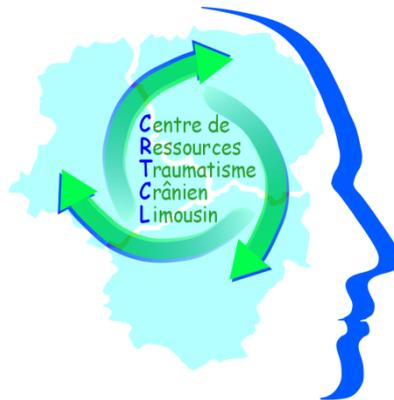


# Rééducation et réadaptation de la personne âgée après un traumatisme crânien

Dr CARRIERE Hélène

Dr FAYOL Patrick

Centre de Ressources Traumatisme Crânien Limousin



Traumatisme crânien de la personne âgée  
Colloque France Traumatisme Crânien, Paris, 18 novembre 2016

# La personne âgée

Vieillesse :

- processus universel, inévitable et irréversible
- de progression variable d'un sujet à l'autre
- aboutissant à une diminution des réserves fonctionnelles de l'organisme

# L'épidémiologie TC

## Contribution à l'analyse du parcours du traumatisé crânien en Limousin

Une étude de l'ARS, réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin, sortie en juin 2016

- Données Limousin Mortalité
- Passage aux urgences pour TC de 2012 à 2014
- PMSI MCO/SSR/Psy en 2012 et 2013
- Enquête auprès des blessés et de leur famille

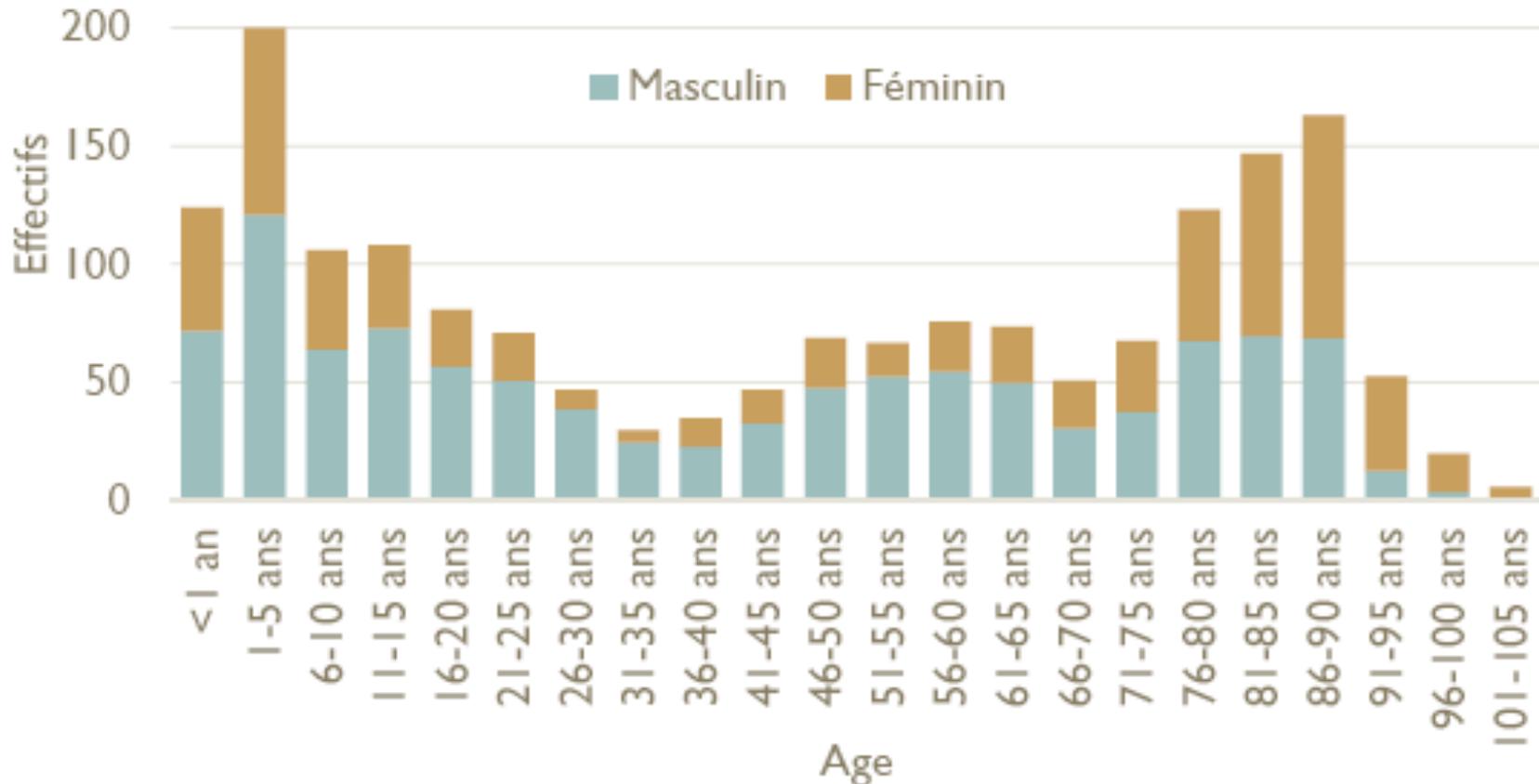
# Contribution à l'analyse du parcours du traumatisé crânien en Limousin

(Une étude de l'ARS réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin)

## Admission aux Urgences pour TC en 2012-2013 : 1766

41% ≥ 60 ans

21% ≥ 80 ans



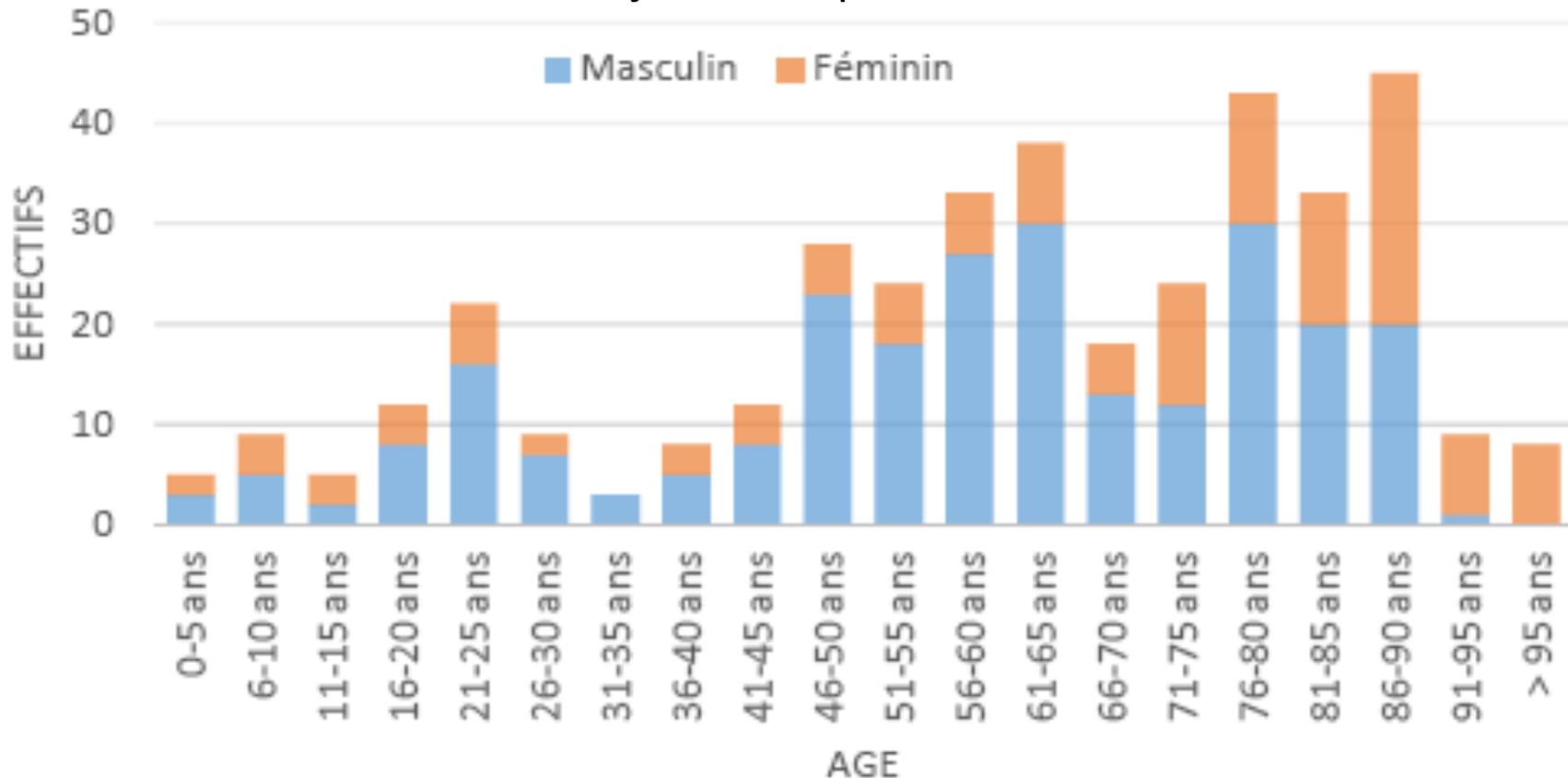
# Contribution à l'analyse du parcours du traumatisé crânien en Limousin

(Une étude de l'ARS réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin)

MCO, TC sévères en 2012-2013 : 438

60% ≥ 60 ans      27% ≥ 80 ans

Séjour MCO pour TC : 3087

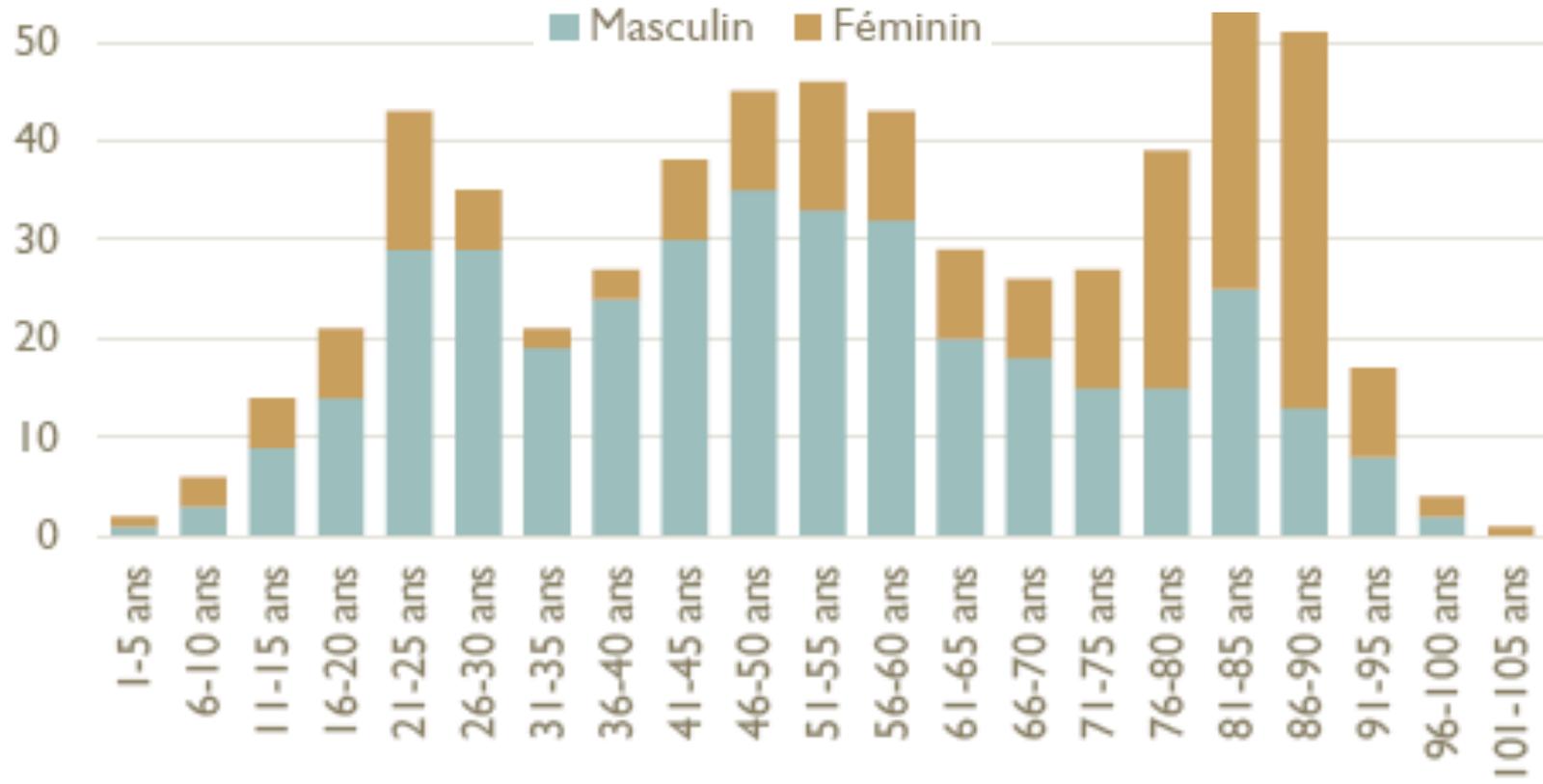


# Contribution à l'analyse du parcours du traumatisé crânien en Limousin

(Une étude de l'ARS réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin)

Hospitalisation en SSR (post-MCO) en 2012-2013 : 590

42%  $\geq$  60 ans      22%  $\geq$  80 ans



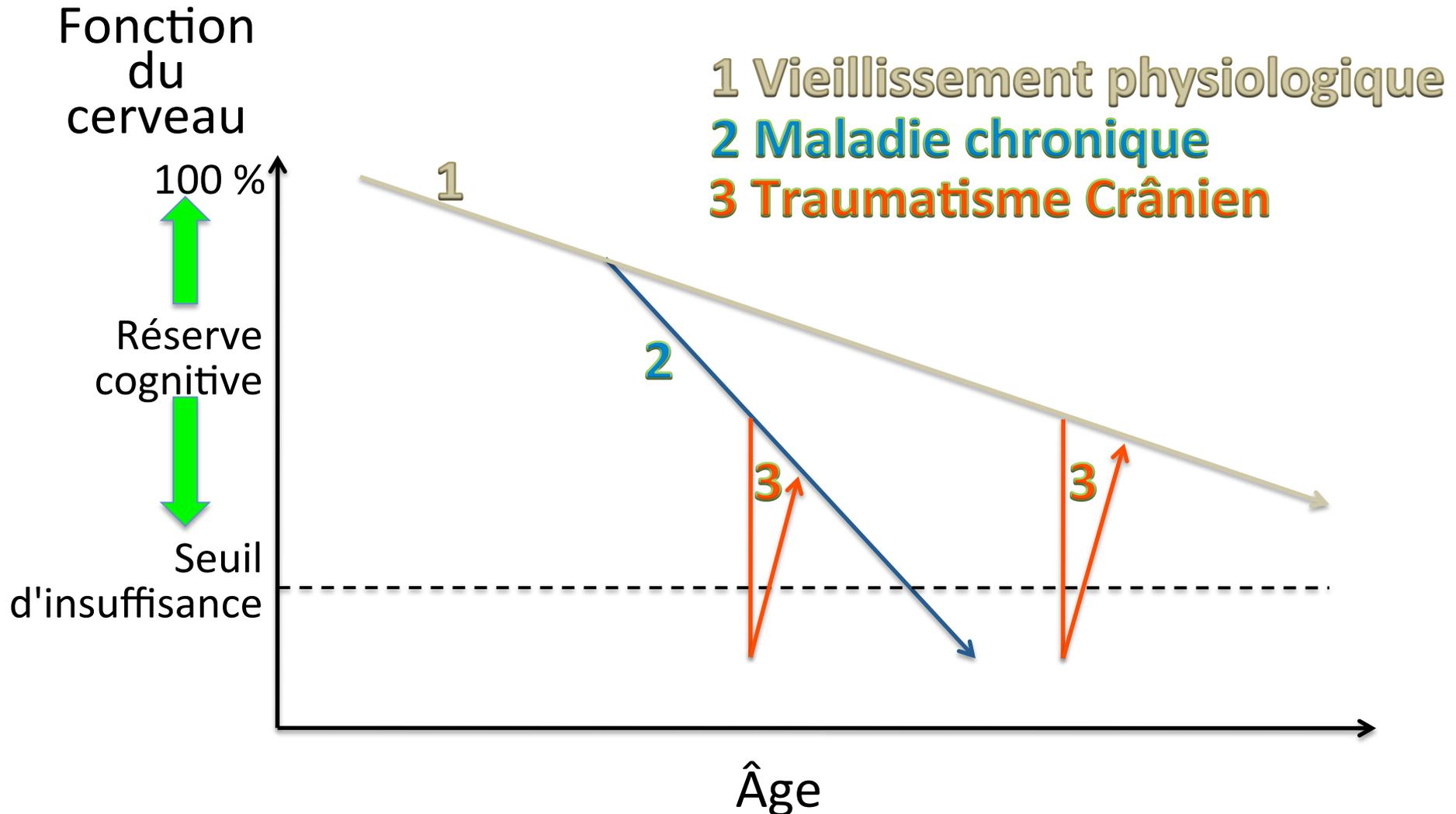
# Contribution à l'analyse du parcours du traumatisé crânien en Limousin

(Une étude de l'ARS réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin)

En résumé avec l'avancée en âge :

- nombre de décès plus important : 59% > 70 ans
- Pour les TC sévères :
  - durée des séjours MCO plus importants : 15J > 60 ans, 12 jours < 60 ans ;
  - passage en réa moins fréquent : 4% si >80 ans, 45 % si <60 ans
  - légèrement plus en service de neurochirurgie : 83% si >80 ans, versus 72% si <60 ans
  - sortie vers SSR moins fréquente avec âge : 49% < 60 ans, 22% 60-79, 29% >80 ans (dont 5 % en SSR MPR neuro)

# La personne âgée et le TC

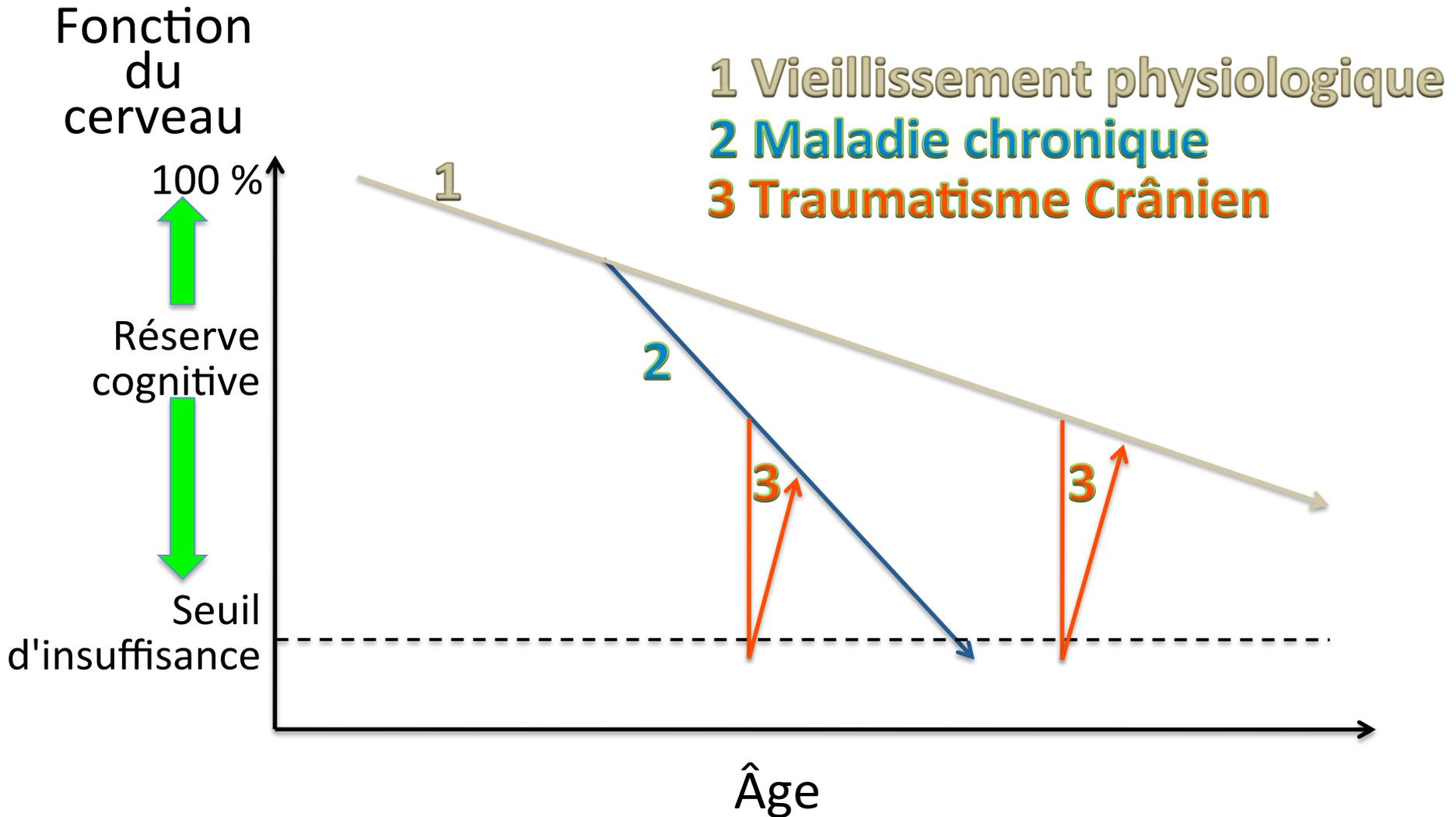


# La personne âgée et le TC

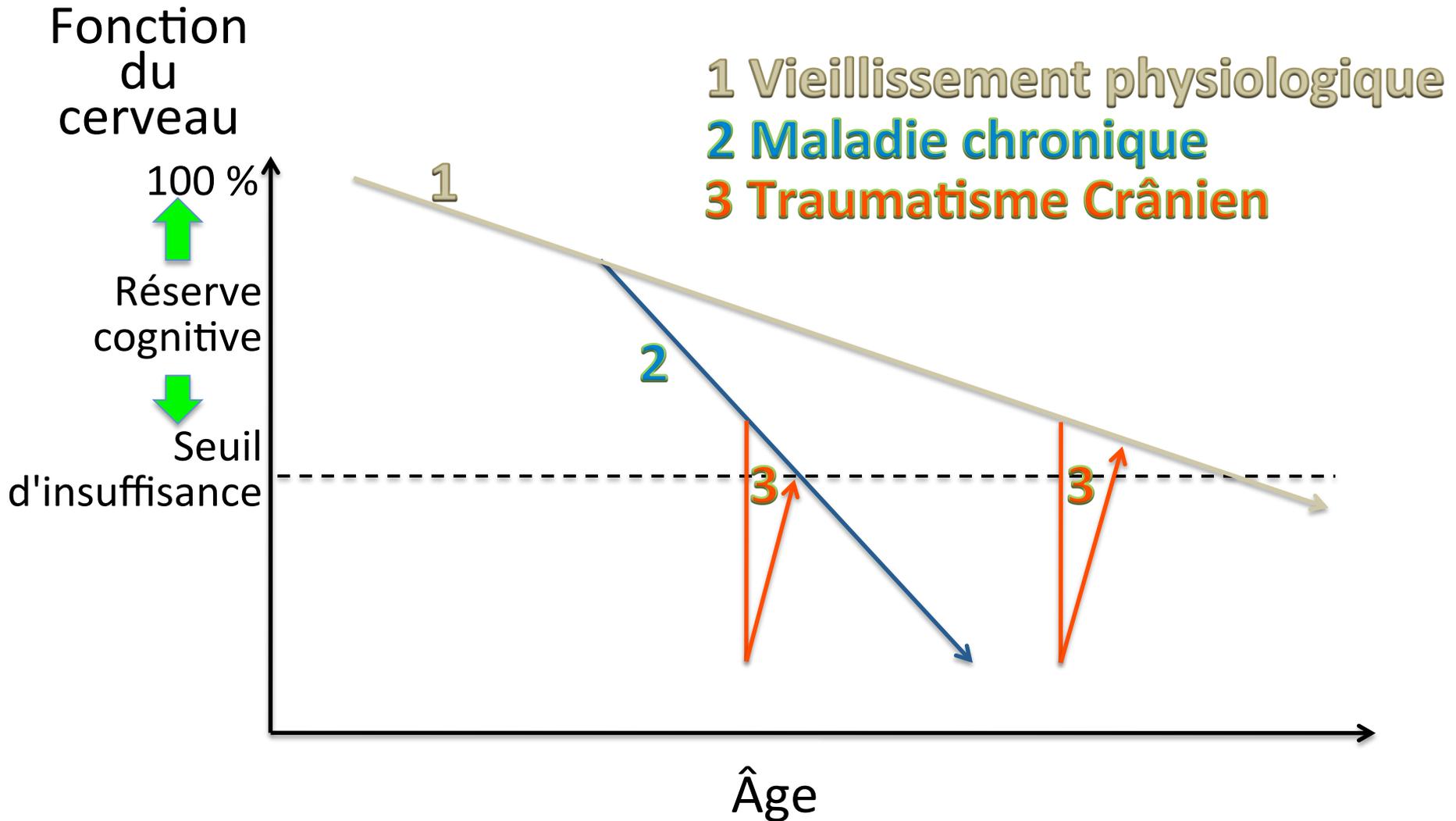
*Méta-analyse Mathias JL et Wheaton P 2015*

- Réserve cérébrale (facteurs génétiques, âge et sexe) :
  - très léger « meilleur devenir » pour les plus jeunes
  - mais rapporté à leur groupe d'âge, les plus âgés ont un meilleur devenir
- Réserve cognitive (niveau d'éducation et QI prémorbide) associés à un meilleur devenir

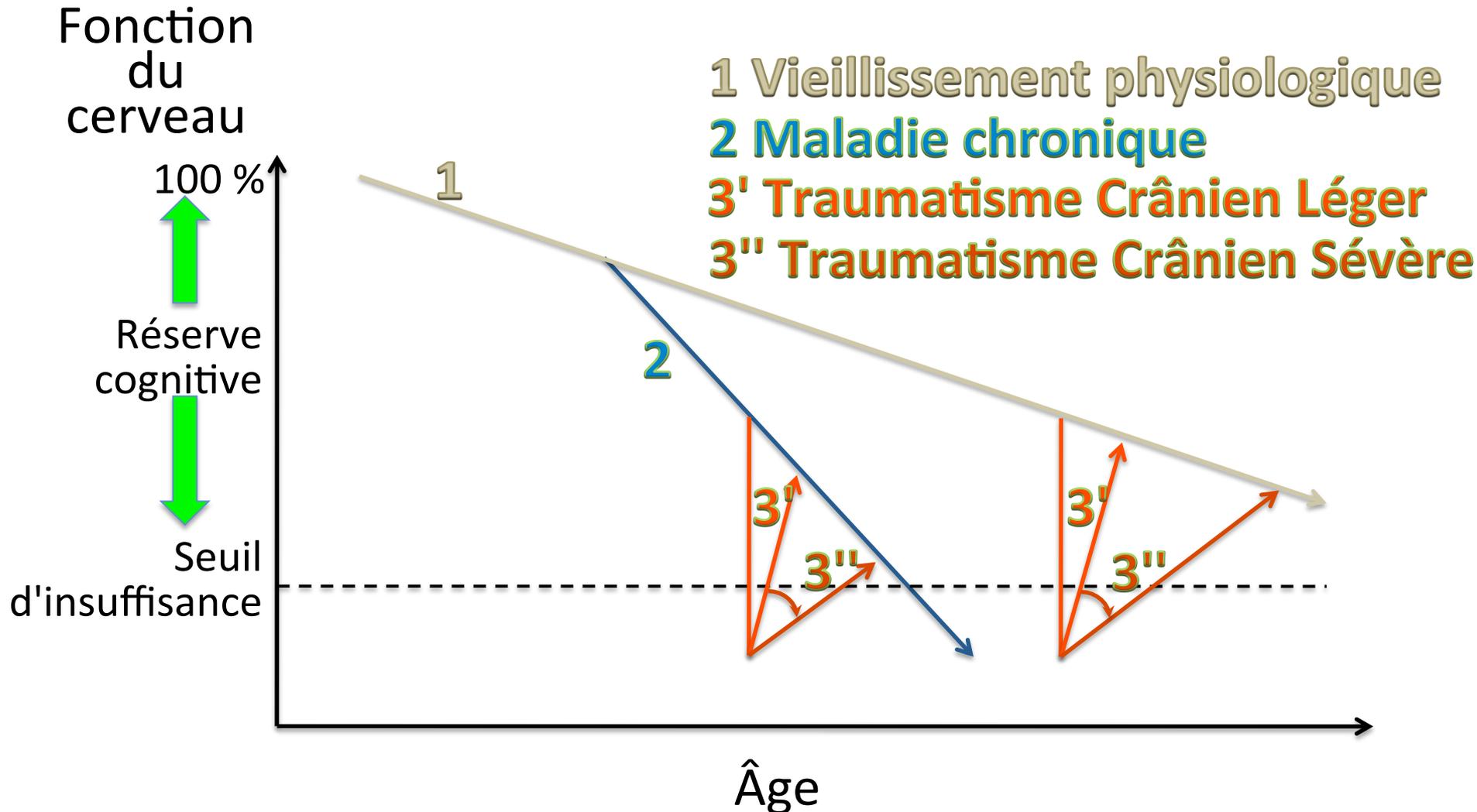
# La personne âgée et le TC



# La personne âgée et le TC



# La personne âgée et le TC



# Prise en charge du Sujet âgé TC

## Appréciation du potentiel physiologique

- État prétraumatique
  - somatique : sensoriel, articulaire, cardiaque et pulmonaire ; pathologie chronique ; médicaments
  - cognitif : fonctions supérieures, capacités de communication, réserve cognitive (niveau scolaire, QI)
  - social : entourage, réseau social ; environnement, loisirs...
- Outils : Evaluation Gériatologique Standardisée, Grille SEGA- A

# Prise en charge du Sujet âgé TC

## Appréciation de l'importance du TC

- Le Score de Coma de Glasgow
- L'APT (difficile à différencier de la confusion?)



***Vers un parcours de soins adapté ?***

# Prise en charge du Sujet âgé TC

## Les moyens post aigu :

- SRPR, SSR neurologique et appareil locomoteur  
SSR gériatrique, ou polyvalent, ou UCC
- Domicile et :
  - Suivi MPR, HDJ MPR, équipes mobiles et réseau TC
  - HDJ et équipe mobile gériatrique, MAIA
  - Médecin traitant, AS, Kiné, orthophoniste, ... libéraux
- Réinsertion : Équipe mobile, SAMSAH, SAVS, UEROS
- MAS, FAM, Foyers de vie...  
USLD, EPADH

 Des critères d'orientation? Des différences ?  
Des redondances ? Des liens et partenariats ?

# Prise en charge du Sujet âgé TC

## Concrètement

- Parcours : pas spécifiquement lié à l'âge,
- mais selon la dépendance, le potentiel d'amélioration, le besoin de rééducation et possibilité d'en bénéficier
- Similarité des approches MPR et Gériatriques : vise l'amélioration fonctionnelle et lutte contre la perte d'autonomie
- Ecueils :
  - Sur ou sous-médicalisation, et sur ou sous-rééducation
  - Banaliser le symptôme comme lié au vieillissement, ou le contraire.



# L'ADULTE APRÈS TRAUMATISME CRANIEN GRAVE

3 phases :

- 1 Phase précoce: MCO
- 2 Rééducation active: SSR (Neurologique)
- 3 Réadaptation-réinsertion : médicosocial et social

3 catégories cliniques

- I : GOS 1 et 2
- II : GOS 2 et 3
- III: GOS 4

6 niveaux de complexité selon facteurs contextuels

A	B	C	D	E	F
Parcours-type	Adaptations	Ressources insuffisantes	Difficultés sociales	Pathologies associées	Troubles psychiatriques

# Prise en charge du Sujet âgé TC en SRPR, Eveil et SSR neurologique

- Comme tout TC :

- +/- Charge importante en soins techniques et de nursing
- Multidisciplinaire
- rééducation complexe et intensive, plus de 2h/j

- La spécificité liée à l'âge :

- plus de 2h/j ? : « Moins vite, moins fort, plus longtemps »...
- Plus de souci de l'écologique et Activités Physiques Adaptées
- objectifs de récupération moins élevés, puis plateau plus précoce

# Prise en charge du Sujet âgé TC en SSR « gériatrique »

- Personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance, et besoins médico-psycho-sociaux : 75 ans et plus
  - Circulaire N° DHOS/01/2008/305 du 3 oct 2008 et Décret N°208-377 du 17 avr 2008 : SSR
  - Circulaire n°DHOS/02/2007/117 du 28 Mars 2007 : filière gériatrique
- Établissements de Recours-expertise et Centres de ressource ; équipes mobiles gériatriques : affection démentielle et/ou psychiatrique chronique avec troubles envahissant du comportement et productifs

# Prise en charge du Sujet âgé TC en SSR « gériatrique »

- La prise en charge :
  - Rééducation complexe (?) et modérée, multidisciplinaire (?) moins de 2h/j
  - Charge importante en soins techniques et de nursing
  - Préparation réinsertion ; prévention ; accompagnement fin de vie
- Indications : entre autres, troubles cognitifs et démences, chutes et troubles de la marche et de l'équilibre, ...
- Les unités de réhabilitation cognitivo-comportementales ?
- Spécificité lié au TC ?

# La réadaptation du Sujet âgé TC

- Retour domicile : souvent moins de personnes ressources, et de moyens financiers.
- Famille :
  - Pas d'ascendant, ou ils sont à charge
  - En couple : problème de santé du conjoint et limites
  - Enfants : projet avec ou sans ? (relations entre eux)
- Accepte mieux les aménagement et les aides humaines ?
- Insertion sociale? préfère souvent domicile à club troisième âge
- Très rarement le travail

# Perception qualité de vie

- Après TC : Pers. Âgée/jeune?
  - Qualité de vie, perception du devenir... : échelles diverses ; études peu comparables
  - Finalement elle semble assez identique
- Changements attribués à l'âge ?
- Problèmes de comparaison au même groupe d'âge ?

# Perception du devenir

*Whiteneck G, Brooks CA, Mellick D, Harrison-Felix C, Sendroy Terrill M, Noble K.*

*Arch Phys Med Rehabil. 2004*

1591 Traumatisés Crâniens, 1 an après le TC

AGE en années	16-24 (n=430)	25-44 (n=595)	45-64 (n=308)	≥ 65 (n=257)	<i>p</i>
Intégration sociale <75 (CHART-SF)	10.1	20.6	26.5	42.8	<0.1
Qualité de vie perçue <bonne	17.6	34.0	32.8	32.1	<0.1

# Perception du devenir

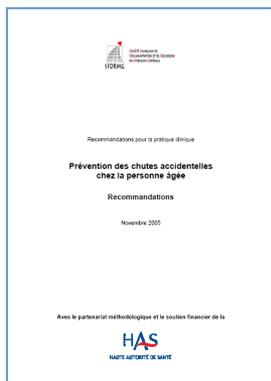
*Sendroy-Terrill M, Whiteneck GG, Brooks CA.  
Arch Phys Med Rehabil. 2010*

243 TC de 16 à 96 ans

Pour chaque décade supplémentaire

- Participation occupationnelle diminue (47%) ; Dépendance physique augmente (55%),
- Santé physique perçue (SF-12) diminue (2 pt/100) ; Fatigue physique (MFIS) augmente (2 pt/36) ; Fatigue psychosociale augmente (1 pt/8)
- Obstacles environnementaux perçus de tout type : diminution de 70%
- Qualité de vie : pas de différence significative

# La prévention des chutes!



HAS 2005 : *Recommandations : Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée*



SOFMER 2011 : *Éléments pour l'élaboration d'un Programme d'Éducation Thérapeutique spécifique au patient AVC "La prévention des chutes"*



INSERM 2014 : *Expertise collective : Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées*

# La prévention

## CONSEILS POUR VOUS AIDER À PRÉVENIR LES CHUTES :

- **Ralentissez et profitez du moment présent**: ne vous précipitez pas lorsque vous marchez ou lorsque vous vous levez
- Gardez les **escaliers** et les **entrées** dégagés de tout obstacle et exempts de neige ou de glace
- **Utilisez les rampes et les barres d'appui** pour vous aider à rester stable
- **Prenez soin de votre corps** en mangeant sainement, en vous hydratant et en faisant des exercices d'étirement en douceur
- **Ayez votre vision à l'œil** et passez régulièrement un examen de la vue
- **Apprenez à connaître vos médicaments**: parlez à votre pharmacien ou à votre médecin, car certains médicaments peuvent causer des étourdissements et ainsi vous rendre plus susceptible aux chutes
- **Partez du bon pied** en portant des chaussures solides et bien ajustées
- **Soyez éclairé**: allumer les lumières de vos couloirs, escaliers et entrées
- **Faites le tour de votre maison** afin de **repérer les objets pouvant causer des chutes**
- **Demandez de l'aide** si vous craignez de tomber

ÊTRE  
VIEUX



C'EST ÊTRE  
JEUNE  
DEPUIS PLUS  
LONGTEMPS  
QUE LES  
AUTRES

C'EST  
TOUT