France hors Mayotte.
Source > EDP-Santé 2017, calculs DREES.

> *Études et Résultats* n° 1219 © DREES

2-5 La notion de handicap

l'AVC est la première cause de handicap en France acquise d'origine neurologique chez l'adulte en France.

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005[4], définit le handicap comme « toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

Le handicap représente donc l'expression, chez un individu, du retentissement de ses déficiences dans son contexte particulier de vie.

2-5-1 Le handicap visible

La représentation du handicap dans notre société est majoritairement représentée par le handicap moteur.

Après une lésion cérébrale, il peut persister des séquelles motrices, donc visibles. On peut traduire ces manifestations de deux types avec une atteinte controlatérale à la lésion :

- Une paralysie complète : hémiplégie
- Une paralysie incomplète : hémiparésie

Il peut exister également une hypertonie, encore appelée spasticité, responsable d'inconfort qui entraîne (crampes, spasmes, raideur), empêchant le mouvement.

Le handicap cognitivo-comportemental est variable selon les fonctions touchées (attention, fonctions exécutives, mémoire, fonctions visuo-spatiales ou visuo-constructives, praxies…). Les troubles de la cognition sociale ont un retentissement sur la vie familiale et professionnelle. Il est également parfois très visible, quand par exemple il touche des éléments évidents de la communication (par exemple une aphasie peu fluente avec un Manue du mot majeur) ou que les troubles sont sévères.

2-5-2 Le handicap invisible

Cela représente environ 6 personnes sur 10 et il est responsable d'une limitation d'activité sociale et professionnelle.

Le handicap invisible inclut notamment les difficultés cognitives et émotionnelles, des troubles de la concentration et de l'attention, les troubles de la cognition sociale.

Le manque de compréhension par la société et par les familles a des conséquences car elles attendent qu'une personne réponde à des critères de normalité. Une grande partie du retentissement tient donc dans l'incompréhension de l'origine des difficultés. Il est nécessaire d'informer la personne et la famille a des séquelles qu'elle peut rencontrer après une lésion cérébrale car elle interfère dans le processus de réhabilitation.

3 - le parcours de soins de la personne cérébrolésée

Le parcours des personnes cérébrolésées dépend de nombreux facteurs à la fois personnels, liés à la lésion et dépendantes des organisations (locales et régionales).

Le parcours plus classique comprend:

- Admission aux urgences
- Orientation vers un service de réanimation si nécessaire
- Prise en charge par un service de neurologie ou une unité neuro-vasculaire spécialisée/ neurochirurgie, mais parfois dans un service non-spécialisé
- Pour les plus graves : rééducation en SMR
- Puis retour au domicile avec poursuite des soins : rééducation libérale, consultations de suivi.

Il existe plusieurs parcours patient post AVC cela dépend du type et de la gravité de l'AVC et de son niveau d'accompagnement de façon la plus holistique que possible par une équipe pluriprofessionnelle. Un retour direct au domicile est faisable si les troubles ne représentent pas un handicap trop important à la vie quotidienne et/ou ne nécessitent pas la mise en oeuvre d'une rééducation pluriprofessionnelle intensive initiale.

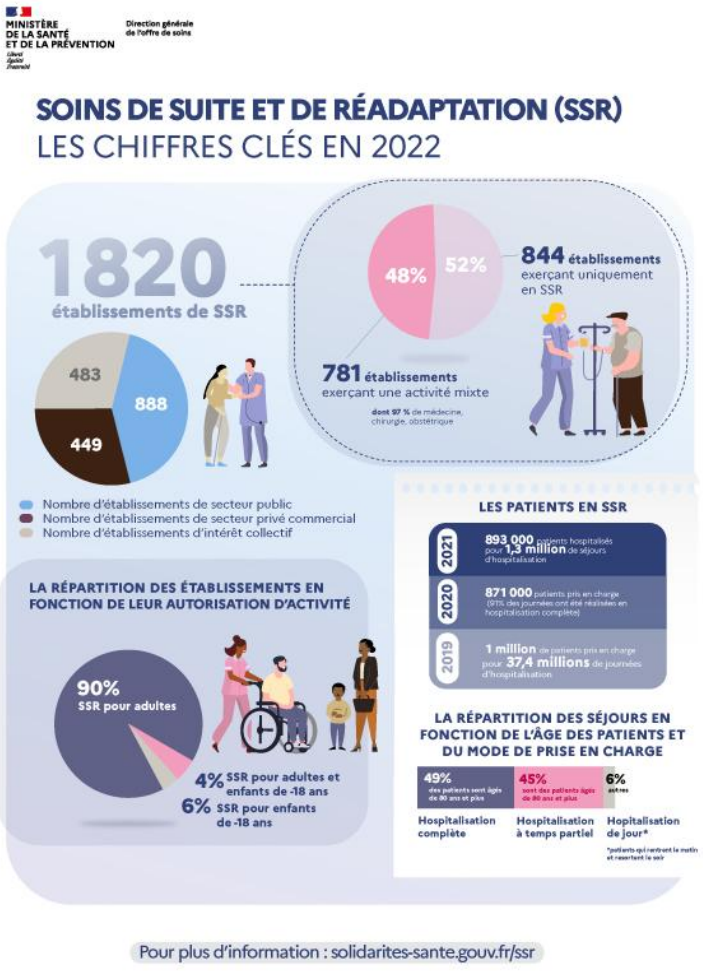
Lorsque le patient est stable et qu'il n'est plus en phase aiguë, une demande de transfert est faite par l'équipe médicale du service de MCO. Une équipe du centre de rééducation SSR se déplace afin d'évaluer les besoins rééducatifs et la motivation de la personne. De là, son orientation vers l'un de ces centres dépend de son lieu de résidence géographique principalement.

Le suivi une fois la personne rentrée à domicile est un élément majeur du parcours.elle se faite plus souvent dans les 3 à 6 mois à distance de l'AVC. L'instruction[5] DGOS/R4 n° 2015-262 du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluriprofessionnelle post-accident vasculaire cérébral (AVC) et du suivi des AVC. C'est pourquoi, l'une des priorités du Plan AVC consiste à structurer une organisation des filières de prise en charge de ces personnes en renforçant la coordination ville/hôpital et la promotion de la prise en charge pluriprofessionnelle de proximité.

POURQUOI ?

- Veiller à ce que les examens prévus à la sortie d'une hospitalisation soient réalisés et que le traitement proposé soit poursuivi.
- Informer le patient et son entourage sur la pathologie, les facteurs de risques et les traitements.
- Évaluer les conséquences de la maladie :
  - – Établir un bilan fonctionnel et cognitif.
  - – Dépister des troubles cognitifs et de l'humeur.
  - – Évaluer les capacités de réinsertion sociale et professionnelle.
- Évaluer la qualité de vie.
- Proposer ou renforcer, si nécessaire, un programme d'éducation thérapeutique.

- Évaluer la qualité de vie du patient et de son entourage et déterminer si les aidants ont besoin d'un soutien.
- Orienter éventuellement le patient vers les professionnels (UÉROS) et les structures adaptées vers les réseaux de patients (France AVC 59-62, le réseau TC AVC 59/ 62).



3 - 1 Le plan personnalisé de coordination en santé (PPCS)[6]

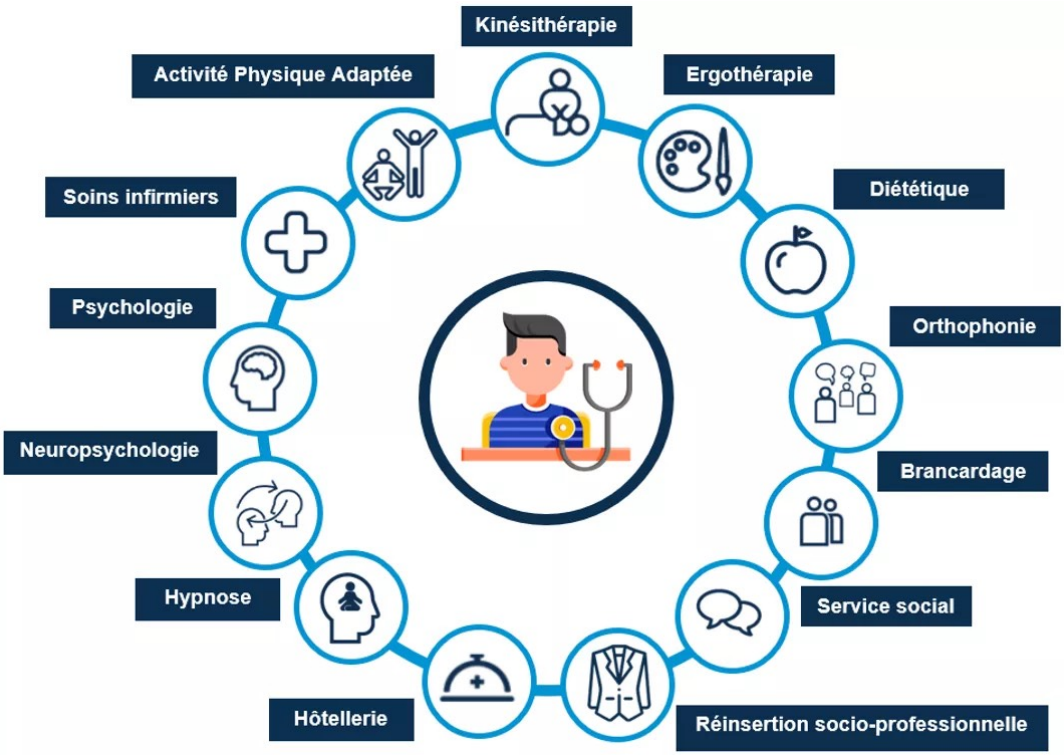
Il permet la coordination des interventions nécessaires des professionnels de santé, personnels médico-sociaux et sociaux. Son élaboration passe par le rassemblement d'informations personnelles, médicales, sociales, utiles à l'évaluation des besoins de la personne (éducatifs, connaissances et compétences), sa compréhension de la maladie, des thérapeutiques mises en place et leurs conséquences.

Le but est une amélioration de la qualité de vie mais également une meilleure connaissance de la personne . Cette adaptation aux besoins du patient améliore l'adhésion thérapeutique.

3 - 2 Les soins médicaux et de réadaptation (SMR)[7]

Une expertise spécialisée nécessite généralement la mise à disposition de compétences pluri-professionnelles, d'un plateau technique et d'équipements spécifiques. L'activité SMR a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales, les déficiences et les limitations de capacité des personnes et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Schéma d'un parcours pluriprofessionnel en SMR



4- L'IPA dans la pathologie chronique stabilisée

4-1 Définition

En 2008, le Conseil International des Infirmières (CII) a apporté sa définition de l'IPA:

« *L'infirmier(ère) qui exerce en pratique avancée est un(e) infirmier(ère) diplômé(e) qui a acquis des connaissances théoriques, le savoir-faire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de sa profession. Les caractéristiques de cette pratique avancée sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmier (ère) sera autorisé(e) à exercer* ».

4-2- Le Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018[8]

Il définit les domaines d'intervention et les activités de l'IPA et précise :

- Les conditions de prise en charge et d'information du patient
- Les modalités de coopération entre l'IPA et le médecin
- La contribution de l'IPA au sein de l'équipe

4-3- Les compétences

Conformément au référentiel de compétences de l'arrêté du 18 juillet 2018

- Compétence 1 : évaluer l'état de santé de patients en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées.
- Compétence 2 : définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé.
- Compétence 3 : concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique.
- Compétence 4 : organiser les parcours de soins et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés.
- Compétence 5 : mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique.
- Compétence 6 : rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques.

4-4- Le rôle de l'IPA

– Activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage
– Actes d'évaluation et de conclusion clinique, actes techniques et actes de surveillance clinique et paraclinique

– Prescription de produits de santé non soumis à prescription médicale, d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

La représentation selon la figure **HAMRIC** figure en annexe 3. Elle identifie les soins en pratique avancée comme « l'application d'une gamme élargie de compétences visant à améliorer les résultats pour la santé des patients et des populations, dans le domaine clinique spécialisé de la discipline des soins infirmiers ».

Une autre représentation est donnée par le **Le modèle PEPPA** en annexe 6 (Participatory Evidence-based Patient-focused Process for advanced Pratice nurse role development) qui est utilisé à l'international, partout, pour l'implantation des infirmiers en pratique avancée.
C'est un axe de qualité et de sécurité des soins avec implication des IPA dans les évaluations des pratiques professionnelles (EPP).

II Problématique

L'ARS propose un parcours de soins pour des personnes en post AVC, cérébrolésées d'après la circulaire DGOS/R4 n°2015-262 du 3/08/2015.
Les lésions cérébrales acquises peuvent être responsables de difficultés physiques, cognitivo–comportementales et psychologiques qui impactent la vie personnelle et professionnelle et sont plus ou moins visibles. Le parcours de soins des personnes est parfois complexe et les ruptures fréquentes.

Je soulève la problématique suivante : sur un modèle HAS du plan personnalisé de coordination en santé, les missions de l'IPA apportent-elles un axe d'amélioration dans le suivi du parcours de soins des personnes cérébrolésées ? L'objectif de ma démarche est d'amener une réflexion sur l'amélioration des pratiques professionnelles dans le suivi des personnes cérébrolésées face au défi spécifique des situations de handicap invisible.

Sur un constat d'analyse de pratique professionnelle sous forme de RSCA, je propose une hypothèse. Puis je m'appuie sur des recherches, des références bibliographiques (livres, articles …) que j'identifie en annexe.

III Méthode

Cas concret : type RSCA (récit de situation complexe authentique)

Le RSCA est un travail de réflexion d'une analyse de pratique professionnelle. Il représente un aspect pluridimensionnel dans le but de restituer les faits de façon la plus authentique. Cette réflexion globale met en avant la capacité réflexive sur sa propre pratique face à une situation interpellante. Plusieurs domaines vont interagir : environnemental, social, psychologique, éthique, médical, administratif, médico-légal.

Ce récit relate le parcours d'une personne en situation de post- AVC, sa complexité ainsi que le retard dans le parcours de soins. L'objectif de cette réflexion est de comprendre le parcours de suivi des patients et de déterminer l'intérêt d'une coordination de l'IPA face à une équipe interprofessionnelle dans cet accompagnement.

Récit

Je suis étudiante infirmière en pratique avancée de 2ème année en Service de Médecine et de Réadaptation prenant en charge personnes cérébrolésées (service de Rééducation Neurologique Cérébrolésion, CHU de Lille). Je participe aux consultions de suivi post-AVC et du réseau TC-AVC. Avant l'arrivée des patients, je consulte leur dossier afin de comprendre leur parcours de soins. Je suis interpellée par celui de Mme M.

Avant de recevoir la personne, je discute de son dossier avec le médecin sur des zones d'incertitudes dans son parcours de soins. À ce moment là, je ne sais pas si c'est une rupture de parcours de soins ou une mauvaise orientation de son suivi post AVC. En effet, la consultation avec une neurologue est faite 3 ans après les événements via une demande lors de son suivi en cardiologie suite aux plaintes de céphalées chroniques. Dans son courrier, la neurologue nous adresse M principalement pour des troubles cognitifs, attentionnels et mnésiques.

Mme M, âgée de 39 ans est reçue en consultation post-AVC en décembre 2023 suite à une thrombose veineuse cérébrale du sinus latéral gauche compliquée d'un infarctus temporal gauche, survenue en Aout 2020. Madame est venue seule à la consultation.

Nous accueillons Mme M. Le Médecin pose la question à savoir si elle connaît l'objectif de cette consultation post AVC. La patiente lui répond « non ». Nous expliquons à la patiente l'intérêt de la consultation post AVC qui a été demandée par la neurologue suite à des plaintes cognitives depuis plusieurs années et qui n'ont pas été traitées.

Nous faisons un point sur l'histoire de la maladie, les traitements en cours, les plaintes actuelles, les démarches administratives, la situation sociale.

Histoire de la maladie

La patiente de 36 ans est hospitalisée pour une embolie pulmonaire bilatérale de risque intermédiaire faible sur une thrombose veineuse extensive du membre inférieur gauche.

- 07/08/20 : phlébite bleue d'indication chirurgicale avec pose de filtre cave, thrombectomie in situ et AngioJet
- Anémie post opératoire nécessitant un geste transfusionnel.
- 10/08/20 : thrombopénie non immunologique
- 17/08/20 : récidive de phlébite bleue à J10, nécessitant une reprise au bloc opératoire.
- 19/08/20 : En cours d'hospitalisation, elle présente des céphalées et un flou visuel révélant une thrombose veineuse du sinus latéral gauche étendue à la veine jugulaire gauche et l'IRM cérébrale montre un infarctus temporal gauche à J12, sans signes de gravité mais gardant des céphalées constantes. Il n'y a pas d'indication chirurgicale.
- 02/09/20 : récidive thrombotique du membre inférieur droit, traitée médicalement.
- Bilan étiologique négatif, hormis une mutation hétérozygote G 20210A du facteur II, explorations complémentaires en cours.
- Instauration d'une corticothérapie et de 4 jours d'immunoglobulines polyvalentes.
- Ruch maculo-papuleux sous coumadine, contre indiquant l'utilisation de cette molécule.
- Sortie sous HBPM avec passage IDE biquotidienne.
- Contre-indication définitive de tout traitement oestrogénique.

Antécédents

Médicaux :

- « Orage thrombolique » en 07/20 : embolie pulmonaire bilatérale, TVP extensive aux membres inférieurs avec indication chirurgicale, thrombose, veineuse, cérébrale avec bilan étiologique normal, justifiant d'un traitement d'anticoagulant au long cours.
- Mutation du facteur, deux hétérozygote découvert en 07/ 20
- Asthme
- Anémie ferriprive
- Tendinite du pouce et du poignet droit
- Accident du travail avec écrasement de la main droite, 2021

Facteurs de risque cardiovasculaire :

- tabagisme
- Obésité (IMC : 46,6 gl/m^2)
- SAOS sévère (IAH 99 / H), appareillée

Chirurgicaux :

- Appendicectomie

Familiaux :

- Maladie d'Alzheimer chez sa mère
- Maladie de Still chez un frère et son père
- Infarctus de myocarde chez son père
- Un frère présentant un handicap néonatal

Allergies :

- COUMADINE et PRÉVISCAN

Latéralité : dominante droite

Le traitement médicamenteux comporte :

- ÉLIQUIS 5mg x 2
- FUMAFER 66mg x 2
- TRAMADOL LP 200mg x 2
- OROZAMUDOL
- OPTIMIZETTE le matin
- MIDODRINE 3x/j
- ZOPICLONE 7,5mg au coucher
- LORAZEPAM 2mg le soir
- LAROXYL 40 gouttes le soir

Sur le plan administratif et social :

- Mme M a un dossier MDPH en cours et bénéficie de la PCH aidant, AAH, RQTH et CMI stationnement et priorité. Les démarches de reconnaissance au titre de l'ALD 30 dans le cadre de la cérébrolésion ont été réalisées.
- La patiente n'a pas repassé le permis de conduire et se fait véhiculer par son amie

Sur le plan psychocomportemental affectif et émotionnel : Mme M rapporte un manque du mot et des difficultés mnésiques et attentionnelles. Elle se décrit comme anxieuse, avec une tendance hétéro agressive. Elle rapporte également des épisodes de déambulation nocturne.

Mode de vie

Madame vit avec sa compagne dans une maison à étage avec jardin qu'elle vient d'acquérir et dont elle est propriétaire. Elle n'a pas d'enfant mais dit être heureuse avec ses 2 chats (elle les présente d'une façon un peu atypique et maternante).
Sa chambre est située au rez-de-chaussée, avec une salle de bain et douche.
La montée et la descendre des escaliers est réalisable, mais la patiente avoue le faire le moins possible du fait des douleurs des membres inférieurs et sa dyspnée à l'effort.
Sur le plan professionnel, la patiente est en arrêt maladie depuis son accident de travail en 2021 prolongé dans le contexte évènement thrombotique.
Concernant les activités occupationnelles, sportives et de loisirs, Mme M apprécie la piscine et fait quelques activités en salle de sport.

Parcours

Sur le plan rééducatif, Mme M n'a pas bénéficié d'un parcours de rééducation suite à son AVC, elle est donc retournée à domicile avec quelques consignes notamment d'une prise de rendez-vous de quelques séances chez le kinésithérapeute et de l'activité physique adaptée (APA).

Autonomie

Aucune difficulté sur l'autonomie élémentaire n'est rapportée.
Madame M peut participer aux activités élaborées du quotidien avec aide. C'est son amie qui fait les courses et le ménage. Mme M prépare seule son pilulier et utilise un assistant vocal comme aide-mémoire pour prendre ses traitements.
La marche est de bonne qualité et endurante, mais limitée par une dyspnée de l'effort

Examen clinique

Mme M n'a pas de déficit moteur, de trouble de tonus ou de limitation articulaire. On note une hypoesthésie superficielle du membre supérieur droit associée à une hypopallesthésie et elle rapporte des paresthésies des mains bilatérales (pas de compte rendu de l'examen EMG).
Par ailleurs, la patiente semble présenter des douleurs neuropathiques des membres inférieurs avec allodynie. L'équilibre est bien tenu en bipodal et monopodal avec une bonne résistance aux poussées déséquilibrantes.

Une MOCA, qui figure en annexe 2, a été réalisée ce jour avec un score de 23/30. Les points sont perdus en visuospatial, mémoire des mots et en langage. Un bilan plus complet serait nécessaire.
Un syndrome anxiodépressif est assez ancré chez Mme M. Elle le verbalise facilement en décrivant la frustration qu'elle a du fait de ses plaintes chroniques (douleurs, séquelles vasculaires, traumatisme d'hospitalisation, moral, vie sociale et de couple).

Mme M s'habille après l'examen clinique, nous échangeons avec le médecin sur son parcours de soins et ses plaintes. La patiente n'ayant jamais eu de bilan neuropsychologique et de parcours rééducatif, il serait pertinent pour elle d'effectuer un cours séjour en « hospitalisation bilan » afin de faire un bilan global et personnalisé. Cette hospitalisation permettra de refaire un point sur les activités instrumentales et les préhensions en ergothérapie, d'effectuer un bilan cognitif en neuropsychologie ainsi qu'un bilan fonctionnel en kinésithérapie.

Le médecin fait une synthèse de fin de consultation, il indique que Mme M a quelques troubles cognitifs qui correspondent aux plaintes décrites par Mme et que cela demanderait d'approfondir avec la proposition de faire un bilan sur 5 jours d'hospitalisation. Après discussion et explication de l'hospitalisation, Madame M accepte cette proposition et sera donc convoquée dès qu'une place sera disponible.

Séjour en hospitalisation bilan

Nous sommes a un peu plus d'un mois de la consultation et Mme M se présente en hospitalisation bilan pour la semaine suite à un désistement.
Les infirmières du service font son entrée. Elles utilisent comme support le courrier de consultation que nous avions fait il y a un peu plus d'un mois. Puis avec l'interne nous faisons l'entrée médicale. L'anamnèse est réalisée ainsi qu'un examen clinique, un ECG et un bilan prescrit pour le lendemain.

Mme M se souvient très bien de moi et je lui rappelle le but de cette hospitalisation. Je lui demande si elle a des appréhensions car elle verbalise des moments de gros stress à la maison. Elle me répond que non car elle veut comprendre les difficultés qu'elle traverse depuis de 3 ans. Je demande l'autorisation de l'accompagner lors de ses séances dans une démarche de prise en soins holistique de la patiente , ce qu'elle accepte.

Le jour même, la kinésithérapeute vient se présenter et commence son bilan sur le plateau technique suivie de la neuropsychologue pendant 2 heures après la pause déjeuner. En plus de participer aux échanges, je suis présente lors des attentes entre les séances car j'ai la possibilité de le faire lors de mon stage de 2ème année. Cet accompagnement est bénéfique chez la patiente. Elle se livre sur les émotions qu'elle traverse sur le moment et se confie beaucoup sur le traumatisme qu'elle a subi lors de son hospitalisation en Cardiologie.
Je profite de ces moments pour approfondir sur le détail de son parcours depuis 3 ans et si elle même s'est posée des questions sur les plaintes qu'elle décrivait lors de la consultation ainsi que ses montées d'angoisse qui l'isolent énormément de son entourage. Je lui propose un entretien informel dans le but de mieux la connaître car je pense avoir une relation de confiance avec un bon feedback avec la patiente. Elle exprime que son risque hémorragique l'empêche de faire les choses qu'elle aime comme les sorties, les activités sportives, la moto… On lui aurait en effet dit de ne pas se tenir à plus de 30 minutes du CHU de Lille, et elle a gardé cette consigne depuis 3 ans.

Elle décrit la préparation des sorties d'une manière très orchestrée notamment avec la préparation de 2 sacs de secours au cas où elle ferait une hémorragie avec des compresses hémostatiques et d'autres choses. Cette anticipation est démesurée mais pour elle c'est logique vu que le cardiologue lui dit à chaque fois « c'est bien, on continue comme ça »

- Moi: « cela veut dire quoi pour vous; on continue comme ça ? »
- Mme M : « on continue les mêmes choses »
- Moi : il vous a dit : vous pouvez sortir à moins de 10 km et faire 2 sacs d'urgence?
- Mme M: « non, mais c'est pareil »
- Moi: « je pense que vous devriez faire un point sur cette question avec le cardiologue car je me suis renseignée et à ma connaissance nous ne sommes plus sur une phase aigüe et donc votre situation vasculaire est stable. Il n'est pas nécessaire de prendre toutes ces précautions ».

Elle rebondit sur son hospitalisation d'il y a 3 ans et qu'un chirurgien est venu avec son scalpel dans sa chambre et lui a ouvert les jambes.

Ma communication non-verbale a été à ce moment là perceptible car j'ai eu une réaction de stupeur.

- Mme M : « et oui, je n'oublierai jamais, j'ai eu mal et je suis traumatisée. C'est pour cela que je regarde des films d'horreur maintenant ».

Puis elle m'explique aussi que son 2ème chat est un cadeau de sa compagne pour son retour après l'hospitalisation de cardiologie et pour elle ce chat est comme son bébé. Je comprends un peu plus son comportement et le transfert qu'elle fait avec ce chat mais son histoire d'hémorragie est médicalement flou pour moi.

J'interpelle le médecin et lui demande des explications sur les antécédents vasculaires de Mme M. Il m'explique que oui en phase aigüe Mme M avait un risque hémorragique d'où la recherche génétique qui a été faite en cardiologie avec un bilan étiologique négatif, hormis une mutation hétérozygote G 20210A du facteur II. J'explique les dires de Mme M. Il me répond d'en parler avec la neuropsychologue, j'avais déjà anticipé le rendez-vous. Je me sens perplexe face à cette source d'informations que je détiens sans pouvoir partager avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

Le jour suivant, Mme M me dit qu'elle a regardé 2 films d'horreur hier soir pour s'endormir. Elle ajoute que c'est la seule solution qu'elle ait trouvée pour dormir. Je ne comprends pas l'intérêt de cette démarche donc j'essaie d'approfondir la question. Elle en parle aussi lors de sa séance avec la kinésithérapeute et rajoute également en rigolant : « Je suis contente mon chat a bu son biberon ce matin », la kiné me regarde et me prend à part pour savoir si ses propos sont exacts. Je lui réponds positivement.

Dans l'après-midi, Mme M commence les séances de neuropsychologie vers 14h30. Je profite d'être là avant la séance pour discuter avec la neuropsychologue.
Je lui fais part des propos qu'elle me confie depuis 2 jours mais également des propos qu'elle tient lors des activités qui perturbent les thérapeutes. Elle me dit apprécier ce retour d'informations pertinentes; cela va lui permettre de faire des biais lors des séances et d'en sortir des points à travailler.

Je fais part également du suivi de la patiente au médecin référent et constate que celui ci n'a pas encore de retour de l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle alors que nous sommes à la veille de la sortie. Je discute avec l'équipe soignante sur son séjour et si la patiente a eu des plaintes diverses. L'équipe dans son ensemble me répond qu'elle est autonome et ne se plaint de rien, même pas de douleurs.

Nous sommes au dernier jour d'hospitalisation, Mme M est ravie de son séjour et dit avoir hâte de rentrer chez elle pour profiter de ses chats et faire le point avec sa compagne sur les limites qu'elle lui impose. Vers 12h, l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle se réunit et fait une synthèse du travail effectué avec Mme M.
Le bilan neuropsychologique mais en évidence sur le plan mnésique une préservation des capacités en mémoire épisodique. En revanche, la mémoire à court terme et la mémoire de travail sont altérées. Un déficit des capacités d'attention sélective auditive et une fragilité de la concentration. Sur le plan exécutif, il est montré un déficit de la planification visuo-constructive et un défaut d'inhibition verbale.

Sur le plan de l'autonomie dans les activités élaborées, la préparation du pilulier à la semaine n'a pas posé de difficulté à la patiente. La réalisation d'une démarche administrative a noté quelques erreurs. La patiente ne conduit plus en raison de son SAOS, qui, a priori, contre-indique la conduite et pourra être réévaluer lorsqu'elle sera revue par son pneumologue et lors des consultations de suivi.

Sur le plan thymique, un stress post-traumatique est suspecté devant les difficultés présentées en vie quotidienne. En effet, Madame M est fortement impacté actuellement par l'angoisse de fréquenter à nouveau les hôpitaux. Afin de débuter une prise en soin, une liste des psychologues spécialisés lui a été remise.

Le bilan fonctionnel du membre supérieur, postural et de marche n'a pas révélé de difficultés majeures, malgré une légère perte de force de la main droite. Une rééducation de la main droite en kinésithérapie libérale et donc indiquée. Mme M sera revue en consultation de suivi rééducatif 6 mois plus tard.

Je me suis permise d’intervenir sur des faits relevés et pertinents lors de son parcours. Cela a permis de déceler une souffrance psychologique chronique suite à un traumatisme d’une ancienne hospitalisation. Les thérapeutes rebondissent sur la démarche que j’ai pu apporter lors de ce parcours, du fait de sa complexité et de la personnalité atypique de Mme M. Cela a révélé qu’une coordination avec une IPA aurait permis de préciser ces difficultés avant l’arrivée du patient.

IV Analyse critique et hypothèses

Lorsque j'ai pensé à réaliser mon mémoire, mon idée était de partir sur un projet de recherche en analysant les besoins rééducatifs des personnes cérébrolésées afin de m'orienter vers l'élaboration d'un programme d'accompagnement du handicap invisible. Cependant, après mûre réflexion et discussion avec mon directeur de mémoire, je me suis basée sur le parcours de soins de ces personnes et sur leurs ruptures et j'ai axé mes recherches sur leur accompagnement.

Mon questionnement prend tout son sens lorsque je commence mon stage de 2ème année en tant qu'étudiante IPA. Je participe aux consultations de suivi post AVC, du réseau TC-AVC et je retrace les parcours des personnes et de leur suivi. Chaque semaine, je me fixe des objectifs afin de répondre à l'idée de départ. Ainsi, je soulève l'hypothèse suivante : par le biais des compétences d'une IPA, des axes d'améliorations permettront une meilleure coordination dans le suivi des personnes cérébrolésées ayant un handicap léger.

Je décide sur une situation complexe de rupture de parcours, de faire une analyse avec un patient traceur et j'essaie de repérer d'éventuelles failles dans un système qui sur le papier peut paraître bien organisé. Lors de ma participation aux consultations, j'ai été confrontée à plusieurs reprises à des personnes qui ne connaissaient que très peu leur pathologie, les traitements et leurs observances mais également les troubles cognitifs qui étaient souvent peu visibles. Les personnes ainsi que leur entourage n'en n'avaient pas conscience.
Je passe de l'observation à une réflection des événements du parcours de Mme M. Par le biais des missions en tant qu'IPA, je pense qu'il est nécessaire de débuter le suivi très tôt dans le parcours de soins afin de stabiliser la personne en repérant les troubles le plus rapidement possible. Le récit de la situation que je rapporte met en avant des actions et manques qui ont engendré des difficultés dans le parcours de soins de Mme M et surtout un retard de consolidation entrainant de nombreux incidents depuis trois ans.

La prévention secondaire sur les facteurs de risques cardiovasculaires en phase post aigu, c'est à dire dans les un à deux mois après l'AVC et en parallèle le suivi des consignes du cardiologue ainsi que le repérage des troubles cognitifs aurait évité cet isolement social et cet ancrage traumatique qui a fortement impacté Mme M par l'angoisse de fréquenter à nouveau les hôpitaux. Il y a donc un intérêt de voir rapidement ces personnes afin de mettre en place des actions pertinentes et de faciliter l'adhésion thérapeutique dans une prise en soins holistique.

De plus, je prends le temps de discuter avec l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle de la situation choisie et malgré une réponse aux besoins et aux attentes de la patiente, cette situation reflète des défauts dans son parcours de soins. Il y aurait donc un intérêt d'un suivi précoce notamment par une IPA qui permet de coordonner et faire un lien avec une équipe pluriprofessionnelle, le réseau ville/hôpital et les professionnels de santé qui entoure la personne dans son parcours de santé. On note l'absence de nombreux éléments dans l'accompagnement de Mme M. Depuis plusieurs années, elle est suivie par divers spécialistes notamment le cardiologue. Celui-ci coordonne les suivis de la patiente en complément avec le médecin traitant. Mais c'est par la persistance de ces difficultés qui est marquée par l'augmentation des plaintes de type handicap invisible que son parcours est réorienté au bout de trois ans de rupture. L'approche holistique est essentielle. Elle permet d'analyser les besoins de la personne, sa vie de façon globale plus que sur la pathologie. Pour cela, l'IPA a la compétence d'aider à gérer la maladie de façon optimale au quotidien et à réaliser de nouveaux projets de vie.

De ce constat se découle deux questions :

- Si les plaintes n'étaient pas chroniques chez Mme M, aurait elle bénéficié d'une consultation avec le neurologue puis d'une consultation post AVC ?
- Plus important probablement, aurait-on pu réduire le temps d'errance dans la réponse aux difficultés rencontrées par la patiente.

La majeure partie des admissions suite à une lésion cérébrale sont faites dans un service hospitalier dont c'est la spécialité. Si cela n'est pas le cas, une demande de suivi du patient est demandée par le coordinateur de soins du patient qui l'adresse au spécialiste.

Dans cette situation, la demande est tardive et demande plus de ressources du fait de la complexité de la situation de Mme M.

Lorsqu'on prend le temps de détailler son parcours, les antécédents multiples augmentent l'intervention de nombreux acteurs de santé, ce qui entraine une errance thérapeutique et un retard de prise en soins. Le handicap invisible est décelé et évalué de façon tardive. Il engendre des troubles supplémentaires, notamment anxieux. L'information, le repérage précoce des impacts multisystémiques permettent de prévenir cet « effet papillon », à savoir l'aggravation du handicap par le biais de causes secondaires (dans notre cas les troubles psychiques induits par l'incompréhension des difficultés cognitives, le stress post-traumatique et un environnement peu porteur).

Les incidents, par définition, sont des évènements de caractère secondaire, survenant généralement au cours d'une action dans le parcours de soins et pouvant perturber le déroulement normal. Cela peut être lié à une pathologie incidentielle (virose, douleurs, constipation,…etc) et engendrer une zone d'inconfort. Une modification environnementale peut alors créer de nouveaux incidents. Mon rôle en tant que IPA est de coordonner en collaboration avec une équipe multiprofessionnelle afin :

- D'identifier les risques d'incident
- De prévenir les incidents
- Repérer les incidents
- D'analyser les incidents
- D'accompagner et traiter les incidents

Le but de ces suivis personnalisés est de lever la chronicité administrative de cette prise en soin et de faire une collaboration ville/hôpital afin d'éviter les ruptures. Mon rôle en tant qu'IPA est d'accompagner au mieux les personnes cérébrolésées afin de déceler ces incidents. Le médecin traitant, les intervenants paramédicaux, les aidants pourront être des personnes donneurs d'alerte. Mais attention, les soignants ont tendance à interpréter les faits rapidement et la notion de temporalité des incidents dans les transmissions est relativement mise en défaut. Il est important de savoir si les faits sont de l'ordre de l'aigu ou plutôt du tardif. Il est donc nécessaire d'être sensibilisé à la cérébrolésion quelque soit le professionnel.

Les AVC correspondent à un problème de santé publique et la coordination dans les soins demande des filières spécifiques. L'IPA peut répondre à cette demande par les connaissances qu'elle reçoit lors de sa formation et propose des actions de leadership, d'éducation thérapeutique auprès des équipes, des patients avec l'expertise de résultats d'un bon fonctionnement (formation et accompagnement aux bonnes pratiques) et du temps de recherche. Ainsi, l'IPA mène une coordination dans les mouvements du parcours de soins. Celui-ci est variable, long, parsemé d'incidents aigus, en fonction de la temporalité , de l'endroit et de la gravité. Prenons l'exemple du traumatisme de Mme M ressenti lors de son hospitalisation en cardiologie ayant augmenté ses troubles cognitifs. On peut parler « d'incidents aigus dans le parcours de soins de la patiente cérébrolésée ». Cela a engendré des ruptures de soins mais également des conséquences environnementales et sociales.

Afin de comprendre où se place la personne, il est indispensable de cibler le type de comportement dans lequel elle se positionne. Le modèle de « croyance en matière de santé »[9] aussi appelé « Health Belief Model », explique les comportements de santé mais surtout la prise de décision. En effet, celui-ci démontre deux perceptions du comportement de santé tels que la perception de la menace et l'évaluation anticipée du comportement de santé. D'une manière générale, il explique que la personne aura plus tendance à changer de comportement de santé si celui-ci se sent vulnérable, en danger et qu'il a conscience de ce qu'il peut engendrer. Sachant que dans le handicap invisible on retrouve la notion d'anosognosie qui par définition signifie l'absence de conscience de ces propres troubles, il va donc être difficile à la personne de les analyser.

La consultation IPA tiendra un temps d'échange sur le vécu et les émotions du patient mal compris par le patient et son entourage mais dont le retentissement peut être majeur. Cela peut être sur de la réintégration socioprofessionnelle, sur la reprise d'activité du quotidien, la vie sociale (…). Le lien entre la difficulté et la cérébrolésion n'est pas toujours évident.

Le rôle de l'IPA dans la prévention post-AVC est également à souligner car les patients post AVC présentent une double pathologie chronique qui associe les déficiences neurologiques et la pathologie vasculaire chronique.. La prévention du handicap et de ses conséquences a déjà été abordée plus haut pour le handicap invisible, il est aussi important pour les handicaps plus visibles où l'hygiène de vie et les modifications du mode de vie du patient et de ses proches doivent être abordées. La prévention de la pathologie vasculaire est aussi importante et entre pleinement dans les missions de l'IPA. Dans un contexte de prévention secondaire des complications, un axe d'amélioration reste à travailler avec l'ensemble de l'équipe professionnelle.

Dans la revue[10] Neurologies n°261.volume 26, par expression santé en octobre 2023, un article propose la présentation et l'implantation d'une IPA au sein de la filière neurologique. Sur la base d'écritures qui déclinent le projet, celui-ci révèle des activités non réalisées et pouvant être proposées par l'IPA. De plus, les données épidémiologiques montrent un besoin avec un taux de récidive estimé entre 30 et 43 % à 5 ans (HAS) et un coût financier considérable. Il y a donc un travail en soins secondaires à entreprendre par les soignants. Le projet met en avant les missions de l'IPA dans la filière neurovasculaire. Son intervention est un maillon essentiel dans la phase aiguë mais également en rééducation. Un suivi spécifique en alternance avec le médecin neurologue, MPR, médecin traitant et autres intervenants, trace une certaine coordination dans le parcours de soins. Ces intervenants vont accompagner la personne dans un projet de soins personnalisé et construire une relation de confiance.

Le temps de la consultation, l'IPA va :

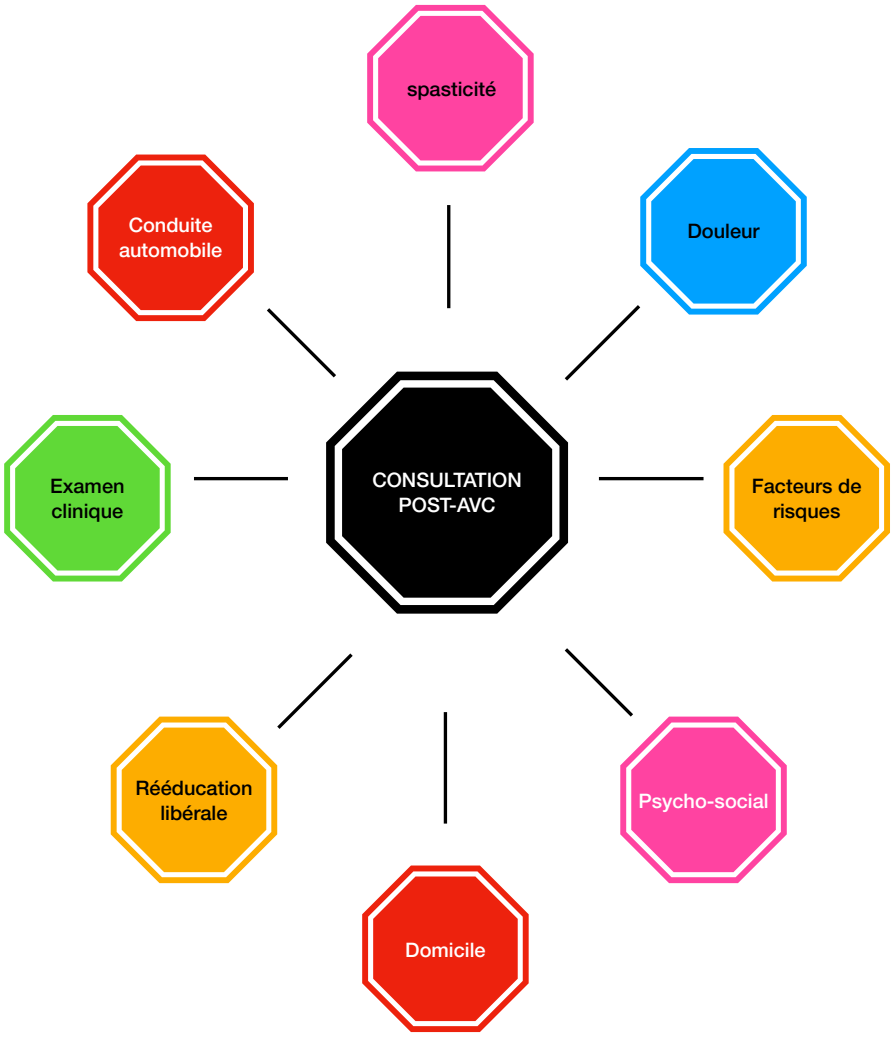
- Étudier en amont de la consultation le dossier de la personne soignée
- Lire les résultats des examens biologiques et paramédicaux
- Reprendre le parcours de la personne et l'ensemble des intervenants
- Évaluer le retour à domicile et les besoins nécessaires
- Répondre aux questionnements de la personne

- Réaliser un examen clinique : utilisation d'échelles de surveillance (NIHSS, RANKIN, MOCA)
- Réévaluer les facteurs de risques (éducation thérapeutique)
- Renouveler et adapter si besoin des prescriptions établies au préalable par le médecin en lien avec l'AVC ou l'AIT
- Prescrire si besoin des examens biologiques et d'imagerie en fonction de la consultation
- Tracer son activité : lettre de synthèse de consultation et transmissions aux différents intervenants

On retrouve également dans cet article, un retour d'expérience sur un centre MPR à orientation neurologique. Cet établissement a trouvé la nécessité de répondre aux besoins de terrain de la population et de proposer le développement d'un poste d'infirmière en pratique avancée, sa plus-value pour les usagers et les équipes de soins. Un nouveau modèle de soins se construit sur les recommandations de l'ARS PACA 2019 *« modélisation de la fonction d'infirmière en pratique avancée ».*

Cette proposition est en adéquation avec mon étude sur le parcours patient cérébrolésé et sur le projet de suivi post AVC que je propose dans mes futures missions d'IPA. Dans la situation de Mme M, l'IPA aurait été un maillon essentiel dans le parcours de soin. En effet, le repérage des troubles cognitifs ainsi que les difficultés du retour à domicile auraient facilité son parcours de soins, son suivi et l'implication des différents intervenants. De plus, il y aurait eu certainement moins de confusion et de rupture de parcours. L'approche et l'expérience de l'IPA contribue a améliorer le suivi des personnes dans un but principalement de qualité de vie et de prévention sur la récidive.

Un schéma de l'approche IPA en consultation post-AVC :



V Discussion

J'illustre, par mes axes de recherches bibliographiques et documentaires, un complément de cette analyse de pratique professionnelle en répondant aux questions de départ ainsi que l'hypothèse posée: par le biais des compétences d'une IPA, des axes d'améliorations permettront une meilleure coordination dans le suivi des personnes cérébrolésées ayant un handicap léger.

Dans un premier temps, je m'appuie sur les ressources internes. En effet, le réseau TC-AVC me permet d'avoir un certain nombre de documents sur les connaissances de la cérébrolésion mais également l'ensemble des équipes pluriprofesssionnelles qui m'apportent leur vécu et leurs connaissances professionnelles. Cela me permet de me positionner au mieux dans le parcours et d'établir un réseau dans l'équipe pluriprofessionnel. Mes nouvelles attributions en tant que IPA, permettront une coordination de suivi des soins chez un patient cérébrolésé ainsi qu'un projet d'axes d'améliorations pour une prise en soins pertinente et holistique.

Selon le décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, l'IPA peut :

- Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique.
- Mettre en place des méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles en concertation avec le médecin référent et l'équipe, dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
- Animer des séances d'analyse et d'évaluation des pratiques professionnelles ainsi que des retours d'expérience pour améliorer la qualité et la sécurité des soins.

La revue de neuropsychologie[11] de 2019 (annexe 5), volume 11 « Prise en soins des patients avec un traumatisme crânien: quelles rééducations cognitives ? Comment s'adapter ? », identifie la nécessité de mettre en place différentes approches rééducatives et réadaptatives pour la réinsertion en prenant en compte des ressources territoriales et régionales afin d'assurer un parcours des soins ville/ hôpital spécifique aux besoins complexes des personnes cérébrolésées. La rééducation doit améliorer les conditions de vie du patient et limiter au maximum le handicap qui en résulte dans sa vie personnelle, quotidienne, familiale, sociale et professionnelle. Le suivi doit souvent être prolongé au-delà de la phase de rééducation faisant suite immédiatement à l'accident. La prise en charge de cette population requiert donc des établissements organisés, équipés et mobile- ses à la phase aigüe ou en rééducation, avec des SSR « hautement spécialisés » (SSR « système nerveux » avec des compétences spécifiques supplémentaires) qui travaillent en coordination avec les secteurs sanitaire et médicosocial. Dans un parcours des soins, on peut identifier 4 grandes étapes avec les enjeux et les points de vigilances pour éviter les ruptures.

Le parcours de soins des traumatisés crâniens. SSR (service de soins de suite et réadaptation) MPR (médecine physique et réadaptation), ;HTC), HDJ (hospitalisation de jour), RAD (retour à domicile). Dans la revue neuropsychologique, volume 2

L'article parle de « nécessité », l'importance d'une coordination interprofessionnelle dans le parcours de la personne cérébolésée. Celui-ci doit être identifié et personnalisé de façon holistique avec des objectifs spécifiques tout le long de son parcours.

Suite à mes recherches sur la place d'une IPA au sein des parcours de soins en post-AVC, je suis orientée vers un article scientifique[12] de l'IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé), de Clément Nestrigue, Laure Com-Ruelle, Damien Bricard (Irdes), octobre 2019, « *Analyse séquentielle et déterminants des parcours de soins en phase post aigüe d'un AVC »,* pour lequel ils basent leur étude sur la construction des parcours individuels et la chronologie des lieux de d'accompagnement (ville /hôpital) et sur les types de professionnels de santé intervenant.

Leurs données médico-administratives proviennent du système national des données de santé (SNDS) et les résultats de l'étude a montré que « *Les analyses menées dans le cadre de cette étude ont permis de révéler la nature des parcours de soins au cours des trois mois suivant la phase aiguë des patients victimes d'un primo-AVC constitué. Ainsi, six patients sur dix ont un parcours où le domicile est majoritaire avec une prise en charge assurée par des professionnels de santé exerçant en ville. Moins de trois sur dix sont majoritairement admis en établissements de SSR (9 % pour des séjours courts et 19 % pour des séjours longs), les autres étant orientés vers le secteur médico-social (3 %, parmi lesquels les Ehpad) ou empruntent un parcours hospitalier lourd (3 %). Près de 6 % des patients décèderont assez rapidement au cours de cette période »*

L'IPA, de par ses compétences acquises, joue un rôle dans la coordination des soins ville /hôpital. Il y a donc un atout majeur de l'inclure dans la boucle du parcours patient.

Par ailleurs*, « la situation socio-familiale, en particulier le fait de vivre seul ou d'avoir un aidant informel à domicile ou à proximité, participe à l'orientation du patient. De même, le contexte socio-économique intervient sur les modalités de prise en charge (Langagergaard, 2011) et donc sur l'ensemble du parcours de soins ».*

De plus*, « Les caractéristiques d'offre de soins locales jouent également. Lorsque la prise en charge est effectuée en ville et que l'offre de professionnels spécifiques de la prise en charge de l'AVC (rééducation, soins infirmiers) est présente sur le territoire, les patients y recourent plus souvent. Ainsi, pour une prise en charge réalisée en ville, il est recommandé de développer les structures pluridisciplinaires, regroupant médecins généralistes formés, kinésithérapeutes et infirmiers, permettant d'accueillir ou de rendre visite aux patients victimes d'AVC et de garantir leur traitement afin d'assurer une prise en charge adaptée et coordonnée ».*

La publication dans les archives du HAL[13] de Perrine Boursin, Séverine Coutier, Sophie Chrétien, Youri Yordanov, Benjamin Maïer. « *Perspectives offertes par la pratique avancée infirmière auprès des victimes d'AVC »*. Soins, 2021, 66 (852), pp.10–17, décrit le modèle de l'IPA comme s'inscrivant dans le cadre de référence international consensuel du réseau de pratique avancée du Conseil international des infirmières, où on retrouve *« un haut niveau de maîtrise des compétences infirmières et un cadre professionnel centré sur une pratique clinique directe, au cœur du parcours de soins du patient* ».

La position stratégique de l'IPA est mise en exemple sur la tenue de route d'une IPA en Normandie et sur l'arbre décisionnel :

- L'IPA identifie la situation en post-AVC par une évaluation clinique (retentissement fonctionnel, cognitif et psychologique), identification de la prise en charge actuelle (suivi médical, rééducation, place des aidants et des aides à domicile, lieu de vie) et recensement des difficultés rencontrées.

- évaluation des facteurs de risque, traitements et du retentissement sur la vie quotidienne (aménagement du domicile, reprise de la conduite automobile, reprise d'une activité professionnelle...)

- informations et orientation vers un programme d'ETP si nécessaire

- une écoute active pour permettre la verbalisation des bouleversements dans la vie quotidienne

- Coordination de la collaboration des différents professionnels intervenants afin d'éviter les ruptures dans le parcours de soin

Ce nouveau métier infirmier en pratique avancé dans le champ de la santé va faciliter le lien ville-hôpital mais également adapter des parcours de soins optimisés aux personnes cérébrolésées. Une pratique avancée infirmière en suivi post-AVC se dessinera très certainement, tout comme des pratiques avancées en diabétologie, en cardiologie et en pneumologie.

Ma posture réflexive place progressivement la notion de la communication et la relation d'aide que je développe pendant le parcours patient et de son suivi. Mon expérience professionnelle m'a amenée à relire un livre découvert lors de mes études d'infirmière en travaillant mon mémoire sur les notions d'éducation thérapeutique. Les auteurs de l'ouvrage[14] « **de novice à expert** », Patricia Benner, Shein et Dreyfus, décrivent cinq étapes de l'apprentissage professionnel (p.63). Sur la réflexion de ma posture en tant que future IPA, je deviens un praticienne réflexive. l'IPA est une personne ressource pour l'ensemble des professionnels mais également pour le patient et sa famille.

« *une meilleure connaissance d'elle-même, de ses émotions, de ses réactions en situation de soins, permet à l'infirmière expérimentée de créer une relation de confiance, base indispensable de la mise en place d'une relation adaptée* ». (p.67)

« *Ne jamais se comporter à son égard d'une manière à laquelle elle ne pourrait librement adhérer pour elle-même* ».

En effet, ce temps de consultation doit amener le patient à prendre conscience de sa maladie car là est la subtilité chez les cérébrolésés, la plupart ne sont pas conscients de leurs troubles. Ensuite, il faut surveiller les risques de récidive et être acteur de leur parcours santé. On est dans l'accompagnement qui amène plus tard dans une adhésion thérapeutique. Quelques parties du livre se consacrent à la communication et ses concepts (p. 34 à 38) ainsi qu'aux entretiens d'aide infirmier (p. 72 à 87).

Si je transpose sur les missions de l'IPA, celle-ci pourra accompagner le patient à son rythme et faciliter les besoins dans la vie quotidienne grâce à des stratégies d'organisation et d'accompagnement avec des consultations de suivis rapprochés, programmées ou à distance avec un suivi de téléconsultation si besoin. Il est relaté également la relation d'aide et l'interdisciplinarité.

Le « care », prendre soin du patient, fait appel aux travaux des pratiques d'interactions professionnelles qui permettent d'établir un projet de soins personnalisé grâce à leur complémentarité et leurs différences. Le prendre soin n'est plus de considérer la personne comme à être « traitée » et/ou « à soigner » mais de prendre toutes les dimensions de celle-ci qui la caractérisent (physique, psychique, sociale, spirituelle…) et ainsi répondre aux besoins du patient dans un projet de soins personnalisé (p.115).

Un biais est discuté dans ce livre : dans le parcours de soin, la notion de temporalité est omniprésente lors d'un suivi médical. Lors de mon stage, je me suis rendue compte de ce problème et après discussion avec les médecins, j'ai pris l'initiative de mettre en place un suivi téléphonique post consultation afin d'avoir un suivi sur la mise en place de traitement, d'aide, démarche administrative et retour décisionnel. Un double bénéfice est apporté du coté du soignant mais également du soigné et c'est une des missions que je peux proposer lors des suivis.

Sachant que l'IPA peut facturer au maximum 4 forfaits par an : 1 primoconsultation / 3 forfaits de suivi la 1ère année et 4 forfaits de suivi les années suivantes. Les suivis seront ciblés avec des objectifs plus rapidement réadaptés. L'IPA devient un maillon essentiel au parcours patient.

Je termine cette discussion sur les freins que l'on retrouve dans les dernières études ou lors de retour d'expérience. L'article du cairn[15] « S*oins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif »*, paru en 2021 dans Santé Publique, est une étude qualitative prospective par des entretiens semi-dirigés individuels auprès d'acteurs de soins primaires concernés par le dispositif IPA. La démarche méthodologique était basée sur la théorisation ancrée. Une approche de terrain, les idées préconçues des chercheurs ont été explorées et identifiées en début de travail par une méthode de micro-analyse. Quatre échantillons d'informateurs étaient concernés : médecins généralistes (MG), infirmiers diplômés d'État (IDE) libéraux, patients et étudiants d'infirmier en pratique avancée (EIPA). Les entretiens étaient semi-dirigés, individuels et ont été menés en face-à-face ou par visioconférence à l'aide d'un guide d'entretien.

En résultat,

« *Les participants ont exprimé différentes attentes sur les qualités de l'IPA, dont celles d'être compétent et expérimenté . La plupart des participants ont exprimé l'idée que l'arrivée d'un IPA permettra d'accroître la surveillance médicale ».*

L' idée principale émerge un point de vu positif en ce qui concerne le gain de temps médical dans le suivi des pathologies chroniques.

«Certains participants de chaque échantillon ont évoqué le fait que les IPA pouvaient répondre aux besoins liés aux visites à domicile des patients. Ils ont aussi suggéré que l'implantation des IPA dans les zones sous-médicalisées serait propice »

L'IPA favorise un meilleur accès aux soins en participant à la prise en charge organisée des patients. Cependant, il existe des freins organisationnels et financiers à la mise en œuvre de la pratique infirmière avancée et également certaines réticences de la part des médecins et des patients. Cela passe par la non connaissance de nouveau métier mais également sur la capacité à déléguer les suivis.

Pour cela, il faut développer une meilleure coordination des interventions professionnelles fondée sur les bonnes pratiques de chacun durant les phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme. De plus, le retour d'expérience n'est pas encore optimal. Nous sommes au début de la mise en place de ce nouveau statut et des études sont en cours de travail. En ce qui concerne l'intervention de l'IPA dans la maladie chronique, celle-ci répond à une demande de terrain sur des données épidémiologiques de la population vieillissante. Il est donc nécessaire de travailler sur ce sujet qui est de l'ordre de la santé publique et en parallèle mobiliser un réseau d'implication dans les pratiques professionnelles.

Conclusion

Ce mémoire est réalisé sur une analyse de pratique professionnelle. L'idée principale est de montrer la place de l'IPA dans les consultations de suivi et au delà dans le parcours des patients cérébrolésés ayant un handicap léger mais également de participer à des missions transversales au sein d'une équipe pluriprofessionnelle.

Il a permis de mettre en avant les biais de l'accompagnement du handicap invisible et l'importance des repérages d'incidents de parcours. C'est sur ce point qu'il est important de cibler les difficultés des suivis. Les freins que nous avons pu identifier sont le manque de connaissances des professionnels sur le dossier patient, la communication mais également le temps des retours des suivis. L'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles pourra favoriser la sensibilisation des professionnels de santé concernant le repérage et le suivi du handicap invisible.

Ce travail est une projection sur la place de l'IPA au sein de ces suivis et sur les missions apportées dans le parcours patient. Un meilleur échange d'informations facilite la coordination de chaque acteur de santé impliqué dans le suivi des personnes cérébrolésées. L'utilisation d'outils sécurisés permet une communication partagée et ainsi assurer des informations pertinentes entre les différents soignants et structures.

L'amélioration des pratiques professionnelles passe par une sensibilisation et un développement de la prévention secondaire où l'IPA a toute sa place. Les professionnels se forment notamment par des formations internes mais également par de la coordination pluriprofessionnelle. Cela renforce l'échange d'information efficace entre professionnel de santé. Ces mesures permettront d'assurer une prise en soin optimale et d'améliorer la qualité de vie des personnes cérébrolésées avec un handicap invisible lors du retour au domicile. La discussion amène à un résultat théorique qui demandera d'organiser les missions de l'infirmier en pratique avancée dans une coordination de soins holistiques des consultations de suivi et des bilans multidisciplinaires. Ce partenariat professionnel apportera une nouvelle dynamique dans l'établissement et dans le parcours de soins de la personne.

Ces deux ans de formation, de rencontres, de lecture et de recherche ne manqueront pas d'influencer ma pratique en tant que future IPA.

Je terminerais sur une citation de Pascal Bruckner :

« *Une fois reconnue la différence de l'autre, encore faut-il ne pas réduire l'autre à sa différence* »

Bibliographie

Références

- [9] Baudry, AS (2022) PhD et psychologue clinicienne, cours UE C1, *Prédiction des comportements de santé*, *modèles et comportements de santé et changement de comportements*

- Bouklata, S (2023), cours de UE 5, *Des grandes théories de l'apprentissage à l'analyse de pratique professionnelle*

- Dr Puy, L, Cours de semestre 3, *généralités sur les AVC ischémiques et hémorragiques*

- Formation du réseau TC-AVC*, les incidents aigus dans les parcours du patient cérébrolésés, 26/01/24, CH Corbie*

- Rognon, C, seillier, M (2023), cours de semestre 2, UE C2, *L'éducation thérapeutique*

Articles

- [8] Arrêté du 18 juillet 2018 : IPA, textes généraux, En ligne. **https://www.legifrance.gouv.fr**

- [11] Article disponible, En ligne. **https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2019-4-page-279.htm,** mots clés: AVC, parcours de soin, alliance thérapeutique, DOI 10.1684/ nrp.2019.0528

- Article R 4301-3 du code de santé publique, En ligne. **https://www.santé.gouv.fr**

- [2] ARS Normandie, En ligne. **https://www.normandie.ars.sante.fr**

- Bocoyran, SB, Joyeux, F (2016), Cairn **https://www.cairn.infos,** *Rééducation collective et éducation thérapeutique de la cognition sociale chez des patient cérébrolésés,* revue de neuropsychologie volume 8, (p. 25 à 30) mots clés (ETP,AVC), Éditions John Euronext.

- [12] Nestrigue, C, Com-Ruelle, L, Bricard, D (Irdes), octobre 2019, DT 82, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, *Analyse séquentielle et déterminants des parcours de soins en phase post-aiguë d'un Accident vasculaire cérébral (AVC)*,, en ligne: **https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/082-analyse-sequentielle-et-determinants-des-parcours-de- soins-en-phase-post-aigue-d-un-accident-vasculaire-cerebral-avc.pdf**

- Décret relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée n° 2018-629 (18/07/2018), en ligne. **https://www.legifrance.gouv.fr**

- [13] HAL « *Perspectives offertes par la pratique avancée infirmière auprès des victimes d'AVC* » Perrine Boursin, Séverine Coutier, Sophie Chrétien, Youri Yordanov, Benjamin Maïer Perrine. Perspectives offertes par la pratique avancée infirmière auprès des victimes d'AVC. Soins, 2021, 66 (852), pp.10–17.10.1016/S0038-0814(21)00015-3 . hal-03894235 **https://hal.sorbonne-universite.fr/hal-03894235 Submitted on 30 Jan 2023**

- [1] Ministère de la santé, En ligne. **https://santé.gouv.fr**>SSR>article 6/07/22, Décret n°2008-376 du17/04/2008, Code de santé publique paragraphe 1 conditions générales, Articles D 6124-177 à D6124-177-9

- Piet-Robion, C, Joyeux, J,Jokic, C, Cairn, revue de Neuropsychologie (2019/4), *Prise en soins des patients avec un traumatisme crânien: quelles rééducations cognitives ? Comment s'adapter*? volume11,(p. 279 à 287) : Éditions John Libbey Eurotext ISSN 2101-6739. En ligne. **https://www.cairn.infos**

- [15] Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif Matthieu Aghnatios, Théo Darloy, Julien Dictor, Martina Gasparovicova, Cyril Drouot, Fabrice Gasperini, Tiphanie Bouchez, dans **Santé Publique** 2021/4 (Vol. 33), pages 547 à 558 en ligne sur Cairn.info le 18/02/2022 **https://doi.org/10.3917/spub.214.0547**

Ouvrages

- [14] Benner, P (1993), *de novice à expert*, France : Elsevier Masson

- De Morand, A (2022), *Pratique de la rééducation neurologique*, France : 3° édition Elsevier Masson

- Manuel MSD (version pour les professionnels de la santé): mot clé / lésions cérébrales

- [10] Thezenas, J, IPA et Ben Haida, H, IPA (2023), *l'apport de l'IPA en Neurologie* : magazine Neurologie N°261, France. Volume 26, accès aux soins

Sites

En ligne. Mots clés : point de rupture, parcours complexe, chemin clinique, distance critique de nos pratiques, les errance thérapeutique, accompagnement, activité éducative ciblée, ville hôpital réseau, holistique, AVC, traumatisme crânien, cérébrolésions, handicap invisible, SSR, pluriprofessionnelle , leadership, coordination de soins, raisonnement clinique partagé, potentialisation

- Ameli En ligne. **https://www.ameli.fr**

- Association AVC, En ligne**:https://www.franceavc.com**

- [1] Centre de rééduction, En ligne. **https://www.lna-sante.com >les-ssr-deviennent-des-smr**

- chiffres AVC 2022, En ligne. **https://www.dress.solidarites-sante.gouv.fr**

- Congrès 2021, En ligne.**https://www.congrescnge.fr**

- [4] Définition du handicap, chapitre IV, Articles L114 à L114-5 : En ligne **https:// www.legifrance.gouv.fr**, LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et liens vers les décrets d'application

- [5] DGOS/R4 n° 2015-262 du 3 août 2015, En ligne. **https://www.sante.gouv**

- Échelle MOCA, En ligne. **https//www.cofemer.fr**

- [7] En ligne. **https:/www.monparcourshandicap.gouv.fr**

- PEPPA En ligne. **https://www.cairn.inf**

- [6] PPCS, En ligne.**https://www.has-sante.fr/jcms/p_3083915/fr/plan-personnalise-de-coordination-en-sante**

- [3] Réseau TC-AVC (2003/ mise à jour 2014)**, c**ollection des livrets d'informations aux personnes victimes de lésions cérébrales acquises et leur entourage, Formation réseau pour les professionnelles (2024), *les incidents aigus dans le parcours du patient cérébrolésé,* En ligne. **https://www.reseautcavc-hdf.org,**

- En ligne. **htpps://www.service-public.fr**

- Trajectoire santé, accés professionnel médico-social, En ligne. **https://trajectoire.sante-ra.fr**

- UÉROS Lille,En ligne. **https://www.groupe-ugecam.fr**

TABLE DES MATIÈRES

I- INTRODUCTION GÉNÉRALE …… P1

1- Contexte …… P1

2- Cadre conceptuel …….. P3

2-1 Cérébrolésion …… P3

2-2 Étiologies ……. P3

2-3 Le traumatisme crânien …… P4

2-4 L'accident vasculaire cérébral …….. P5

2-4-1 Les facteurs de risques …… P6

2-4-2 Épidémiologie ……. … P7

2-5 La notion de handicap …….. P8

2-5-1 Le handicap visible ……. P8

2-5-2 Le handicap invisible ……. P9

3- Le parcours de soins du cérébeolésés …… P9

3-1 Le plan personnalisé de coordination en santé (PPCS) …….. P12

3-2 Les soins médicaux et de réadaptation (SMR) …….. P12

4- L'IPA dans la pathologie chronique stabilisée …… P13

4-1 Définition ……. P13

4-2Le décret n°2018- 629 du18/07/2018 ……. P14

4-3 Les compétences ……. P14

4-4 Le rôle de l'IPA ……. P14

II- PROBLÉMATIQUE ……. P16

III- MÉTHODE ……. P17

- RSCA …… P17

IV - ANALYSE CRITIQUE ET HYPOTHÈSE …….. P27

V - DISCUSSION …….. P34

CONCLUSION …… P41

TABLE DES MATIÈRES …… P49
BIBLOGRAPHIE …… P43
ANNEXES …… P51
ABSTRACT …… P58

ANNEXES

1- NIHSS

2- MOCA

3- HAMRIC

4- SCORRE RANKIN

5- REVUE CAIRN

6- PEPPA

1- NIHSS

Score NIHSS

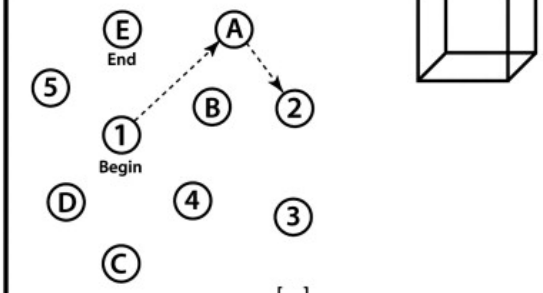
Item	Intitulé	cotation	score
la	**vigilance**	**0** vigilance normale, réactions vives **1** trouble léger de la vigilance : obnubilation, éveil plus ou moins adapté aux stimulations environnantes **2** coma ; réactions adaptées aux stimulations nociceptives **3** coma grave : réponse stéréotypée ou aucune réponse motrice	
Ib	**orientation** (mois, âge)	**0** deux réponses exactes **1** une seule bonne réponse **2** pas de bonne réponse	
lc	**commandes** (ouverture des yeux, ouverture du poing)	**0** deux ordres effectués **1** un seul ordre effectué **2** aucun ordre effectué	
2	**oculomotricité**	**0** oculomotricité normale **1**ophtalmoplégie partielle ou déviation réductible du regard **2** ophtalmoplégie horizontale complète ou déviation forcée du regard	
3	**champ visuel**	**0** champ visuel normal **1** quadranopsie latérale homonyme ou hémianopsie incomplète ou négligence visuelle unilatérale **2** hémianopsie latérale homonyme franche **3** cécité bilatérale ou coma (la=3)	
4	**paralysie faciale**	**0** motricité faciale normale **1** asymétrie faciale modérée (paralysie faciale unilatérale incomplète) **2** paralysie faciale unilatérale centrale franche **3** paralysie faciale périphérique ou diplégie faciale	
5	**motricité membre supérieur**	**0** pas de déficit moteur proximal **1** affaissement dans les 10 secondes, mais sans atteindre le plan du lit. **2** effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 10 secondes sur le plan du lit. **3** pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction.) **4** absence de mouvement (coter 4 si le patient ne fait aucun mouvement volontaire) **X** cotation impossible (amputation, arthrodèse)	**Dt G**
6	**motricité membre inférieur**	**0** pas de déficit moteur proximal **1** affaissement dans les 5 secondes, mais sans atteindre le plan du lit. **2** effort contre la pesanteur, mais le membre chute dans les 5 secondes sur le plan du lit. **3** pas d'effort contre la pesanteur (le membre chute mais le patient peut faire un mouvement tel qu'une flexion de hanche ou une adduction.) **4** absence de mouvement (le patient ne fait aucun mouvement volontaire) **X** cotation impossible (amputation, arthrodèse)	**Dt G**
7	**ataxie**	**0** ataxie absente **1** ataxie présente pour 1 membre **2** ataxie présente pour 2 membres ou plus	
8	**sensibilité**	**0** sensibilité normale **1** hypoesthésie minime à modérée **2** hypoesthésie sévère ou anesthésie	
9	**langage**	**0** pas d'aphasie **1** aphasie discrète à modérée : communication informative **2** aphasie sévère **3** mutisme ; aphasie totale	
10	**dysarthrie**	**0** normal **1** dysarthrie discrète à modérée **2** dysarthrie sévère **X** cotation impossible	
11	**extinction, négligence**	**0** absence d'extinction et de négligence **1** extinction dans une seule modalité, visuelle ou sensitive, ou négligence partielle auditive, spatiale ou personnelle. **2** négligence sévère ou anosognosie ou extinction portant sur plus d'une modalité sensorielle	
		TOTAL	

2- MOCA

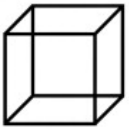
MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
Version 7.1 Original Version

NAME :
Education : Date of birth :
Sex : DATE :

VISUOSPATIAL / EXECUTIVE — POINTS



Copy cube

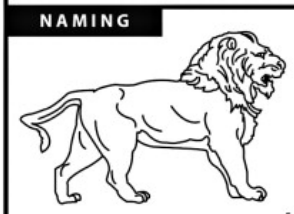
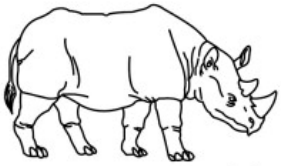
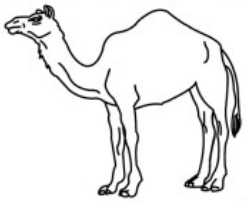


[ ] [ ]

Draw CLOCK (Ten past eleven) (3 points)

[ ] Contour [ ] Numbers [ ] Hands __/5

NAMING

[ ] [ ] [ ] __/3

MEMORY Read list of words, subject must repeat them. Do 2 trials, even if 1st trial is successful. Do a recall after 5 minutes.

	FACE	VELVET	CHURCH	DAISY	RED
1st trial					
2nd trial					

No points

ATTENTION Read list of digits (1 digit/ sec.).
Subject has to repeat them in the forward order [ ] 2 1 8 5 4
Subject has to repeat them in the backward order [ ] 7 4 2 __/2

Read list of letters. The subject must tap with his hand at each letter A. No points if ≥ 2 errors
[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B __/1

Serial 7 subtraction starting at 100 [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65
4 or 5 correct subtractions: **3 pts**, 2 or 3 correct: **2 pts**, 1 correct: **1 pt**, 0 correct: **0 pt** __/3

LANGUAGE Repeat : I only know that John is the one to help today. [ ]
The cat always hid under the couch when dogs were in the room. [ ] __/2

Fluency / Name maximum number of words in one minute that begin with the letter F [ ] _____ (N ≥ 11 words) __/1

ABSTRACTION Similarity between e.g. banana - orange = fruit [ ] train – bicycle [ ] watch - ruler __/2

DELAYED RECALL

	Has to recall words WITH NO CUE	FACE [ ]	VELVET [ ]	CHURCH [ ]	DAISY [ ]	RED [ ]	Points for UNCUED recall only
Optional	Category cue						
	Multiple choice cue						

__/5

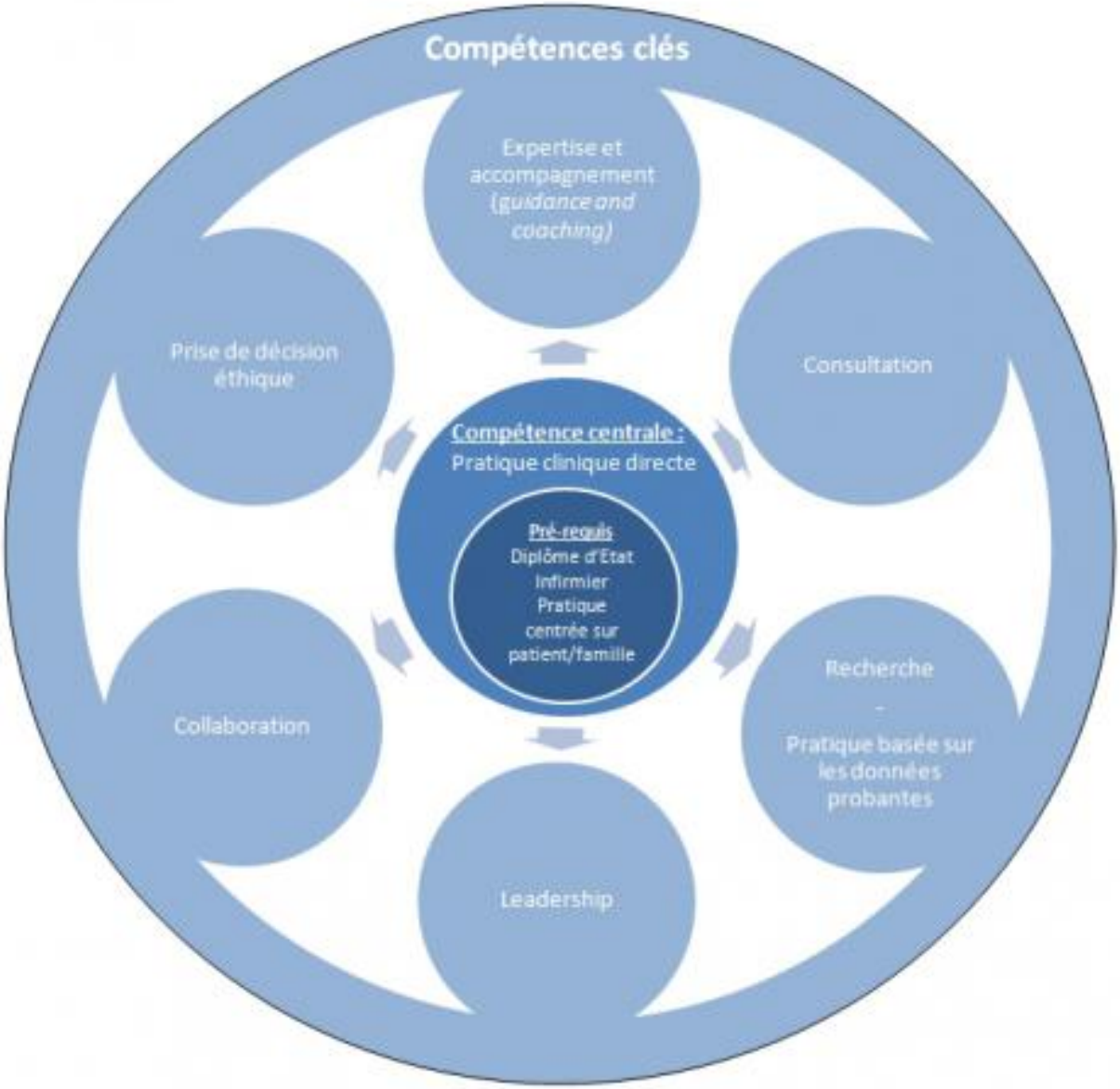
ORIENTATION [ ] Date [ ] Month [ ] Year [ ] Day [ ] Place [ ] City __/6

© Z.Nasreddine MD
www.mocatest.org
Normal ≥ 26 / 30

TOTAL __/30
Add 1 point if ≤ 12 yr edu

Administered by: _____

3- MODÈLE HAMRIC



4- SCORE RANKIN

Score	Description
0	Aucun symptôme.
1	Pas de handicap significatif en dehors d'éventuels symptômes ; activités habituelles et autonomie conservées
2	Handicap léger; incapable de mener à bien toutes ses activités antérieures mais autonomie
3	Handicap modéré ; requiert certaines aides, capable de marcher sans assistance.
4	Handicap modérément sévère ; incapable de marcher sans assistance, incapable de s'occuper de ses propres besoins sans assistance.
5	Handicap sévère; alitement permanent, incontinence et nécessitant une attention et des soins de nursing constants
6	Décès

5- REVUE CAIRN

Prise en soins des patients avec un traumatisme crânien : quelles rééducations cognitives ? Comment s'adapter ?

Clémentine Piet-Robion, **Françoise Joyeux**, **Corinne Jokic**
Dans Revue de neuropsychologie 2019/4 (Volume 11), pages 279 à 287

Éditions John Libbey Eurotext **ISSN 2101-6739**

DOI 10.1684/nrp.2019.0528

Article disponible en ligne à l'adresse https://www.cairn.info/revue-de-neuropsychologie-2019-4-page-279.htm

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner... Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.

Distribution électronique Cairn.info pour John Libbey Eurotext.
La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

© John Libbey Eurotext | Téléchargé le 21/02/2024 sur www.cairn.info (IP: 77.128.153.14)

CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

6- Exemple de PEPPA

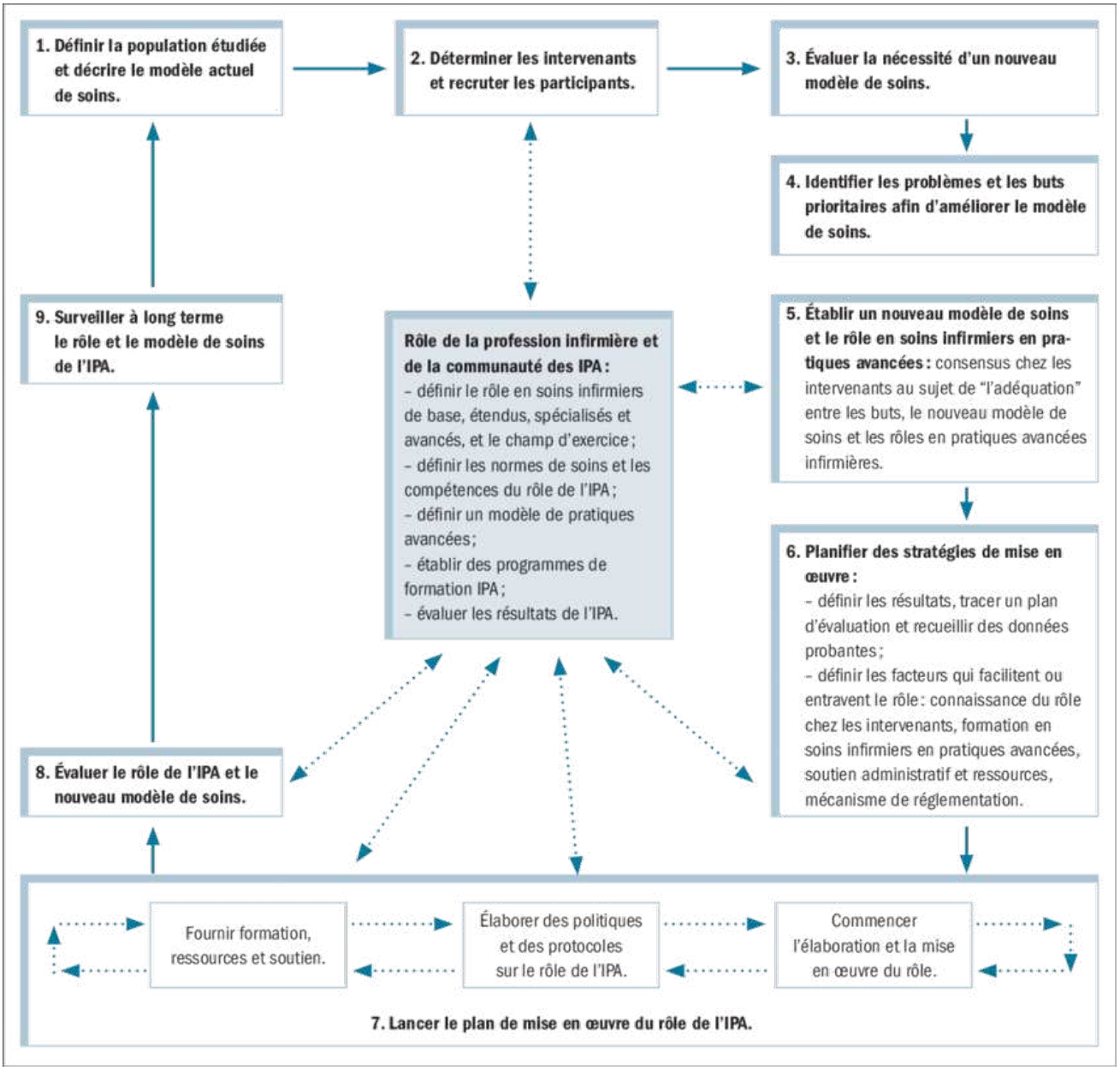


Schéma illustrant le cadre PEPPA et le rôle de l'infirmière de pratiques avancées (IPA).

AUTOR : Last name : DUTILLY-BERGEUS **First name : GAËLLE**
Presentation date : July 02, 2024

Title: The Avanced Practice Nurse's Roles in the Coordination of Care Pathways for Patients from Cerebral Palsy, Hospitalised in Medical and Rehabilitation Departements.

Key words : Advanced Practice Nurse, The Care Pathways, Invisible Disability, Brain Lesions Professional Pratic

Abstract :

Background : Acquired brain damage can be responsible for physical, cognitive, behavioural and psychological difficulties that impact personal and professional life and are more or less invible. Poeple's care pathways can be complex with frequent disruptions.

My approach aims at encouraging reflection on improving professional practices in the care of people with acquired brain lesions, particularity in the specific context of invisible disability.

Firstly, I will describe the conceptual framework in detail, with various definitions, particularly of acquired brain lesions, disability, the care pathway and the role of the advanced practice nurse.

Method :

Then, through an analysis of professsional practice nurse by situation analyses, we will only use in a authentic complex situation story method, I will present the follow-up issues.

Discussion and conclusion :

Finally, the discussion will lead to a theoretical outcome to put into practice the role of the advanced practice nurse in the holistic coordination of follow-up consultations and multidisciplinary assessments.

The professional partnership will bring a new dynamic to the person's care pathway.

Dissertation Directeur : Pr Étienne Allart

AUTEURE : **Nom** : **DUTILLY- BERGEUS.** **Prénom** : **GAËLLE**
Date de soutenance : 02/07/2024

TITRE DU MÉMOIRE :

LES MISSIONS DE L'INFIRMIER EN PRATIQUE ANVANCÉE DANS LA COORDINATION D'UN PARCOURS DE SOINS CHEZ UNE PERSONNE CÉRÉBROLÉSÉE LORS D'UNE HOSPITALISATION BILAN EN SOINS MÉDICAUX ET DE RÉADAPTATION.

Mots clés libres : Infirmier en pratique avancée, Parcours de soins , Cérébrolés, Handicap, invisible, Pratiques professionnelles

Résumé :

Les lésions cérébrales acquises peuvent être responsables de difficultés physiques, cognitivo–comportementales et psychologiques qui impactent la vie personnelle et professionnelle et sont plus ou moins visibles. Le parcours de soins des personnes est parfois complexe et les ruptures fréquentes.

L'objectif de ma démarche est d'amener une réflexion sur l'amélioration des pratiques professionnelles dans le suivi des personnes cérébralésées face au défit spécifique des situations de handicap invisible.

Dans un premier temps, je détaillerai le cadre conceptuel avec différentes définitions, notamment la cérébrolésion, le handicap, le parcours de soins, les missions de l'infirmière en pratique avancée.

Puis, à travers une analyse de pratique professionnelle, sous forme de récit de situation complexe authentique, j'annoncerai la problématique du suivi.

Enfin, la discussion amènera un résultat théorique qui demandera d'organiser les missions de l'infirmier en pratique avancée dans la coordination holistique des consultations de suivi et des bilans multidisciplinaires. Ce partenariat professionnel apportera une nouvelle dynamique dans le parcours de soins de la personne.

Directeur de mémoire: Pr Étienne Allart