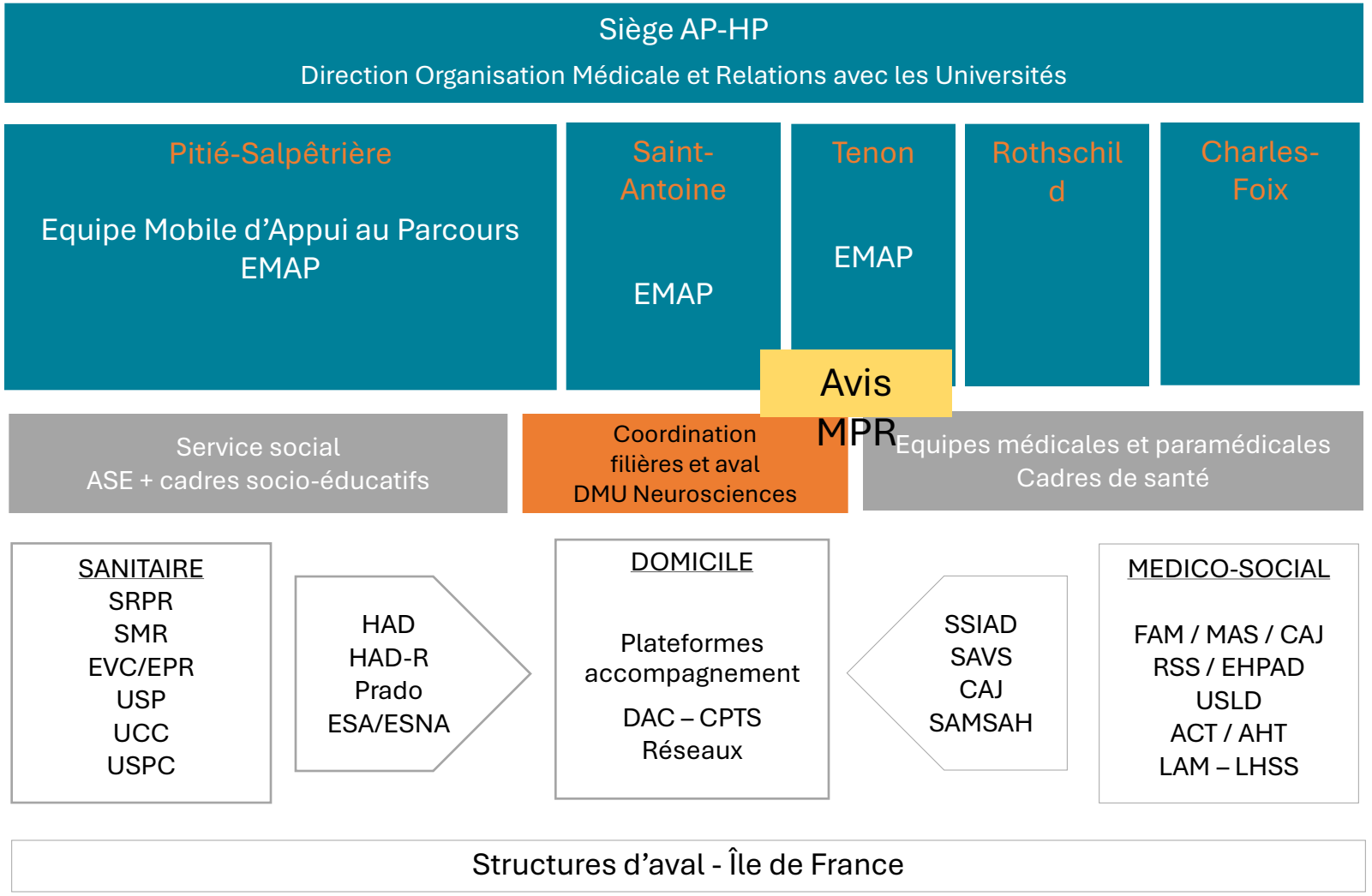
Place de l’évaluation précoce dans la coordination de parcours

Dr Hélène Robert
Médecin de MPR

Charlotte Guichard
Coordinatrice Filières et Aval pathologies neurologiques

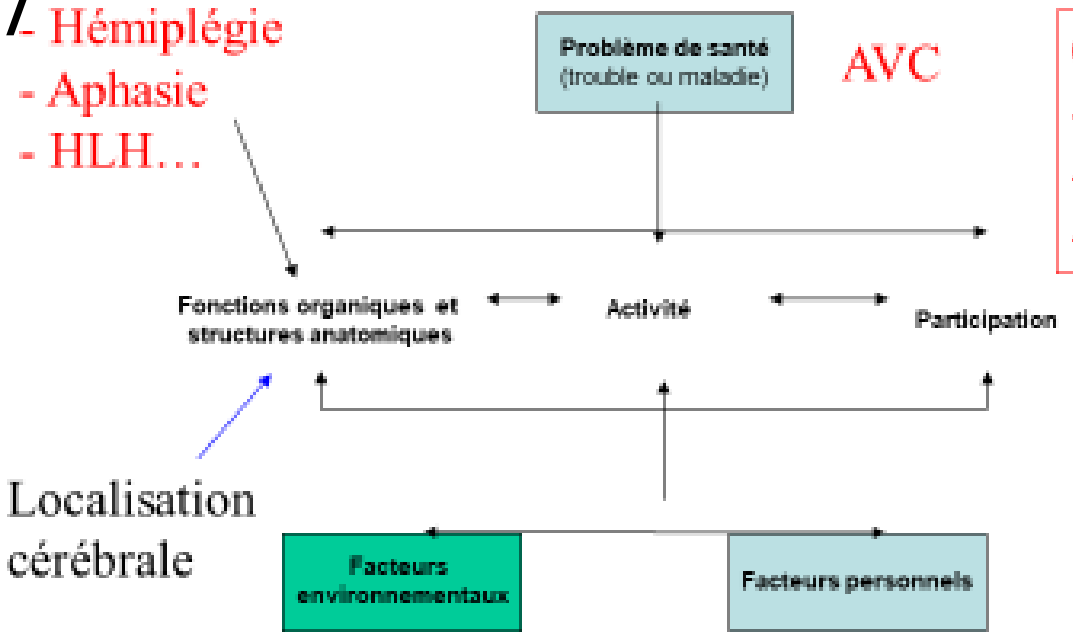
GHU Sorbonne-Université - Hôpital Pitié-Salpêtrière

Missions et périmètre d'intervention



Déficiences / Séquelles

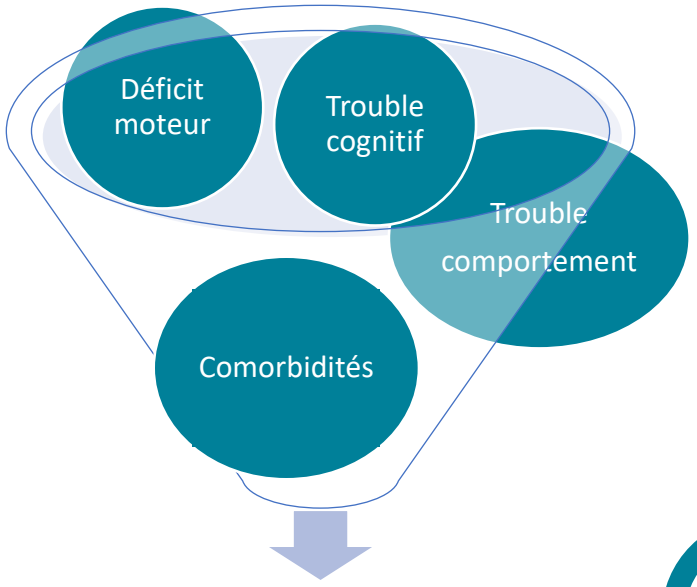
Sémiologie:
- Hémiplégie
- Aphasie
- HLH…



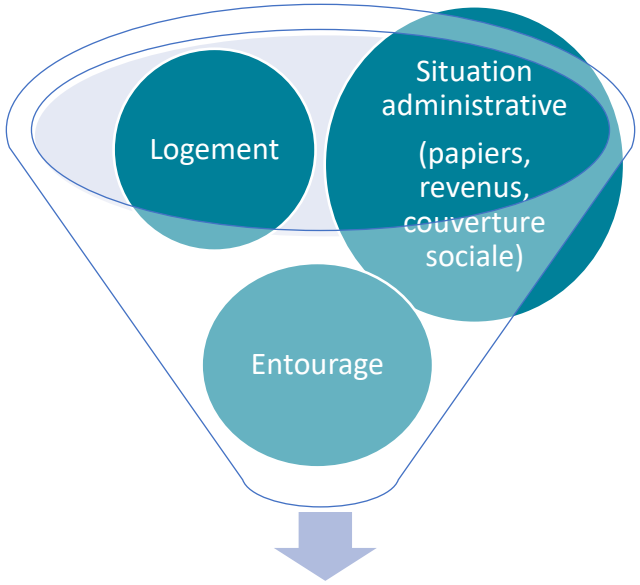
Société, famille
Accessibilité, lois sociales, etc

Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (OMS)

Spécificités du patient neurologique



COMPLEXITÉ MÉDICALE



COMPLEXITÉ SOCIALE

AUTONOMIE

DÉMARCHES ET DÉLAIS

RISQUE DE BLOCAGE
À TOUTES LES ÉTAPES DU PARCOURS

En Réanimation Neurochirurgicale - Neurochirurgie : Actions MPR

- Passage 1*/semaine

- En réanimation :
  - revoir positionnement / attitudes vicieuses
  - évaluation phase éveil / état pauci-relationnel - conscience minimale
  - optimiser parcours de soin

- Liens renforcés avec la création du SRPR qui a ouvert le 3.11.25

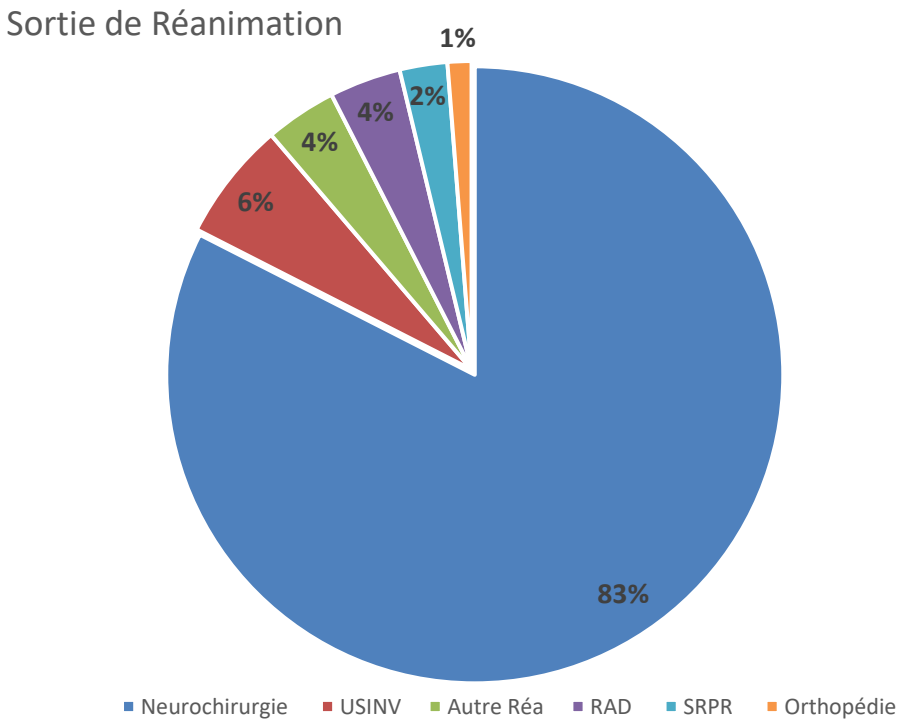
En Neurochirurgie : Dépistage handicap invisible

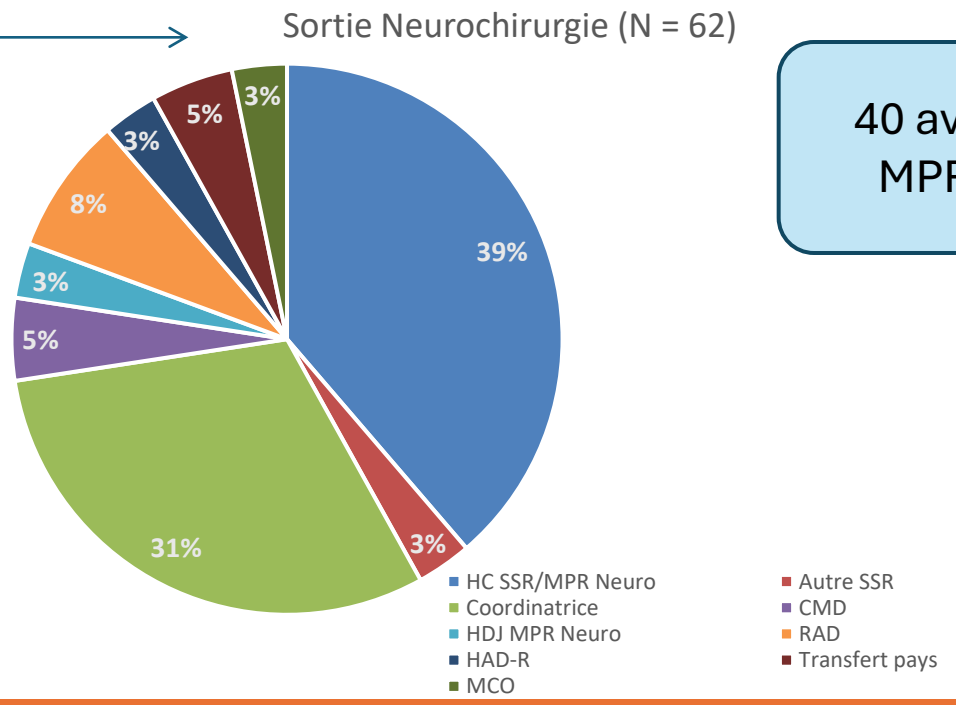
- Définir meilleur parcours de soin
  - RAD +/- kiné / ortho libéral → Coordinatrice CRFTC et/ou CMD
  - HAD-R
  - HDJ Neuro
  - HC MPR/SSR Neuro → Evaluation Ergothérapeute et/ou MPR
- Contact avec autres médecins MPR
- attendre 24-48h après remontée de réanimation

SUITES REA sur 3 mois 1er trimestre 2023

- 112 patients -> 19 toujours H / 13 décédés
- 80 sortants en 3 mois (durée moy 21,7j)

66 en Neurochirurgie (durée moy séjour 11,2j)





40 avis MPR

En Neurochirurgie sur 2024

sur PSL : 365 avis / an -
durée moyenne 36 minutes
73 TC

- 125 avis en 1 an - en moyenne 3/semaine - durée moyenne 26 min
  - 49 TC (39,2%)
  - 53 AVC (32 HSA - 18 Hématomes - 3 MAV) (42,4%)
  - 18 tumeurs bénignes (14,4%)
  - 5 autres (4%)

--> 17 problématiques social (13,6%) / 49 pas de handicap social mais nombreuses données manquantes (59)

--> 42 patients avec Rankin ≥ 3 handicap modéré à sévère (33,6%) / 8 avec Rankin < 3 mais nombreuses données manquantes (75)

Actions des paramédicaux

- Réalisation de bilans moteur et cognitif, en réanimation et neurochirurgie (LAST, GOAT, BREF, MOCA, CRS-R)
- Réaliser des bilans FONCTIONNELS (cognitifs, moteurs et AVQ) pour orienter les patients avec MPR

- Actions de rééducation :

- Positionner dans le cas de positions vicieuses/spastiques
- Travail des transferts, équilibre, marche
- Stimuler cognitivement
- Stimuler la reprise des actes de la vie quotidienne

Indications MPR : objectifs réalistes

HC

- Diagnostic neurologique posé, pronostic établi.
- Médicalement stable
- Bonne autonomie antérieure, âge physiologique < 75 ans et bon état général
- Non autonome ou RAD impossible (aphasie, troubles cognitifs)
- Potentiel de récupération
- Projet de vie anticipé avec la famille

HDJ

- Diagnostic neurologique posé, pronostic établi.
- Médicalement stable
- Bonne autonomie antérieure, âge physiologique < 75 ans et bon état général
- Potentiel de récupération
- Domicile adapté / présence de proches aidants

⚠ **Logement isolé (conduite impossible)**

⚠ **Cuisinière au gaz ?**

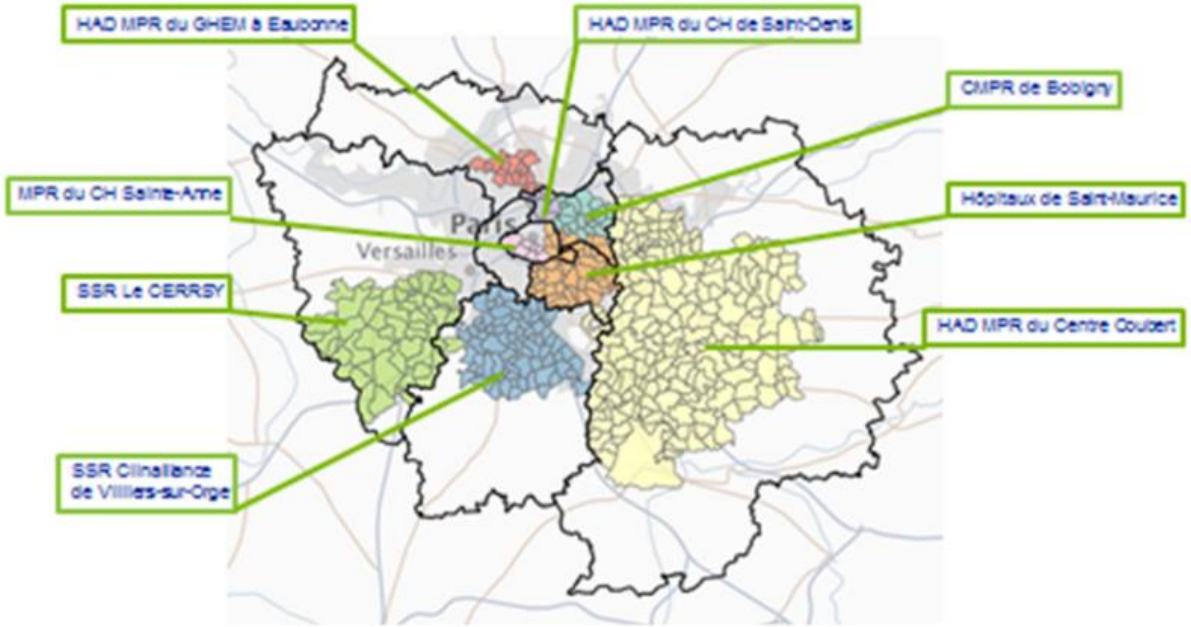
⚠ **Possibilité de prévenir en cas d'urgence?**

⚠ **Accessibilité du logement**

L' HAD-R

L'HAD de Réadaptation propose une rééducation/réadaptation écologique pluridisciplinaire coordonnée sur le lieu de vie du patient (associée à des soins réalisés en partenariat avec l'HAD polyvalente) sur une durée limitée.

- Intervenants: Médecin MPR, kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, psychologue, neuropsychologue, EAPA
- Projet personnalisé
- Accompagnement du relai
- Suivi médical par le médecin traitant
- Demande d'admission par ViaTrajectoire



Equipe mobile

- Une équipe qui se déplace sur le lieu de vie afin d'évaluer les besoins du patient et de ses proches pour favoriser le retour ou le maintien à domicile.
- Intervenants: médecin MPR, ergothérapeute, assistante sociale, secrétaire.
- Fiche de demande d'intervention à remplir par un professionnel (avec accord du patient).
- Actions:
  - Soutien à l'élaboration du projet de vie
  - Conseiller dans le choix des prestations adaptées (aides techniques et humaines, adaptation du logement)
  - Evaluation sociale et ouverture de droits
  - Favoriser les activités socio-professionnelles
  - Mise en relation avec les services de proximité et coordination
- L'équipe mobile ne dispense pas de soins, ni de rééducation.

Date de la demande : format JJ/MM/AAAA.

Accord du patient : ☐ OUI ☐NON

IDENTITE DE LA PERSONNE CONCERNEE

Nom : Prénom : Sexe : ☐ F ☐ M Date de naissance : format JJ/MM/AAAA.

Situation actuelle : ☐ Hospitalisé, date de sortie : format JJ/MM/AAAA. ☐ Au domicile ☐ En établissement médico-social

Adresse : Téléphone :

Situation familiale : ☐ Seul(e) ☐ En couple ☐ En famille ☐ Autre: Profession :

Personne ressource : Téléphone : Lien de parenté :

PROFESSIONNEL A L'ORIGINE DE LA DEMANDE

Nom : Fonction : Téléphone/ Email:

Service/Structure et adresse :

MEDECIN TRAITANT

Nom : Téléphone/Email:

Adresse :

PATHOLOGIE(S) **Merci de bien vouloir joindre tous les documents médicaux en votre possession : CRH, courrier récent**

Pathologie(s) : Date de diagnostic : format JJ/MM/AAAA.

Précisez le tableau clinique et fonctionnel actuel :

INTERVENANTS EXTERIEURS

Type de structure / professionnels concernés	*Coordonnées*	*Fréquence*	*Type d'intervention*

NATURE DE LA DEMANDE

- ☐ Information, conseils ou orientation
- ☐ Evaluation/aménagement domicile
- ☐ Evaluation fonctionnelle (physique/cognitive)
- ☐ Evaluation aide humaine
- ☐ Evaluation aide technique
- ☐ Aide administrative
- ☐ Amélioration de la participation sociale
- ☐ Formation aide aux aidants
- ☐ Autres

QU'ATTENDEZ-VOUS DE L'EQUIPE MOBILE DE READAPTATION - REINSERTION ?

Coordonnées des

EM de réadaptation – réinsertion d'Ile de France :

EM Pitié-Salpêtrière **75-94**, 01.42.16.11.19, equipemobile-mpr.pitie-salpe@psl.aphp.fr
EM Rothschild **75**, 01.40.19.36.38, equipemobile.parisest@rth.aphp.fr
EM Lariboisière **75**, 01.49.95.61.52, equipemobile.mpravc@lrb.aphp.fr
EM Garches **92-78**, 01.71.14.49.88, equipemobile.pifo@rpc.aphp.fr
EM Sud Parisien **75-92,** 01.75.60.60.35, equipemobile.sudparisien@ladapt.net
EM A. Chenevier **94**, 01.49.81.33.58, equipemobilessr.ach@aphp.fr
EMHIF **95-93-92**, 01.34.46.64.51, contact@emhif.fr
EM St-Maurice **94**, 01.43.96.69.80, secretariat.em@ght94n.fr
EMOVY **95-78**, 01.84.12.20.53, emovy@ght-novo.fr
EM GCS Sud **78**, 01.30.88.88.92, r.faquet@gcs-repy.fr
EM Villiers **91**, 01.69.46.71.22, equipemobilessr@villiers.clinalliance.fr
EM Nord **77**, 01.64.40.40.01, equipemobile-ssr77@probtp.com
EM Sud IDF **77**, 07.76.05.02.36, contact@emrsudidf.fr
EM Provins **77**, 01.64.60.47.89, equipemobileavc@ch-provins.fr
EM Bobigny **93**, 01.43.93.26.80, equipemobile.bobigny@fondationcos.org

Ci-après la plaquette des équipes mobiles d'IDF pour plus d'informations : **https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2018-03/SSR-plaquette-EMSSR-AVC-2017.pdf**

Fin de document

Trajectoire pour HC/ HDJ/ HAD-R

GH

Tutoriel trajectoire pour aider à le remplir

⚠ Orientation : polytraumatisme -> orientation neurologique

⚠ Cohérence volet autonomie dans soins et projet

⚠ Nécessité évaluation patient ++

Madame H - 74 ans
NEUROCHIRURGIE
63j avant sollicitation

AVC G *"Hémiplégie **G** / aphasie / gastrostomie / grabataire"*
→ Dysarthrie / PF / tbs déglutition
→ Sortie SMR en 7 jours / avant RAD validé avec les enfants

DMU

Autres Éléments Médicaux

Résumé d'hospitalisation : HISTOIRE DE LA MALADIE : traumatisme avec bouteilles dans un contexte d'alcoolisation aigue avec consommation de whisky agression avec barre de fer Retrouvé par les secours: pose d'un collier cervical, douloureux EXAMEN INITIAL : stable hémodynamiquement, somnolent, ralenti, comprend les ordres simples, Auscultation cardiaque: pas de douleur thoracique, pas de souffle, examen pneumo: murmure vésiculaire présent bilatéral examen neuro: pupilles symétriques et réactives, pas d'anomalie des paires craniennes examen ORL: otorragie à droite TDMc : Contusion hémorragique bilatérale basi-frontales et temporales. Hémorragie méningée. Pneumocéphalie. Fracture bilatérale des rochers. Oedème cérébral

Antécédents non déjà signalés : *NC*

Volet Soins Et Projet

Indépendance

Ventilation : **RAS**

État cutané : **RAS**

Appareillage : **RAS**

Capacités fonctionnelles : **Aucune aide**

Alimentation : **Aucune aide**

Communication : **Aucune aide**

Troubles de la conscience, de l'humeur, cognitifs, comportementaux : **Aucune aide**

Informations complémentaires : *NC*

Indication SSR ?

Autres Éléments Infirmiers

Poids (en kg) : *NC* Taille (en cm) : *NC* IMC : *NC*

Séjour Ou Prise En Charge

Chambre 1 lit médicalement nécessaire : *NC*

☐ Retour à domicile ou maintien dans le lieu de vie actuel en attendant la prise en charge

Projet De Soins Et Suivi

Rendez-vous pris pour le patient : *NC*

Orientation pour le devenir du patient : *NC*

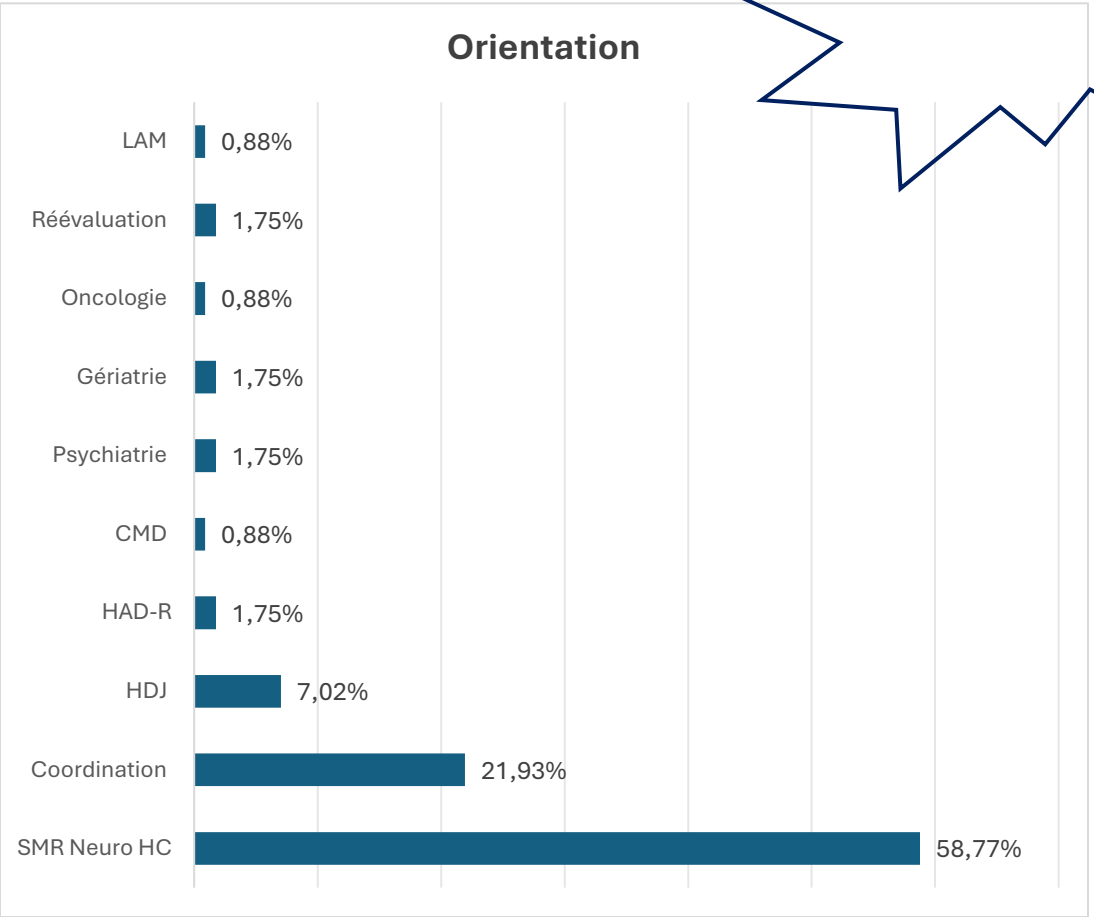
Démarches envisagées : *NC*

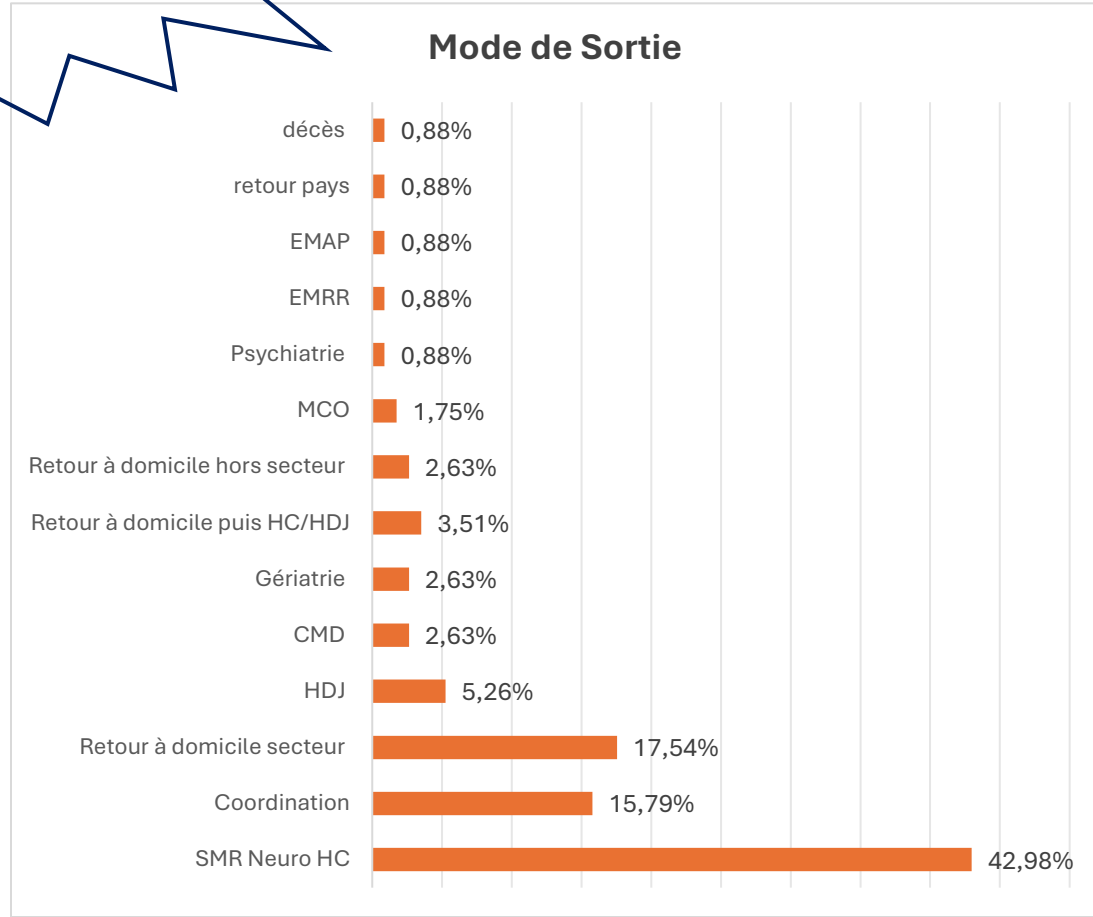
Besoin d'accompagnement social : *NC*

Volet Administratif Et Social

Avis en 2024

33 réorientations (26,4%)





Avis en 2024

- 8 patients hospitalisés de Neurochirurgie dans le service en MPR
- 21 patients hospitalisés des UCV

- 31 patients orientés en CMD
- 3 orientés en HDJ dans le service

Modalités d'intervention

Signalement

MÉDECINS – CADRES
EMAP - SSH
mail – tél - réunion

Analyse médicale dossiers
ORBIS
Trajectoire

Échange équipe médico-sociale

Évaluation du patient dans le service

Enquête famille

Avis spécialisés
Neuro - Psy
MPR
-
Ajustement des demandes

Actualisation dossier Trajectoire

Mobilisation partenaires
-
Contacts directs médecins direction structures aval

↘ délai d'appel (-14 jours)

↘ DMS en MCO (-13 jours) et en SMR (-15 jours)

Facteurs de complexité médicale

139 dossiers LCA analysés*

77% AVC
23% TC

Déficit moteur	Troubles cognitifs	Troubles comportement
79 %	91 %	18 %

ATCD neuro	ATCD psychiatrique	ATCD addicto
42 %	15 %	19 %

Stomie alimentation	Trachéotomie	Aides antérieures
15 %	2 %	20 %

* Étude en cours – population totale 469 patients depuis Janvier 2019

Facteurs de complexité sociale

139 dossiers LCA analysés*

5 niveaux de complexité

0/4	1/4	2/4	3/4	4/4
55 %	10 %	9 %	16 %	9 %

45%

4 items

Logement	Revenus	Couverture sociale	Entourage
35 %	28 %	13 %	40 %

* Étude en cours – population totale 469 patients depuis Janvier 2019

Avis MPR

139 dossiers LCA analysés*

1 avis	2 avis	6 avis
24 = 17%	12 = 9%	1 DMS = 868 jours → rapatriement

26 %

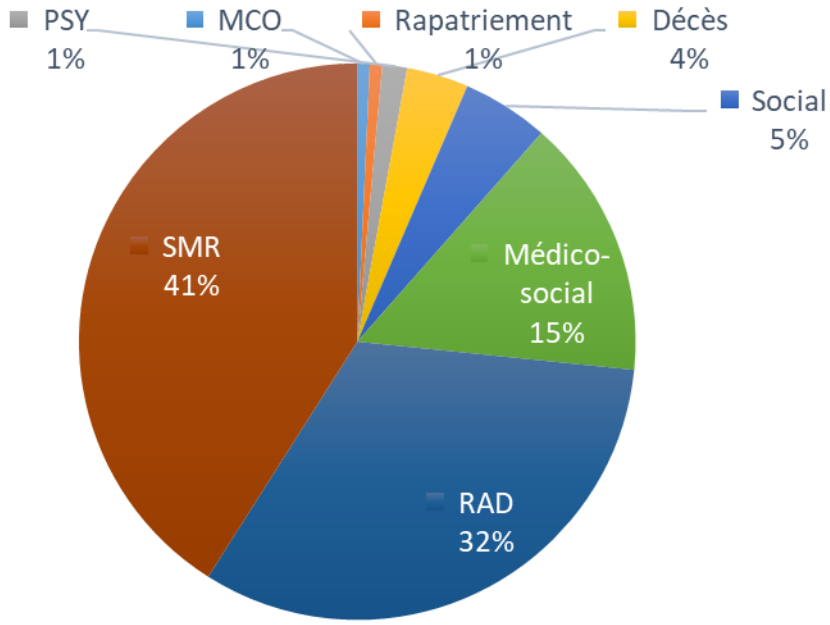
Pas d'avis	Non Applicable (HC en SMR)
53 = 38%	49 = 35%

* Étude en cours - population totale 469 patients depuis Janvier 2019

Modalités de sortie et structures d'aval

139 dossiers LCA analysés*

- **SMR 41% :** EVC-EPR, SRPR, MPR, autres SMR
- **RAD 32% :** aides à domicile, HAD, HAD-R, HDJ
- **Médico-social 15% :** FAM/MAS, RSS, EHPAD, USLD
- Décès à l'hôpital : 4%
- MCO 1% : autre spécialité, USP
- Hébergement social 5% : CHRS, AHT, hôtel, retour à la rue
- PSY : 1%
- Rapatriement : 1%



* Étude en cours – population totale 469 patients depuis Janvier 2019

Durée Moyenne de Séjour selon type d'hospitalisation

139 dossiers LCA analysés*

Service	Moyenne (en jours)	Min-max	*	*Frais d'hospitalisation*
SAU – UHCD (n=2)	15,5	1 - 30		
Réanimation (n=7)	98	38 - 171*	5,7 mois	*589.779€*
MCO (n=77)	128	15 - 868*	2 ans et 3 mois	*1.375.780€*
PSY (n=1)	81			
SMR (n=52)	230	8 - 662*	1 an et 8 mois	*403.820€*

Réanimation	Chirurgie	Médecine	MPR	SMR
3.449,60€/jour	1.918,94€/jour	1.585,22€/jour	720€/jour	500€/jour

Exemples de tarifs journaliers (APHP – mai 2022)

* Étude en cours – population totale 469 patients depuis Janvier 2019

Durée Moyenne de Séjour selon modalité de sortie

139 dossiers LCA analysés*

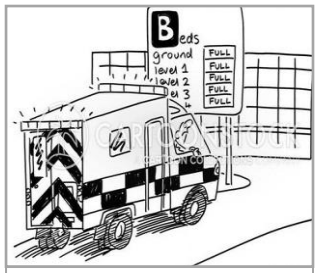
Modalité de sortie	Moyenne (en jours)	Min-max	*	*Frais d'hospitalisation*
SMR (n=57)	93	21 – 480* (PSL UCV)	1 an 3 mois	*772.800€*
RAD (n=45)	137	1 – 496* (PSL MPR)	1 an 3 mois	*357.120€*
Médico-social (n=21)	369	53 – 662* (PSL MPR)	1 an 8 mois	*476.640€*
Décès (n=5)	216	43 – 737* (PSL UCV)	2 ans	*1.186.570€*
Hébergement social (n=7)	185	19 – 471* (PSL MPR)	1 an 3 mois	*339.120€*
MCO (n=1)	88	(PSL UCV)	88 jours	*141.680€*
PSY (n=2)	20	15 – 25 (PSL UCV)	20 jours	*40.250€*
Rapatriement (n=1)	868	(PSL NCH)	2 ans 4 mois	*1.665.692€*

Réanimation	Chirurgie	Médecine	MPR	SMR
3.449,60€/jour	1.918,94€/jour	1.585,22€/jour	720€/jour	500€/jour

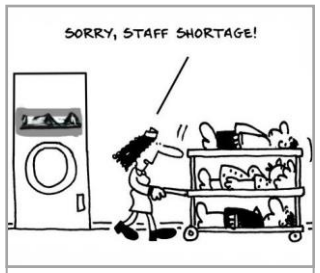
Exemples de tarifs journaliers (APHP – mai 2022)

* Étude en cours – population totale 469 patients depuis Janvier 2019

Obstacles à la sortie



Manque de lits



Manque de personnel

Critères d'exclusion

Charge en soins : nursing, escarres, pansements complexes, obésité, soins techniques, appréhension de la pathologie et/ou de son évolution

Double pathologie, comorbidités, ATCD alcool, psy ou cancer **même stabilisés**, hétéroagressivité, risque de fugue

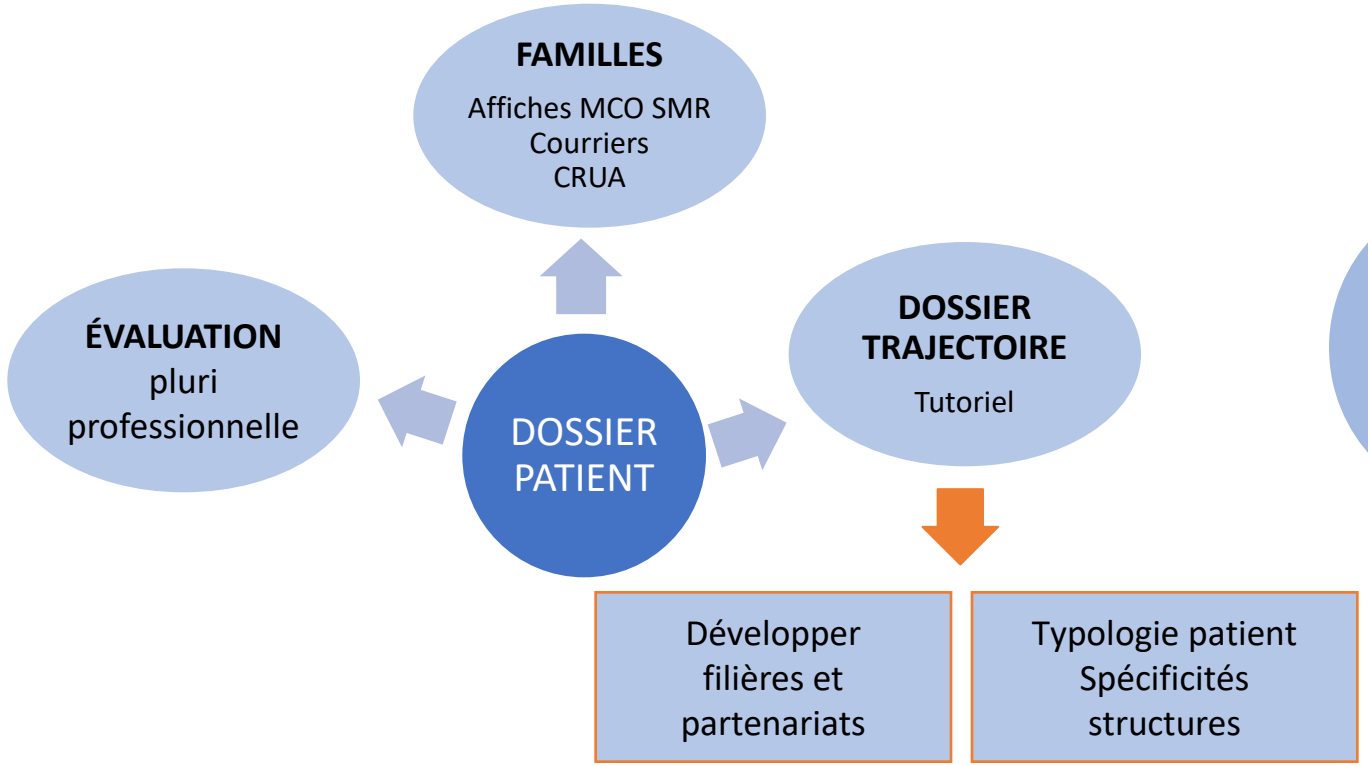
BHRe, dialyse, trachéotomie gastrostomie

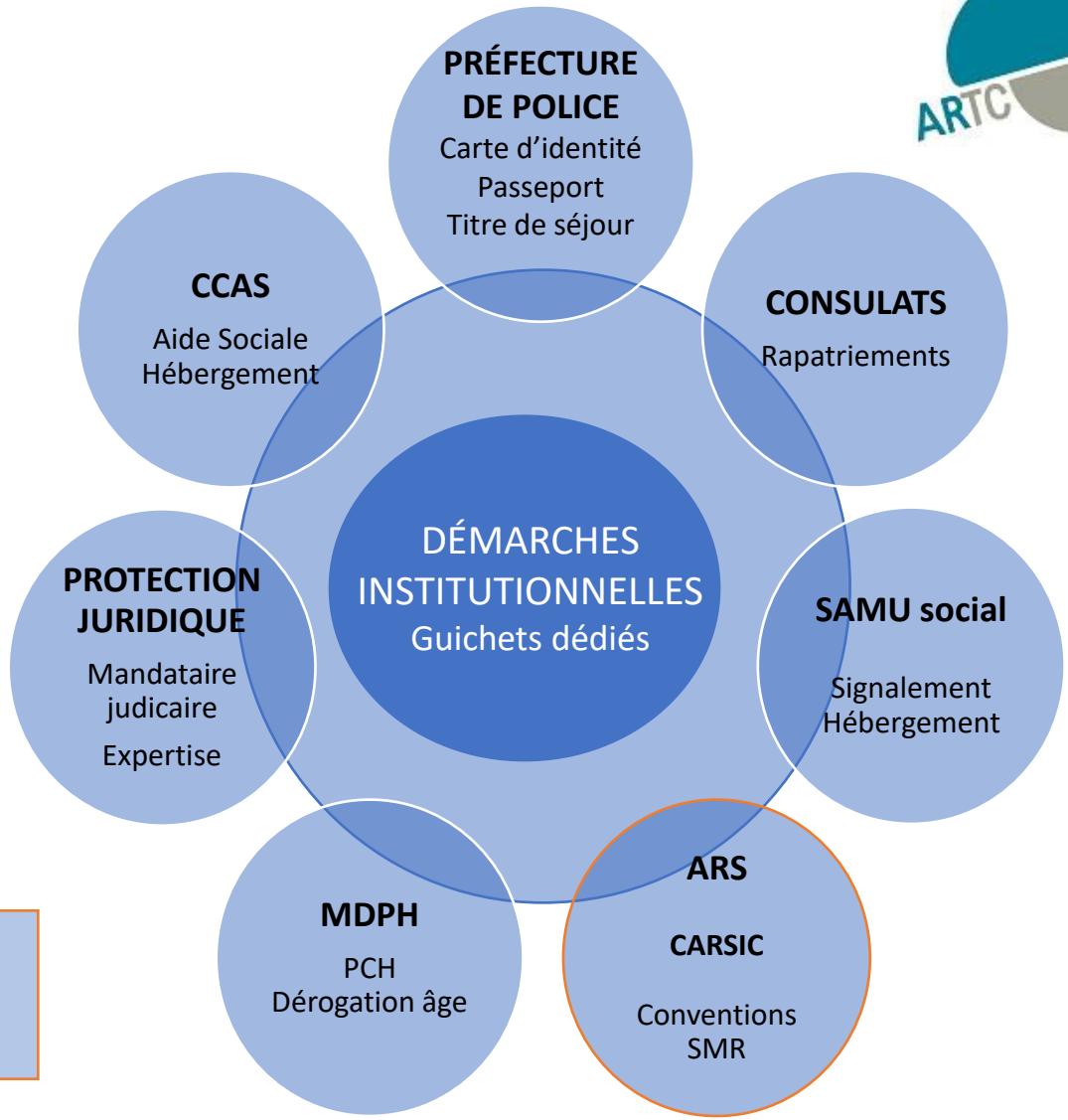
Critères restrictifs : âge / secteur / pathologie

Précarité administrative
Projet indéfini à terme

Engagement de reprise

Démarches précoces





Une approche pluridisciplinaire

- Repérage précoce facteurs prédictifs de blocage
- Évaluation et aide à l'orientation avec EMAP PSL, TNN, SAT + expertises/avis
- Commissions séjours longs MCO **+ SMR**

Partage réseaux et partenariats

Support Direction
Cellule Relations avec les Usagers

CMD (Ergo + MPR +/- IDE coordo) :

- Démarche supervisée/financée par l'ARS

- Patients rentrés à domicile mais
  - Interprète
  - problème travail
  - problème social
  - anosognosique

- Objectif principal :

Adapter la prise en charge du patient à sa situation et limiter la perte d'autonomie
Orienter vers les structures adaptées au besoin

- Bilans cognitifs - Bilans des AVQ - Examen moteur (réalisé par MPR)

- Bilan aidant :

ZARIT (Echelle du fardeau)

Activité CMD

2024

- 65 consultations réalisées - 13 non venus (soit 20% d'absentéisme).

pathologies : LCA (54%)

- 14 Traumatismes crâniens (22%)
- 10 HSA / AVC hémorragiques (16%)
- 11 AVC ischémiques / AIC (17%)

orientés par :

- 31 patients orientés depuis la neurochirurgie (49%)
- 26 patients orientés par d'autres médecins (40%)

Orientation vers :

- 7 Hospitalisations de jours, 9 Bilans neuropsychologiques, 6 indications à une prise en charge HC en SMR et 1 HAD

2025 (9 mois)

- 23 consultations réalisées - 3 non venus (soit 13% d'absentéisme).

pathologies : LCA (61%)

- 4 Traumatismes crâniens (17%)
- 7 HSA / AVC hémorragiques (31%)
- 3 AVC ischémiques / AIC (13%)

orientés par :

- 8 patients orientés depuis la neurochirurgie (35%).
- 26 patients orientés par d'autres médecins (65%).

Orientation vers :

- 8 poursuites de la rééducation en ville (ortho et kiné), 3 Hospitalisations de jours, 3 Bilans neuropsychologiques

Suivi consultations cognitives

- Plaintes du patient +/- proche
- AVQ complexes : gestion administrative / budget / RDV
- Gaz au domicile ?
- Vésico-sphinctérien / Spasticité

- Prise en charge sociale :
  - ALD / Arrêt de travail
  - AME : pas de dossier MDPH

- Conduite Automobile https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000031852455/2015-12-30/
- Accident : tiers responsable ? https://www.anadavi.com/ / AFTC

- Maintien suivi notamment pour réinsertion socio-professionnelle (mi-temps thérapeutique / invalidité / RQTH – AAH / UEROS)

→ GOS-E

Entretien structuré pour l'Échelle de devenir de Glasgow étendue (GOSE)

Nom : Prénom : Date de l'examen :

Date de naissance : (ans) Date de l'accident : Sexe : ○ M ○ F

Age lors de l'accident : Délai depuis l'accident :

Interlocuteur : Patient seul :___; Parent/Ami/Référent seul : ___; Patient + Parent/Ami/ Référent:___

Examinateur : Résultat :

CONSCIENCE

1 Le sujet est-il capable de répondre aux ordres simples ou de dire un mot ? ○ Oui ○ Non (4)

INDEPENDANCE AU DOMICILE

2a Le sujet est-il capable de se prendre en charge à domicile, sans aide, pendant 24 H. si nécessaire ? ○ Oui ○ Non

Pour répondre "Oui" le sujet doit être capable de se prendre en charge dans les différentes activités de la vie quotidienne pendant 24 H. si nécessaire, même si en ce moment ce n'est pas le cas. Ceci comprend la capacité à planifier et à mener à bien les activités suivantes : toilette, habillage, préparation d'un repas pour soi-même, réponse au téléphone et résolution des problèmes domestiques mineurs. Le sujet doit être capable d'exécuter ces activités sans incitation ni rappel et peut être laissé seul durant la nuit. Si vous avez répondu "Oui", ne répondez pas à la question 2b.

2b Le sujet est-il capable de se prendre en charge à domicile, sans aide, pendant 8 H. si nécessaire ? ○ Oui ○ Non

Pour répondre "Oui" le sujet doit être capable de se prendre en charge dans les différentes activités de la vie quotidienne pendant au moins 8 H durant la journée si nécessaire, même si en ce moment ce n'est pas le cas. (3.1) (3.2)

2c Avant le traumatisme le sujet était-il capable de se prendre en charge ? ○ Oui ○ Non

INDEPENDANCE EN DEHORS DU DOMICILE

3a Le sujet est-il capable de faire ses courses sans aide ? ○ Oui ○ Non (3.1)

Ceci inclut la capacité de planifier les achats, de les payer, et de se comporter de façon appropriée en public. Si le sujet ne fait pas habituellement ses courses, répondre à la question comme s'il avait à les faire.

3b Avant le traumatisme le sujet était-il capable de faire ses courses sans aide ? ○ Oui ○ Non

4a Le sujet est-il capable de se déplacer dans la localité sans aide ? ○ Oui ○ Non (3.1)

Le sujet peut conduire, utiliser les transports en commun ou prendre un taxi (le commander par téléphone, donner les instructions au chauffeur).

4b Avant le traumatisme, le sujet était-il capable de se déplacer dans la localité sans aide ? ○ Oui ○ Non

Page 1 sur 3

Entretien structuré pour l'échelle de devenir de Glasgow étendue (GOSE). Copyright Patrick Fayol - 2004
d'après Structured interviews for the GOS and GOSE Lindlay Wilson, Laura Pettigrew, Graham Teasdale 1998.

Entretien structuré pour l'Échelle de devenir de Glasgow étendue (GOSE)

TRAVAIL

5a Le sujet est-il capable actuellement de travailler à son niveau antérieur ? ○ Oui ○ Non

Si le sujet était à la recherche d'un travail avant le traumatisme, répondre "Oui" si le traumatisme n'a pas affecté ses chances d'obtenir un travail ou le niveau de travail qu'il pouvait espérer. Si le sujet était étudiant avant le traumatisme, répondre "Oui" si sa capacité à suivre des études n'a pas été affectée. Si vous avez répondu "Oui", ne répondez pas à la question 5b.

5b Importance de la restriction du travail :
2) uniquement capable de travailler en
ou incapable de travailler

5c Avant le traumatisme, le sujet avait-il un tra
d'un emploi (répondre "Oui") ou ni l'un ni l'a

VIE SOCIALE ET LOISIRS

6a Le sujet est-il capable de poursuivre d
et d'avoir des activités de loisirs en deho

Si le sujet n'a pas repris toutes ses activités de lois
mentales, répondre "Oui".
S'il a arrêté ses activités en raison d'un manque d'i
Si vous avez répondu "Oui", ne répondez pas à la

6b Importance de la restriction des activit
par rapport à avant le traumatisme
1) participe un peu moins : moins de de
2) participe beaucoup moins : plus de c
3) participe rarement, pour ne pas dire

6c Avant le traumatisme le sujet prenait-il par
et à des activités de loisirs en dehors du do

FAMILLE ET AMIS

7a Y-a-t-il eu des problèmes psychologiqu
des ruptures familiales ou amicales toujou

Les modifications typiques de la personnalité post-
l'indifférence à autrui, les changements d'humeur,
Si vous avez répondu "Non", ne répondez pas à la

7b Importance des ruptures ou des tensio
1) occasionnelles : moins d'une fois par s
2) fréquentes : une fois par semaine ou pl
3) constantes : quotidiennes et intolérable

7c Avant le traumatisme y avait-il des problèm
mais si ces problèmes se sont aggravés de fa

REPRISE D'UNE VIE NORMALE

8a Existe-t-il actuellement d'autres problèmes dus au traumatisme et qui affectent la vie quotidienne ? ○ Oui ○ Non (1.2) (1.1)

Les autres problèmes typiquement rapportés après un traumatisme crânien sont : céphalées, vertiges, fatigue, sensibilité au bruit ou à la lumière, ralentissement, manque de mémoire et difficultés de concentration.

8b Existait-il des problèmes du même ordre avant le traumatisme ? Si tel était le cas mais si ces problèmes se sont aggravés de façon marquée, répondre quand même "Non". ○ Oui ○ Non

Nom : Date de l'examen : GOSE : Page 2 sur 3

Entretien structuré pour l'échelle de devenir de Glasgow étendue (GOSE). Copyright Patrick Fayol - 2004
d'après Structured interviews for the GOS and GOSE Lindlay Wilson, Laura Pettigrew, Graham Teasdale 1998.

Entretien structuré pour l'Échelle de devenir de Glasgow étendue (GOSE)

Épilepsie : Depuis le traumatisme le sujet a-t-il présenté des crises d'épilepsie ? oui non
Lui a-t-on dit qu'il risquait de faire des crises d'épilepsie ? oui non

Quel est le facteur le plus important du devenir ?
le traumatisme crânien : ____ un traumatisme non crânien ou une maladie : ____ un mélange des deux : ____

Cotation : le score global du patient est basé sur l'indication de la catégorie de devenir la moins bonne. Reportez-vous aux recommandations pour de plus amples informations concernant la passation de l'entretien et la cotation.

Bonne récupération :
Niveau supérieur 1.1
Niveau inférieur 1.2

Handicap modéré :
Niveau supérieur 2.1
Niveau inférieur 2.2

Handicap sévère :
Niveau supérieur 3.1
Niveau inférieur 3.2

État végétatif persistant 4

(Décès) 5

Parcours de Monsieur G – 22 ans en 2019

TC grave le 01/11/2019 Défenestration accidentelle
Glasgow 10/15 (Y3 V1 M6) – 65 kg
Volumineux hématome extradural temporal G avec effet de masse et HED fronto-pariétal G et fronto basal D

2019

Cochin – Urgences
Glasgow 7/15 (Y1 V1 M5)
agitation → sédation + intubation

Pitié-Salpêtrière - Grande garde
Neurochirurgie puis Neuro-réanimation
02/11 au 06/12
Craniectomie, DVE → DVA

Neurochirurgie
06/12/2019 au 05/01/2020
03/01/2020 : cranioplastie
Retard de réveil/multiples crises tonico-cloniques généralisées
→ coma artificiel Neuro-réanimation

2020

Neurochirurgie
06/01 au 14/02/20
Hydrocéphalie
20/01 : GPE 38 kg
Amélioration état de conscience, aphasie, tbs neuro-visuels, marche avec aide partielle

SAU → MPR
01/11/2019 → 14/02/20
103 jours = 3,3 mois

Passage en MPR
14/02/20
Vigilant fluctuant
Glasgow 12/15
WHIM 26/62
GOAT non réalisable

- Aphasie mixte sévère
- Syndrome dysexécutif important
- Supporte mal frustration, habillage, changes
- Episodes d'agressivité
- Pas de déficit moteur, déambulation, fugues → contention

TDM : lésions encéphaliques sévères bi-frontales, bi-temporales et pariéto-occipitales G
Evaluation neuropsychologique du 11 au 19/06/20
Opposition aux soins de nursing et à la rééducation. Cris. Absence d'agressivité en l'absence de sollicitation. Contention au lit en journée
Avis USIDATU (Unité Sanitaire Interdépartementale d'Accueil Temporaire d'Urgence)

Parcours de Monsieur G – 22 ans en 2019

MPR du 14/02/20 au 16/10/2021
592 jours = 1 an et 7 mois
Visite de la famille tous les jours
Relai parents, frère, sœur

EVOLUTION CLINIQUE en MPR
- Mange seul - marche sans aide technique
- Aphasie globale - pas de communication NV
- Adhésion environnement / persevérations
- Incontinence
- Sorties organisées sinon contention
- Nombreux essais médicamenteux

16/10/2021
Foyer en BELGIQUE
Agrément FAM /MAS
Tbs du comportement d'étiologie variées – TSA
Seul patient cérébro-lésé

2020
2021

Echec d'orientation en France

EVOLUTION CLINIQUE 2022
- Apaisement / levée des contentions
- Agressivité / épisodes intercurrents

Fécalome, carie dentaire, salmonellose

Septembre 2023
12 jours
Hospitalisation en Psychiatrie :
pas d'indication, étiologie neuro, alléger traitement ψ

Réunion parents, foyer belge, ARS IdF, ARS Hauts-de-France, MDPH 91
→ déblocage fonds pour éducateur dédié

2022
2023

Foyer belge souhaite fin de prise en charge

130 demandes d'EMS en France

EVOLUTION CLINIQUE 2023
- Besoin de bouger, de se dépenser
- Envie de sortir…
- Perturbe la vie de l'établissement
- Difficultés d'intégration dans les activités avec les autres résidents

- Adaptation du traitement ψ et neuro
- Hémiparésie droite
- Fatigabilité
- Sorties plus régulières à l'extérieur avec éducateur
- Dans sa chambre

Parcours de Monsieur G – 22 ans en 2019

EVOLUTION CLINIQUE en permission tous les 15 jours
- Capacités d'orientation spatiale (forêt)
- Très résistant à l'activité physique, joue au ballon
- Jargon oral
- Capacités de compréhension en contexte
- Intention de communication ++ recherche le contact
- Persévérations, grasping, boulimie
- Tbs neurovisuels difficiles à évaluer
- Agressivité SI frustration
- Très longues promenades : repères, respect des consignes, heureux en voiture

Contact MDPH 91 +
ARS Hauts-de-France
Demande d'agrément FAM
→ demande d'appui EMS

EVOLUTION CLINIQUE au foyer
•Aggravation ↔ majoration du traitement
-Arrêt de la miction / neuroleptiques ?
-Ne mange plus seul
-Reste dans sa chambre
•Prise de conscience des tbs ?

2024

Septembre 2024
Reprise de contact par les parents

Recherche élargie et ciblée 25 EMS IdF-France
Actualisation dossier / progrès

2025

GOS MDPH 01

Séjour en SMR ? 02

Visite **Foyer 2** Belgique 03

GOS – PAG ARS HDF Foyer 1 **Foyer 2** 04

Vidéos

Visios

Relances VT

MDPH CARSIC

REFUS : tbs du comportement, risque de fugue, « il n'est pas en fauteuil roulant » 12

Accord d'admission mais pas de place conventionnée pour Français ; dérogation impossible

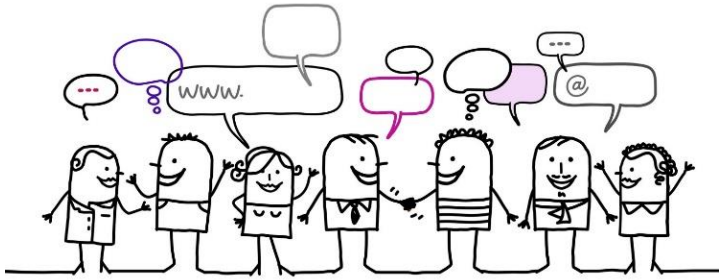
Décembre 2025
Transfert prévu dans foyer 2 en Belgique

Les parents de Grégoire : « *On aurait aimé être plus écoutés même si, en tant que parents, on n'est pas forcément objectifs* »

Améliorer la pertinence et la coordination des parcours

- Des équipes dédiées expérimentées sur les différents sites
  - Repérage précoce plus systématique des situations complexes
  - Sensibilisation demande Via trajectoire
  - Co-construction des projets en fonction des expertises de chacun

- Consolider le travail pluridisciplinaire et transversal / Améliorer la communication

- Développer les filières et partager les réseaux
  - Construire des partenariats avec les structures d'aval → faciliter les admissions
  - Guichets dédiés → réduire le délai de traitement des démarches administratives
  - Adapter les conventions ?
  - Adapter l'offre de soin et d'hébergement ?

Merci de votre attention