

Parcours sanitaire et médico-social après traumatisme crânien

Pascale Pradat-Diehl

Service de Médecine Physique et de Réadaptation

GH Pitié-Salpêtrière APHP

Université Pierre et Marie Curie Paris

Equipe de recherche UPMC 06

Association réseau Traumatisme Crânien Ile de France

pascale.pradat@psl.aphp.fr

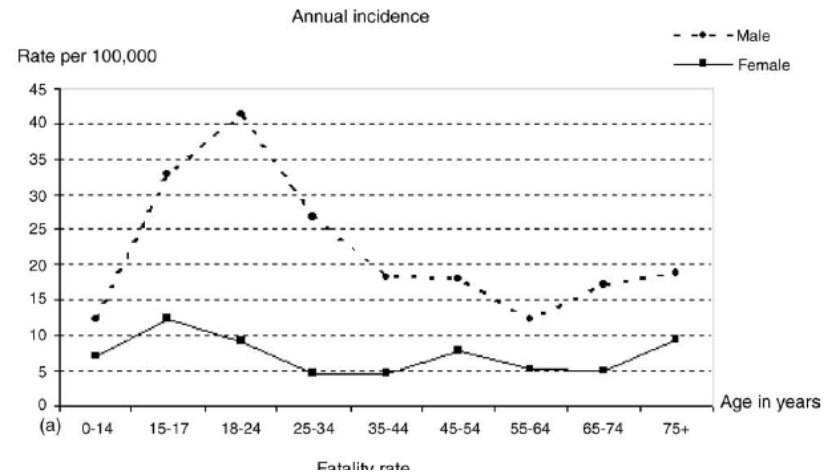
Plan

- Introduction sur le traumatisme crânien
- Exemples en milieu sanitaire
 - MPR
 - HDJ de réadaptation
- Exemples en milieu médico-social
 - Centre régional de ressources
 - GEVA compatibilité
- Rapport et recommandations sur la continuité de prise en charge et accompagnement
- Programme d'action en faveur des traumatisés crâniens

Le traumatisme crânien

Une pathologie fréquente cause de handicap durable

- 150 000 traumatisés crâniens par an en France,
- Graves à la phase initiale dans 10% des cas (coma initial)
- 60 % Accidents de la voie publique
- Enfants, sujets jeunes, les personnes âgées



Javouhey et al 2006
Incidence annuelle en fonction de l'âge et du sexe
Accidents de la voie publique
Région Rhône Alpes; Etude ESPARR

Traumatisme crânien = Blessure cérébrale

- L'accident est une
- Rupture brutale du cours de la vie
 - La vie suspendue (O Mayeux); La ligne brisée
- Avant et après
- Décours temporel
 - L'accident
 - La réanimation, le coma, le risque vital
 - La rééducation l'espoir
 - La confrontation aux séquelles et à leur caractère durable
- Bouleversement de la vie personnelle et familiale

Les séquelles neurologiques

- Motrices, sensorielles (vue, audition, olfaction), épilepsie
- Cognitives et comportementales : « handicap invisible »
 - Troubles de l'attention, des fonctions exécutives du contrôle de l'action, de la mémoire
 - Troubles de la cognition sociale : émotions, prise de décision, interaction avec les autres
- Composante psychopathologique : confrontation au handicap
- Troubles psychiatriques dépression, anxiété
- Impact sur les personnes et leur famille

Difficultés d'insertion

- **Ruptures de parcours**
 - 30 % des TC graves sortent directement au domicile après la phase aiguë (Jourdan et al 2012)
- **Manque de lien**
 - Dans la prise en charge sanitaire, hospitalière ou en médecine libérale
 - Dans les relais avec le secteur médico-social et le monde social

Milieu sanitaire

Place de la Médecine Physique et de Réadaptation

HDJ : Programme de Réadaptation
MPR GH Pitié-Salpêtrière

Exemple de recherche en milieu de réadaptation

Médecine Physique et Réadaptation

- **Intervention en MCO**, pour identification des soins de rééducation et orientation, équipe d'orientation vers le domicile ou un SSR
- **Hospitalisation en MPR SSR**
 - Service de Rééducation Post réanimation
 - SSR MPR « rééducation intensive et complexe/ équipe multidisciplinaire »
 - Le SSR n'est pas un « aval » du MCO, permettant de diminuer les durée de séjour mais une hospitalisation de projet en terme d'activité et participation
- **Accompagnement du retour au domicile**
 - HDJ de rééducation et de réadaptation
 - HAD
- **Consultations de suivi**, reprises de bilan, traitement des complications
- Conventionnement avec les **MDPH et avec les établissements médico-sociaux** pour favoriser la médicalisation (médecin et équipe pluridisciplinaire)

Programme de réadaptation pour patients cérébrolésés en MPR

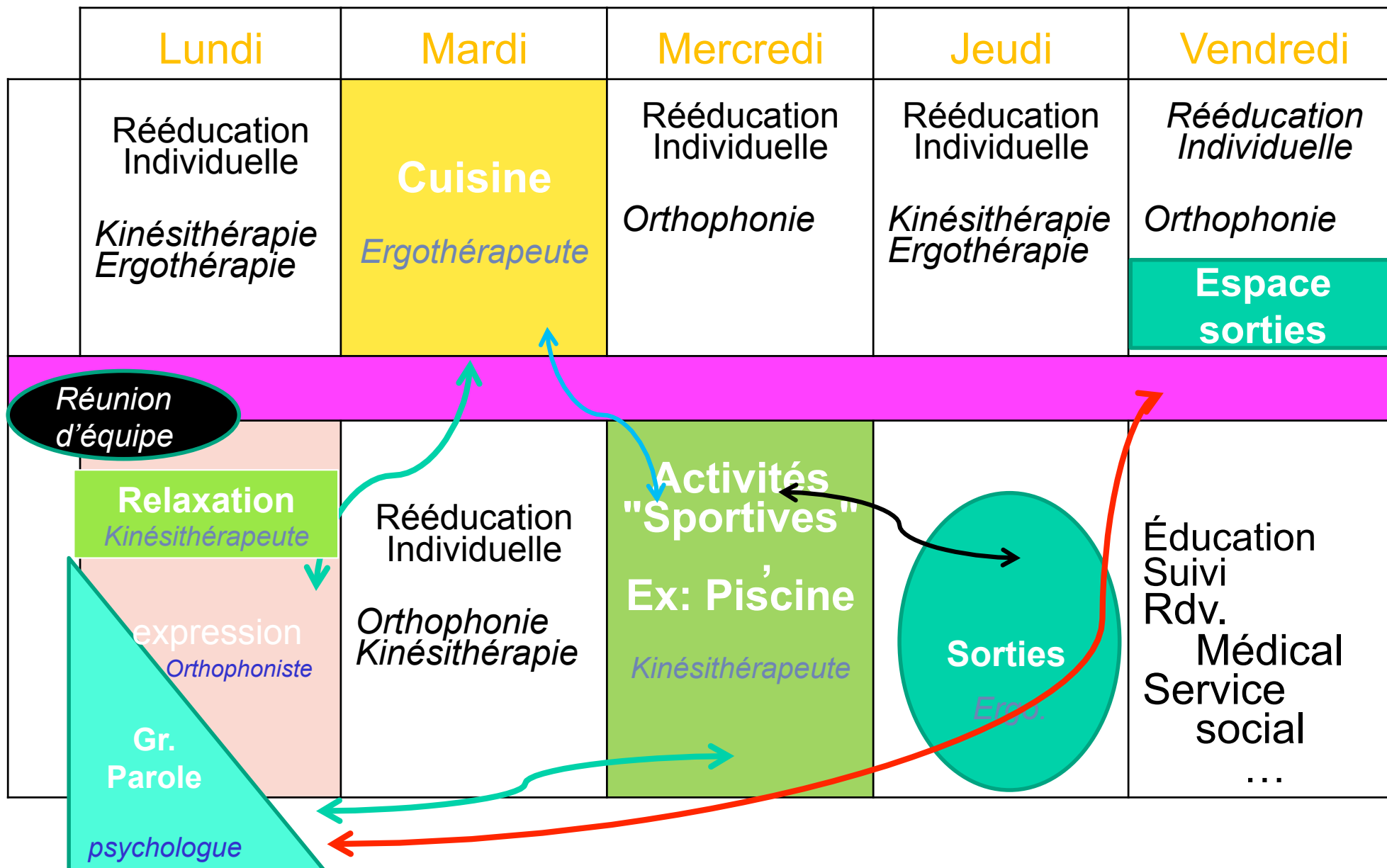
GH Pitié-Salpêtrière APHP

- Hôpital de jour
- Patients cérébrolésés (TC, AVC, anoxie cérébrales) après leur retour au domicile
- Equipe pluridisciplinaire de rééducation (ergothérapeute, kinésithérapeute, orthophoniste, psychologue, infirmière coordinatrice, aide soignant, assistante sociale, médecin)
- Objectif du programme de réadaptation
 - Favoriser l'autonomie dans des activités simples et complexes au domicile et dans la «ville»
 - «Socialiser à nouveau» grâce à une vie de groupe, et aux activités extérieures
 - Reprendre confiance en soi

Moyens de prise en charge

- Rééducation à visée de restauration :
 - Interventions spécifiques qui ciblent les déficiences
 - Kinésithérapie : rééducation motrice
 - Orthophonie: rééducation cognitive de l'attention, de la mémoire, des fonctions exécutives, du langage
 - Réentraînement des fonctions préservées
- Réorganisation et Compensation :
 - Modules altérés suppléés par modules conservés, ex : prothèse mnésique (agenda), couteau fourchettes etc.
 - Transferts des activités entraînées dans les activités de la vie quotidienne et entraînement des activités de vie quotidienne
 - Communication verbale et non-verbale
 - Incitation aux prises d'initiative et à l'organisation des activités
 - Préparation des activités et bilan

Programme hebdomadaire

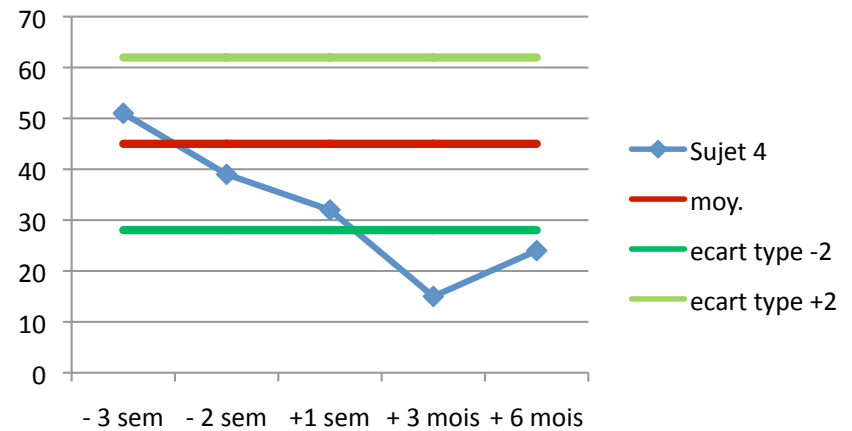
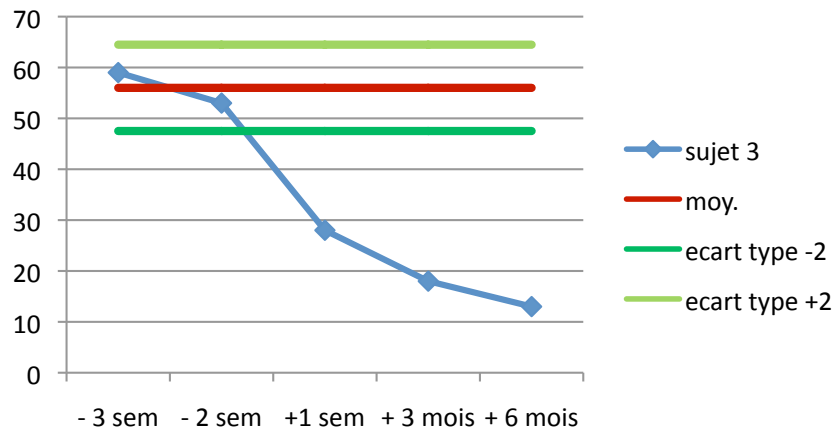
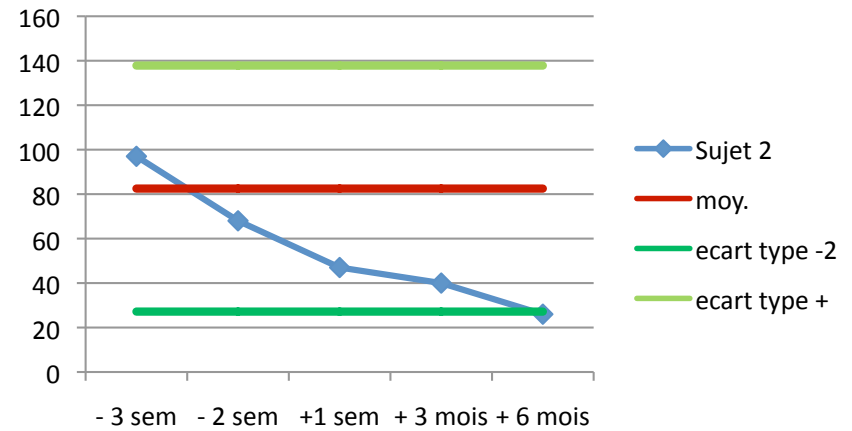
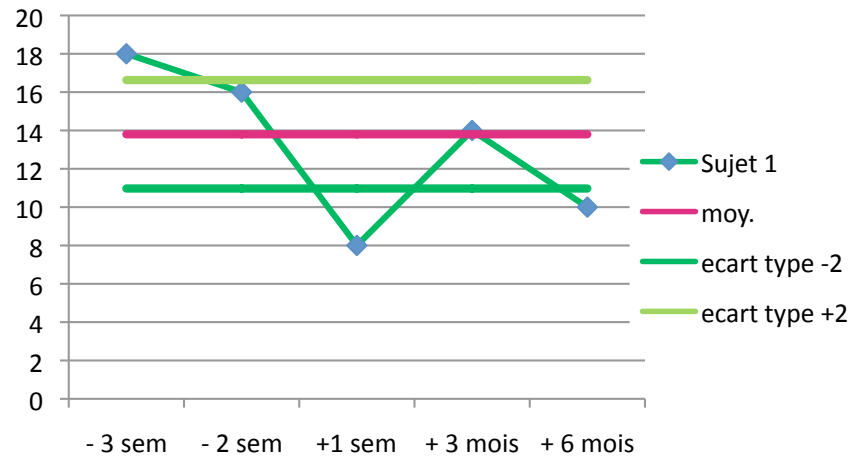


Projet de recherche clinique Collaboration UPMC (Paris) et Institut de Réadaptation Montréal, CRIR

- Documenter le programme et valider par les thérapeutes et par les participants
- Mesurer les effets du programme de réadaptation sur l'activité et la participation,
 - à la fin du programme,
 - maintien des acquis à 3 mois et à 6 mois post-programme
- Etude quasi expérimentale de 7 cas uniques multiples

Total erreurs-Test du gâteau au chocolat

(Chevignard et al. 2000; 2009)





Un établissement permettant l'interconnexion et la communication

CRFTC

**Centre ressource francilien du traumatisme
crânien**

Coordination et interconnexion des structures



- **Organisme gestionnaire** : Association Réseau Trauma Crânien ile de France
- **Centre régional de ressources et de coordination (CRFTC)**
+++ contractualisation des activités sanitaires et médico-sociales autour des cérébrolésés
- Formation des professionnels
- Standardisation et informatisation des procédures d'adressage
 - Base EVC-EPR (CRFTC)
 - Base médiale -> établissements médicaux sociaux référents cérébrolésés interconnectés (CRFTC)
- Réseaux de santé
 - Demande de **création d'un réseau TC**
 - Plateforme commune et spécificités avec le Réseau Blessé Médullaire et escarres « médullaires »
 - Centre ressources psy
- Participation aux Campagnes de prévention BB secoué et TCL
- Recherche PHRC IDF devenir à 1 an des TC graves, suivi 4 et 7 ans
- GEVA compatibilité



Communication entre sanitaire et médico-social

La GEVA Compatibilité

Echanger les informations entre les services de MPR et les MDPH

- **Evaluation de l'activité et participation**, en vie quotidienne et au domicile,
- En tenant compte des spécificités des traumatisés crâniens et cérébrolésés, en particulier troubles cognitifs et comportementaux « **handicap invisible** »
- Par les équipes multidisciplinaire des équipes MPR, médico-sociales ou de la MDPH
- **Transmission aux MDPH** des évaluations déjà réalisées pour éviter de refaire le travail et accélérer le processus décisionnel
- Proposition d'un Outil: synthèse d'évaluations et d'observations partagées en terme d'activité et participation
- GEVA compatible et pratique clinique compatible

GEVA compatibilité

- Inventaire des moyens d'évaluation adaptés aux TC
 - Par questionnaires des praticiens
 - Par une revue de la littérature
- Proposition d'un outil « GEVA compatible »
- Test auprès des équipes de MPR, médico-sociales, MDPH (en cours)
- Rédaction d'un guide (à faire)

- CRFTC et ER 06 UPMC
- Ergothérapeutes : Chantal Taillefer, Laurent Devos, Frederique Poncet
- COPIL

Mission interministérielle

Mission inter ministérielle pour un rapport et proposition de recommandations

- Continuité de la prise en charge des patients entre le milieu sanitaire, médico-social et social
- Groupe de travail 14 personnes et 30 auditions
- Enquête auprès des ARS et enquête ES 2006 sur les adultes et enfants handicapés
- Mission Avril 2010
- Rapport Décembre 2010
- Remis le Mercredi 8 février 2012
- Programme d'action en faveur des traumatisés crâniens et blessés médullaires

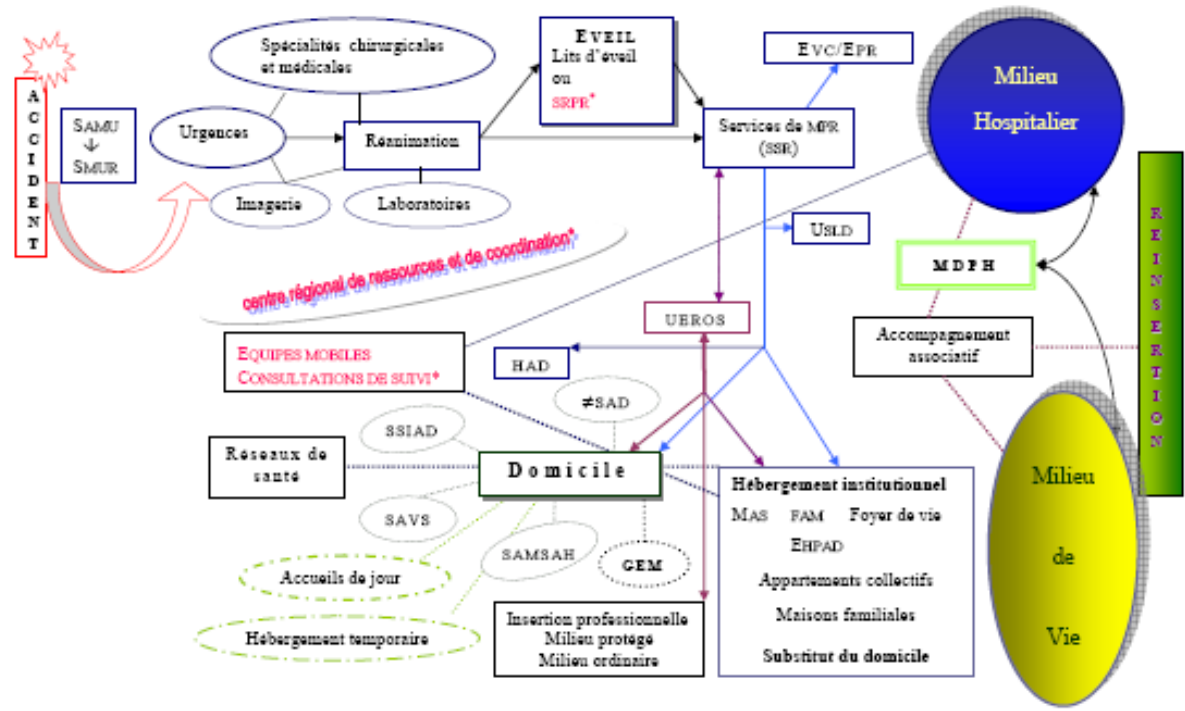
Exigence d'une prise en charge adaptée

- Une continuité de prise en charge à assurer **tout au long de la vie**
 - Les étapes de la prise en charge hospitalière et des points de passage d'une étape à l'autre (réanimation, Soins de suite et Réadaptation: SSR)
 - Articulation Hôpital- reprise du cours de la vie, recours itératif aux soins
 - Recours aux structures médico-sociales
- Tributaire d'un dispositif global de soutien et d'accompagnement

Facteurs limitants

- Insuffisances
 - Une **connaissance lacunaire** sur les séquelles des TC
 - Des **dispositifs hétérogènes selon les régions** , rarement complets
- Des modalités de fonctionnement insuffisamment adaptées
 - Manque de reconnaissance de la **spécificité de la prise en charge des patients traumatisés crâniens en terme de lourdeur et de durée**
 - La **faiblesse des dispositifs d'accompagnement**
 - Les imperfections du dispositif de réparation et d'indemnisation

Tableau de correspondance Atteinte crânio-cérébrale ou vertébro-médullaire/Evolution/Structures de prise en charge et d'accompagnement



* créations recommandées ; structures existantes dans certaines régions

Recommandations

- 1- Généraliser des dispositifs propres à assurer la qualité, la pertinence, la continuité et la sécurité des soins, des prises en charge et de l'accompagnement
- 2- Sécuriser et accompagner le retour et le maintien en milieu de vie
- 3- Prévenir et Protéger

1- Généraliser des dispositifs propres à assurer la qualité, la pertinence, la continuité et la sécurité

1. Instaurer des protocoles de prise en charge et **structures référentes** à toutes les étapes, et **adapter les moyens** d'accueil et de traitement
 - Centres de référence
 - **En SSR – MPR** : Service de Rééducation Post Réanimation / Hospitalisation Traditionnelle / HAD et Hôpital de Jour
 - Consultations de suivi
 - Place de l'accompagnement psychologique et psychiatrique
2. Favoriser la continuité par la **coordination et l'interconnexion** des niveaux et structures de prise en charge : **développer une palette d'offres interconnectées au sein de plateformes régionales**
 - Centres Régionaux de Ressource
 - **MDPH**, langage commun , GEVA compatibilité
 - Réseaux de santé
3. Développer et renforcer la **formation** des professionnels
4. Développer la **recherche** et recueillir des données épidémiologiques

2-Sécuriser et accompagner le retour et le maintien en milieu de vie

5. Diffuser et développer les dispositifs et les structures de soutien à la vie au domicile
 - Développement des dispositifs et supports: FAM et MAS de jour, SAMSAH, SIIAD, SAVS, UEROS
 - Interconnexion des interventions médico-sociales
6. Développer et diversifier les lieux de vie substitutifs au domicile
 - MAS, FAM, logis accompagnés, moyens d'une prise en charge lourde; unités dédiées référentes, SLD sujets jeunes, EVC-EPR
7. Renforcer les mesures de réinsertion sociale et professionnelle
 - COMETE, UEROS, ESAT, Conduite automobile
8. Rénover et adapter le régime de réparation et d'indemnisation

3- Prévenir et Protéger

9. Prendre en compte la situation particulière des enfants et organiser le passage d'accompagnement enfant-adulte
10. Organiser un suivi spécifique pour les populations les plus vulnérables
 - Traumatismes Crâniens Légers
 - Forte charge en soins: troubles du comportement, polypathologie, locked in
 - Personnes isolées ou défavorisées,
 - Sujets âgés
11. Développer des campagnes de communication et de prévention

Programme d'action

Programme d'action en faveur des Traumatisés Crâniens et Blessés Médullaires

- Mercredi 8 Février 2012
- Visite de mesdames Nora Berra secrétaire d'état à la santé et Marie-Anne Monchamp, secrétaire d'état aux personnes handicapées
- Hôpital Raymond Poincaré à Garches
- Présentation du rapport TC
- Annonce du programme d'action TC et BM



Programme d'actions 2012
en faveur des traumatisés crâniens
et des blessés médullaires

Mission interministérielle
en vue de l'élaboration d'un plan d'action
en faveur des traumatisés crâniens
et des blessés médullaires

Axe A

Prévenir et protéger

Axe A prévenir et protéger

- **Mesure I Améliorer les connaissances épidémiologiques**
 - Réaliser un document de synthèse sur l'épidémiologie
 - Financement d'une étude sur le devenir sur les TC victimes d'accident de la route (ESPARR)
- **Mesure II Prévenir et Protéger**
 - 2 populations cibles
 - **Traumatisés crâniens légers**
 - Action informer les blessés : diffusion des plaquettes TCL
 - Sensibiliser les professionnels de santé aux conséquences des TCL
 - **Bébé secoués**
 - Action diffuser l'information en direction du grand public et des professionnels
 - **Site d'information sur les TC et BM sur le site du ministère**

Axe B

Généraliser les dispositifs propres à assurer la qualité, la pertinence, la continuité et la sécurité des soins, des prises en charge et de l'accompagnement

Axe B (1)

- **Mesure III Garantir une offre de soin qui répond aux besoins des personnes traumatisés crâniens**
 - Identifier région par région les carences de l'offre hospitalière (ARS)
 - Des **consultations de suivi systématisées et multidisciplinaires** pour éviter les ruptures de soin
 - **Centre ressource national**: centres ressources régionaux ou interrégionaux avec une coordination nationale
 - Évaluer la réponse qualitative de l'offre **post coma et EVC-EPR**
 - Étude sur la pec de l'éveil post coma (encadrer les SRPR par un texte
 - Etude sur la pec des patients en EVC-EPR : pertinence et qualité de pec
 - Définir l'action des SLD et les ouvrir aux moins de 60 ans
 - **Financement** adapté
 - Développer la formation professionnelle continue des professionnels de santé
 - Réponses adaptées aux **personnes TC avec troubles sévères du comportement**

Axe B (2)

- **Mesure IV Favoriser la coordination et l'interconnexion**
 - Projet GEVA compatibilité pour les TC
 - Publication de l'étude menée par ARTC IDF
 - Rapport 30 mars 2013
 - Financement CNSA

Axe C

Sécuriser le retour et le maintien en milieu de vie ordinaire

Axe C

- **Mesure V Diffuser et développer les dispositifs et les structures de soutien et coordonner les différentes interventions médico-sociales**
 - Fixer aux ARS l'objectif d'achever le maillage territorial des SAMSAH et UEROS
 - Doter les ARS d'outils méthodologiques pour organiser l'offre sur ce secteur
 - Équilibre entre places dédiées et places généralistes
- **Mesure VI Favoriser l'autonomie et l'insertion sociale des personnes TC**
 - Création de GEM 40 places en 2012

Conclusion

- Espoir des progrès d'organisation suite au rapport sur les TC
- Nécessité de l'implication des différents partenaires associatifs et professionnels