

PARCOURS DU TRAUMATISÉ CRÂNIEN
Sur l'espace d'animation territorial Besançon Dole

INTRODUCTION

Ce travail de recherche en santé publique vise à identifier l'organisation sanitaire et médico-sociale mais aussi à repérer les différents acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des personnes victimes de traumatismes crâniens sur l'espace d'animation territorial central Besançon Dole. Cette étude permet également de mettre en évidence le rôle du cadre de santé coordinateur des actions de santé publique dans la prise en charge de ces personnes.

Il convient de proposer quelques définitions avant de poursuivre cette présentation.

Traumatisme crânien

C'est une lésion du cerveau provoquée par un contact brusque entre la matière cérébrale et la boîte crânienne, entraînant une souffrance cérébrale exprimée par des signes neurologiques. Cette lésion conduit à des troubles fonctionnels et / ou cognitifs.

Troubles neurocognitifs ou séquelles invisibles

Il existe 5 types de troubles neurocognitifs :

- Troubles de la mémoire
- Troubles de l'attention
- Syndrome frontal
- Trouble du comportement et de la personnalité
- Difficultés de communication

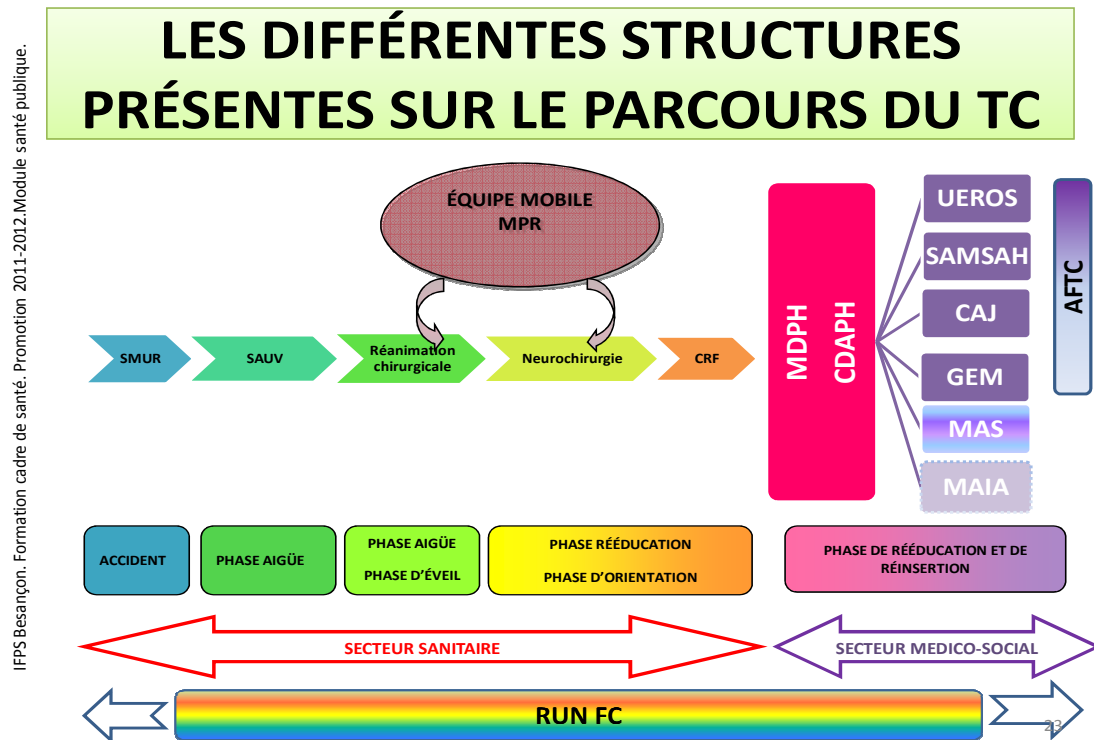
MÉTHODE

Nous débutons notre travail par une recherche bibliographique (textes législatifs, discours politiques, revues de santé publique, site internet, émission télévisée, film...). Puis, au regard de ces informations, nous identifions les différentes catégories de personnes qui interviennent sur le parcours des victimes de traumatismes crâniens sur l'espace d'animation territorial Besançon Dole. Ainsi, après avoir préparé des grilles d'entretiens, nous réalisons en bi ou trinôme 13 entretiens auprès de professionnels médico-sociaux, 4 contacts téléphoniques et une rencontre avec une famille d'un patient traumatisé crânien.

RÉSULTAT

Les entretiens et diverses investigations menés ont permis d'étudier l'approche territoriale interprofessionnelle et pluridisciplinaire dans le domaine de la prise en charge (PEC) d'un patient traumatisé crânien.

Nos recherches nous ont permis d'identifier les structures et les besoins de la population :



- AFTC :** Association des Familles de Traumatisés Crâniens et cérébrólésés de Franche Comté
- CAJ :** Centre d'Accueil de Jour
- CDAPH :** Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
- CRF :** Centre de Réadaptation Fonctionnelle
- GEM :** Groupe d'Entraide Mutuelle
- MAIA :** Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
- MAS :** Maison d'Accueil spécialisé
- MDPH :** Maisons Départementales des Personnes Handicapées
- MPR :** Médecine Physique et de Réadaptation
- RUN-FC :** Réseau Urgences Neurologiques Aide au Diagnostic et aux soins Franche Comté
- SAMSAH :** Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
- SAUV :** Service d'Accueil des Urgences Vitales
- SAVS :** Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
- SMUR :** Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
- UEROS :** Unité d'Évaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et Socioprofessionnelle
- UNAFTC :** Union Nationale des Associations des Familles de Traumatisés Crâniens

DISCUSSION

Notre discussion s'appuie sur un comparatif des résultats issus de l'enquête de terrain et les recommandations de la circulaire du 18 juin 2004 relative à la filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires.

Ce comparatif nous a permis de dégager des points forts et des limites dans la prise en charge des patients traumatisés crâniens sur l'espace d'animation étudié.

Points forts:

- La totalité des structures de prise en charge ciblées dans la circulaire sont présentes sur le territoire;
- Leurs organisations structurelles correspondent aux recommandations, avec cependant une interrogation pour le MPR, unité mobile sur l'espace d'animation en lien avec la circulaire faisant état d'un service à part entière ;
- L'ensemble des acteurs témoigne d'un réel engagement auprès des patients et de leurs familles. Ils expriment le désir d'améliorer la prise en charge notamment par un renforcement de la coordination entre les différentes structures.

Limites:

- Faible coordination entre les secteurs sanitaires et médicaux sociaux mais il y a l'émergence d'une volonté de tous les acteurs de renforcer celle-ci ;
- Difficultés à identifier les collaborations entre les différents secteurs ; Cette problématique majeure a été relevée par l' MAIA et le RUN-FC ;
- Alors que les UEROS ont été spécifiquement créées pour favoriser la réinsertion sociale et professionnelle des traumatisés crânio-cérébraux, il est constaté que les orientations vers ces établissements sont peu fréquentes. Une certaine méconnaissance des structures existantes et de leurs rôles, associée à un défaut d'information des blessés et de leur entourage, en est probablement la cause ;
- Expression par les familles de traumatisés crâniens d'une carence de structures en mesure de proposer des solutions adaptées aux personnes porteuses de séquelles neuropsychologiques ;
- Au regard de nos enquêtes, les cadres de santé ne connaissent pas suffisamment les structures ou réseaux de santé existants ;
- Les séquelles dites « invisibles » des traumatismes crâniens sont trop souvent méconnues ou négligées. Ces troubles, difficilement identifiables par des tiers, sont souvent des obstacles à toute réinsertion socioprofessionnelle.

Pistes d'améliorations :

- Organiser la coopération des acteurs de soins en vue de coordonner la prise en charge: temps de rencontre, d'échanges, de discussions et éventuellement proposer un comité de concertation entre les différentes structures sanitaires-sociales-médico-sociales

- Proposer un carnet de suivi pour le patient traumatisé crânien
- Réfléchir à la mise en place d'un cadre coordinateur du parcours de soins. (Réflexion possible au sein des ARS).

CONCLUSION

On se représente souvent le handicap comme physique : un lit, un fauteuil, des béquilles. Cependant il importe de reconnaître également le handicap que vivent toutes ces personnes atteintes de troubles invisibles aux yeux des autres car la qualité de leur vie en dépend.

Parler de santé publique, c'est prendre en compte la personne dans sa singularité, dans son environnement familial, social, professionnel. C'est aussi accepter de passer d'un modèle biomédical à un modèle global de prise en charge. Proposer aux personnes handicapées d'accéder à un quotidien plus confortable par le biais de leur resocialisation constitue une priorité en terme de santé publique.

Les acteurs de santé issus des domaines sanitaire, médicosocial ou social sont appelés à développer de nouvelles compétences, innover et réinventer de nouvelles prises en soin. Ils représentent autant de maillons capables d'expliquer le handicap invisible, de favoriser sa compréhension et participer ainsi à son acceptation sociétale.

En tant que cadre de santé, notre travail consiste à connaître les acteurs du parcours, à initier des projets d'amélioration de la qualité des soins prodigués à ces patients et à coordonner ces différents acteurs. Nous sommes invités à accompagner la mise en place d'un nouveau métier : « coordinateur de parcours patient ». Plus qu'un parcours de soins, peut-être pourrions-nous alors parler du parcours de vie du traumatisé crânien. Après le coup de tonnerre que représente l'accident, le patient n'est « Ni tout à fait le même, ni tout à fait un autre ».