

Dépendance, conséquences psycho- sociales et financières d'un traumatisme crânien chez la personne âgée

Colloque France Traumatisme Crânien

18 novembre 2016

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes
Paris

Nelly MONTROBERT. Cadre Socio Éducatif. MDPH de La Loire

De qui et de quoi parle-t-on ?

- Lésion Cérébrale Acquise chez la personne âgée
- Problématique et difficulté spécifiques ?
 - Âge et parcours de soins
 - Âge et réglementation
 - Perspectives

• Âge et parcours de soins

Phase initiale

Phase de rééducation

Phase de stabilisation

Admission au SRPR et âge

- Les critères d'admission au SRPR 42 ne font pas intervenir l'âge
- Pourtant l'âge apparaît comme un facteur discriminant d'admission selon différentes études réalisées en réanimation (Études ELDICUS, EURICUS 1 et 2, NUCKTON, ICE-CUB dans les années 2008)
- Alors même que la fréquentation des hôpitaux par la personne âgée est en augmentation et que selon l'INSEE les personnes de plus de 75 ans représentent :
 - 8 % de la population métropolitaine en 2002,
 - 9,6 % de la population métropolitaine en 2020,
 - 16,1 % de la population métropolitaine en 2040

SRPR 42 et personnes âgées (1)

De 2004 à 2008 : 276 patients admis

- 48 patients (17 %) âgés de plus de 65 ans
- 44 patients inclus : âge moyen 72 ans pour une moyenne globale de 48 ans
- 68 % hommes, 32 % femmes
- 3 catégories :
 - Sujets jeunes « âgés » (65-74 ans) : 77 %
 - Sujets « âgés » (75-84 ans) : 21 %
 - Sujets très « âgés » (> 85 ans) : 2 %

SRPR 42 et personnes âgées (2)

- Étiologies :

- 80 % lésions cérébrales (30 % traumatiques, 32 % vasculaires, 16 % anoxiques)
- 14 % atteintes neurologiques périphériques

- Dépendance technique, cognitive et fonctionnelle :

- Trachéotomie : 75 %
- Gastrostomie : 64 %
- Glasgow Coma Score moyen d'entrée au SRPR : 12/15
- MIF moyenne à l'entrée au SRPR : 28/126

- Durée moyenne de séjour : 92 jours pour une DMS globale de 59 jours

Modalités de sortie du SPRR

- 57 % admis en MPR neurologique dont 36 % MPR gériatrique
- 25 % orientés vers une unité dédiée EVC-EPR
- 11 % accueillis en SSR
- 7 % de décès

Personnes âgées et MPR

- Rééducation gériatrique : discipline récente
- S'adresse à l'adulte âgé de plus de 75 ans
- Prise en charge spécifique et basée sur la pluridisciplinarité
- Expérience de la MPR gériatrique de l'hôpital la charité à Saint-Etienne : pour une moyenne d'âge > 85 ans 1 patient sur deux a regagné son domicile

Devenir des patients

- 43 % ont regagné leur domicile
- 16 % sont dans une unité dédiée EVC-EPR
- 16 % sont en EHPAD
- 14 % de décès (en plus des 7 % au SRPR)
- 4 % non retrouvés

Conclusions de cette enquête

- La proportion des personnes âgées la plus importante est constituée par les sujets « jeunes âgés » (65-74 ans)
- La majorité des patients a été orientée vers un service spécialisé, témoignant d'un fonctionnement en filière
- Près d'un patient sur deux a regagné son domicile



Beaucoup plus que l'âge, c'est le concept de fragilité qui semble définir le mieux la personne âgée

En définitive, face à l'image négative que la société prête volontiers à la vieillesse, il faut opposer des concepts plus pertinents tels que la notion de fragilité et la prise en charge en filière

La filière : Une notion « non pertinente » en secteur Médico Social

Les différentes modalités de sortie de
l'hôpital pour les PA

- MCO → Domicile ou équivalent
- MCO → SSR → Domicile
- MCO → SSR → EHPAD ou USLD

EHPAD Loire

Nombre total de places : 915

Pas de places dédiées à l'accueil de la CLA

- | | | |
|--------------------------------|---|----------------------------|
| • Critères d'admissibilité : | • Critères de refus : | • Orienteur/Prescripteur : |
| - Dépendance | - Troubles de la déglutition | - CHU |
| - Stabilité de l'état de santé | - Troubles du comportement ne permettant pas la vie en collectivité | - CH |
| - Résider dans la proximité | | - Médecin traitant |
| - Disponibilité de places | | - Famille |

Conclusions de cette enquête

◉ Facteurs facilitant :

- Avoir un référent familial
- Avoir un lien médical avec l'amont
- Travailler en réseau
- Formation à la CLA
- Connaissances spécifiques/compétences identifiées : lieux ressource (HAD, médecins MPR, centre de soins...)

◉ Facteurs bloquant :

- Troubles du comportement importants
- Soins techniques (trachéotomie)



La CLA est identifiée comme une filière sanitaire particulière mais dans le secteur Médico Social, la pathologie n'est pas l'élément essentiel déterminant l'appartenance à un réseau

• Âge et réglementation

Une réglementation en décalage avec la réalité de terrain

- Avant 60 ans : Compensation du handicap
- Après 60 ans : Dépendance

	Avant 60 ans	Après 60 ans
Protection Juridique	Loi du 5 mars 2007 : Sauvegarde de justice, Curatelle, Tutelle, Mandat de protection futur, Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé, Mesure d'Accompagnement Judiciaire	Loi du 5 mars 2007 : Sauvegarde de justice, Curatelle, Tutelle, Mandat de protection futur, Mesure d'Accompagnement Social Personnalisé, Mesure d'Accompagnement Judiciaire
Ressources	- IJ pendant 3 ans maximum + Complément de salaire - Invalidité + Majoration Tierce Personne - AAH + Complément de Ressources (808E) - Retraite anticipée	Ressources relevant du droit commun - Allocation de solidarité aux personnes âgées (801E) - Allocation simple d'aide sociale pour personnes âgées - Retraite
Perte d'autonomie	- MDPH : Prestation de Compensation du Handicap (PCH) - Indemnisation par assurance si tiers responsable	- Allocation Personnalisée d'autonomie (APA) - Indemnisation par assurance si tiers responsable
Hébergement et Aide au Logement	- FO, FAM, MAS, EHPAD - L'allocation Logement - L'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH) Le Conseil Départemental participe au financement. La PH reverse 90 % de ses ressources. La somme laissée à sa disposition ne peut être inférieure à 242E/mois. Il n'y a aucune récupération sur les biens.	- EHPAD, USLD - L'allocation Logement - L'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH) Le Conseil Départemental prend en charge le prix de journée en totalité ou en partie. Le montant de L'ASH est fixée par le CD en fonction des ressources de la PA. La PA reverse 90 % de ses ressources. La somme laissée à sa disposition ne peut être inférieure à 96E/mois. Le CD peut demander une participation financière à la famille et récupérer sur les biens.

L'évaluation du degré de dépendance

- Outil : La grille nationale Agir
- 6 niveaux de dépendance (groupes dits « Iso-ressources » Gir)
- Évalue les capacités de la PA à accomplir 10 activités corporelles et mentales (discriminantes. Les seules utilisées pour déterminer le Gir) et 7 activités domestiques et sociales (illustratives. Apportent des informations pour l'élaboration du plan d'aide)

Caractéristiques du demandeur en fonction du Gir auquel il est rattaché

GIR	Degré de dépendance
GIR 1	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants - Ou personne en fin de vie
GIR 2	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, - Ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente
GIR 3	- Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels
GIR 4	- Personne n'assumant pas seule ses transferts mais qui, une fois levée, peut se déplacer à l'intérieur de son logement, et qui a besoin d'aides pour la toilette et l'habillage, - Ou personne n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doit être aidée pour les soins corporels et les repas
GIR 5	- Personne ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage
GIR 6	- Personne encore autonome pour les actes essentiels de la vie courante

Seuls les Gir 1 à 4 ouvrent droit à l'Apa. La personne relevant des Gir 5 ou 6 peut demander une aide ménagère et un portage de repas

	PCH	APA
Aide apportée maintien à domicile	Tarifs fixés par la CNSA - L'aide humaine 18 E/H (service prestataire) - Les aides techniques : 3960 E sur 3 ans - Les aménagements de logement : 10 000 E sur 10 ans - Les aménagements de véhicule, et les surcoûts liés au transport : 5000 E sur 5 ans - Les charges spécifiques : maxi 100 E par mois - Les charges exceptionnelles : maxi 1800 E sur 3 ans	Tarifs fixés par le Département • Plan d'aide : - L'aide humaine - Le portage de repas - Les aides techniques - Les aménagements de logement - L'accueil temporaire - L'accueil de jour - Téléalarme - Protections de nuit
Montant mensuel maximum	3240 E/mois auquel peuvent se rajouter les autres postes (avec possibilité de dé plafonner sur du 24h/24) 180 H d'aide humaine par mois (6 H/jour)	Gir 1 : 1713 E pour l'ensemble du plan d'aide 80 H d'aide humaine par mois
Conditions de ressources	- Pas de conditions de ressources mais participation demandée au delà de 2200 E/mois	- Pas de conditions de ressources mais participation demandée au delà de 800 E/mois
Récupération par le CD	- Pas de récupération	- Pas de récupération
En établissement	- Versée à la personne sur les mêmes catégories de postes du domicile sur des besoins spécifiques non couverts habituellement par l'établissement. Montants identiques à ceux définis pour le domicile	- Versée à l'établissement pour payer une partie du tarif dépendance. Montant calculé selon les ressources de la personne, son Gir, le tarif en vigueur de l'établissement

Perspectives

Donc....

- Au niveau réglementaire, on est « âgé » à 60 ans
- Pour les secteurs sanitaire et médico-social, on est « âgé » à 75 ans
- Quid des « jeunes âgés » ?
- Filière gériatrique à 75 ans sans prise en compte de la spécificité de la LCA (à la différence de l'Alzheimer par exemple)

La Réponse Accompagnée Pour Tous

- Issue du Rapport Piveteau « Zéro sans solution »
- Art 89 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26/01/2016
- Pas un nouveau dispositif mais une démarche qui doit se généraliser en 2018
- Objectif : Donner des réponses individualisées dans un mode dérogatoire
- Porte d'entrée actuelle : MDPH
- 1ers constats : Provoque un changement des pratiques, une nouvelle façon de travailler, impacte l'ensemble des secteurs (social, sanitaire, médico-social, Institutions Tutélaires, droit commun), va bien au delà du champ du handicap

Conclusion

- Le « bouleversement » dans la façon d'élaborer l'accompagnement d'un parcours qui est en cours avec la RAPT peut-il faire évoluer la problématique de la personne âgée face au handicap ?

Merci pour votre attention,