

L'accompagnement condition d'une inclusion réussie

Pr Pascale PRADAT DIEHL, Chef de Service MPR à la Pitié Salpêtrière
Parthena COUHE, Coordinatrice parcours de soin, GHPS

La Coordination : un dispositif inclusif

Etude Paris TBI : 30% des blessés sortent de MCO sans suivi adapté

- Eviter les ruptures de parcours/perte de chance de récupération/problématique socio-familiale
- ASSURER UN SUIVI DE TOUS LES PATIENTS AVEC LCA QUI SORTENT DIRECTEMENT A DOMICILE
- REALISER UNE COORDINATION DE PARCOURS POUR LES PATIENTS PRESENTANT DES SEQUELLES COGNITIVES et/ou COMPORTEMENTALES

Historique

1970 : intervention d'un medecin MPR en neurochirurgie.

2009 : Neuropsychologue du service MPR détachée pour intervenir en neurochirurgie.

2012 : Expérience du CRFTC avec l'intervention d'un médecin MPR en réa et neurochirurgie afin d'orienter les patients et limiter les perdus de vue.

2015 : Création Pole Cap Neuro par l'ARS-IDF

- un ETP de coordination LCA financé par l'ARS, à travers le réseau SLA, travaillant au sein du service de MPR de la Pitié-Salpêtrière en lien avec l'ARTC.

2018 : création d'un ETP de coordination via un financement ARTC d'une année (subvention du Comité national Coordination Action Handicap CCAH)

- Déploiement de deux coordinatrices sur des hôpitaux assurant des Grandes Gardes de neurochirurgie (Bicêtre et Beaujon)

2019 : Obtention d'un financement de l'ARS en réponse à un appel à manifestation d'intérêt pour le maintien de la coordination

- En cours de déploiement.

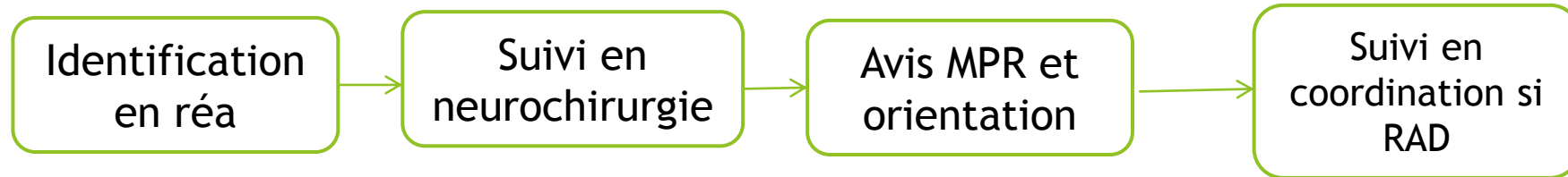
Missions de la coordination

IDENTIFIER LES PATIENTS PRESENTANT UNE LCA PASSANT PAR LES HOPITAUX PARTICIPANT A LA GRANDE GARDE DE NEUROCHIRURGIE

- ▶ EVITER LES RUPTURES ET LES PERTES DE CHANCE EN ASSURANT LA BONNE ORIENTATION.
- ▶ ACCOMPAGNER LES PATIENTS LCA SORTANT DIRECTEMENT A DOMICILE.
- ▶ INFORMER LES PATIENTS ET LEURS FAMILLES SUR LES TROUBLES, LE PARCOURS ET LES RESSOURCES.
- ▶ FAVORISER L'ACCES AU SOIN.
- ▶ PREVENIR LES CONSEQUENCES DU HANDICAP.
- ▶ COLLECTER DES DONNEES SUR LE PARCOURS DES PERSONNES AVEC LCA.

Fonctionnement

- ▶ Intervention hebdomadaire sur site pour identifier les patients victimes d'une LCA.
- ▶ Evaluation et échange avec les équipes d'hospitalisation.



• Médecin MPR :

- Avis sur les indications de rééducation.
- Aide à l'orientation en SSR.
- Admission dans le service.

• Coordinatrice:

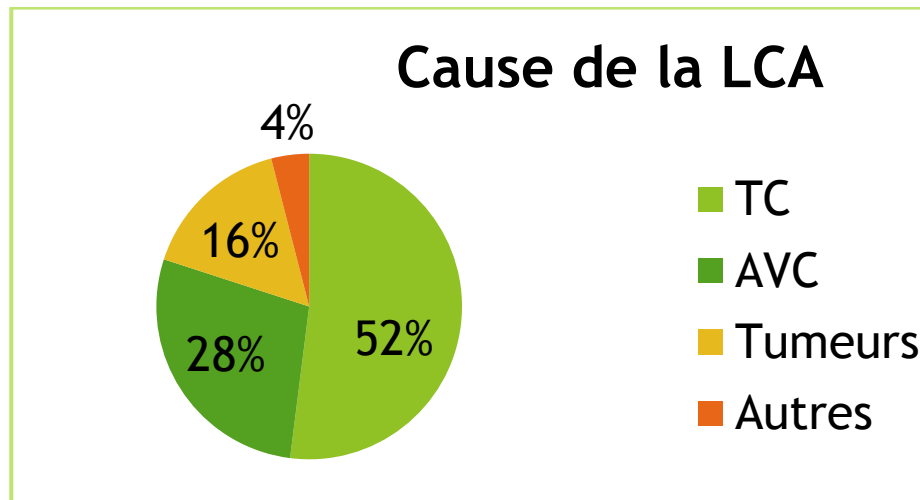
- Aide à l'orientation en SSR (ressource)
- Identification et suivi des patients RAD direct.

Accompagnement des patients : lors de l'hospitalisation

- ▶ EN REANIMATION : Identification des blessés, recueil des éléments médicaux.
- ▶ EN NEUROCHIRURGIE : Evaluation et aide à l'orientation.
- ▶ AVANT LE RETOUR A DOMICILE :
 - Rencontre en chambre.
 - Présentation de la coordination.
 - Echange autour du retour à domicile et des difficultés possibles.
 - Remise d'une plaquette d'information avec les coordonnées.

La coordination après l'hôpital : pour quels patients ?

- ▶ Patients cérébro-lésés : **261** patients issus de MCO inclus en 2018 sur les 3 sites.



- ▶ Stabilisés au niveau médical
- ▶ En capacité de rentrer au domicile : « pas de troubles moteurs invalidants ou logement accessible, pas de difficultés cognitives massives ou de troubles du comportement, entourage présent. »

Accompagnement : le suivi téléphonique

- Temps de rappel à 1 mois, 3 mois, 6 mois :

Utilisation d'un questionnaire téléphonique : données sociales, médicales et évaluations des plaintes et du niveau de handicap (RIVERMEAD, DRS)

Prévention : Information sur les troubles cognitifs, la reprise de la conduite, reprise du travail, parcours de soin, expertise.

Lien : entre les différents intervenants

Orientation : Vers un circuit de soin adapté en fonction des difficultés.

Soutien psychologique : Ecoute réassurance.

Dispositif s'adapte en fonction des besoins et de la temporalité du patient

Accompagnement : différents besoins

Retour à l'état de santé initial

- Information troubles cognitifs, fatigue
- Conseil « d'hygiène de vie »
- Prévention de la reprise de la conduite
- Prévention de la reprise du travail

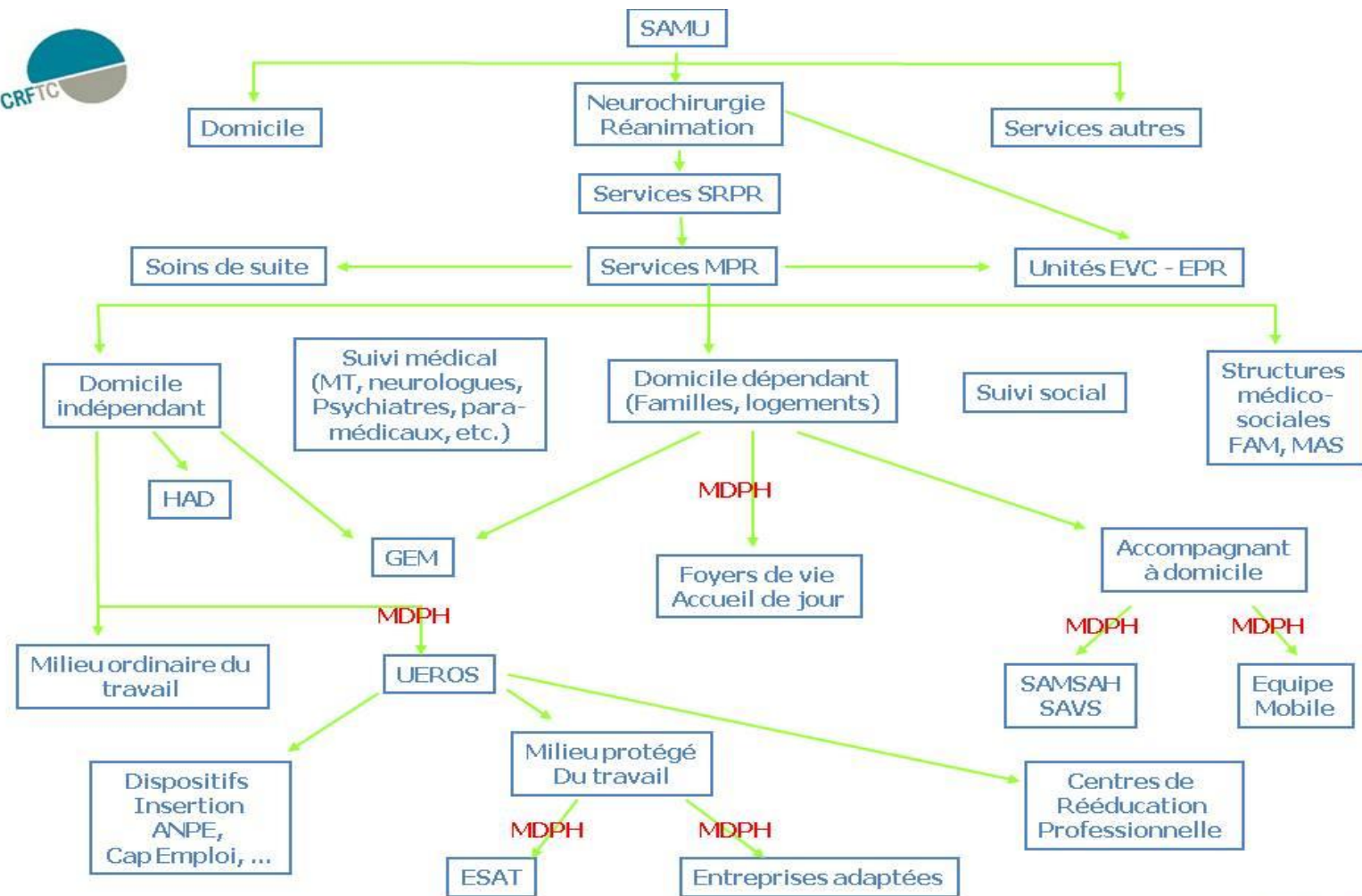
Entrée dans le handicap

- Orientation vers la CMD, ou consultation MPR.
- Accompagnement de la mise en place des préconisations et de la réalisation des démarches administratives.

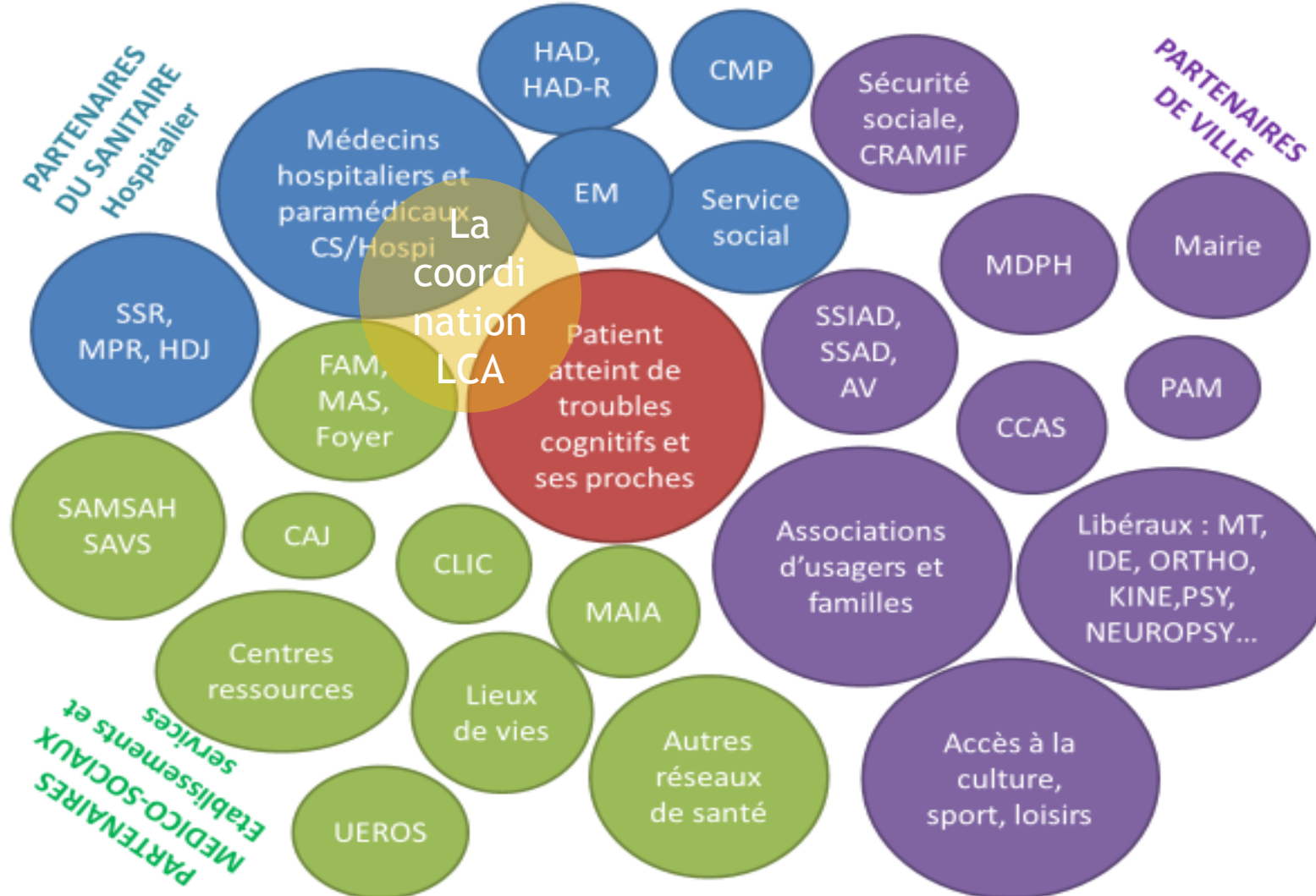
Situation complexe

- Orientation vers la CMD ou consultation MPR.
- Aide à la réalisation des démarches administratives.
- Prise des différents RDV et rappel des différents RDV.
- Recherche des intervenants et mise en place de la rééducation.

Accompagnement : LE parcours ?



Pas UN parcours : DES parcours...



HISTOIRES DE VIES

Cas Concrets

Histoire de vie :

➤ Mlle H. 16 ans

Pas d'ATCD.

En classe de 3^e, passage en seconde générale à la rentrée de Septembre.

En garde alternée chez ses parents, vit à Paris.

TC en Juin 2017. AVP en vélo avec tiers identifié.

Histoires de vies :

► Mlle M. 47 ans.

ATCD : Bipolaire stabilisée.

Secrétaire d'auto-école

Vit seule mais a un compagnon.

Rupture d'anévrisme en Aout 2017.

Histoire de vies :

► Monsieur B. 52 ans :

ATCD :

Arthrose invalidante des poignets et lombaire.

Entrepreneur dans le bâtiment, en arrêt maladie.

Propriétaire de son appartement.

Père de 2 enfants d'une première union qui vivent en Espagne.

Compagne qui vit en Italie.

Suivi depuis 2017, suite à un traumatisme crânien en Novembre 2016.

Conclusion

- ▶ La coordination un dispositif inclusif.
- ▶ Permet un accompagnement entre la ville et l'hôpital/entre le soin et le quotidien.
- ▶ Dispositif souple s'adapte aux besoins et à la temporalité du patient.
- ▶ Réflexion sur les point de rupture des parcours et les dysfonctionnements.

Limites :

La difficulté de travailler sur toute l'île de France notamment pour développer le partenariat avec les acteurs de ville.

La charge exponentielle des patients.

Le besoin de développer le dispositif sur tout le territoire...

Merci de votre attention