

ACCESSIBILITE AUX SOINS SOMATIQUES PARTENARIAT / AMENAGEMENTS



UNITÉ DE TRAITEMENT
DE L'AUTISME
À L'ÂGE ADULTE U.T.A.A

Dr Rémy
J. Azaz
J. Condamines
D. Lefebvre
M. Walter

PROFIL DES PATIENTS PRIS EN CHARGE SUR L'U.T.A.A.

Adultes ayant un TED avec retard mental sévère associé

■ DIFFICULTES:

- de communication verbale et non verbale
- de compréhension des consignes
- d'expressivité faciale
- de localisation de la douleur
- d'acceptation du toucher/proximité
- de gestion des imprévus/changements





■ MISSIONS DU MÉDECIN SOMATICIEN:

- suivi régulier de la santé physique
- prévention: soins primaires, vaccinations, conseils diététiques
- prescriptions et bilans de contrôle réguliers
- prise en charge somatique quand l'équipe repère:
 - un symptôme
 - un changement de comportement

■ ORGANISATION DES DÉMARCHES SOMATIQUES:

- Analyse du recueil de données des soignants
- Examen clinique aménagé
- Prescription des examens complémentaires
 - réalisables dans l'unité (tests médicamenteux, bilans sanguins..)
 - demandes d'avis spécialisés somatiques (consultation, radiologie..)
 - demande de prise en charge en soins généraux

■ LIEN AVEC L'ÉQUIPE SOMATIQUE ET COLLABORATION

- Préparation en amont

pour sensibiliser :

- aux particularités de la personne
- à l'intérêt d'une planification adaptée
- à l'organisation du nouvel environnement

- Gestion de la consultation/ hospitalisation

- Accompagnement de la personne
(transmettre les habitudes de vie)
- Aide pour la gestion de l'angoisse ou situation de crise

- Assurer la continuité des soins

→ Débriefing pour anticiper les impératifs des suites de soins aigus

PRESENTATION :

2 VIGNETTES CLINIQUES



1. PRÉSENTATION

- Jeune fille de 16 ans ½
- Autiste
- Retard mental moyen
- Vit chez ses parents
- Va tous les jours de la semaine en IME
- Langage verbal : mots clés, phrases type
- N'exprime pas ses sensations: faim, soif, douleur...

2. EVOLUTION DES TROUBLES

2009 - 2011

MODIFICATION PROGRESSIVE DU COMPORTEMENT:

- DEPUIS 1 AN:
 - Augmentation de la fréquence des comportements d'opposition
 - Hétéro-agressivité
- DE MARS à JUIN 2011:
 - Les troubles du comportement s'intensifient
 - Hétéro-agressivité à l'IME et à la maison

3. ETÉ 2011

Séjour / Domicile/ IME

- APPARITION / MAJORATION de:
 - Énurésie
 - Troubles alimentaires
 - Troubles du sommeil
 - Auto et hétéro-agressivité
 - Hypersensibilités sensorielles
 - Intérêts de + en + restreints
 - Refus activités



- CONSÉQUENCES:

Interruption du séjour,
troubles au domicile puis à l'IME:



4. ACTIONS de I.M.E

/ Troubles du comportement

- HYPOTHÈSE « PSYCHIATRIQUE »

→ Traitement par Risperdal®
Effets II donc arrêt du ttt

→ Remplacement par Tiapridal®

- HYPOTHÈSE « SOMATIQUE »

Règles douloureuses :

→ Traitement par Voltarène®
et par contraceptif oral

→ Cystite: E.C.B.U





- AMÉNAGEMENT DE L'ENVIRONNEMENT:

- Repères imagés
- Emploi du temps
- Repas / activités...



- RETENTISSEMENTS SUR LA PRISE EN CHARGE:

- Allègement ateliers

- Temps sur l'IME écourtés

- Diminution de la qualité de vie de la famille

5. SITUATION DE CRISE MAJEURE

Mi-septembre 2011

■ URGENCES PÉDIATRIQUES :

- C.R.P élevée →

Traitement antibiotique

- E.C.B.U positif →

■ URGENCES PSYCHIATRIQUES :

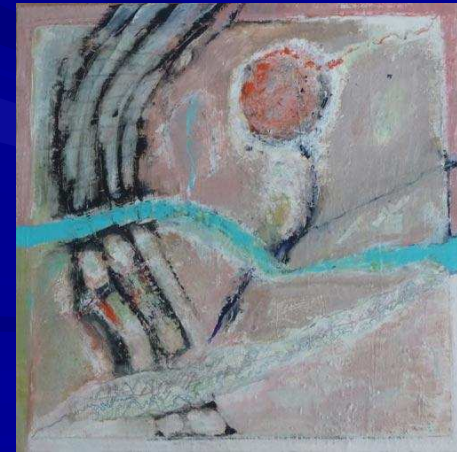
→

Traitement psychotrope
: Tercian®

- RETOUR AU DOMICILE → Contact C.R.A
→ Programmation examens
(scanner cérébral)

Début octobre 2011:

- Les troubles sont de plus en plus intenses
- Accueil sur l'I.M.E impossible
- Lien C.R.A/ V.A.D UTAA
- Contact pédiatrie pour exploration



6. Hospitalisation en pédiatrie à A.D.V :

4 jours

- TROUBLES DU COMPORTEMENT MAJEURS

- ▶ peu de bilans sont réalisés

- HYPOTHÈSES ÉTIOLOGIQUES :

- foyer dentaire

- foyer profond

- maladie de système



- MISE EN ROUTE DE TRAITEMENT:

- Rivotril®, Loxapac ® => pas d'amélioration des troubles
- Acupan ®, Tercian ® => amélioration des troubles puis paracétamol

- ACCOMPAGNEMENT:

- Par la famille 24h/24
- V.A.D biquotidiennes de la psychiatrie

7. Sortie d'ADV

- Pas d'étiologie confirmée
- Bilans somatiques à poursuivre
- Programmation d'examens invasifs nécessaire
- Relais sur hospitalisation U.T.A.A sur épisode de crise



8. Unité de Traitement de l'Autisme Adulte

- ANALYSE FONCTIONNELLE:

des habitudes de vie et des troubles du comportement:

- Rencontre avec l'I.M.E
- Rencontre avec les parents

- SÉCURISATION DE MARION:

Présence d'un soignant 24h/24

- AMÉNAGEMENT DE L'ENVIRONNEMENT

9. RECCUEIL PROTOCOLISE DES DONNEES

- ELÉMENTS DE SYMPTOMATOLOGIE REPÉRÉS:
 - Gémissements permanents
 - Troubles du sommeil
 - Refus alimentaire
 - Déglutition perturbée sur les liquides
 - Élimination urinaire fréquente
 - Hyperesthésie aux textiles
 - Rashes cutanés fugaces pluriquotidiens
 - Constantes perturbées
 - Apathie
 - Gestuelles récurrentes inhabituelles

10. HYPOTHESES ETIOLOGIQUES

La part entre le Ψ et le soma

- ORIENTATION VERS DES SIGNES DE DOULEUR
- ROLE DES NEUROLEPTIQUES
Test d'épreuve → arrêt NLP
- COMPORTEMENT CRISE AUTISTIQUE
- LIEN ETROIT AVEC LA PEDIATRIE
→ Programmation d'examens
en HDJ Pédiatrique



11. SITUATION SOMATIQUE AIGUE U.T.A.A.

- Dosage CRP +++
- Température élevée persistante
- Aggravation de la raideur musculaire, résistance aux correcteurs
- Apathie +++



12. LE « PARCOURS DU COMBATTANT »

17 au 21 octobre 2011:

■ SUR 2 JOURS:

U.T.A.A puis

- URGENCES somatiques
CPK+++
- Lits-porte
- Fac dentaire
- Hospitalisation en
pédiatrie

■ CE QU'AMÈNE LES Ψ:

Accompagnement 24/24h

- Clés de compréhension
- Lecture de la douleur
- Diminution des contraintes
pour :

Les soignants de pédiatrie
et la famille

13. EXAMENS SOMATIQUES REALISES

4 jours

- Bilan sanguin complet
- Consultation dentaire sous anesthésie (panoramique, détartrage, petit soin de carie)
- Radio du thorax et des membres inférieurs
- Echographie des membres inférieurs
- Scanner thoraco-abdomino-pelvien avec échographie abdominale
- Fibroscopie gastro-oesophagienne
- Ponction lombaire
- Myélogramme

14. DIAGNOSTIC ET P.E.C SOMATIQUE

■ DIAGNOSTIC:

- Maladie inflammatoire chronique en poussée
- Petit ulcère gastrique

■ TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX:

- Corticoïdes
- Antibiotiques
- Anti-ulcéreux

■ PROGRAMMATION D'UN SUIVI PÉDIATRIQUE



15. RETOUR à l'UTAA & OBJECTIFS

- RÉINTÉGRATION PROGRESSIVE DES LIEUX DE VIE:
 - ▶ Mobilisation des différentes équipes de l'UTAA pour un accompagnement thérapeutique et éducatif & mise en place d'aménagements
 - ▶ Rencontres avec la famille
 - ▶ Rencontres avec l'IME



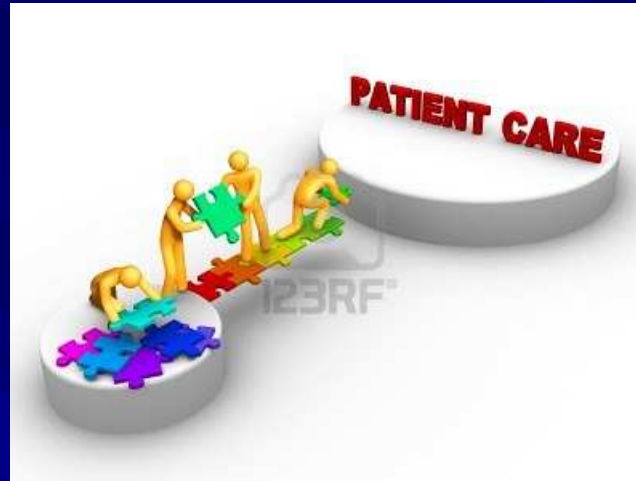


octobre 2011 à mars 2012:

- DIMINUTION DES TROUBLES:
 - ▶ Réintégration progressive du domicile familial
 - ▶ Réintégration progressive de l'I.M.E
 - ▶ Consultation de suivi pédiatrique avec examen clinique facilité



Fin mars 2012:



- FIN D'HOSPITALISATION DE L'U.T.A.A
- SUIVI AMBULATOIRE Ψ
/ LIEN SI BESOIN AVEC LA PEDIATRIE

16. CONSEQUENCES POSITIVES DU PARTENARIAT

Mai 2012

- Réapparition des troubles depuis plusieurs jours
- Les parents contactent:
 - Equipe UTAA
 - Le Pédiatre ADV, Réaction immédiate:
HDJ pédiatrique dans les 24 heures



- Confirmation d'une poussée de la maladie inflammatoire
 - TTT somatique

48 HEURES APRÈS:



LES TROUBLES DU COMPORTEMENT DISPARAISSENT.





1. PORTRAIT ET HABITUDES DE VIE

- Homme de 37 ans
- Autiste
- Retard mental
- Hospitalisé depuis 1994
- Famille présente

- LANGAGE VERBAL:
- Mots isolés
- Phrases simples
- Productions écholaliques

- AUTONOMIE partielle:
- Aide d'un tiers (repas, hygiène)

- Intérêts restreints

2. DÉCEMBRE 2012

- Début insidieux
- Episodes similaires déjà observés à minima

- CONSTAT:

- Amaigrissement

- Difficultés alimentaires et de transit

- Augmentation de l'intensité des troubles autistiques



- HYPOTHÈSES: DOULEUR /DÉCOMPENSATION

3. JANVIER 2012

- ALTÉRATION DE L'ÉTAT GÉNÉRAL PLUS MARQUÉ

- CHANGEMENTS COMPORTEMENTAUX AU DOMICILE FAMILIAL

- MODIFICATIONS COMPORTEMENTALES INHABITUELLES :
 - Perte d'autonomie urinaire et fécale
 - Refus de s'alimenter et de boire
 - Opposition pour les soins d'hygiène
 - Diminution du langage verbal
 - Diminution des déambulations au profit de la station allongée
 - Diminution des stéréotypies
 - Perte des intérêts restreints

4. ANALYSE ET GESTION DANS L'UNITÉ

ANALYSE FONCTIONNELLE DES TROUBLES DU COMPORTEMENT:

Recueil de données
Analyse pluridisciplinaire

- QUOTIDIEN ADAPTÉ

Accompagnement spécifique dans les actes du quotidien pour:

- Hydratation
- Alimentation
- Toilette
- Elimination

- EXAMEN CLINIQUE

- Suspicion d'un problème somatique (douleur digestive)
- Bilan sanguin
- Traitement symptomatique
- Diminution TTT neuroleptique

5. MI FÉVRIER 2012

- AUGMENTATION DES TROUBLES DIGESTIFS:
 - Diarrhées, vomissements
 - Problèmes de déglutition
 - Épisodes d'hyperthermie

- INTERVENTIONS DES MÉDECINS DE VILLE EN GARDE
 - Gastroentérite, TTT symptomatique
 - Persistance des troubles : urgences, déshydratation
 - Pneumopathie, Rx
 - Persistance des troubles : urgences, examens

- A.S.P: FECALOME
 - Traitement spécifique

6. MARS 2012



- Pics fébriles
- Aggravation de l'état général

► HOSPITALISATION EN MÉDECINE INTERNE

■ PROGRAMMATION GASTRO-COLOSCOPIE:

- Examen impossible en dépit d'une prépa bien conduite
- Scanner abdominal : fécalomes
- TTT symptomatique

■ RETOUR SUR L'UNITÉ DE PSYCHIATRIE U.T.A.A

7. AVRIL 2012

- SYNDROME SUBOCCLUSIF / VOMISSEMENTS

- ▶ **-RE- HOSPITALISATION EN MÉDECINE INTERNE**

- *Gastroskopie sous AG*
- *Œsophagite stade III*
- *A.S.P: fécalomes ++*
Hypokaliémie



- TRAITEMENT ET RETOUR SUR UNITÉ DE PSYCHIATRIE

8. JUIN 2012

- CONSULTATION GASTRO-ENTEROLOGIE DE SUIVI

- Résolution des problèmes somatiques
- Programmation coloscopie repoussée



- REPRISE DES COMPORTEMENTS HABITUELS SUR L'UNITÉ

9. RETENTISSEMENTS

■ SUR LA QUALITÉ DE VIE DU PATIENT

- Douleur et inconfort
- Suppression du traitement psychotrope habituel
- Changements brutaux de contexte non anticipés

■ SUR L'ORGANISATION DU SERVICE

- Adhésion des soignants à un recueil rigoureux
- Aménagements spécifiques et individualisés
- Accompagnement et présence continue de 2 intervenants dans les services de soins somatiques
- Disponibilité et adaptabilité dans un contexte de crise

10. LA QUESTION DE L'ÉTIOLOGIE

- POURQUOI L'ÉPISODE ACTUEL A-T-IL ÉTÉ SI LONG ?
- LA QUESTION BÉNÉFICE / RISQUE :
FAUT-IL CONTINUER LES EXPLORATIONS ?



CONCLUSION:

REPERAGE DES TROUBLES

- RECUEIL DE DONNÉES
 - Écrits protocolisés
 - Examen clinique
 - Examens complémentaires

- ANALYSE DES DONNÉES

- HYPOTHÈSES

SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS

FAIRE DU LIEN :

- Transmission des éléments:
 - particularités,
 - constats
- Organisation de l'environnement des soins
- Anticipation du retour dans l'unité

ACCOMPAGNEMENT DU PATIENT

- RETENTISSEMENT SUR L'ORGANISATION INTERNE :
 - Effectifs détachés 24H/24

- CONNAISSANCES SUR LE PATIENT :
 - Transmission des éléments
 - Médiation dans des contextes différents
 - Soignants: repères sécurisants pour le patient et pour l'équipe somatique

RETOUR DANS L'UNITE ET CONTINUITE DES SOINS

« SOMATICIEN RÉFÉRENT »

- Lien direct, contact rapide
- Continuité et adaptation des soins
- Réalisation des bilans et visites de contrôle
- Éducation en amont: consultations de familiarisation pour anticiper

