

élaborer des stratégies en faveur de la durabilité et de la réintégration.mp4

[00:00:01] Bonsoir. Assalamualaikum et mingalaba. Je vous remercie de m'avoir invité. Aujourd'hui, je vais parler de la réadaptation des traumatismes crâniens après les catastrophes, de l'adaptation des stratégies pour la durabilité des approches de réadaptation et de la réintégration des patients atteints de traumatismes crâniens dans la communauté. Lorsque nous parlons de lésions cérébrales traumatiques dans les situations de catastrophe, nous devons commencer par la réponse d'urgence et la phase de réhabilitation initiale. Cette phase détermine souvent le pronostic à long terme. La rééducation doit commencer tôt, en ne se concentrant pas uniquement sur la survie, mais en jetant les bases du rétablissement. Dans de nombreuses situations de catastrophe, les urgences médicales aiguës et la prise en charge médicale sont prioritaires. Cependant, il a été démontré que si l'on entreprend dès le début des interventions de rééducation de base, telles que le positionnement précoce, la mobilisation des patients et l'éducation de la famille dans les premiers jours, cela peut réduire considérablement l'invalidité à long terme. Il est important de noter que la réadaptation ne se limite pas à la récupération physique ou fonctionnelle. Il s'agit d'aider les personnes à reprendre leur rôle dans la vie, qu'il s'agisse d'être parent, de travailler ou simplement de s'engager à nouveau dans leur communauté. Par conséquent, si nous regardons cette diapositive vers l'extrémité droite, il s'agit de la réadaptation à long terme et de l'intégration sociale. Après une catastrophe, les cas de traumatismes crâniens peuvent en fait augmenter de 30 à 50 %, comme l'indiquent les causes courantes de cette augmentation de l'incidence, à savoir la chute de débris, l'effondrement des structures ou les accidents de la route lors de l'évacuation. Je pense donc qu'au Myanmar, certaines régions touchées par des catastrophes naturelles ou des conflits n'ont pas accès à des centres de rééducation. Les populations vulnérables, notamment les enfants, les personnes âgées et les personnes souffrant de handicaps préexistants, sont particulièrement exposées.

[Les polytraumatismes sont également fréquents, il ne faut donc pas oublier les traumatismes psychologiques. Le deuil, le SSPT et le stress peuvent souvent coexister, ce qui rend le rétablissement plus complexe. La perte de membres de la famille ou le déplacement peuvent perturber davantage l'environnement de guérison. Nous classons

généralement les lésions cérébrales en deux catégories : les lésions diffuses et les lésions focales. Mais en cas de catastrophe, nous pouvons observer un mélange de ces lésions. Comprendre le type de lésion peut donc nous aider à adapter les stratégies de rééducation et à anticiper les besoins à long terme de ces patients. Lors d'une catastrophe ou dans un contexte de ressources limitées, nous devons adopter des approches durables. Voici quelques-unes des stratégies qui peuvent contribuer à soutenir nos efforts de réadaptation à long terme. Outre les limitations physiques évidentes dont souffrent les patients, nous devons nous pencher sur les symptômes cachés. Par exemple, les changements de personnalité, les dysfonctionnements cognitifs et la fatigue. Nous devons faire preuve de souplesse dans la conception des approches de rééducation. La documentation relative aux patients doit être suffisamment simple pour permettre de suivre les progrès, ainsi que les interventions ou les médicaments administrés aux patients. Nous pouvons commencer à former le personnel local, les membres de la famille et les bénévoles afin de poursuivre la rééducation, les progrès et les interventions de rééducation à domicile. Nous devons également utiliser les ressources de la communauté, comme probablement les centres locaux ou même les rassemblements religieux, en tant que plateformes pour la poursuite de la réadaptation. Beaucoup de nos patients n'ont pas l'air handicapés. Les problèmes physiques sont probablement dus à des fractures de membres et à d'autres polytraumatismes. Ces fractures finiront donc par guérir si elles sont prises en charge rapidement.

[00:03:50] Mais les patients souffrant d'un traumatisme crânien continuent de lutter quotidiennement contre ce que nous appelons les symptômes cachés. 76 % des survivants sont en fait confrontés à des problèmes. Par exemple, la fatigue facile. Il s'agit d'une combinaison de fatigue physique et de fatigue cognitive, où les patients peuvent se sentir anormalement fatigués ou épuisés, même pour une activité simple. Outre la fatigue, ils présentent également des changements de comportement et de personnalité. Par exemple, ils deviennent une personne différente de celle qu'ils étaient avant la lésion cérébrale traumatique. Elles peuvent devenir colériques, facilement agitées, puériles, désintéressées par les choses qui les intéressaient auparavant. Elles peuvent également ne pas comprendre ces changements de personnalité, ou ne pas comprendre la lésion qui leur est arrivée. Ils peuvent être désinhibés, ce qui entraîne des problèmes d'interaction sociale et des défis sociaux en raison de la difficulté à communiquer. Ils peuvent également présenter des troubles émotionnels et de

l'humeur. Ils peuvent être très labiles. Certains patients présentent une dépression, d'autres une anxiété. Ils peuvent présenter des troubles du sommeil. Il ne faut pas non plus oublier le syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Les patients peuvent avoir des difficultés à écouter ou à regarder certains objets qui peuvent leur rappeler la catastrophe qui s'est produite. Les patients souffrant de lésions cérébrales traumatiques légères à modérées, les survivants de la catastrophe, peuvent présenter des symptômes de commotion cérébrale. Ils peuvent se plaindre de maux de tête, de vertiges et d'étourdissements. Certains d'entre eux peuvent signaler qu'ils ont des acouphènes ou une sensibilité à la lumière vive et aux bruits forts.

[Ils peuvent également présenter des troubles de l'équilibre et il s'agit le plus souvent d'une origine centrale. En tant que professionnels de la rééducation, vous devez donc identifier et traiter ces symptômes et, euh, vous savez, intervenir en conséquence. Enfin, et ce n'est pas le moins important, les symptômes cachés des troubles cognitifs peuvent se manifester par une rigidité cognitive, ce qui signifie qu'il est difficile pour ces personnes d'être flexibles lorsque vous leur fournissez ou lorsque vous essayez de les faire participer à la thérapie de réadaptation. Elles sont peu attentives, peu concentrées, ce que j'ai déjà mentionné, et ont des difficultés à effectuer plusieurs tâches à la fois en raison de leur problème d'attention. Et euh, ils peuvent aussi, euh, vous savez, présenter des problèmes de communication cognitive. Les problèmes de communication ne sont donc pas vraiment dus à des problèmes de langage, mais aux changements et aux déficiences cognitives à l'origine de ce problème cognitif. Cela peut créer des difficultés pour l'équipe de rééducation qui doit les engager dans une intervention régulière et continue de rééducation à long terme lorsqu'elle conçoit le programme de rééducation pour les survivants de traumatismes crâniens. N'oubliez pas d'être flexible. Toutes les régions du Myanmar n'ont pas les mêmes ressources d'accès, vous devez donc utiliser tout ce qui est disponible. Par exemple, en utilisant la télé-réhabilitation via n'importe quelle application disponible. Ne sous-estimez pas le pouvoir d'un simple appel téléphonique, de la voix, d'une note, ou probablement d'un contrôle vidéo avec les soignants dans le cadre de cette intervention de télé-réadaptation, vous pouvez également décider d'utiliser ce modèle satellite où vous choisissez un emplacement satellite où les patients atteints de tuberculose et les membres de leur famille peuvent venir et recevoir le traitement initial, et également comme un traitement de suivi dans cette zone satellite, vous pouvez planifier d'atteindre un objectif fonctionnel à la fois.

[00:07:45] Par exemple, dans ce numéro trois, vous voyez que les patients peuvent recevoir le traitement ou le suivi régulier dans un endroit, puis rentrer chez eux et poursuivre la rééducation à domicile avec les membres de leur famille, revenir au centre ou à la zone satellite où vous pouvez aborder un autre objectif fonctionnel à un moment différent. Et vous pouvez le faire plusieurs fois parce que cela fait partie du plan de réadaptation à long terme. Évitez la surcharge sensorielle pour les patients souffrant d'un éventuel syndrome de stress post-traumatique, parce que c'est bruyant et chaotique, et que les environnements peuvent en fait déclencher la panique. Une autre approche flexible consiste à utiliser la thérapie de groupe, surtout si les ressources des membres de l'équipe de rééducation sont limitées, mais nous pouvons être très créatifs pour concevoir cette thérapie de groupe. Il faut prendre en compte les patients ayant des niveaux fonctionnels similaires et ceux qui ont des objectifs communs, et examiner la dynamique de groupe des patients. Lorsque vous souhaitez les placer dans un groupe spécifique lors du processus de sélection, vous pouvez également utiliser le point fort local. Identifiez une force à la fois. Peut-être qu'un marché de village ou une mosquée peut servir de centre de réadaptation sociale et que vous essayez de commencer petit, mais en augmentant l'intervention et les, vous savez, la force locale ou les ressources locales que vous voulez utiliser dans les TBI modérés à sévères.

[La rééducation centrée sur la famille peut améliorer les résultats de 70 %. Nous pouvons donc former les membres de la famille, non seulement en tant que soutiens, mais aussi en tant qu'assistants de l'équipe de rééducation. Les membres de la famille sont le pont entre l'hôpital et le domicile. Ils peuvent aider le patient à faire de l'exercice et à accomplir ses tâches quotidiennes. Ils peuvent apporter un soutien émotionnel. Ils peuvent également prévenir l'isolement, qui peut se produire, vous le savez, très probablement en raison des changements de personnalité. Les membres de la famille peuvent également surveiller les changements et donner leur avis à l'équipe de rééducation. Voici quelques stratégies que vous pouvez enseigner aux membres de la famille. Par exemple, établir une routine quotidienne. Cela réduit la confusion et améliore l'engagement. Utilisez des repères visuels, par exemple des notes autocollantes, des panneaux de couleur ou des tableaux de mémoire. Intégrez la rééducation dans la vie quotidienne. Par exemple, laver des légumes peut être une thérapie manuelle. Compter les mangues peut être un entraînement cognitif. Utilisez tout ce qui est disponible à la maison. Par exemple, dans cette diapositive, nous

utilisons une serpillière, un manche et des autocollants à apposer sur le mur. Enfin, la réinsertion doit être réaliste et culturellement appropriée. Les objectifs peuvent concerner le ménage, la communauté ou les rôles économiques. En résumé, une réadaptation durable après un traumatisme crânien dans un contexte de catastrophe est possible, mais elle exige que nous soyons flexibles, pleins de ressources et profondément liés à la communauté. Je vous remercie de votre attention.