

# CREAI CENTRE

## La prise en charge des personnes cérébro-lésées en région Centre

Actualisation de l'étude réalisée en 2000

- Etude réalisée par Olivier Gagnard et Aurélie Néon,  
Conseillers Techniques au CREAI Centre  
Pour la DRASS du Centre

AVRIL 2008



58bis, bd de Châteaudun - BP 91329 - 45003 ORLEANS CEDEX 1  
Tél. – 02 38 74 56 00 / Fax. – 02 38 74 56 29  
[conseil.technique@creai-centre.asso.fr](mailto:conseil.technique@creai-centre.asso.fr)

# Sommaire

▪ INTRODUCTION .....	p. 1
▪ CHAMP DE L'ETUDE ET CADRE METHODOLOGIQUE .....	p. 4
<b>PREMIERE PARTIE – Analyse générale de l'équipement de la région Centre et profil des personnes cérébro-lésées</b>	<b>p. 8</b>
<b>1. Identification et caractéristiques de l'équipement sanitaire et médico-social de la région Centre au 30 juin 2007</b>	<b>p.10</b>
1.1. Identification de l'équipement régional au profit des personnes cérébro-lésées	p. 11
1.2. Caractéristiques des structures sanitaires et médico-sociales accompagnant des personnes cérébro-lésées	p. 23
<b>2. Profil des personnes cérébro-lésées accueillies en région Centre au 30 juin 2007</b>	<b>p. 29</b>
2.1. Age et sexe des personnes cérébro-lésées	p. 30
2.2. Causes de la lésion cérébrale	p. 31
2.3. Gravité des séquelles et échelle évolutive de Glasgow (GOS)	p. 32
2.4. Besoin d'(re) orientation dans le secteur médico-social	p. 34
2.5. Perspectives d'insertion sociale et professionnelle	p. 36
<b>DEUXIEME PARTIE – Synthèses et préconisations</b>	<b>p.38</b>
<b>1. Quels constats et quels questionnements pour les acteurs locaux ?</b>	<b>p. 39</b>
• Une amélioration récente mais incomplète de la connaissance de ce handicap spécifique	p.39
• Le développement progressif d'une prise en charge adaptée	
• Un équipement régional aujourd'hui mal identifié et insuffisant	
<b>2. Préconisations</b>	<b>p.41</b>
• Le suivi à long terme des personnes cérébro-lésées et de leurs familles, dans le cadre d'un réseau sanitaire et médico-social	p. 41
• Le développement d'un travail en réseau	p. 49
• Un soutien aux familles renforcé	p. 50
• Une offre de formation adaptée	p. 50
• Une prévention améliorée	p. 50
▪ ANNEXES .....	p. 51 à 79

## ■ Sommaire des tableaux et graphiques

- Tableau 1 – Structures contactées et structures ayant répondu à l'enquête
- Tableau 2 – Les structures sanitaires identifiées comme accueillant ou ayant accueilli des personnes cérébro-lésées depuis 2000
- Tableau 3 – Les structures médico-sociales identifiées comme accueillant ou ayant accueilli des personnes cérébro-lésées depuis 2000
- Tableau 4 – Nombre de personnes cérébro-lésées accompagnées au 30 juin 2007 par types de structures
- Tableau 5 – Nombre de personnes cérébro-lésées identifiées en 2000 et en 2007
- Tableau 6 – Structures spécialisées dans l'accueil des personnes cérébro-lésées créées depuis 2000
- Tableau 7 – Les besoins des personnes cérébro-lésées du point de vue du secteur sanitaire
- Tableau 8 – Les besoins des personnes cérébro-lésées (secteur sanitaire) par grandes catégories
- Tableau 9 – Les besoins des personnes cérébro-lésées du point de vue du secteur médico-social
- Tableau 10 – Les besoins des personnes cérébro-lésées (secteur médico-social) par grandes catégories
- Tableau 11 – Les besoins d'équipements pour améliorer le parcours de vie des personnes cérébro-lésées (point de vue du secteur sanitaire)
- Tableau 12 – Les catégories de besoins prioritaires pour les personnes cérébro-lésées du point de vue du secteur sanitaire
- Tableau 13 – Les besoins d'équipements pour améliorer le parcours de vie des personnes cérébro-lésées (point de vue du secteur médico-social)
- Tableau 14 – Les catégories de besoins prioritaires pour les personnes cérébro-lésées du point de vue du secteur médico-social
- Tableau 15 – Les effectifs par tranche d'âge au 30 juin 2007 (sanitaire et médico-social)
- Tableau 16 – Les causes de la lésion cérébrale par sexe (sanitaire)
- Tableau 17 – Les causes de la lésion cérébrale par sexe (médico-social)
- Tableau 18 – Niveaux GOS des personnes cérébro-lésées accueillies dans le secteur sanitaire au 30 juin 2007
- Tableau 19 – Niveaux GOS des personnes cérébro-lésées accueillies dans le secteur médico-social au 30 juin 2007
- Tableau 20 – Durée de séjour dans un établissement sanitaire au 30 juin 2007
- Tableau 21 – Durée de séjour dans un établissement médico-social au 30 juin 2007
- Tableau 22 – Structure relais envisagée à la sortie du sanitaire
- Tableau 23 – Type de structure souhaitée pour une réorientation dans le secteur médico-social au 30 juin 2007
- Tableau 24 – Perspectives d'insertion sociale des personnes cérébro-lésées en fonction de leur degré de dépendance (au 30 juin 2007)
- Tableau 25 – Type d'accompagnement social et professionnel envisagé pour les personnes cérébro-lésées accompagnées (au 30 juin 2007)

## ■ Sommaire des cartes

- Carte 1 – Les structures cérébro-lésées accueillant des personnes cérébro-lésées (au 30 juin 2007)
- Carte 2 – Les structures sanitaires ayant répondu à l'enquête et accueillant des personnes cérébro-lésées (au 30 juin 2007)

Les structures médico-sociales ayant répondu à l'enquête et accueillant des personnes cérébro-lésées au 30 juin 2007 :

- Carte 3 – dans le Cher
- Carte 4 – dans l'Eure et Loir
- Carte 5 – dans l'Indre
- Carte 6 – dans l'Indre et Loire
- Carte 7 – dans le Loir et Cher
- Carte 8 – dans le Loiret

## Introduction

- Les personnes cérébro-lésées constituent une population nombreuse :

*« L'examen des données statistiques, épidémiologiques et sociodémographiques disponibles ne permet pas de se faire une idée précise de l'importance de la population survivant à un traumatisme crânien, ni du nombre annuel de nouvelles victimes, ni de la gravité de leur état<sup>1</sup> ».*

En France, l'étude épidémiologique de référence<sup>2</sup> a été effectuée en 1986 par l'ORS d'Aquitaine.

Elle évalue entre 250 et 300 pour 100 000 habitants l'incidence annuelle des traumatisés crâniens hospitalisés dans notre pays ; le taux des décès étant dans cette étude de 20 à 30 pour 100 000 habitants.

Ces taux rapportés à la population de la région Centre donnent une estimation moyenne de 7 000 nouvelles personnes victimes d'un traumatisme crânien par an.

Parmi ces personnes, il est évalué à environ 180 le nombre de celles qui ne pourront pas retrouver chaque année une vie normale (GOS 2, 3 et 4).

*(Notons que les taux signalés portent exclusivement sur les traumatisés crâniens et non sur l'ensemble des personnes cérébro-lésées et que, par ailleurs, ces chiffres ont aujourd'hui vieillis).*

- Par ailleurs, la lésion cérébrale constitue un handicap particulier et encore méconnu du grand public.

Les professionnels et les familles utilisent fréquemment le terme de handicap « invisible » car les séquelles sont imprévisibles et variables (dans leur gravité, leur aspect, et leur date d'apparition) et les déficiences (physiques, sensorielles, cognitives, psychiques et comportementales) souvent non repérables au premier regard.

---

<sup>1</sup> Extraits de l'étude réalisée par l'UNAFTC en 1991.

<sup>2</sup> Etude portant sur les accidents et intoxications graves dans la région d'Aquitaine, ayant entraîné un décès immédiat ou une hospitalisation, référencée dans le « Rapport d'enquête sur les traumatisés crâniens », République Française, IGAS, rapport n°95075, mai 1995.

La reconnaissance par les pouvoirs publics de la spécificité de la lésion cérébrale a été tardive dans notre pays.

En effet, il a fallu attendre le rapport rédigé en 1995 par l'IGAS<sup>3</sup> pour que soit développée la première approche des déficiences et des situations de handicap résultant des traumatismes crâniens.

Face à l'importance des besoins en aide et à la faiblesse des réponses, un programme d'action est alors engagée, défini par la circulaire du 4 juillet 1996<sup>4</sup>, mettant l'accent sur la nécessité de privilégier l'insertion sociale et professionnelle des personnes cérébro-lésées, et complété par la circulaire du 18 juin 2004<sup>5</sup> :

*« Cette circulaire établit les principes organisationnels de la prise en charge sanitaire et médico-sociale des traumatisés crâniens et médullaires, dès l'accident et tout au long de leur vie. Elle met l'accent sur les caractéristiques de ces blessés et sur la nécessité d'apporter rapidité, fluidité et durabilité à leur prise en charge, sur les plans clinique, psychique et social. Elle préconise une organisation en réseau des acteurs expérimentés et identifiés. Elle insiste également sur l'accueil, l'écoute, l'information et le soutien indispensable aux proches des personnes traumatisés crâniens<sup>6</sup> »*

La prise en compte de la spécificité de ce handicap est donc récente, les personnes cérébro-lésées étant pour la plupart accueillies dans les établissements pour personnes handicapées. La question se pose du nombre et de la spécialisation de structures permettant d'accueillir cette population très hétérogène quant à ses séquelles mais nécessitant néanmoins des réponses différentes de celles apportées aux autres personnes handicapées.

Au niveau régional, l'analyse des différents schémas de programmation d'équipements (PRIAC 2007-2011, SROS 2006-2011) montre une convergence dans la prise en considération de ce public particulier et dans une volonté de coopération entre les secteurs médical et médico-social pour garantir un suivi longitudinal.

C'est dans ce contexte qu'une première étude a été réalisée en 2000 par le CREAI Centre<sup>7</sup>, portant sur l'évaluation et la qualification des besoins régionaux de prise en charge médico-sociale, d'orientation et d'insertion sociale et professionnelle de la population cérébro-lésée » afin de définir des orientations locales.

---

<sup>3</sup> « Rapport d'enquête sur les traumatisés crâniens », République Française, IGAS, rapport n°95075, mai 1995.

<sup>4</sup> Circulaire DAS/DE/DSS n° 96-428 du 4 juillet 1996 relative à la prise en charge médico-sociale et à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes atteintes d'un traumatisme crânien.

<sup>5</sup> Circulaire DHOS/SDO/ 1/DGS/5DDGAS/PHAN/ 3B n°280 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.

<sup>6</sup> Source : Résumés des interventions du colloque Prise en charge des traumatisés crâniens et blessés médullaires par violence routière », Ministère de la Santé et de la Protection Sociale, 6 avril 2004.

<sup>7</sup> Le rapport final daté de juillet 2000 est disponible au CREAI Centre.

Huit ans plus tard, compte tenu d'un nouvel environnement juridique et social, il a paru opportun pour la DRASS de réactualiser ces données, dans le but, d'une part de proposer un état des lieux et une analyse précise du dispositif actuel (et de son évolution depuis 2000) (1<sup>ère</sup> partie), et d'autre part, de définir de nouvelles préconisations (2<sup>ème</sup> partie).

---

## Champ de l'étude et cadre méthodologique

### **Demande formulée par la DRASS**

---

Sur la base d'un constat régional, soulignant les faiblesses du dispositif actuel, et notamment une organisation insuffisante de la prise en charge des personnes cérébro-lésées tout au long de leur parcours de vie et inadaptés à leurs spécificités, la DRASS a mis en exergue la nécessité de réactualiser l'étude réalisée en 2000 afin d'établir de nouvelles préconisations et d'optimiser l'accompagnement de ce public et de leurs familles.

### **L'étude proposée et ses objectifs**

---

En réponse à cette demande, l'équipe du CREAI Centre a proposé une étude sur douze mois, reposant sur un travail de prospection auprès des structures (sanitaires et médico-sociales) accueillant ou susceptibles d'accueillir des personnes cérébro-lésées et des rencontres avec différents acteurs (institutionnels et professionnels) de la région Centre (*cf. liste des participants jointe en annexe 1*).

L'étude vise à décrire et à analyser le dispositif actuel (et son évolution depuis 2000) afin d'en évaluer les forces et faiblesses et de proposer des recommandations qui répondent à la fois aux attentes des pouvoirs publics et des acteurs de terrain.

### **La méthodologie et les résultats attendus**

---

L'étude s'appuie sur une approche quantitative et qualitative.

- **Approche quantitative**

Cette approche a pour finalité d'établir, à partir de deux questionnaires, l'un portant sur le repérage des structures sanitaires et médico-sociales accueillant ou susceptibles d'accueillir des personnes cérébro-lésées, l'autre sur les situations individuelles (*cf. questionnaires joints en annexe 2*), une analyse de l'offre existante et du public suivi.

- **Approche qualitative**

L'enquête de terrain s'est déroulée de mars à juillet 2007. Elle comporte deux volets :

⇒ **Les entretiens**

Des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de représentants d'institutions publiques, de représentants associatifs, de professionnels du secteur sanitaire et médico-social, de parents d'adultes cérébro-lésés. (cf. liste des personnes rencontrées jointe en annexe 3).

√ Des entretiens avec des représentants d'institutions publiques

L'accompagnement des personnes cérébro-lésées s'inscrit pleinement dans les orientations tracées par les politiques actuelles d'action sanitaire et sociale. Il était donc indispensable de connaître le point de vue des partenaires institutionnels (DDASS, Conseil Général, CRAM, MDPH), sur ce que doit être le dispositif idéal, tout en tenant compte des réalités locales.

√ Des entretiens avec des représentants associatifs

Acteur incontournable en région Centre, nous avons rencontré des membres de l'Association de Familles de Traumatisés Crâniens (AFTC) afin de connaître leur positionnement et d'échanger sur de nouvelles pistes d'amélioration.

√ Des entretiens avec des professionnels du secteur sanitaire et médico-social

L'objectif de ces rencontres était de permettre aux professionnels d'apporter, à partir de leur expérience, une analyse critique du dispositif actuel et d'identifier des changements éventuels pour garantir un accompagnement de qualité, correspondant aux besoins réels des personnes cérébro-lésées.

√ Des entretiens avec des parents d'adultes cérébro-lésés

Afin de compléter et d'affiner la réflexion, il nous a paru important de recueillir la parole des personnes concernées intimement par la lésion cérébrale, c'est-à-dire les familles.

Nous souhaitons, par cette approche, rendre compte de leur ressenti vis-à-vis du dispositif actuel (avec ses obstacles et facilitateurs), à partir de leur propre vécu.

⇒ **Les groupes de travail interdépartementaux**

Deux groupes de travail interdépartementaux se sont constitués, réunissant :

- des représentants de structures sanitaires et médico-sociales, de services d'aide à domicile et d'aide à l'insertion sociale et professionnelle
- des partenaires institutionnels (DRASS, DDASS, CG, CRAM, MDPH)
- des représentants d'usagers

(Remarque : nous avons fait le choix de solliciter par courrier l'ensemble des partenaires, laissant à chacun la possibilité de participer activement).

Les six départements de la région Centre se sont regroupés de la manière suivante :

Groupe n°1 : Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Indre

Groupe n°2 : Cher, Eure-et-Loir, Loiret

(cf. liste des participants jointe en annexe 4).



L'objectif de ces rencontres était de permettre l'échange de points de vue et de déterminer ensemble des axes nécessaires d'amélioration (en tenant compte des spécificités locales).

Chaque groupe de travail s'est réuni deux fois une demi-journée, autour des thématiques suivantes :

- L'évaluation des déficiences et des incapacités de la personne cérébro-lésée et le renforcement du dispositif d'orientation.
- Le suivi à long terme des personnes cérébro-lésées et de leur famille dans le cadre d'un réseau sanitaire et médico-social. Quelle politique d'accueil et d'hébergement pour répondre aux besoins singuliers de cette population.
- Favoriser l'inclusion sociale et l'insertion professionnelle des personnes cérébro-lésées.
- Améliorer l'aide aux aidants familiaux.

## Un Comité de Pilotage

---

Dans la conduite de cette étude, un Comité de Pilotage, réunissant les partenaires institutionnels (DRASS, DDASS, CG, CRAM, MDPH), des représentants de structures sanitaires et médico-sociales et des représentants d'usagers, s'est réuni quatre fois (*cf. Liste des membres jointe en annexe 5*).

Il a été chargé de suivre et de valider la méthodologie et les différentes étapes de travail. Il a également contribué à la construction des questionnaires et des analyses. Il fut force de propositions.

## Une recherche documentaire

---

Pour étoffer notre étude, nous avons également consulté d'autres **études et ouvrages** :

- « Répondre aux besoins des personnes atteintes d'une pathologie neurologique acquise, étude de faisabilité »  
[Etude menée par le CREAI Nord Pas-de-Calais et le groupe HOPALE - 2007]
- « Evaluation de l'activité des UEROS, analyse des données 2006 »  
[Groupe GOIF, statistiques FAGERH - 2007]
- « Vivre au quotidien avec un traumatisé crânien » : guide à l'attention de la famille et des proches. [Editeur : CTNERHI - 2007]
- « Les traumatisés crâniens : conséquences familiales, sociales et professionnelles » [Etude menée par l'ORS Franche-Comté - mars 2005]

- « Prise en charge des patients en état végétatif chronique et/ou pauci relationnel »  
[Etude menée par l'ARH du Centre et la CRAM – 2003]
- « Lésions cérébrales, regards croisés »  
[Etude menée par la CRAM Rhône-Alpes - 2003]
- « Rapport d'enquête sur traumatisés crâniens »  
[Rapport n°95075, réalisé par l'IGAS, H.J LEBEAU - mai 1995]

Textes juridiques de référence :

- Circulaire DAS/DE/DSS n° 96-428 du 4 juillet 1996 relative à la prise en charge médico-sociale et à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes atteintes d'un traumatisme crânien.
  - Circulaire DHOS/02/DGS/SD5D/DGAS n°2002 / 288 du 3 mai 2002, relative à la création d'unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état pauci-relationnel.
  - Circulaire DHOS/04/DGS/DGAS n° 2003 / 517 du 3 novembre 2003, relative à la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux.
  - Circulaire DHOS/SDO/ 1/DGS/5DDGAS/PHAN/ 3B n°280 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.
  - Circulaire DHOS/O4 no2007-108 du 22 mars 2007 relative à la place des unités neuro-vasculaires dans la prise en charge des patients présentant un accident vasculaire cérébral.
-

## ● Première partie

# ANALYSE GENERALE DE L'EQUIPEMENT DE LA REGION CENTRE ET PROFIL DES PERSONNES CEREBRO-LESEES

1. **Identification et caractéristiques de l'équipement sanitaire et médico-social de la région Centre au 30 juin 2007**
2. **Profil des personnes cérébro-lésées accueillies en région Centre au 30 juin 2007**

Deux types de questionnaire, l'un portant sur le **repérage des structures** accueillant ou susceptibles d'accueillir des personnes cérébro-lésées, l'autre sur les **situations individuelles**, ont été adressés aux établissements et services suivants :

- ④ Dans le champ sanitaire :
  - Centres hospitaliers (publics et privés)
  - Cliniques médicales
  - Cliniques psychiatriques
  - Établissements de cure, de réadaptation et de convalescence
  - Centres de rééducation fonctionnelle
  
- ④ Dans le champ médico-social :
  - Foyers occupationnels
  - Foyers d'accueil médicalisé
  - Maisons d'accueil spécialisé
  - Centres de rééducation professionnelle / centres de pré orientation
  - Équipe mobile expérimentale
  - Services d'accompagnement à la vie sociale
  - Services d'accompagnement médico-social pour personnes handicapées
  - Services de soins infirmiers à domicile
  - Etablissements et services d'aide par le travail
  - Entreprises adaptées

Etant donné le faible taux de retour lors du premier envoi des questionnaires (27%), ne permettant pas une analyse quantitative fine et comparative avec les données recueillies en 2000, un questionnaire simplifié<sup>8</sup> (cf. annexe 6) leur a été également adressé.

Ainsi, sur 399 structures contactées, 164 structures ont répondu à notre enquête, soit une participation de 41,1 %.

**TABLEAU 1. STRUCTURES CONTACTÉES ET STRUCTURES AYANT RÉPONDU À L'ENQUÊTE**

	Nombre de structures contactées	Nombre de structure ayant répondu*	Taux de participation
Secteur sanitaire	110	48	<b>43,6 %</b>
	<i>Etude 2000 : 78</i>	<i>Etude 2000 : 35</i>	<i>Etude 2000 : 45%</i>
Secteur médico-social	289	116	<b>40,1 %</b>
	<i>Etude 2000 : 109</i>	<i>Etude 2000 : 50</i>	<i>Etude 2000 : 46%</i>

\* Il s'agit des structures ayant répondu à notre enquête, qu'elles soient concernées ou non par l'accueil des personnes cérébro-lésées.

<sup>8</sup> Questionnaire simplifié envoyé sur décision des membres du Comité de Pilotage.

## **1- Identification et caractéristiques de l'équipement sanitaire et médico-social de la région Centre au 30 juin 2007**

- 1.1. Identification de l'équipement régional au profit des personnes cérébro-lésées**
- 1.2. Caractéristiques des structures sanitaires et médico-sociales accompagnant des personnes cérébro-lésées.**

## 1.1. Identification de l'équipement régional au profit des personnes cérébro-lésées

Seize structures sanitaires et soixante-quatre structures médico-sociales de la région Centre ont accueilli depuis 2000 des personnes cérébro-lésées, âgées de 18 à 60 ans et relevant d'un score de Glasgow de 1 à 4<sup>9</sup>.

### ⇒ Le dispositif sanitaire

**TABLEAU 2. LES STRUCTURES SANITAIRES IDENTIFIEES**  
(comme accueillant ou ayant accueilli des personnes cérébro-lésées depuis 2000)

Nb de personnes au 30/06/2007 :	
<b>CHER</b>	
18 – CHG St Amand Montrond	Non précisé
18 – CH Vierzon	12
<b>EURE ET LOIR</b>	
28 - HAD Chartres	1
28 – Hôpital Local – La Loupe	1
<b>INDRE</b>	
36 - CH Châteauroux	1
36 - Centre psychothérapeutique Gireugne Châteauroux	7
<b>INDRE ET LOIRE</b>	
37 - CRF Bel Air La Membrolle s./Ch.	35
37 - CH du Chinonais, Chinon	7
37 - CHIC Amboise/Château Renault	2
37 - CH Luynes	1
<b>LOIR ET CHER</b>	
41 – Hôpital local, St Aignan	Non précisé
41 - CH Blois	2
41 - Centre La Ménaudière - Montrichard	7
<b>LOIRET</b>	
45 - Hôpital local - Beaune La Rolande	1
45 – Centre de rééducation fonctionnelle, Beaugency	Non précisé
45 – Hôpital Pierre Lebrun, Neuville aux Bois	3

Au 30 juin 2007, ces seize structures accueillait au moins **80 personnes cérébro-lésées**.

*(Trois d'entre elles n'ayant pas précisé le nombre de personnes cérébro-lésées accueillies).*

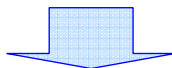
### ⇒ Le dispositif médico-social

**TABLEAU 3. LES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES IDENTIFIEES**  
(comme accueillant ou ayant accueilli des personnes cérébro-lésées depuis 2000)

⇒ voir tableau en page suivante

<sup>9</sup> Définition page 32

**LES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES IDENTIFIEES**  
(comme accueillant ou ayant accueilli des personnes cérébro-lésées depuis 2000) au 30 juin 2007



<b>CHER</b>	
18 – ASSAD Les Aix d'Anguillon	1
18 - ESAT APEI, St Amand M.	5
18 - FH ADPEP Veaugues	1
18 - Foyer APF, Châteauneuf s/Cher	5
18 - MAS CH G. Sand, Dun s/Auron	4
18 – SAV APF, Bourges	13
18 – SSIAD Dun s/Auron	1
18 – SSIAD EHPAD Châteaumeillant	1
<b>Total personnes concernées au 30 juin 2007</b>	<b>31</b>

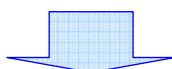
<b>EURE ET LOIR</b>	
28 - ESAT ANAIS, Vernouillet	2
28 - ESAT L'Essor, Lèves	9
28 - FAM Les Tamaris , Champhol	20
28 - Foyer Bourgarel APF, Chartres	5
28 - MAS, Senonches	10
28 – SSIAD ADMR, Maintenon	1
28 – SSIAD CODAPA, La Loupe	1
<b>Total personnes concernées au 30 juin 2007</b>	<b>48</b>

<b>INDRE</b>	
36 – CSPCP, Issoudun	2
36 – ESAT Aidaphi, Châteauroux	1
36 - IERM, Valençay	4
36 - MAS Les Dauphins, Lureuil	2
36 - Résidence Algira, Orsennes	33
36 – SSIAD Canton Vatan	1
36 – SSIAD Hôpital Local, Châtillon s/Indre	1
36 – FH Espérance Indre, St Marcel	Non
<b>Total personnes concernées au 30 juin 2007</b>	<b>44</b>

<b>INDRE ET LOIRE</b>	
37 – ESAT APAJH, Bridoré	Non
37 - CPO/CRP Fontenailles	6
37 – Equipe Mobile Bel Air, La Membrolle s/Ch.	58
37 - ESAT ANAIS, Mettray	8
37 - ESAT APF ND d'Oé	3
37 – FV Tours	2
37 - MAS CH du Chinonais, Chinon	7
37 – IEM Ballan Miré	Non
37 – SSIAD CH, Loches	1
<b>Total personnes concernées au 30 juin 2007</b>	<b>85</b>

<b>LOIR ET CHER</b>	
41 - ESAT APAJH Montrichard	3
41 - ESAT APF Lunay	5
41 - ESAT Arcade, Mondoubleau	1
41 - ESAT de Belleville, Salbris	2
41 – ESAT de la Sauldre APAJH, Romorantin	3
41 – FH APAJH Montrichard	3
41 – FH Cormenon	1
41 – FH-SAVS APF Lunay	1
41 – FH des Rives du Coussin, Salbris	Non
41 – FO Cormenon	1
41 – MAS de la Giraudière, Cellettes	1
41 - Résidence de Courtozé, Azé	9
41 - SAVS Cormenon	1
41 - SAVS-SAMSAH APF, Blois	12
41 – SSIAD CIAS du Blaisais, Blois	1
41 – CRP Les Rhuets, Vouzon	Non
41 – SSIAD EHPAD, Châtres s/Cher	1
<b>Total personnes concernées au 30 juin 2007</b>	<b>45</b>

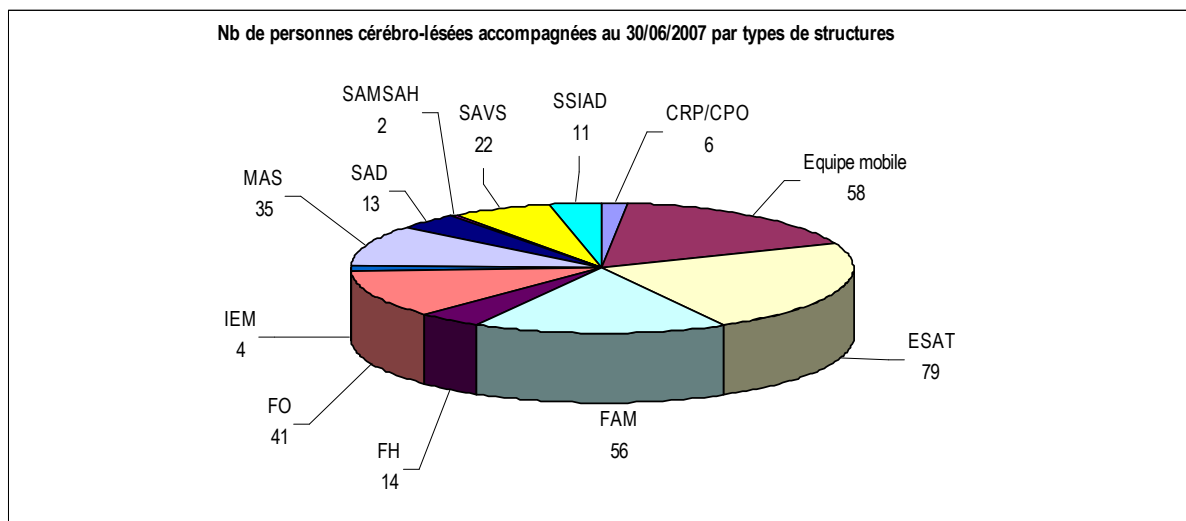
<b>LOIRET</b>	
45 - ESAT ASTAF, Fontenay s/L.	3
45 - ESAT D. Papin, St Jean de Braye	5
45 – ESAT La Couronnerie, Olivet	1
45 - ESAT Les Cèdres, Pithiviers	8
45 - FAM APAJH Orléans	2
45 – Fondation de l'Armée du Salut, Artenay	15
45 – Foyer St Marceau, Orléans	8
45 - FV de la Grimbonnerie, Villemandeur	15
45 - Institut Les cent Arpents, Saran	6
45 - Le petit Cormier, St Jean de Braye	2
45 – MAS Handas, Lorris	10
45 – MAS La Devinière, St Jean de Braye	1
45 – SAMSAH La Devinière, St Jean de Braye	2
45 – SAVS APF, St Jean de Braye	9
45 – SSIAD du Giennois, Gien	1
<b>Total personnes concernées au 30 juin 2007</b>	<b>88</b>



**Soit un total de 341 personnes accompagnées au 30 juin 2007**

Au 30 juin 2007, 59 de ces 64 structures médico-sociales identifiées comptabilisaient **341 personnes cérébro-lésées** parmi leurs effectifs.

**TABLEAU 4. NOMBRE DE PERSONNES CEREBRO-LESEES ACCOMPAGNEES AU 30/06/2007 PAR TYPES DE STRUCTURES**



⇒ **Autrement dit, cette nouvelle étude a permis d'identifier, au 30 juin 2007, 421 personnes cérébro-lésées, soit trois fois plus qu'en 2000.**

**TABLEAU 5. NOMBRE DE PERSONNES CEREBRO-LESEES IDENTIFIEES EN 2000 ET EN 2007**

	Secteur sanitaire	Secteur médico-social	Total
<b>Etude 2000</b> (coupe réalisée au 15 mai 2000)	63	70	<b>133</b>
<b>Etude 2008</b> (coupe réalisée au 30 juin 2007)	80	341	<b>421</b>

Ce meilleur repérage peut, en partie, s'expliquer par la création depuis 2000, de différentes structures spécialisées dans l'accueil de personnes cérébro-lésées :



TABLEAU 6. STRUCTURES SPECIALISEES DANS L'ACCUEIL DE PERSONNES CEREBRO-LESEES CREEES DEPUIS 2000

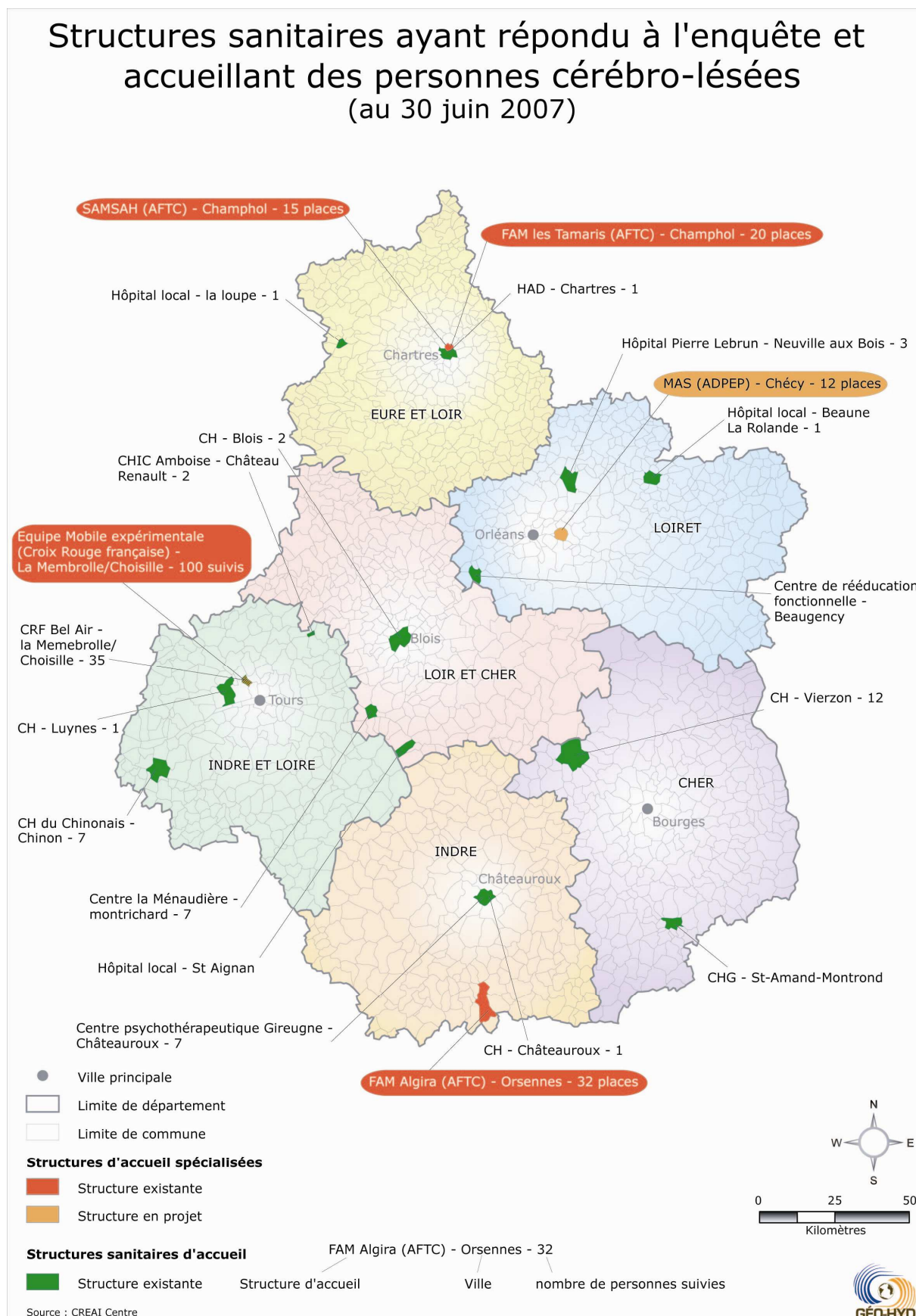
Structures en fonctionnement	Localisation	Gestionnaire	Date création	Capacités
<i>Equipe Mobile</i>	<i>37 – La Membrolle s/Choisille</i>	<i>Croix-Rouge Française</i>	<i>2003</i>	<i>100 suivis</i>
2 Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM) spécialisés dans l'accueil des personnes cérébro-lésées				
<i>FAM Algira</i>	<i>36 – Orsennes</i>	<i>ATCF</i>	<i>2002</i>	<i>32 places</i>
<i>FAM Les Tamaris</i>	<i>28 - Champhol</i>	<i>AFTC</i>	<i>2001</i>	<i>20 places</i>

- ④ Par ailleurs, depuis la fin de notre enquête, l'Association des Familles de Traumatisés Crâniens (AFTC) a ouvert à **Champhol** (28) un **SAMSAH** de 15 places spécialisé pour l'accueil des personnes cérébro-lésées (octobre 2007).
- ④ Notons aussi un **projet de création d'une nouvelle MAS dans le Loiret, avec 12 places réservées** à l'accompagnement de personnes ayant un handicap neuropsychique, porté par l'ADPEP du Loiret et ayant reçu un avis favorable du CROSMS (ouverture prévue début 2009).
- ④ Pourtant, malgré un meilleur repérage des structures qu'en 2000 (permettant ainsi d'identifier un nombre de personnes cérébro-lésées beaucoup plus important), il est bien évident que ces chiffres restent **sous-évalués** au regard de la réalité (du fait d'un nombre important de non réponses).

Carte 1 – Les structures spécialisées accueillant des personnes cérébro-lésées (au 30 juin 2007)

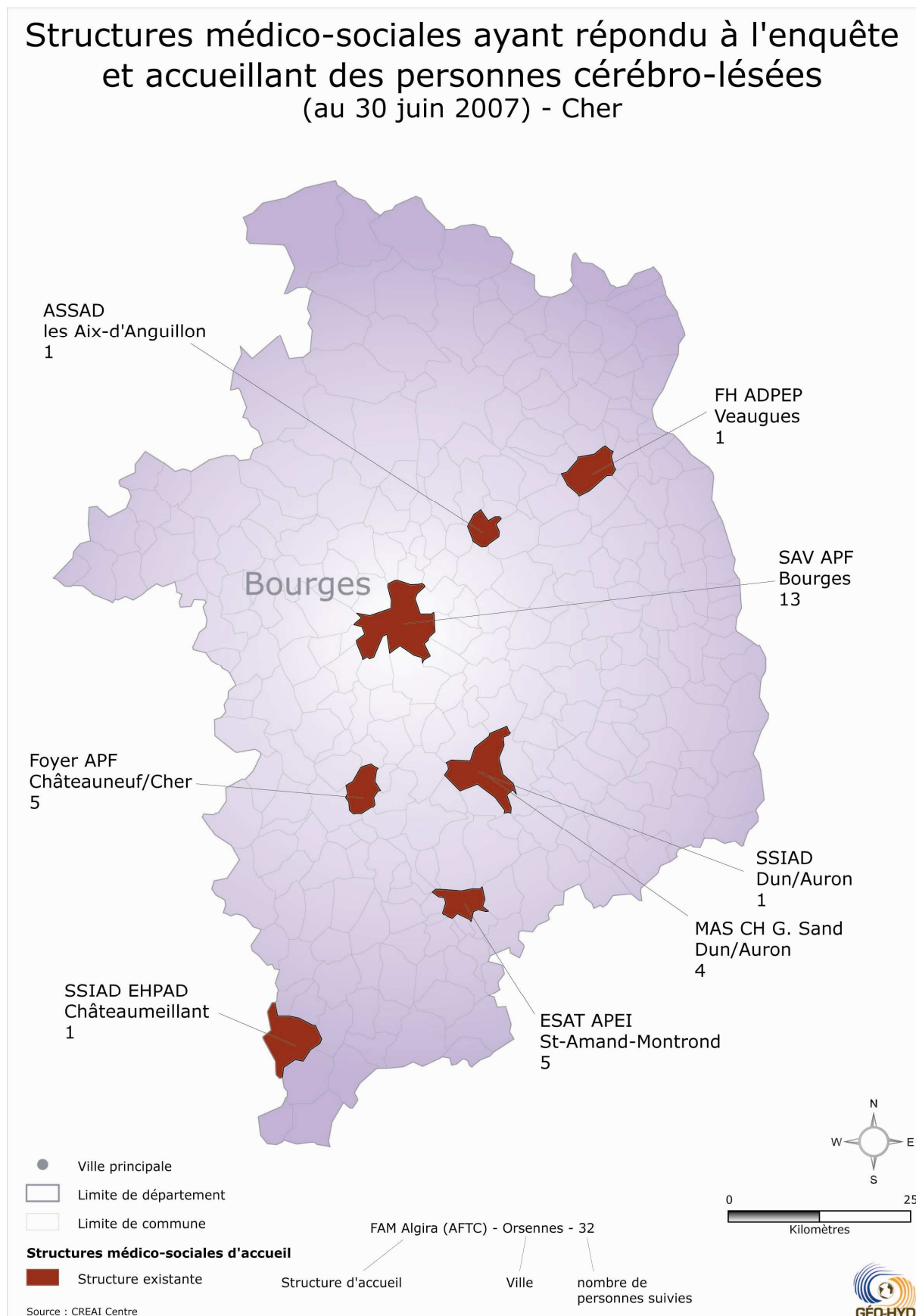


Carte 2 – Les structures sanitaires ayant répondu à l'enquête et accueillant des personnes cérébro-lésées (au 30 juin 2007)



Carte 3 – Les structures médico-sociales du CHER ayant répondu à l'enquête et accueillant des personnes cérébro-lésées (au 30 juin 2007)

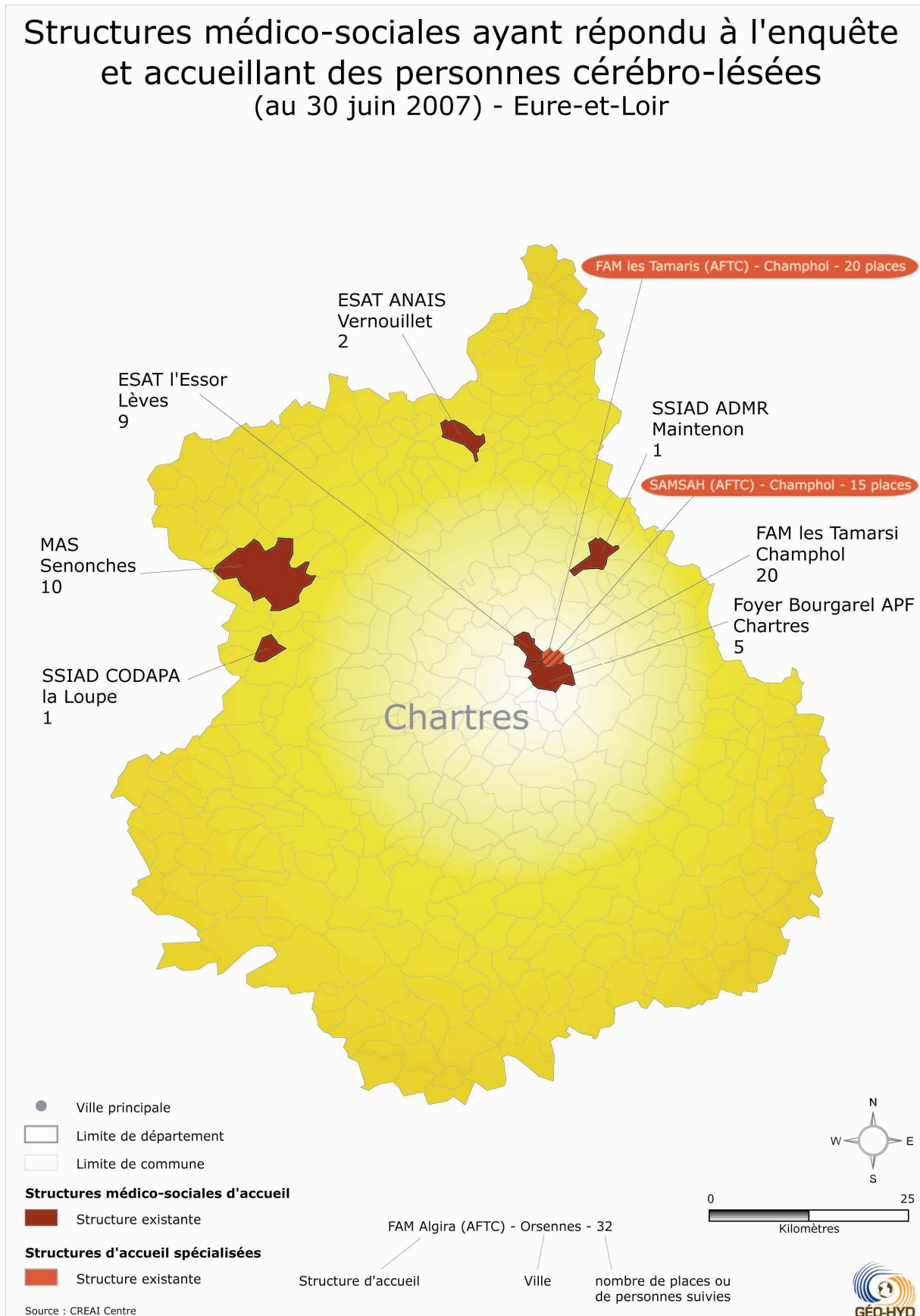
## Structures médico-sociales ayant répondu à l'enquête et accueillant des personnes cérébro-lésées (au 30 juin 2007) - Cher





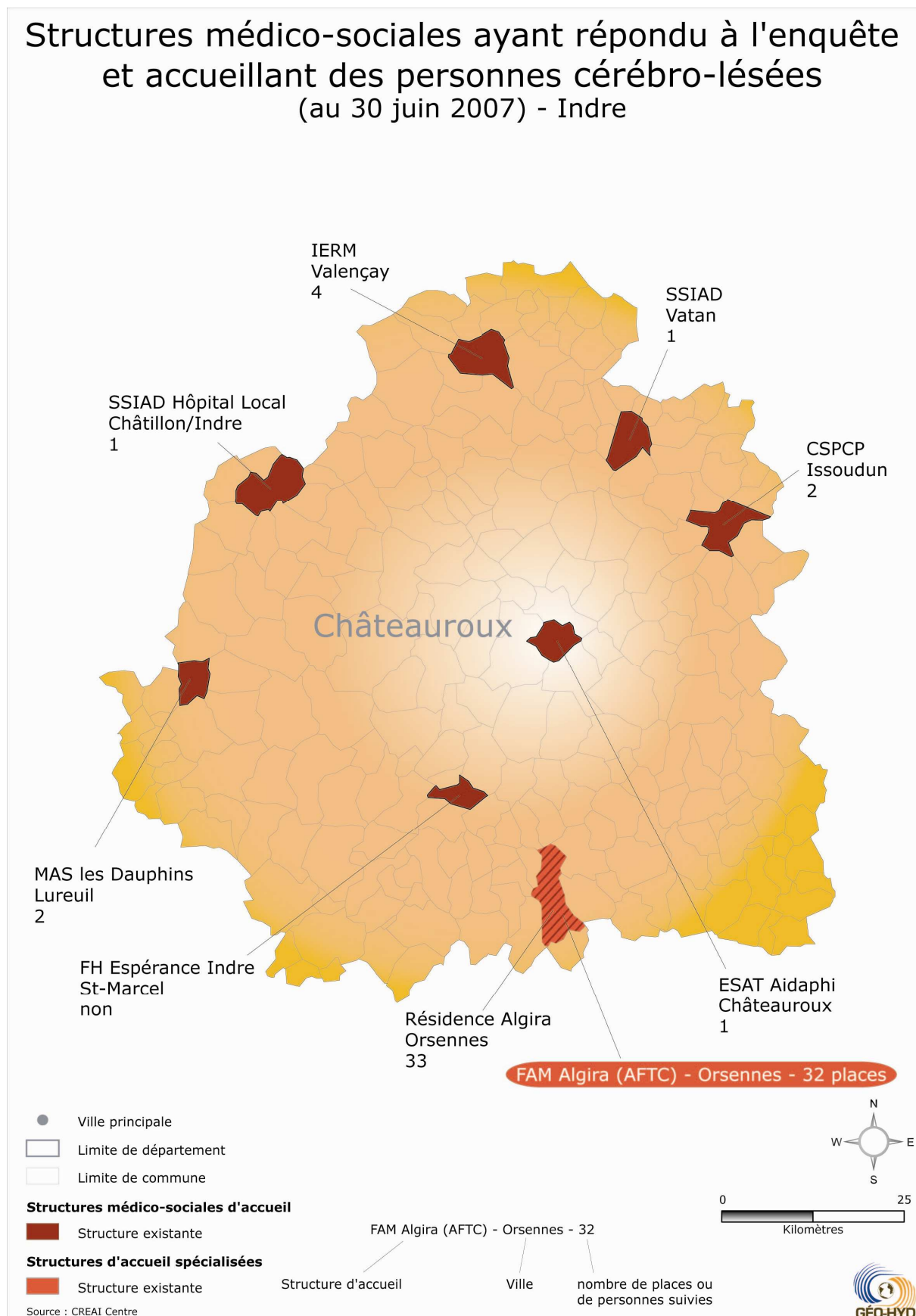
Carte 4 – Les structures médico-sociales de l'EURE ET LOIR ayant répondu à l'enquête et accueillant des personnes cérébro-lésées (au 30 juin 2007)

## Structures médico-sociales ayant répondu à l'enquête et accueillant des personnes cérébro-lésées (au 30 juin 2007) - Eure-et-Loir

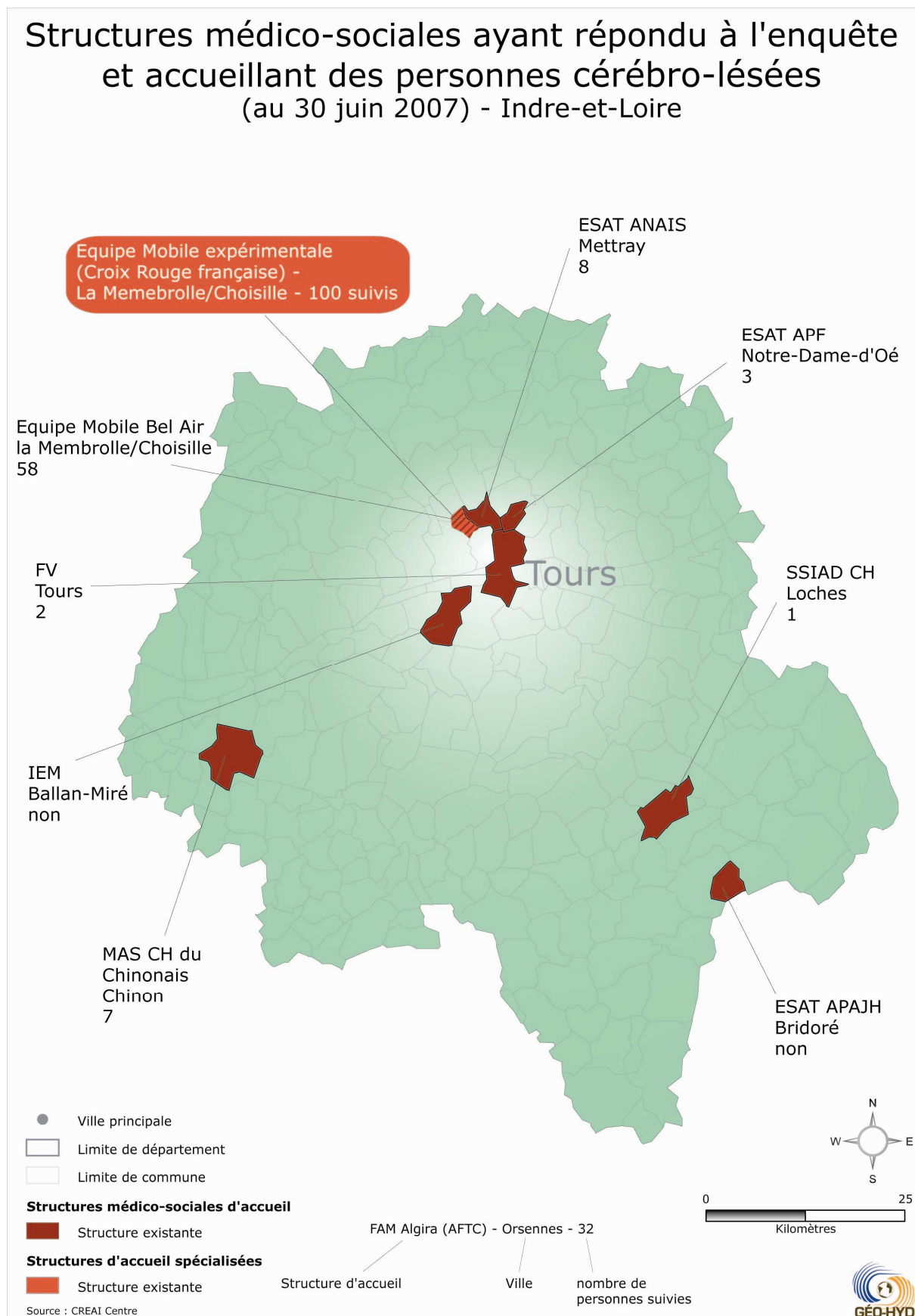


Carte 5 – Les structures médico-sociales de l'INDRE ayant répondu à l'enquête et accueillant des personnes cérébro-lésées (au 30 juin 2007)

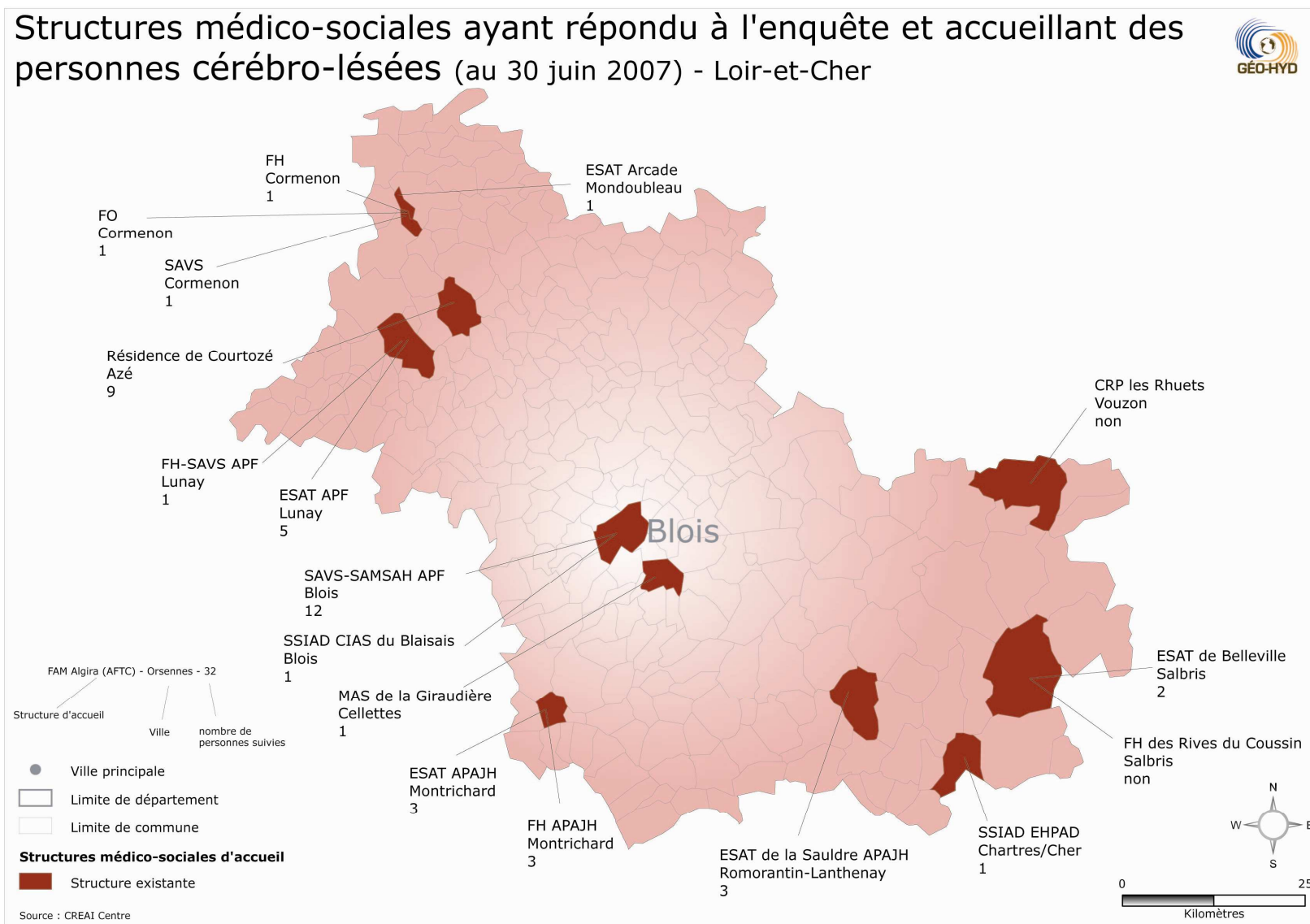
## Structures médico-sociales ayant répondu à l'enquête et accueillant des personnes cérébro-lésées (au 30 juin 2007) - Indre



Carte 6 – Les structures médico-sociales de l'INDRE ET LOIRE ayant répondu à l'enquête et accueillant des personnes cérébro-lésées (au 30 juin 2007)

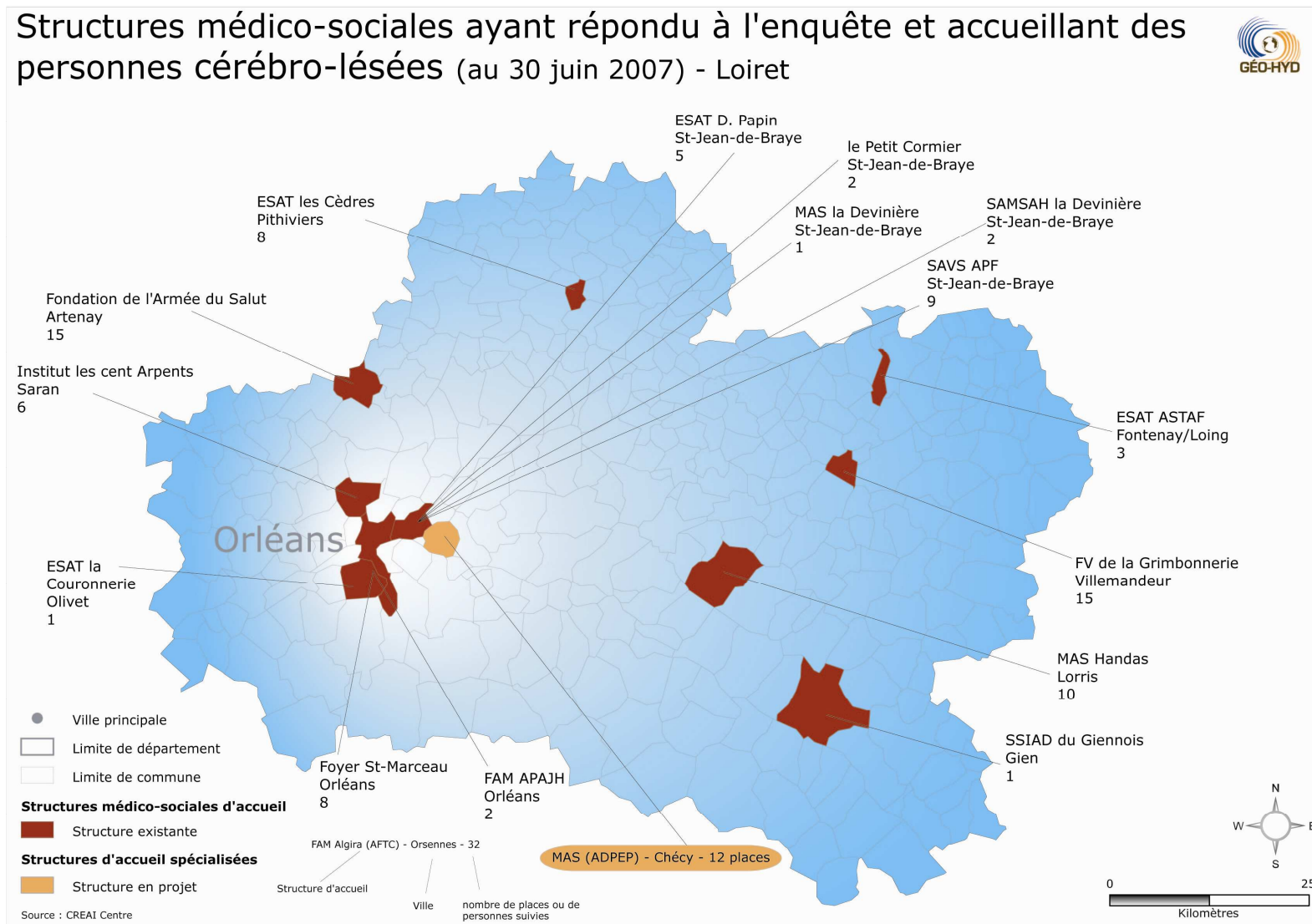


Carte 7 – Les structures médico-sociales du LOIR ET CHER ayant répondu à l'enquête et accueillant des personnes cérébro-lésées (au 30 juin 2007)





Carte 8– Les structures médico-sociales du CHER ayant répondu à l'enquête et accueillant des personnes cérébro-lésées (au 30 juin 2007)



## 1.2. Caractéristiques des structures sanitaires et médico-sociales accompagnant des personnes cérébro-lésées.

### 1.2.1. Les délais d'attente pour l'admission : variables en fonction des structures

#### • Pour le secteur sanitaire :

A la sortie des services hospitaliers « actifs » (réanimation, chirurgie...), les personnes cérébro-lésées sont majoritairement orientées vers des services de Soins de Suite et Réadaptation ou de Rééducation Fonctionnelle dans un délai généralement maximum de 1 mois (77%).

Le délai d'attente pour l'admission en service de Soins de longue durée peut s'étendre jusqu'à 6 mois.

En raison de l'imprécision des données fournies, il n'a pas été possible d'opérer une distinction entre les services de court, moyen et long séjours.

#### • Pour le secteur médico-social

Le délai moyen d'attente est de 6 mois et plus (47%). Ceci s'explique, d'une part, par le manque de places globales en établissements et services médico-sociaux, et d'autre part, par le refus de certaines d'accueillir des personnes cérébro-lésées, faute de moyens humains et matériels adaptés.

### 1.2.2. La création de sections spécifiques pour l'accueil des personnes cérébro-lésées : des projets en cours

Mis à part les quelques structures spécialisées dans l'accueil des personnes cérébro-lésées, aucun établissement sanitaire et médico-social ne possède de sections identifiées pour accueillir des personnes cérébro-lésées.

Cependant, des projets sont en cours :

#### • Pour le secteur sanitaire :

- Centre hospitalier Intercommunal d'Amboise/Château Renault

#### • Pour le secteur médico-social

- CRF Bel-Air – 37
- CPO-CRP Fontenailles – 37
- Notons que le FAM Les Tamaris (28), structure spécialisée dans l'accueil des personnes cérébro-lésées, est en cours de réflexion sur la possibilité d'offrir une palette de réponses plus larges et diversifiées.

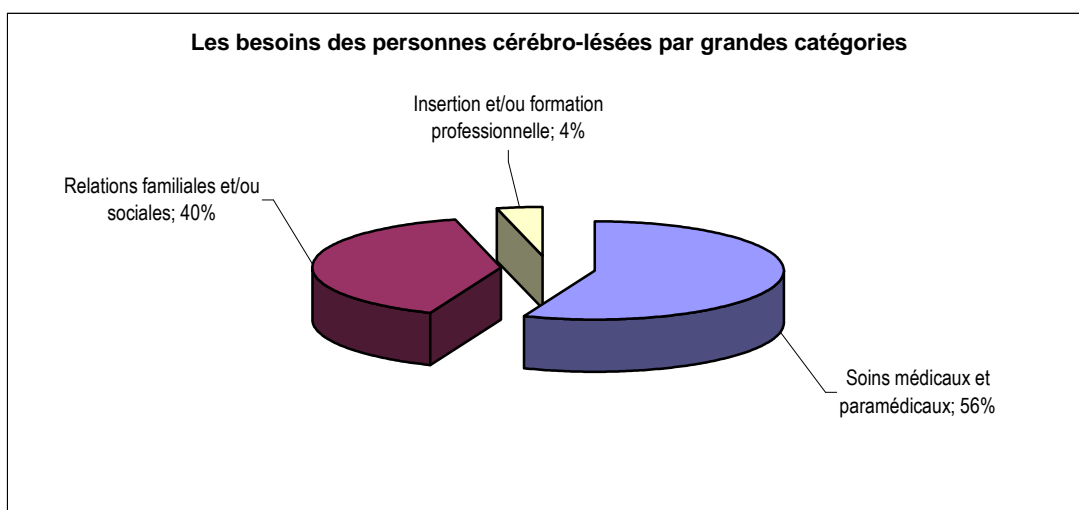
**1.2.3. Le repérage des besoins des personnes cérébro-lésées : un accompagnement à long terme, global et évolutif.**

**Le point de vue du secteur sanitaire :**

**TABEAU 7. BESOINS DES PERSONNES CEREBRO-LESEES DU POINT DE VUE DU SECTEUR SANITAIRE**

<b>Soins médicaux et paramédicaux – 56 %</b>	
<i>Nb de fois cité :</i>	
<b>Soins médicaux spécifiques</b>	<b>10 (23%)</b>
Soins paramédicaux spécifiques	8 (19%)
Suivi psychologique	9 (21%)
<b>Evaluation pluridisciplinaire</b>	<b>6 (14%)</b>
<b>Accompagnement dans les actes de la vie quotidienne</b>	<b>10 (23%)</b>
<i>Total réponses</i>	43
<b>Relations familiales et/ou sociales – 40 %</b>	
<b>Accompagnement social et administratif</b>	<b>10 (32%)</b>
Aide technique ou apprentissage à des techniques éducatives spécifiques	6 (20 %)
Insertion sociale	4 (13%)
Activités culturelles et de loisirs	4 (13%)
<b>Soutien – maintien des relations familiales et sociales</b>	<b>7 (23 %)</b>
<i>Total réponses</i>	31
<b>Relations familiales et/ou sociales – 4 %</b>	
Insertion professionnelle en milieu ordinaire ou protégé ou formation professionnelle	3 (100%)
<i>Total réponses</i>	3

**TABEAU 8. LES BESOINS DES PERSONNES CEREBRO-LESEES (SECTEUR SANITAIRE) PAR GRANDES CATEGORIES**

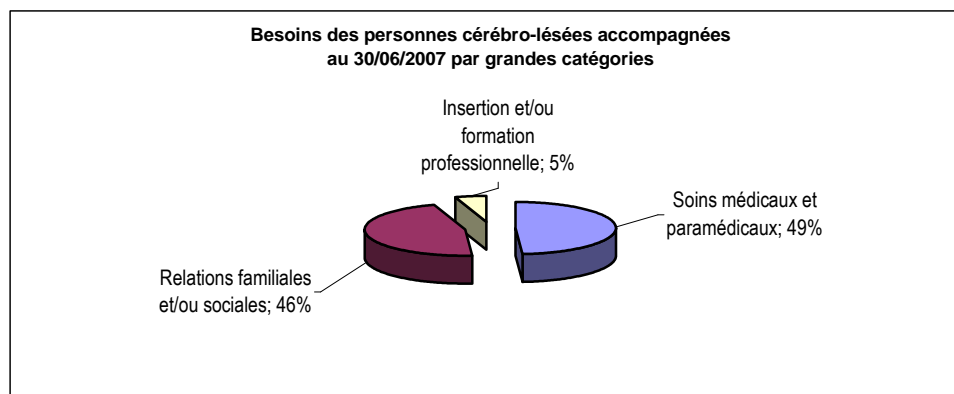


Le point de vue du secteur médico-social :

TABLEAU 9. BESOINS DES PERSONNES CEREBRO-LESEES DU POINT DE VUE DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL

Soins médicaux et paramédicaux – 49 %	
<i>Nb de fois cité :</i>	
Soins médicaux spécifiques	22 (15%)
Soins paramédicaux spécifiques	25 (18%)
<b>Suivi psychologique</b>	<b>35 (25%)</b>
<b>Evaluation pluridisciplinaire</b>	<b>24 (17%)</b>
<b>Accompagnement dans les actes de la vie quotidienne</b>	<b>34 (24%)</b>
Autres (soins de nursing)	1 (0,7%)
<i>Total réponses</i>	141
Relations familiales et/ou sociales – 46 %	
<b>Accompagnement social et administratif</b>	<b>36 (27%)</b>
Aide technique ou apprentissage à des techniques éducatives spécifiques	20 (15%)
Insertion sociale	17 (13%)
<b>Activités culturelles et de loisirs</b>	<b>30 (22%)</b>
<b>Soutien - maintien des relations familiales et sociales</b>	<b>32 (24%)</b>
<i>Total réponses</i>	135
Relations familiales et/ou sociales – 5 %	
Insertion professionnelle en milieu ordinaire ou protégé ou formation professionnelle	14 (100%)
<i>Total réponses</i>	14

TABLEAU 10. BESOINS DES PERSONNES CEREBRO-LESEES PAR GRANDES CATEGORIES



Quel que soit le secteur interrogé, les besoins identifiés des personnes cérébro-lésées correspondent à une **prise en charge globale** (médicale, paramédicale et sociale), **spécifique et évolutive, et proposé sur du long terme.**

L'aide de professionnels doit permettre d'accompagner un projet de vie, grâce à des **évaluations régulières.**

L'accompagnement à l'insertion professionnelle n'est pas identifié comme un besoin prioritaire, certainement en raison du public accueilli, pour lequel les possibilités de réinsertion professionnelle restent exceptionnelles (notamment pour les plus dépendants).

### 1.2.4. Les besoins d'équipements pour améliorer le parcours de vie des personnes cérébro-lésées.

#### Le point de vue du secteur sanitaire :

Les besoins les plus souvent cités sont les suivants (par ordre décroissant) :

- la création de structures médico-sociales spécialisées dans l'accueil des personnes cérébro-lésées et/ou l'adaptation de places existantes
- la création de structures sanitaires spécialisées dans l'accueil des personnes cérébro-lésées et/ou l'adaptation de places existantes;
- un dispositif de suivi personnalisé et à long terme.

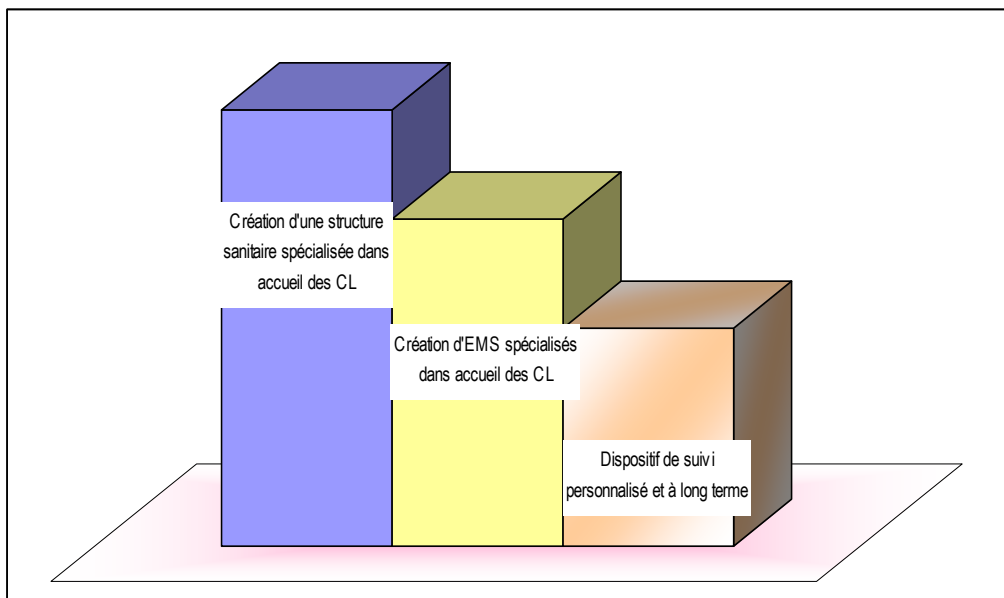
**TABEAU 11. LES BESOINS D'EQUIPEMENTS POUR AMELIORER LE PARCOURS DE VIE DES PERSONNES CEREBRO-LESEES (POINT DU VUE DU SECTEUR SANITAIRE).**

Classement par ordre de priorité ⇒	Rang 1	Rang 2	Rang 3	Rang 4	Rang 5	Nombre de fois cité	Rang moyen
Création d'une structure sanitaire spécialisée dans accueil des personnes cérébro-lésées	4	1				5	1,20
Création d'établissements médico-sociaux spécialisés dans accueil des personnes cérébro-lésées	4			3	1	8	2,62
Adaptation de places spécifiques pour l'accueil de personnes cérébro-lésées au sein d'établissements sanitaires	1	2	1	1		5	2,40
Adaptation de places spécifiques pour l'accueil de personnes cérébro-lésées au sein d'établissements médico-sociaux		2	3			5	2,60
Un dispositif de suivi personnalisé et à long terme		2	4		1	7	3,00
Création d'une UEROS				2	2	4	4,50
Mise en place d'équipe rééducative spécialisée extérieure pour la réalisation de bilans d'orientation	1	1		1	1	4	3,00
Accompagnement en SAVS							
Accompagnement en SAMSAH			2			2	3,00
Création de places spécifiques en ESAT ou Entreprise adaptée				1		1	4,00
Création de places spécifiques en Centre de réadaptation professionnelle				1		1	4,00
Création d'une structure d'accueil de jour		2		1	1	4	3,25
Autres besoins (sans précision)	1					1	1,00
Non réponse	2	3	3	3	7	18	

En termes de priorité, le développement d'un accueil sanitaire spécialisé est privilégié. Cependant, celui-ci n'est pas clairement positionné dans une logique partenariale avec le secteur médico-social.

- méconnaissance du secteur ?
- incompréhension de la question ?

**TABLEAU 12. LES CATEGORIES DE BESOINS PRIORITAIRES POUR LES PERSONNES CEREBRO-LESEES DU POINT DU VUE DU SECTEUR SANITAIRE.**



**Le point de vue du secteur médico-social :**

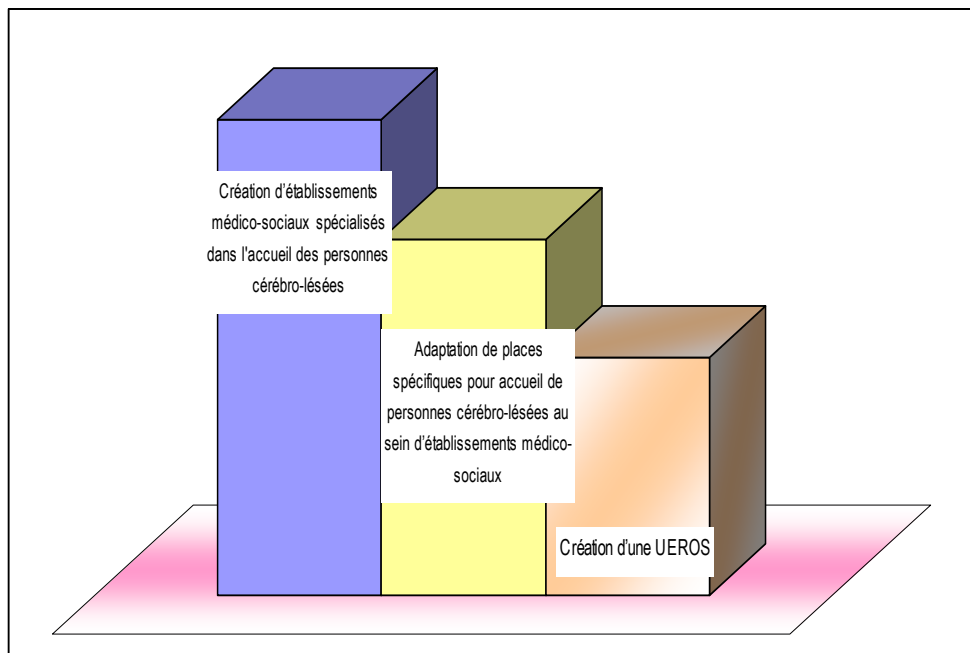
Les besoins les plus souvent cités sont les suivants (par ordre décroissant) :

- un dispositif de suivi personnalisé et à long terme
- L'adaptation de places existantes et/ou la création de structures médico-sociales spécialisées dans l'accueil des personnes cérébro-lésées
- la création de structures d'accueil de jour

**TABLEAU 13. LES BESOINS D'EQUIPEMENTS POUR AMELIORER LE PARCOURS DE VIE DES PERSONNES CEREBRO-LESEES (POINT DU VUE DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL).**

	Rang 1	Rang 2	Rang 3	Rang 4	Rang 5	Nombre fois cités	Rang moyen
<b>Création d'établissements médico-sociaux spécialisés dans l'accueil des personnes cérébro-lésées</b>	14	1	1	0	2	18	1,61
Adaptation de places spécifiques pour accueil de personnes cérébro-lésées au sein d'établissements médico-sociaux	3	16	1	2	1	23	2,21
Un dispositif de suivi personnalisé et à long terme	6	5	12	2	4	29	2,75
Création d'une UEROS	5	3	2	4	2	16	2,68
Mise en place d'équipes de rééducation spécialisées extérieures pour la réalisation de bilans d'orientation	2	3	3	1	3	12	3,00
Accompagnement en SAVS	2	2	3	4	1	12	3,00
Accompagnement en SAMSAH	2	3	3	5	2	15	3,13
Création de places spécifiques en ESAT ou EA	0	0	6	6	5	17	3,94
Création de places spécifiques en CRP	0	2	3	2	6	13	3,92
Création de structures d'accueil de jour	5	3	4	7	4	23	3,08
Autres (sans précision)	1	0	0	0	1	1	2,5
Non réponse	6	7	9	14	16	52	

TABLEAU 14. LES CATEGORIES DE BESOINS PRIORITAIRES POUR LES PERSONNES CEREBRO-LESEES DU POINT DU VUE DU SECTEUR MEDICO-SOCIAL.



Cependant, en termes de priorité, le secteur médico-social souhaite, outre la création de structures et/ou places spécifiquement dédiées à l'accueil des personnes cérébro-lésées, la mise en place d'une **UEROS**<sup>10</sup> en région Centre.

Le développement des services d'aide à domicile semble également être une préoccupation pour les professionnels.

---

<sup>10</sup> UEROS : Unité d'Evaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et/ou professionnelle / Voir définition des missions page 46)

## **2- Profil des personnes cérébro-lésées accueillies en région Centre au 30 juin 2007**

- 2.1. Age et sexe des personnes cérébro-lésées**
- 2.2. Causes de la lésion cérébrale**
- 2.3. Gravité des séquelles et échelle évolutive de Glasgow (GOS)**
- 2.4. Besoin d'(re)orientation dans le secteur médico-social**
- 2.5. Perspectives d'insertion sociale et professionnelle**

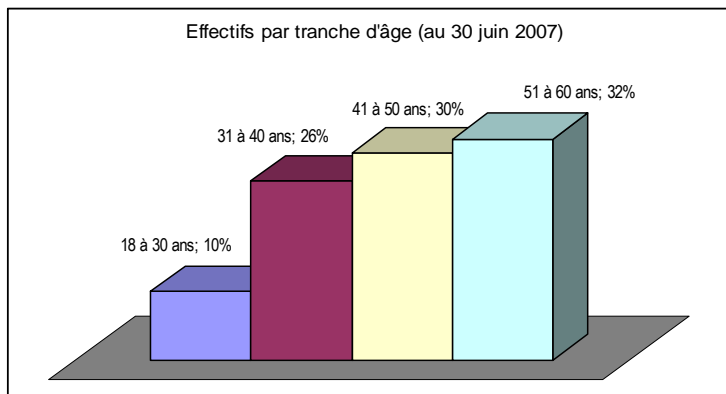


50 questionnaires individuels du secteur sanitaire (pour 80 personnes identifiées) et 284 du secteur médico-social (pour 341 personnes identifiées) nous ont été retournés, soit 79% de taux de retour.

## 2.1. Age et sexe des personnes cérébro-lésées

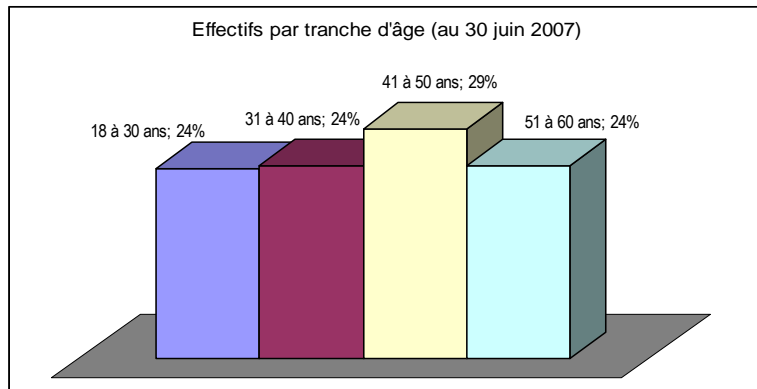
Les personnes cérébro-lésées identifiées sont âgées de 18 à 60 ans (conformément aux critères d'inclusion initialement définis) ; **il n'apparaît pas de classe d'âge prédominante.**

TABLEAU 15. LES EFFECTIFS PAR TRANCHE D'AGE AU 30 JUIN 2007.



← Dans le secteur sanitaire

↓ Dans le secteur médico-social



### Une population majoritairement masculine

La population identifiée est très majoritairement masculine (80% pour le secteur sanitaire et 72 % pour le secteur médico-social), confirmant ainsi les quelques données statistiques<sup>11</sup> selon lesquelles les victimes de lésion cérébrale sont principalement des **hommes jeunes**.

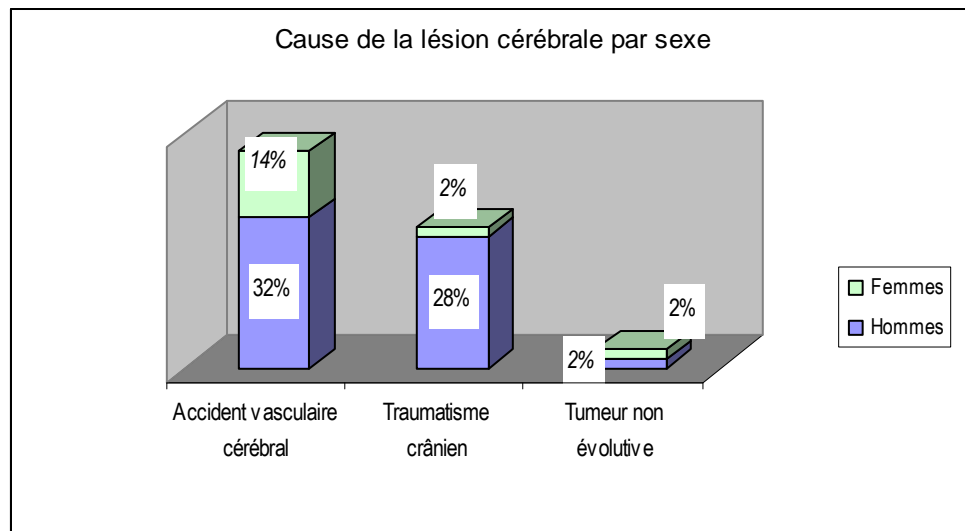
<sup>11</sup> Source : données de l'enquête décennale de santé réalisée par le SESI (Services de Statistiques des Etudes et des Systèmes d'Information) en 1991-1992, citées dans le rapport d'enquête sur les traumatisés crâniens, IGAS, mai 1995.

## 2.2. Causes de la lésion cérébrale

### ☉ Pour le secteur sanitaire :

**L'accident vasculaire cérébral** est à l'origine de la lésion cérébrale pour 46% des personnes identifiées, dont 32 % d'hommes et 14% de femmes. Viennent ensuite les traumatismes crâniens pour 30% (28% d'hommes et 2% de femmes) et enfin la tumeur non évolutive pour 2%.

TABLEAU 16. CAUSES DE LA LESION CEREBRALE PAR SEXE (SANITAIRE)



### ☉ Pour le secteur médico-social :

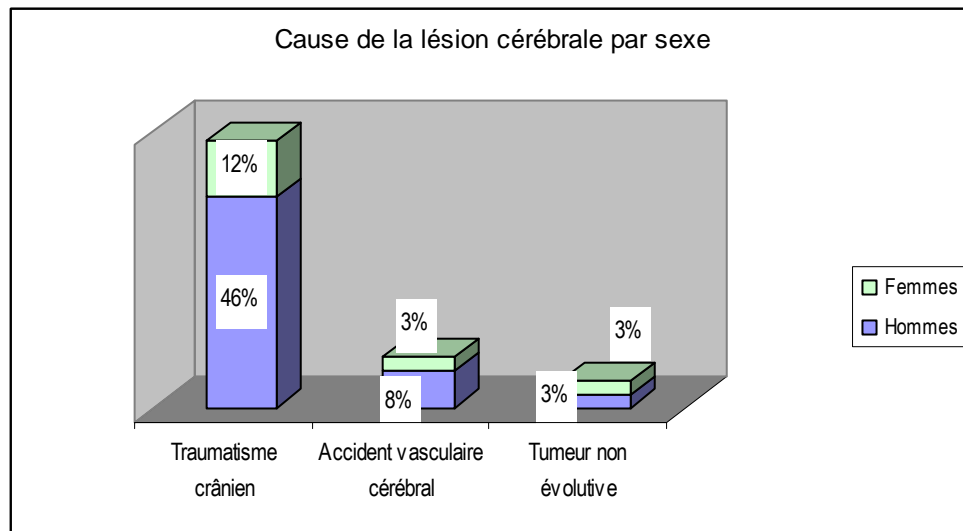
**Le traumatisme crânien** est la cause principale de lésions acquises du cerveau (60 % de personnes dont 46% d'hommes et 12% de femmes).

Remarque : les accidents de la circulation sont la cause principale du traumatisme crânien, (60% des cas), suivis par les accidents de la vie courante notamment lors d'activités domestiques, sportives ou de loisirs<sup>12</sup>.

Viennent ensuite les accidents vasculaires cérébraux pour 13% (8% d'hommes et 3% de femmes), l'anoxie pour 4%, et enfin la tumeur non évolutive pour 3%.

<sup>12</sup> Source : données issues de l'enquête rétrospective auprès d'un échantillon de ménages sur les accidents de la vie domestique, réalisée en 1985 par la CNAM et la Fédération Nationale de Mutualité Française, citées dans le rapport d'enquête sur les traumatisés crâniens, IGAS, mai 1995.

TABLEAU 17. CAUSES DE LA LESION CEREBRALE PAR SEXE (MEDICO-SOCIAL)



Ainsi, quel que soit le secteur, et quelque soit l'origine de la lésion cérébrale, on note une sur-représentation de la population masculine.

De nombreuses enquêtes et études sociologiques confirment la spécificité des jeunes et en particulier des jeunes garçons en matière de prise de risque. En ce qui concerne les accidents de la circulation, leur fréquence de survenue est deux fois plus élevée chez l'homme que chez la femme, dans la tranche des 15-25 ans, en raison d'habitudes de conduite plus dangereuses. A noter que depuis l'obligation légale du port de la ceinture de sécurité et du casque pour les deux roues et les mesures de limitation de vitesse, on a observé une diminution du nombre et de la gravité des accidents de la voie publique (par exemple, le port de la ceinture réduit de plus de 50% le risque de décès). Néanmoins, cette classe d'âge représente 26% des tués sur la route<sup>13</sup>.

### 2.3. Gravité des séquelles et échelle de Glasgow (GOS<sup>14</sup>)

Après la lésion cérébrale (qu'elle résulte du traumatisme crânien ou d'un accident vasculaire cérébrale), le degré de gravité des séquelles (sensorielles, physiques, cognitives et psychiques) est très variable.

Il est mesurable selon l'échelle évolutive de Glasgow :

- le niveau GOS 1 : correspond à une bonne récupération du sujet et à un retour à une vie normale, même s'il subsiste de légères déficiences motrices ou mentales ;
- le niveau GOS 2 : correspond à un handicap modéré ; ce niveau vise des personnes relativement autonomes dans les actes essentiels de la vie courante mais dont les déficiences sur le plan intellectuel, de la mémoire et du comportement nécessitent une aide et un accompagnement adaptés ;

<sup>13</sup> Source : Les grandes données de l'accidentologie 2002 – Observatoire national interministériel de sécurité routière.

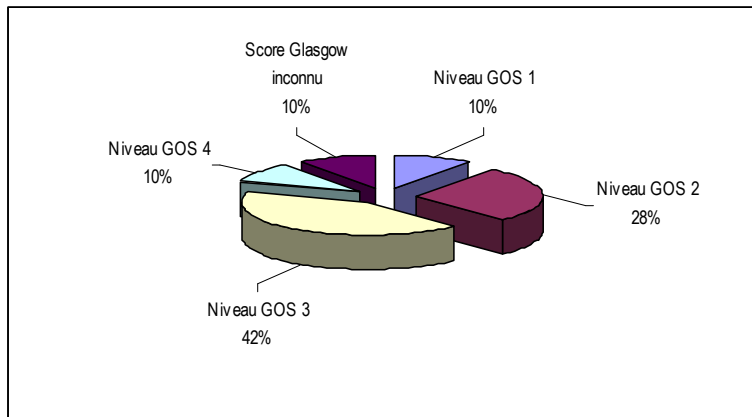
<sup>14</sup> Glasgow Outcome Scale (échelle évolutive du traumatisé crânien).

- le niveau GOS 3 : correspond à un handicap sévère, les personnes étant dépendantes et nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne en raison d'incapacités mentales et/ou physiques graves ;
- le niveau GOS 4 : correspond à l'état végétatif chronique

✓ Remarque :  
 Contrairement à l'étude réalisée en 2000, les personnes cérébro-lésées relevant d'un niveau de séquelles équivalent à un GOS 1 ont été incluses à notre enquête.

📊 Pour le secteur sanitaire :

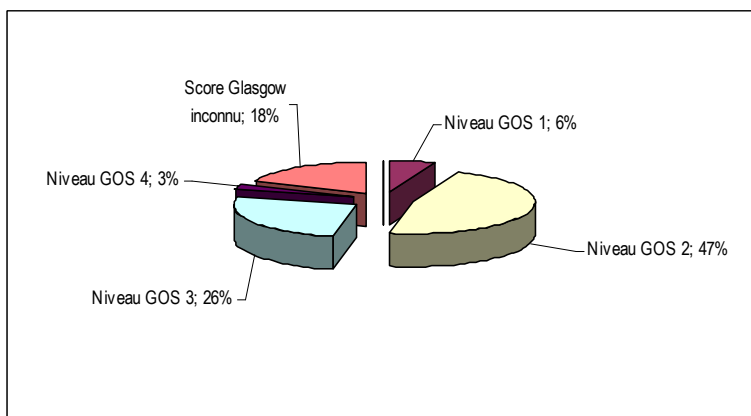
**TABLEAU 18. NIVEAUX GOS DES PERSONNES CEREBRO-LESEES ACCUEILLIES DANS LE SECTEUR SANITAIRE AU 30 JUIN 2007**



Les niveaux GOS 3 (42%) et GOS 2 (28%) sont les plus représentés.

📊 Pour le secteur médico-social :

**TABLEAU 19. NIVEAUX GOS DES PERSONNES CEREBRO-LESEES ACCUEILLIES DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL AU 30 JUIN 2007**



Près de la moitié des personnes cérébro-lésées accueillies en établissement médico-social relèvent d'un GOS 2 (47%). Les GOS 3, pourtant majoritaire à la sortie du sanitaire, ne représentent ici que 26 % de la population cérébro-lésée. Or, ils représentent un niveau de dépendance lourd, nécessitant la présence d'une tierce personne pour les actes de la vie courante.

Nous pouvons donc en déduire que, de retour à domicile, cette tâche incombe aux aidants familiaux.

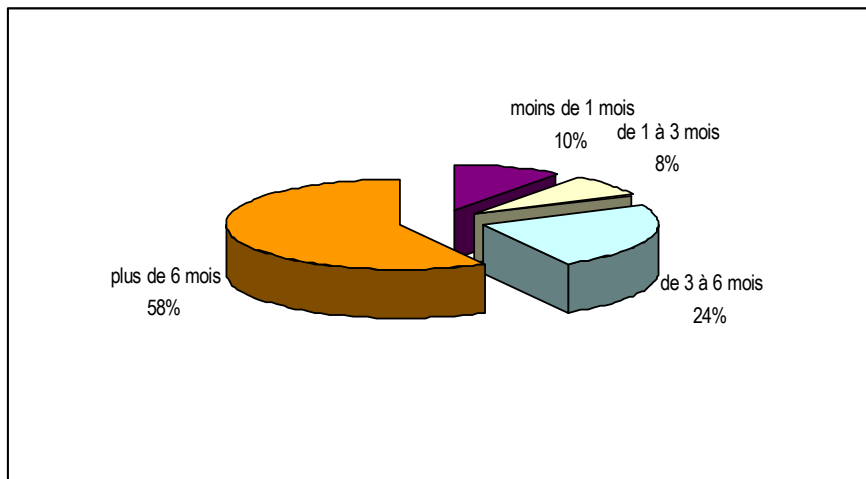
La faible proportion de personnes relevant d'un GOS 4 montre bien que le secteur médico-social est aujourd'hui inadapté à l'accueil de ce public, qui reste, en règle générale, dans le secteur sanitaire<sup>15</sup>.

Comment interpréter le fort taux de non réponse / GOS inconnu : méconnaissance théorique des GOS, non possession de ce type d'information (posant inévitablement la question de la possibilité des établissements médico-sociaux à adapter leur prise en charge aux besoins spécifiques de la personne) ?

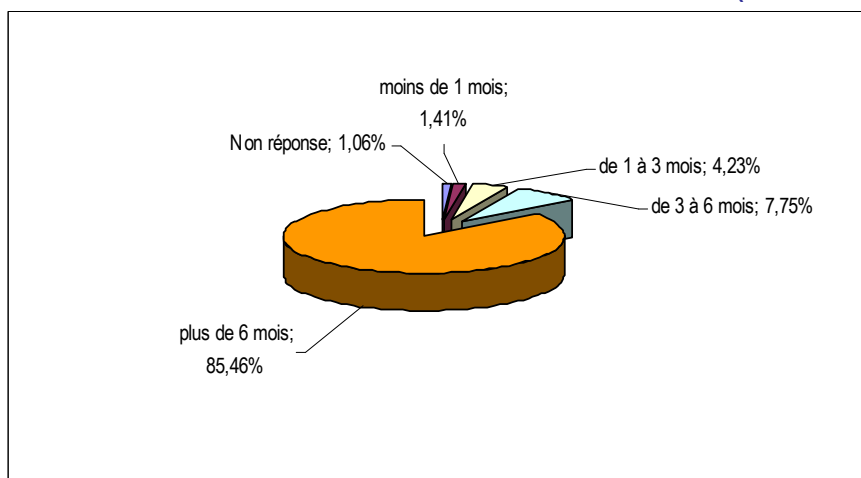
#### 2.4. Besoins d' (re) orientation dans le secteur médico-social

La grande majorité des séjours se prolongent au delà de 6 mois (58% pour le secteur sanitaire, 86% pour le secteur médico-social), illustrant la lenteur de l'évolution de l'état d'une personne cérébro-lésée.

**TABEAU 20. DUREE DE SEJOUR DANS UN ETABLISSEMENT SANITAIRE (AU 30 JUIN 2007)**



**TABEAU 21. DUREE DE SEJOUR DANS UN ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL (AU 30 JUIN 2007)**

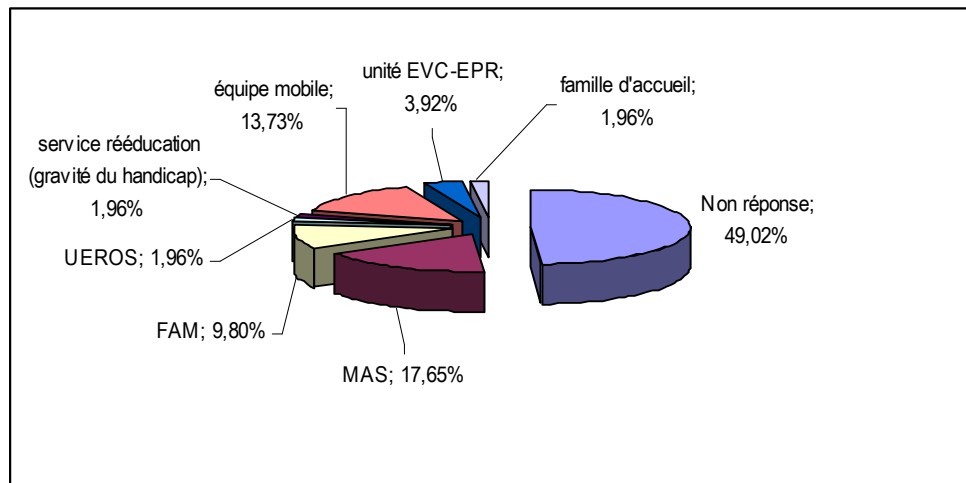


<sup>15</sup> Citons l'étude « Prise en charge des patients en état végétatif chronique et/ou pauci-relationnel », ARH et CPAM du Centre, 2002.

Ce qui explique également la difficulté de concevoir un projet d’(re)orientation dans le secteur médico-social, et d’autant plus par le secteur sanitaire en raison de sa méconnaissance du secteur et de l’offre territoriale.

Ainsi, si 50% des personnes cérébro-lésées accueillies en établissement sanitaire doivent être orientées vers un dispositif médico-social, le taux relativement élevé de non-réponse (50%) à la question de l’identification de la structure relais interroge bien évidemment l’efficacité actuelle du réseau et les risques accrues de ruptures de prise en charge.

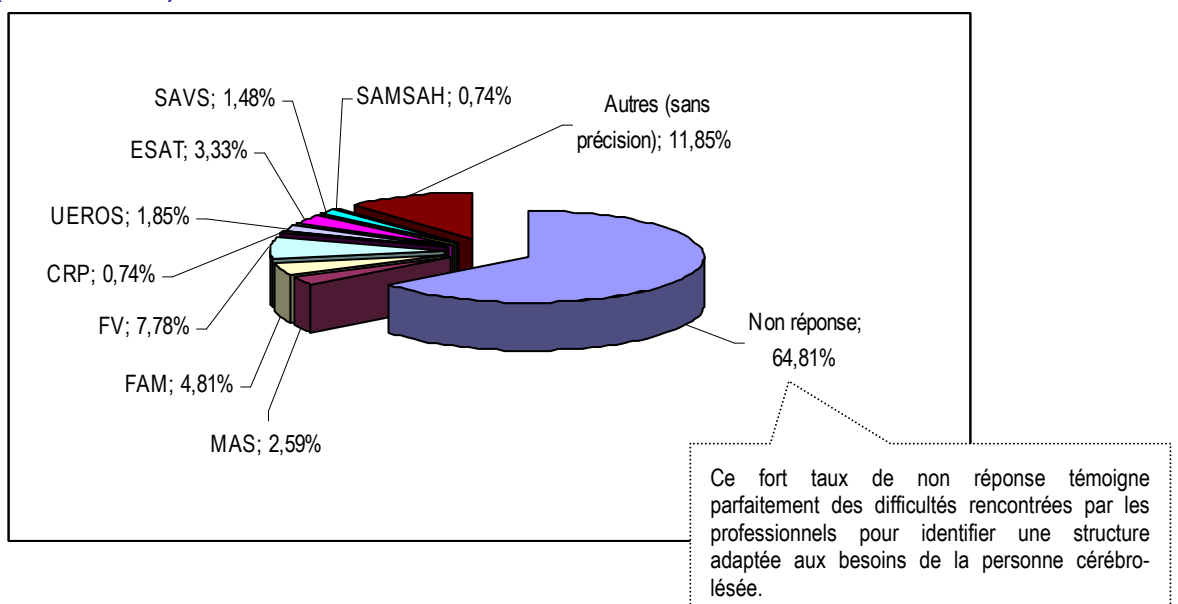
**TABEAU 22. STRUCTURE RELAIS ENVISAGEE A LA SORTIE DU SANITAIRE**



Par ailleurs, pour les personnes cérébro-lésées accueillies dans une structure médico-sociale au 30 juin 2007, une réorientation pour 33% d’entre elles est également envisagée :

- soit pour favoriser un parcours de réinsertion sociale et professionnelle (plutôt pour les GOS 2)
- soit pour leur proposer un cadre de vie collectif plus adapté (plutôt pour les GOS 3).

**TABEAU 23. TYPE DE STRUCTURE SOUHAITEE POUR UNE REORIENTATION DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL (AU 30 JUIN 2007)**



Notons toutefois que près d'un quart des projets d' (re)orientation ne pourront se réaliser en région Centre et auront pour solution :

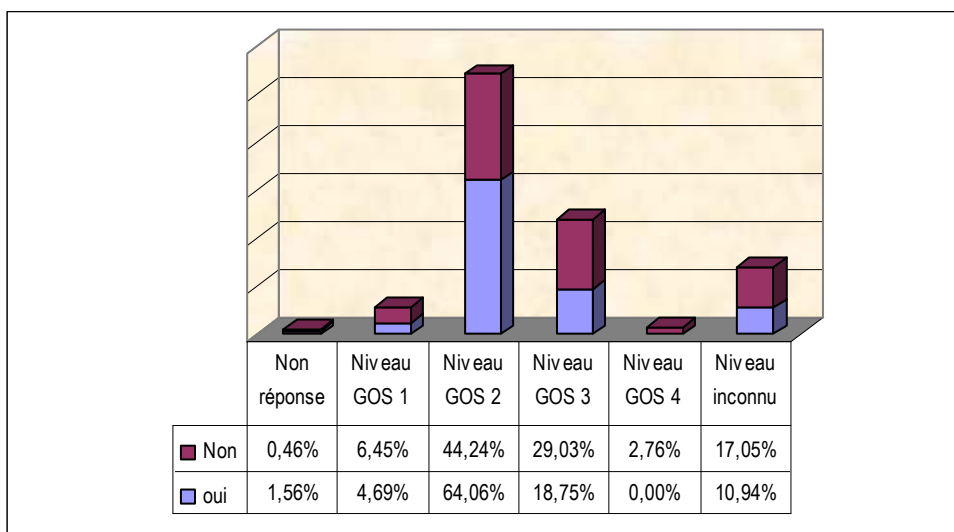
- soit un retour en milieu familial (8%)
  - soit une admission hors région (13%)
- (75 % des situations n'ont cependant pas trouvé de solution à ce jour).

Remarque : les réponses du secteur sanitaire et médico-social doivent également être interprétées avec prudence.

On peut en effet s'interroger sur le fait que les réponses ont pu être « induites » ou « orientées » par une certaine connaissance du secteur et de la disponibilité des places et non « choisies » en fonction des réels besoins de la personne cérébro-lésée.

## 2.5. Perspectives d'insertion sociale et professionnelle

**TABLEAU 24. PERSPECTIVES D'INSERTION SOCIALE DES PERSONNES CEREBRO-LESEES EN FONCTION DE LEUR DEGRE DE DEPENDANCE (AU 30 JUIN 2007)**



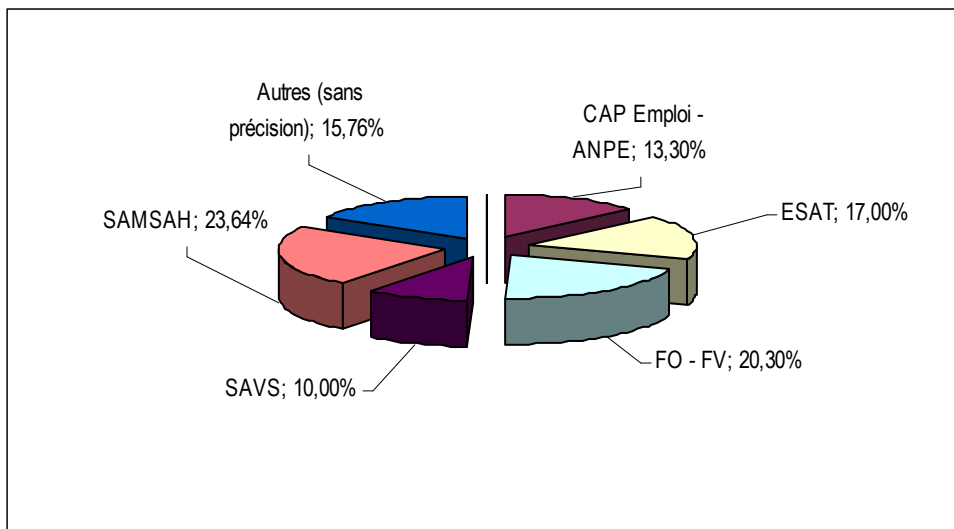
Un projet d'orientation vers une structure d'insertion sociale et professionnelle est envisagé pour 23% des personnes cérébro-lésées accueillies au 30 juin 2007 dans une structure médico-sociale.

Paradoxalement à leurs capacités reconnues, seules 4,69% des personnes cérébro-lésées relevant d'un niveau GOS 1 envisagent un tel projet ; l'ont également 64% des GOS 2 et 18,75% des GOS 3.

Pour autant, un programme de réentraînement n'est prévu que pour une minorité de situations (11%).

Un accompagnement social et professionnel est néanmoins envisagé, soit par les structures médico-sociales elles-mêmes, soit relayé auprès de dispositifs ordinaires.

**TABLEAU 25. TYPE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET PROFESSIONNEL ENVISAGE POUR LES PERSONNES CEREBRO-LESEES ACCOMPAGNEES (AU 30 JUIN 2007)**





## ● Deuxième partie

### SYNTHESE ET PRECONISATIONS

1. **Quels constats et quels positionnements pour les acteurs locaux ?**
2. **Préconisations**

## 1- Quels constats et quels questionnements pour les acteurs locaux ?

En complément des questionnaires, nous avons souhaité connaître le regard porté par les différents professionnels et institutions sur la personne cérébro-lésée et le dispositif d'accompagnement actuellement proposé en région Centre.

Des rencontres se sont organisées au cours desquelles ont émergé de nombreux constats et interrogations, résumés ci-dessous en quelques points :

### ❖ Une amélioration récente mais incomplète de la connaissance de ce handicap spécifique

Aujourd'hui le manque de données épidémiologiques et de lieux ressources est mis en avant par plusieurs acteurs rencontrés. Il apparaît une forte demande de lieu unique d'information et d'orientation sous la forme d'un observatoire pour suivre quantitativement et qualitativement les besoins des personnes cérébro-lésées (notamment celles à domicile).

Ce manque de données pose inévitablement la question de l'adéquation entre besoins et moyens :

- l'évaluation des besoins au niveau régional apparaît difficile ;
- les moyens et les financements sont insuffisants ;
- les chances d'accès à une prise en charge adaptée sont inégales.

On note également les difficultés fréquentes des professionnels à connaître, reconnaître et faire connaître ce handicap souvent « invisible ».

Le monde médical et médico-social non spécialisé connaît mal la spécificité de la lésion cérébrale.

Or, il n'est pas possible de généraliser des principes de prises en charge, tant la diversité des situations est grande, de par la personnalité des personnes, de leurs lésions, de leurs séquelles et de leur histoire.

### ❖ **Le développement progressif d'une prise en charge adaptée**

L'accompagnement des personnes cérébro-lésées s'est longtemps inscrit dans un dispositif global de prise en charge des personnes handicapées. Mais l'évolution récente prend de plus en plus en compte sa spécificité.

Toutefois, il est souligné un ensemble de limites actuelles à la prise en charge :

- un travail en réseau insuffisamment développé (articulation sanitaire/médico-social) ;
- un déficit de formation des personnels (d'autant plus important pour les structures d'accueil non spécialisées) ;
- un manque de soutien et d'information apporté aux familles.

### ❖ **Un équipement régional aujourd'hui mal identifié et insuffisant**

L'enjeu est de savoir comment optimiser au mieux l'existant, afin de proposer une politique structurée et spécifique à long terme et d'identifier précisément les structures / places manquantes (spécialisées ?) pour répondre à l'ensemble des besoins des personnes cérébro-lésées.

Plusieurs constats dressés :

- Les places en établissements médico-sociaux font défaut : ce qui limite les possibilités de choix à la sortie du sanitaire et favorise des inadaptations voir des incohérences dans les orientations ;
- Des conditions de retour en milieu familial insatisfaisantes et les limites des services d'aide à domicile (en termes de moyens et de connaissances / compétences) ;
- Le manque de solutions alternatives et modulables telles que l'accueil de jour, temporaire ;
- L'absence d'UEROS en région Centre ;
- Les difficultés de réinsertion sociale et professionnelles.

Par ailleurs, des échanges avec le pôle mutualiste Arceau Anjou (région Pays de La Loire / Angers 49), complexe entièrement dédié à l'accueil et au suivi des personnes cérébro-lésées, ont permis d'alimenter les débats et d'étayer les préconisations.

## 2- Préconisations

### ④ **Le suivi à long terme des personnes cérébro-lésées et de leurs familles, dans le cadre d'un réseau sanitaire et médico-social**

Il n'y a pas de parcours unique, commun à l'ensemble de la population cérébro-lésée, mais une évolution qui s'effectue par étapes (avec des périodes de « flottement », variables d'une personne à l'autre).

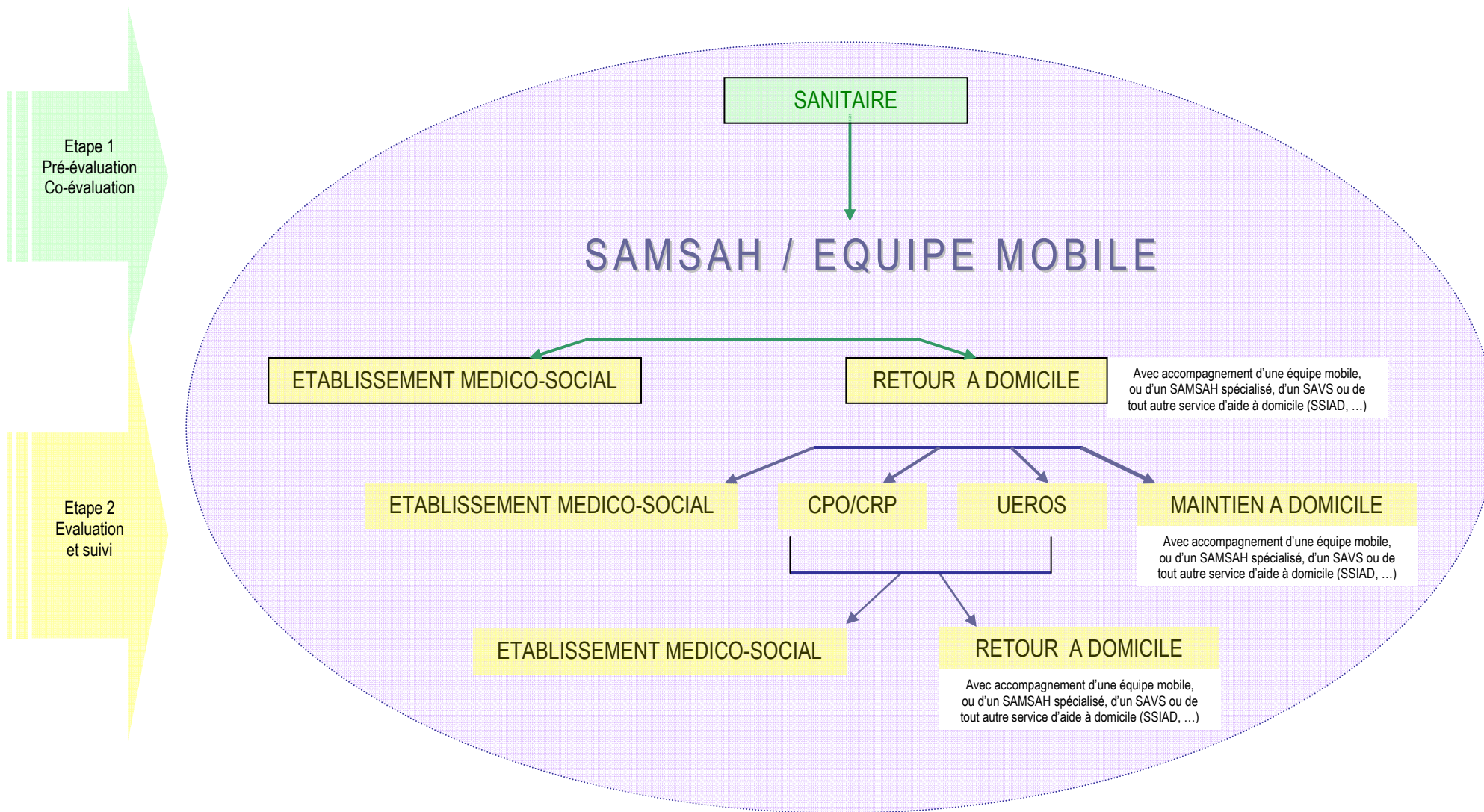
Il est donc nécessaire de proposer une prise en charge organisée (et inscrite dans une stratégie d'identification des structures d'amont et d'aval) autour d'un projet personnalisé intégrant les besoins de la personne cérébro-lésée et de son entourage.

Cet objectif doit passer par un assouplissement et une diversification des modes de prise en charge, de façon à respecter au mieux le projet de vie et le rythme de la personne.

Cela suppose également un accompagnement sur le long terme, qui s'appuie sur un plan d'action et de suivi dont la mise en œuvre devrait être coordonnée par une structure de référence (mission à confier au SAMSAH et/ou à l'équipe mobile).

Pour favoriser la collaboration entre les professionnels et un suivi de qualité, il pourrait être aussi envisagé la création d'un carnet de suivi, propriété de la personne cérébro-lésée et qu'elle pourrait présenter aux divers professionnels avec lesquels elle est en contact.

● Schéma des trajectoires de vie possibles des personnes cérébro-lésées



● **Etape n°1 :**  
**Une meilleure articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social**

Une attention toute particulière doit être portée à l'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social compte tenu des conséquences spécifiques de la lésion cérébrale et dans la mesure où les personnes cérébro-lésées et leurs familles peuvent rencontrer des difficultés à appréhender la situation nouvelle de handicap et à faire appel aux aides devenues nécessaires.

Le suivi constitue, en effet, un enjeu majeur tout au long du parcours de la personne cérébro-lésée. Il s'agit donc de prévenir et d'accompagner les ruptures de prise en charge en orientant vers des dispositifs adaptés.

Pour ce faire, les différents acteurs doivent se coordonner au sein d'un réseau formalisé et piloté (les MDPH devant s'efforcer de faire remonter au niveau de la CNSA les besoins locaux identifiés).

Cette organisation doit être opérationnelle pour la personne considérée avant la sortie de la structure hospitalière afin que soit réalisée une **co-évaluation sanitaire et médico-sociale** de sa situation.

**Les équipes mobiles<sup>16</sup> et/ou les SAMSAH<sup>17</sup> doivent être les garants de la continuité de la prise en charge et de l'effectivité du relais médico-social sur l'ensemble du territoire régional, en lien avec les MDPH.**

► **Les équipes mobiles**

Leurs missions :

- Compléter et structurer les filières de soins, **activer et coordonner les partenariats** entre les différentes structures des secteurs sanitaire et médico-social ;
- Encadrer et accompagner la personne cérébro-lésée et son entourage, **assurer un suivi** à long terme. Etablir des **évaluations** cognitive et comportementale, en milieu écologique, à la demande des CDAPH, des établissements médico-sociaux, des familles ;
- **Former** l'ensemble des acteurs du réseau à la problématique particulière des personnes cérébro-lésées ;
- **Animer** un Centre Ressource : aide aux démarches, réalisation d'un fonds documentaire, réalisation d'annuaires, suivi statistique.

*(Telles que définies dans le projet CROSMS de l'Equipe Mobile Bel Air - 37)*

<sup>16</sup> Mise en place dans le cadre de la Circulaire DAS n° 98-13 du 12 janvier 1998 relative à l'organisation du second appel d'offres ouvrant droit à la création de places médico-sociales nouvelles pour personnes cérébro-lésées principalement à la suite d'un traumatisme crânien

<sup>17</sup>Décret n°2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

Bien qu'elle soit encore aujourd'hui un dispositif expérimental (sans assise juridique bien définie), l'équipe mobile présente l'avantage d'être un service spécialisé, possédant un plateau technique adapté (tant sur le volet thérapeutique que social) et formé pour l'accompagnement de ce type de public.

Son statut particulier lui permet aussi d'intervenir en amont et en aval de la décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), c'est-à-dire de jouer le rôle d'interface entre les secteurs sanitaire et médico-social.

Aujourd'hui, une seule équipe mobile rayonne sur l'Indre-et-Loire, l'Indre et le Loir-et-Cher. Or, les contraintes organisationnelles et matérielles font qu'il n'est pas possible de proposer un service équivalent sur l'ensemble de ces trois départements.

**Il pourrait donc être envisagé la création de deux autres équipes mobiles, se répartissant les départements de la manière suivante :**

- Indre-et-Loire et Loir-et-Cher (structure de rattachement : CRF Bel-Air à la Membrolle sur Choisille 37)
- Cher et Indre (structure de rattachement : CRF d'Issoudun 36)
- Loiret et Eure-et-Loir (structure de rattachement : CRF Les Coteaux à la Chapelle St-Mesmin 45 [déménagement en cours])

(Notons l'existence d'un SAMSAH spécialisé pour l'accueil des traumatisés crâniens à Champhol en Eure-et-Loir, ayant un périmètre d'intervention de 30 Kms. Il sera donc indispensable, dans cette hypothèse, de réfléchir à la complémentarité et à la coordination entre ces deux entités).

#### ► **Les SAMSAH**

« Les SAMSAH ont pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des **prestations de soins**, de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes adultes handicapées par un accompagnement favorisant **le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité** ».

(Articles D. 312-162 et D.312-166 du CASF)

Ils proposent [...] :

- une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence ;
- un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie ;
- des soins réguliers et coordonnés ;
- un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert. »

(Articles D. 312-163 et D.312-167 du CASF)

L'organisation et le fonctionnement du SAMSAH permettent également de répondre à l'ensemble des besoins de la personne, maintenue dans son lieu de vie habituelle.

**Il pourrait donc être envisagé la création / l'identification d'un SAMSAH par département, coordinateur<sup>18</sup> de la spécificité de la lésion cérébrale.**

Par ailleurs, il faut reconnaître et encourager l'inscription des projets de SAMSAH dans :

- **une mission de mobilisation** des structures et des dispositifs ;
- **une mission de sensibilisation, d'information et de formation** des collectifs professionnels des structures de droit commun sur la problématique spécifique des personnes cérébro-lésées ;
- **une mission d'accompagnement** des professionnels non spécialistes intervenant auprès de la personne.

Cependant, il est indispensable d'interroger, dans cette hypothèse, la dépendance des SAMSAH par rapport à la décision d'orientation de la CDAPH, ne leur permettant pas aujourd'hui d'intervenir en amont, c'est-à-dire en co-évaluation avec le secteur sanitaire.

**Quelle que soit l'hypothèse retenue, il sera nécessaire de redéfinir la place et la complémentarité de ces deux entités, aujourd'hui clairement reconnues comme structures ressources dans l'accompagnement et le suivi des personnes cérébro-lésées.**

De plus, un conventionnement systématique devra être organisé à l'échelle départementale (le cas échéant supra-départementale) entre les équipes mobiles et/ou les SAMSAH et les autres intervenants (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) afin d'assurer la coordination, la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge.

---

<sup>18</sup> Cf. Etude DRASS / CREAI Centre: « les SAMSAH : Quel positionnement et quel fonctionnement dans le champ de l'accompagnement à domicile des personnes handicapées ? », décembre 2007.



● **Etape n°2 :**

***La nécessité d'une orientation et d'un suivi adapté***

Un travail d'information et de formation doit se développer auprès des équipes pluridisciplinaires des MDPH pour les sensibiliser aux problématiques spécifiques de ce type de public, leur permettant ainsi de remplir leur mission d'évaluation et d'orientation dans des conditions satisfaisantes.

Le renforcement de la collaboration avec des professionnels spécialisés est indispensable (ex : Equipes Mobiles, SAMSAH).

❶ **Plusieurs scénarii possibles à la sortie du sanitaire :**

⇒ Un retour à domicile facilité

Un retour à domicile (choisi ou non) risque d'entraîner de nocives conséquences telles que l'isolement, la désocialisation et la régression de la personne cérébro-lésée faute de stimulation suffisante, alors même que cette phase apparaît comme une période de fragilité toute particulière pour elle et sa famille.

Il convient donc de l'anticiper et de l'accompagner en associant les partenaires concernés.

Les équipes mobiles et/ou les SAMSAH sont amenés à y jouer un rôle clef, en leur proposant une aide structurée et structurante, de proximité et adaptée à leurs besoins.

Il est également essentiel de développer et de mettre à contribution les autres services d'aide à domicile (SAVS, SSIAD, SAD,...) pour dispenser les aides humaines et techniques complémentaires permettant ce maintien à domicile.

La réinsertion sociale des personnes cérébro-lésées doit aussi s'organiser en établissant un maillage territorial de l'ensemble des dispositifs existants et à venir (notons aujourd'hui l'important manque de structures d'amont susceptibles d'accompagner la réinsertion sociale des personnes cérébro-lésées en milieu ouvert. Leur ouverture doit donc être encouragée.)

Par exemple les Groupes d'Entraide Mutuelle<sup>19</sup>, conçus comme un outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en situation de grande fragilité, doivent se développer au profit de ce public, en complémentarité avec les autres services.

---

<sup>19</sup> Extrait de la Circulaire DGAS/3B n° 2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques : « ce dispositif apparaît particulièrement adapté à la situation et aux besoins actuels des personnes handicapées psychiques, même si les articles 4 et 11 de la loi du 11 février 2005 ne le limitent pas à ce seul type de handicap ».

⇒ L'établissement médico-social : un lieu d'accueil organisé  
(de type foyer occupationnel, maison d'accueil spécialisée, foyer d'accueil médicalisé)

Le nombre de personnes cérébro-lésées en attente d'une place dans une structure médico-sociale incite à recommander dans le cadre des schémas d'organisation sociale et médico-sociale de chaque département un ajustement des capacités d'accueil spécifique pour ce type de public, en veillant à une répartition géographique plus harmonieuse de proximité

(Rappelons que quatre départements — Loir-et-cher, Cher, Loiret [projet en cours] et Indre-et-Loire — ne possèdent pas de structures d'accueil spécialisées ; ce dernier département disposant en revanche d'une Equipe Mobile).

L'objectif étant d'offrir un environnement institutionnel adapté aux besoins spécifiques des personnes cérébro-lésées (pour qui l'orientation professionnelle est impossible ou qui sont encore très dépendants de l'entourage), au plus proche de leur lieu de vie habituelle.

Il est donc indispensable que les dossiers des promoteurs définissent de manière claire et précise le profil des personnes qu'ils souhaitent accueillir / suivre au sein de leur future structure, afin de garantir une mise en adéquation entre les besoins du public visé et les moyens humains et matériels sollicités.

Par ailleurs, dans une logique de couverture territoriale, de petites unités d'accueil spécialisées doivent se développer (10 à 12 places) au sein d'établissements déjà existants, (laissant ainsi la possibilité pour les structures de présenter une palette de solutions allant du Foyer Occupationnel à la Maison d'Accueil Spécialisé), à la condition que chaque projet d'établissement contienne une description précise des modalités d'accueil, incluant l'élaboration de projets personnalisés et mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire formée.

Il s'agit aussi de proposer une palette souple de services comme l'accueil de jour (remarque : un projet de Centre d'Accueil de Jour est en cours d'étude par l'Equipe Mobile (37)), l'accueil temporaire et d'urgence permettant, suivant les cas, une période de répit, un accompagnement renforcé à un moment particulier, une découverte de l'environnement institutionnel.

Les projets de structures éclatées ou hors les murs permettant à la personne d'être accompagnée dans sa réinsertion sans quitter l'environnement qui lui est familier, doivent aussi être soutenus.

A ce titre, citons l'exemple des « Maisons familiales » (en Eure-et-Loir 28). Il s'agit de domiciles privés à caractère familial et à taille humaine, intégrés dans la cité, avec des aménagements graduels, et une implantation corrélée au projet d'insertion. Les personnes bénéficiaires mutualisent leur Prestation de Compensation du Handicap, leur permettant d'avoir la présence en permanence d'une tierce personne.

⇒ Les établissements de rééducation professionnelle et de préorientation :  
(Pour les personnes cérébro-lésées relevant d'un niveau GOS 1)

La mission des Centres de Rééducation Professionnelle (CRP) consiste à dispenser une formation qualifiante aux personnes handicapées en vue de leur insertion ou réinsertion professionnelle, soit vers le milieu de travail ordinaire, soit vers le milieu protégé.

Les Centres de Préorientation (CPO) accompagnent des personnes en situation de handicap dans l'élaboration d'un projet professionnel en prenant en compte les aptitudes, les goûts et l'environnement économique. Ils aident les personnes à bâtir l'itinéraire le plus adapté à la mise en œuvre de leur projet. Ils formulent une proposition d'orientation auprès de la MDPH.

Il convient aussi de faciliter la formation professionnelle, en inscrivant les CRP dans le dispositif d'insertion professionnelle des personnes handicapées, en coopération avec le dispositif des programmes départementaux d'insertion des travailleurs handicapés (PDITH) et en concertation avec les CDAPH.

Notons, par ailleurs, qu'un projet de création d'une Unité de Conseils, d'Evaluation et d'Orientation (UCEO) est en cours de réflexion. Il s'agit, pour le Pôle Arceau Anjou (49), promoteur du projet, de proposer aux personnes cérébro-lésées de la région Centre, un dispositif exclusivement dédié à l'insertion professionnelle (Avis spécialisé sur les capacités et les freins concernant l'emploi en milieu ordinaire, bilan d'évaluation du projet professionnel, information/sensibilisation des partenaires).

Pour la Région Pays de la Loire, les interventions sont financées par l'AGEFIPH (quelle pérennité ?) et le FSE.

⇒ Les Unités d'Evaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et/ou professionnelle (UEROS)<sup>20</sup> : un dispositif à créer en Région Centre  
(pour les personnes cérébro-lésées relevant d'un niveau GOS 2 et 3)

Les missions des UEROS :

- **l'accueil et l'information** des personnes cérébro-lésées et de leur famille ;
- **l'évaluation** des diverses séquelles physiques et psychiques présentées par la personne cérébro-lésée ainsi que les principales potentialités qu'elle présente en vue de son insertion sociale, scolaire ou professionnelle ultérieure ;
- l'élaboration d'un **programme transitionnel de réentraînement à la vie active** permettant de consolider et d'accroître les acquis, de construire avec l'intéressé et son entourage un **projet d'insertion sociale**, incluant **le cas échéant une intégration scolaire ou professionnelle en milieu ordinaire ou adapté** ;
- fournir aux intéressés, à leurs familles, aux médecins traitants et aux CDAPH tout élément utile contribuant à déterminer ou réévaluer le niveau de handicap constaté et **l'orientation** éventuelle de la personne ;
- assurer un **suivi individualisé** du devenir de chaque personne à la sortie de l'unité.

<sup>20</sup> Les UEROS ont été créées à titre expérimental par la circulaire du 10 juillet 1996. Un décret relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement est en cours de discussion.

Les UEROS ont acquis aujourd'hui un rôle primordial et correspond à un « système expert » dans le domaine de l'évaluation du réentraînement, de la préconisation de l'orientation des personnes cérébro-lésées<sup>21</sup>.

### **Tous les avis convergent pour affirmer la nécessité de créer un tel dispositif en région Centre.**

Mais à quelles conditions ?

- garantir une couverture régionale
- proposer des réponses de proximité (évaluation effectuée en milieu écologique)
- être tant sur le volet social que professionnel<sup>22</sup>
- anticiper la question de l'hébergement des stagiaires

Le passage en UEROS ne doit pas être une étape supplémentaire dans le parcours déjà morcelé de la personne cérébro-lésée, mais bien un aboutissement de la prise en charge rééducative et la première étape du projet de réinsertion sociale et professionnelle.

Il est donc impératif de penser l'UEROS avec des structures d'aval (à quel moment envisager son intervention, quel est son rôle précis, quid de son articulation avec les autres réponses de proximité ?).

Notons qu'un projet d'UEROS (à vocation régionale) est en cours d'élaboration entre le CRP de Fontenailles (37), le CRF Bel-Air et l'Equipe Mobile de la Membrolle sur Choisille (37).

Il s'agirait de créer un groupement de coopération médico-social, associant les deux organismes gestionnaires, afin de mutualiser les moyens (humains et matériels) nécessaires à l'accompagnement des personnes cérébro-lésées.

## **Le développement d'un travail en réseau**

Les partenariats et les relais doivent être favorisés afin d'impulser une réflexion collective associant professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et de l'insertion professionnelle pour permettre :

- un échange et une recherche de soutien sur des situations concrètes
- le développement de la continuité, de la coordination et de l'interdisciplinarité des prises en charge.

---

<sup>21</sup> Extrait du rapport : « Evaluation de l'activité des UEROS, analyse des données 2006 », Groupe GOIF, statistiques FAGERH - 2007.

<sup>22</sup> La grille des devenirs à 2 ans des personnes reçues en stage en UEROS montrent des orientations professionnelles prédominantes (49%) mais avec une nette augmentation d'orientations vers les soins (12,2%). Les orientations sociales restent stables (23,2%) [données issues du rapport cité précédemment].

Pour ce faire, il faudrait :

- développer les rencontres intersectorielles et interprofessionnelles permettant aux différents acteurs de se connaître et de se reconnaître
- identifier une structure référente par département (mission à confier au SAMSAH et/ou à l'équipe mobile du département)
- travailler en collaboration avec les MDPH, en tant que lieu ressource.

### **Un soutien aux familles renforcé**

La lésion cérébrale constitue une véritable « onde de choc » qui se répercute non seulement sur la personne victime mais aussi sur sa famille.

Il est important d'offrir aux familles une aide psychologique lors de la prise en charge de la personne et des conseils adaptés (concernant par exemple les caractéristiques des personnes cérébro-lésées, les dispositifs de prise en charge...).

### **Une offre de formation adaptée**

Il conviendrait de disposer pour tous les professionnels susceptibles d'accompagner une personne cérébro-lésée d'une formation spécifique, à défaut de structure spécifique.

La mise à disposition d'un guide apportant des informations médicales, médico-sociales et sociales serait utile pour l'ensemble de ces professionnels, mais aussi pour les personnes cérébro-lésées et leurs proches.

### **Une prévention améliorée**

Un renforcement de la politique d'information et de formation est à envisager, pour accroître la sensibilisation du grand public, dans un objectif à la fois de prévention et de réinsertion.

Une réflexion doit être menée pour bâtir avec les acteurs professionnels et institutionnels une connaissance et une culture commune, source de proposition et d'amélioration du dispositif.

## ● ANNEXES

- Annexe 1. Les participants**
- Annexe 2. Questionnaires d'enquête**
- Annexe 3. Les personnes rencontrées**
- Annexe 4. Les participants aux groupes de travail interdépartementaux**
- Annexe 5. Les membres du Comité de Pilotage**
- Annexe 6. Le questionnaire simplifié**

## Annexe 1 – Les membres du Comité de Pilotage

Personnes présentes à au moins un des comités de pilotage (ordre alphabétique) :

DRASS	Patrick Pellerin, Inspecteur principal
CRAM du centre	Benoit Bellanger, conseiller technique
ATFC Centre	Louis Viallefond, Président
DPDS 36	Françoise De Gouville, Directrice
MDPH 41	Yveline Froger, Directrice
18- Centre Louis Gatignon	Roger Ferrand, Directeur
28- FAM Champhol ATFC	Jacques Sibel, Directeur
36 - FAM Algira	Gilles Mathé, Directeur
36 - MAS Les Dauphins	Patrick Poyteau, Directeur Adjt
37 - Centre Fontenailles	Philippe Guillemain, Directeur
37 - CRF Bel Air	Véronique Folch, stagiaire CAFDES
37 - Equipe Mobile Bel-Air	Katia David, Médecin
41 - Centre Les Rhuets	Stéphane Lacombe, Directeur
45 - MAS La Devinière	Blaise G'BAGUIDI, Directeur
CREAI Centre	Olivier Gaignard, Conseiller Technique Aurélié Néon, Conseillère Technique

## **Annexe 2 – Les questionnaires**

**. Questionnaires adressés aux établissements et services médico-sociaux :**

- un concernant les effectifs
- un questionnaire individuel

**. Questionnaires adressés aux établissements sanitaires :**

- un concernant les effectifs
- un questionnaire individuel

**. Questionnaires adressés aux SSIAD :**

- un concernant les effectifs
- un questionnaire individuel

**. Questionnaire simplifié :**

- adressé à l'ensemble des structures sanitaires et médico-sociales ou SSIAD n'ayant pas renseigné les questionnaires précédents.



## ENQUETE SUR LES ADULTES CEREBRO-LESES – 2007

### Questionnaire relatif aux EFFECTIFS des personnes cérébro-lésées dans le secteur médico-social

#### Eléments techniques

Par personnes cérébro-lésées, nous entendons toute personne souffrant de lésions cérébrales acquises.

Une lésion cérébrale acquise désigne tout dommage au cerveau après la naissance. Les dommages au cerveau peuvent être dus à une blessure traumatique à la tête, à des états comme l'anoxie (manque d'oxygène) ou à une infection.

Les causes fréquentes de lésions cérébrales sont, entre autres, les accidents de la route ou encore les chutes et les blessures subies dans le cadre d'un sport ou de l'exercice professionnel. D'autres lésions cérébrales acquises sont causées par des incidents internes comme les accidents vasculaires cérébraux, etc.

L'enquête porte sur une population de personnes cérébro-lésées dont :

- l'âge est compris entre 18 et 60 ans,
- relevant d'un score de 1 à 4 sur l'échelle de suivi de Glasgow.

En sont exclues les pathologies neurologiques dégénératives (sclérose en plaque par exemple) et les Infirmités Motrices Cérébrales (IMC).

L'échelle de suivi de Glasgow permet d'évaluer la gravité des séquelles provoquées par le traumatisme crânien ou l'accident cérébral, ainsi que son évolution dans le temps. Le score obtenu au GOS débouche sur un classement :

- Le GOS 1 correspond à une bonne récupération. La personne est indépendante avec ou sans un déficit chronique léger.
- Le GOS 2 correspond à un handicap moyen. La personne handicapée est relativement autonome dans les actes de la vie courante, mais ses déficiences sur le plan intellectuel, mnésique ou comportemental nécessitent une aide et un accompagnement adapté.
- Le GOS 3 équivaut à un handicap sévère. La personne est consciente, mais totalement dépendante dans les activités de la vie quotidienne en raison d'incapacités mentales ou physiques graves.
- Le GOS 4 correspond aux états végétatifs chroniques et le GOS 5 au décès de la personne.

#### ● IDENTITE DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE

1. Nom de l'établissement ou du service :

<b>2. Votre établissement ou service est :</b>		<b>4. Et comporte éventuellement :</b> (section éventuelle ou double agrément, par exemple : FV/FAM ou SAVS/SAMSAH ...)			
	<b>Nb de places :</b>		<b>Nb de places :</b>		
1	<input type="checkbox"/> Un ESAT	_____	1	<input type="checkbox"/> Une section annexe d'ESAT	_____
2	<input type="checkbox"/> Une entreprise de travail adapté	_____	2	<input type="checkbox"/> Un foyer d'accueil médicalisé	_____
3	<input type="checkbox"/> Une section annexe d'ESAT	_____	3	<input type="checkbox"/> Un accueil de jour	_____
4	<input type="checkbox"/> Un foyer d'hébergement	_____	4	<input type="checkbox"/> Un SAVS	_____
5	<input type="checkbox"/> Un foyer de vie	_____	5	<input type="checkbox"/> Un SAMSAH	_____
6	<input type="checkbox"/> Un foyer d'accueil médicalisé	_____	6	<input type="checkbox"/> Autres	_____
7	<input type="checkbox"/> Une maison d'accueil spécialisée	_____	<b>5. Si autres, précisez :</b>		
8	<input type="checkbox"/> Un foyer d'accueil de jour	_____			
9	<input type="checkbox"/> Un SAVS	_____			
10	<input type="checkbox"/> Un SAMSAH	_____			
11	<input type="checkbox"/> Un centre de rééducation professionnelle	_____			
12	<input type="checkbox"/> Un centre de pré-orientation	_____			
13	<input type="checkbox"/> Un IERM	_____			
14	<input type="checkbox"/> Autres.	_____			
	<b>3. Si autres, précisez :</b>				

**6. Votre établissement accueille-t-il et/ou a-t-il accueilli depuis 2000 des personnes cérébro-lésées :**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

**Si vous répondez NON**

**En cas de réponse négative à cette question, merci de nous retourner le présent questionnaire, de manière à ce que nous puissions établir la proportion des établissements et**

● L'ACCUEIL DES PERSONNES CEREBRO-LESEES au 30 juin 2007

7. Indiquez le nombre de personnes cérébro-lésées parmi les effectifs accompagnés dans votre établissement ou service au 30 juin 2007

|\_\_\_\_\_|

8. Effectif total de personnes handicapées accompagnées dans votre établissement ou service au 30 juin 2007

|\_\_\_\_\_|

9. Délai moyen d'attente pour l'admission d'une personne cérébro-lésée dans votre établissement ou service au 30 juin 2007

- 1 moins de 15 jours
- 2 de 15 jours à 1 mois
- 3 de 1 mois à 3 mois
- 4 de 3 mois à 6 mois
- 5 plus de 6 mois

10. Commentaires /réflexions au sujet des délais moyens d'attente pour l'admission

.....

11. Durée moyenne de séjour des personnes cérébro-lésées accueillies dans votre établissement ou service au 30 juin 2007

|\_\_\_\_\_|

● LES PERSONNES CEREBRO-LESEES ADMISES DANS VOTRE ETABLISSEMENT au 30 juin 2007

12. Indiquez le nombre de personnes cérébro-lésées domiciliées en région Centre accompagnées par votre établissement ou service au 30 juin 2007 :

|\_\_\_\_\_|

13. Précisez le nombre par département :

Cher	
Eure & Loir	
Indre	
Indre & Loire	
Loir & Cher	
Loiret	

14. Nombre de personnes cérébro-lésées, domiciliées hors région Centre, accompagnées par votre établissement ou service au 30 juin 2007

|\_\_\_\_\_|

15. Précisez le ou les département(s) d'origine : .....

16. Nombre de personnes cérébro-lésées originaires d'Ile de France accompagnées par votre établissement ou service au 30 juin 2007

|\_\_\_\_\_|

**Au 30 juin 2007**, indiquez le nombre de personnes cérébro-lésées accompagnées dans votre établissement provenant :

<i>Type d'établissement de service d'où proviennent les personnes :</i>	<i>Nb de personnes</i>
17. de services de neurologie, neurochirurgie, réanimation	_____
18. d'un service de soins de suite et de réadaptation (moyen séjour)	_____
19. d'un service de soins de longue durée (long séjour)	_____
20. D'un établissement médico-social	_____
21. Autres	_____

22. Si autres, précisez : .....

23. Votre établissement a-t-il une section spécifique pour l'accueil des personnes cérébro-lésées :

- 1 Oui
- 2 Non

24. Envisagez-vous de créer une section ou un service spécifique pour l'accueil des personnes cérébro-lésées dans votre établissement :

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

Indiquez le nombre des professionnels suivants intervenant auprès des personnes cérébro-lésées accompagnées par votre établissement ou service au 30 juin 2007 :

25. Médecins généralistes	_____
26. Médecins neurologistes	_____
27. Médecins psychiatre	_____
28. Médecins rééducateur	_____
29. Infirmières	_____
30. Aides soignants	_____
31. Kinésithérapeutes	_____
32. Ergothérapeutes	_____
33. Psychologues	_____
34. Neurologues	_____
35. Neuropsychologues	_____
36. Assistants sociaux	_____
37. Educateurs	_____
38. animateurs	_____
39. AMP	_____
40. Auxiliaires de vie	_____

**41. En fonction de leurs difficultés, quels sont selon vous les besoins des personnes cérébro-lésées prises en charge dans votre établissement ou accompagnée dans votre service**

*(plusieurs réponses possibles) :*

- 1 Soins médicaux spécifiques
- 2 Soins paramédicaux spécifiques
- 3 Suivi psychologique
- 4 Evaluation pluridisciplinaire
- 5 Accompagnement dans les actes de la vie quotidienne
- 6 Accompagnement social et administratif
- 7 Aide technique ou apprentissage à des technique éducatives spécifiques
- 8 Insertion sociale
- 9 Insertion professionnelle en milieu ordinaire ou protégé ou formation professionnelle
- 10 Activités culturelles et de loisirs
- 11 Soutien - maintien des relations familiales et sociales
- 12 Autres

**42. Si autres, précisez :** .....

**43. En fonction de leur degré de handicap, quels sont à votre avis les besoins en matière d'orientation et d'évaluation des personnes cérébro-lésées afin d'améliorer leur parcours de vie :**

*Numérotez de 1 à 5 par ordre d'importance décroissant, le chiffre 1 représentant le choix le plus important, le chiffre 5 le moins important).*

- 1 Création d'établissements médico-sociaux spécialisés dans l'accueil des personnes cérébro-lésées
- 2 Adaptation de places spécifiques pour accueil des cérébro-lésées dans établissements médico-sociaux
- 3 Prise en charge et suivi personnalisés à long terme pour personnes cérébro-lésées
- 4 Orientation des cérébro-lésées (GOS1- 2-3) vers UEROS avant élaboration projet insertion sociale et professionnelle.
- 5 Equipe rééducative spécialisée extérieure pour réalisation bilan d'orientation
- 6 Accompagnement en SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale)
- 7 Accompagnement en SAMSAH (service d'accompagnement médico-social des personnes handicapées)
- 8 Création de places spécifiques en ESAT ou entreprise adaptée
- 9 Création de places spécifiques en Centre de rééducation professionnelle
- 10 Création d'une structure d'accueil de jour
- 11 Autres

**44. Si autres, précisez :** .....

## ENQUETE SUR LES ADULTES CEREBRO-LESES – 2007

### Questionnaire « **INDIVIDUEL** »

concernant les personnes cérébro-lésées accompagnées par  
**les établissements ou services médico-sociaux**

**Questionnaire à remplir  
pour chaque personne cérébro-lésée  
accompagnée par votre établissement  
au 30 juin 2007**

#### *Eléments techniques*

Par personnes cérébro-lésées, nous entendons toute personne souffrant de lésions cérébrales acquises.

Une lésion cérébrale acquise désigne tout dommage au cerveau après la naissance. Les dommages au cerveau peuvent être dus à une blessure traumatique à la tête, à des états comme l'anoxie (manque d'oxygène) ou à une infection.

Les causes fréquentes de lésions cérébrales sont, entre autres, les accidents de la route ou encore les chutes et les blessures subies dans le cadre d'un sport ou de l'exercice professionnel. D'autres lésions cérébrales acquises sont causées par des incidents internes comme les accidents vasculaires cérébraux, etc.

L'enquête porte sur une population de personnes cérébro-lésées dont :

- **l'âge est compris entre 18 et 60 ans,**
- **relevant d'un score de 1 à 4 sur l'échelle de suivi de Glasgow.**

En sont exclues les pathologies neurologiques dégénératives (sclérose en plaque par exemple) et les Infirmités Motrices Cérébrales (IMC).

L'échelle de suivi de Glasgow permet d'évaluer la gravité des séquelles provoquées par le traumatisme crânien ou l'accident cérébral, ainsi que son évolution dans le temps. Le score obtenu au GOS débouche sur un classement :

- Le GOS 1 correspond à une bonne récupération. La personne est indépendante avec ou sans un déficit chronique léger.
- Le GOS 2 correspond à un handicap moyen. La personne handicapée est relativement autonome dans les actes de la vie courante, mais ses déficiences sur le plan intellectuel, mnésique ou comportemental nécessitent une aide et un accompagnement adapté.
- Le GOS 3 équivaut à un handicap sévère. La personne est consciente, mais totalement dépendante dans les activités de la vie quotidienne en raison d'incapacités mentales ou physiques graves.
- Le GOS 4 correspond aux états végétatifs chroniques et le GOS 5 au décès de la personne.

#### ● L'ETABLISSEMENT

1. Nom de l'établissement ou du service :

2. A quelle composante de votre établissement ou service la personne cérébro-lésée accueillie est-elle rattachée  
(plusieurs réponses possibles) :

- 1 Entreprise de travail adapté
- 2 ESAT
- 3 Section annexe d'ESAT
- 4 Foyer d'hébergement
- 5 Foyer de vie
- 6 Foyer d'accueil médicalisé
- 7 Maison d'accueil spécialisé
- 8 Section d'accueil de jour
- 9 SAVS
- 10 SAMSAH
- 11 Centre de rééducation professionnelle
- 12 Un centre de pré-orientation
- 13 Un IERM
- 14 Autres

3. Si autres, précisez : .....

● LA PERSONNE CEREBRO-LESEE

4. Age de la personne cérébro-lésée prise en charge : |\_\_| |\_\_|

5. Sexe de la personne cérébro-lésée prise en charge

- 1 Masculin
- 2 Féminin

6. Cause de la lésion cérébrale :

- 1 Traumatisme crânio-encéphalique
- 2 Accident vasculaire cérébral
- 3 Tumeur
- 4 Autres encéphalopathies
- 5 Inconnue

7. Date de l'accident : |\_\_\_\_\_|

8. Dernier score connu sur l'échelle de suivi de Glasgow au 30 juin 2007 :

- 1 Niveau GOS 1
- 2 Niveau GOS 2
- 3 Niveau GOS 3
- 4 Niveau GOS 4
- 5 Score Glasgow inconnu

9. Durée du séjour dans l'établissement au 30 juin 2007

- 1 moins de 1 mois
- 2 de 1 à 3 mois
- 3 de 3 à 6 mois
- 4 plus de 6 mois

**10. Activité de la personne cérébro-lésées avant l'accident lésionnel**

- 1 Agriculteur, exploitant agricole
- 2 Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- 3 Cadre, profession libérale
- 4 Profession intermédiaire (professeur des écoles et ass.), cadre moyen
- 5 Employé
- 6 Ouvrier
- 7 Sans emploi
- 8 Retraité
- 9 Personne scolarisée, stagiaire de la formation professionnelle, étudiant
- 10 Autres

**11. Si autres à la question 7, indiquer l'activité principale : .....**

**● ORIENTATION EN SECTEUR MEDICO-SOCIAL DE LA PERSONNE CONCERNEE**

**12. Une réorientation dans le secteur médico-social est-elle envisagée pour la personne concernée :**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

**13. Si oui, préciser le type d'établissement ou service souhaité pour une réorientation :**

- 1 MAS
- 2 FAM
- 3 FV
- 4 FH
- 5 CRP
- 6 CPOP
- 7 UEROS
- 8 IERM (15-20 ans)
- 9 ESAT
- 10 Entreprise adaptée/CDTA
- 11 SAVS
- 12 SAMSAH
- 13 Autres

**14. si autres, préciser le type d'établissement : .....**

**15. Cette orientation est-elle réalisable dans la région Centre**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

**16. Si cette orientation ne peut être satisfaite, indiquez la solution envisagée :**

- 1 Orientation vers un autre établissement ou service médico-social
- 2 Orientation dans secteur sanitaire (moyen et long séjour)
- 3 Orientation vers une unité sanitaire spécialisée pour personnes en EVC ou EPR
- 4 Retour en milieu familial
- 5 Orientation dans un établissement hors région Centre
- 6 Maison de retraite
- 7 Autres

**17. Si autre à question précédente, préciser la solution envisagée : .....**



● PERSPECTIVES D'INSERTION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE

18. Un projet d'orientation vers des structures d'insertion sociale et professionnelle est-il envisagé pour la personne cérébro-lésée concernée ?

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

19. Le parcours de réinsertion sociale et professionnelle prévoit-il un programme de réentraînement :

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

20. Si non, mode d'accompagnement social et professionnel envisagé pour la personne :

- 1 CAP Emploi - ANPE
- 2 Entreprise adaptée / Centre de distribution du Travail à domicile
- 3 ESAT
- 4 FO - FV
- 5 Groupe d'Entraide Mutuelle
- 6 SAVS
- 7 SAMSAH
- 8 Autres

21. Si autres, précisez : .....

22. Si un projet de réinsertion professionnelle est envisagé pour la personne, où résidera-t-elle :

- 1 A son domicile
- 2 En foyer d'hébergement
- 3 Autres

23. Si autres, précisez : .....

## ENQUETE SUR LES ADULTES CEREBRO-LESES – 2007

### Questionnaire relatif aux EFFECTIFS des personnes cérébro-lésées dans le secteur SANITAIRE

#### Eléments techniques

Par personnes cérébro-lésées, nous entendons toute personne souffrant de lésions cérébrales acquises.

Une lésion cérébrale acquise désigne tout dommage au cerveau après la naissance. Les dommages au cerveau peuvent être dus à une blessure traumatique à la tête, à des états comme l'anoxie (manque d'oxygène) ou à une infection.

Les causes fréquentes de lésions cérébrales sont, entre autres, les accidents de la route ou encore les chutes et les blessures subies dans le cadre d'un sport ou de l'exercice professionnel. D'autres lésions cérébrales acquises sont causées par des incidents internes comme les accidents vasculaires cérébraux, etc.

L'enquête porte sur une population de personnes cérébro-lésées dont :

- l'âge est compris entre 18 et 60 ans,
- relevant d'un score de 1 à 4 sur l'échelle de suivi de Glasgow.

En sont exclues les pathologies neurologiques dégénératives (sclérose en plaque par exemple) et les Infirmités Motrices Cérébrales (IMC).

L'échelle de suivi de Glasgow permet d'évaluer la gravité des séquelles provoquées par le traumatisme crânien ou l'accident cérébral, ainsi que son évolution dans le temps. Le score obtenu au GOS débouche sur un classement :

- Le GOS 1 correspond à une bonne récupération. La personne est indépendante avec ou sans un déficit chronique léger.
- Le GOS 2 correspond à un handicap moyen. La personne handicapée est relativement autonome dans les actes de la vie courante, mais ses déficiences sur le plan intellectuel, mnésique ou comportemental nécessitent une aide et un accompagnement adapté.
- Le GOS 3 équivaut à un handicap sévère. La personne est consciente, mais totalement dépendante dans les activités de la vie quotidienne en raison d'incapacités mentales ou physiques graves.
- Le GOS 4 correspond aux états végétatifs chroniques et le GOS 5 au décès de la personne.

#### ● IDENTITE DE L'ETABLISSEMENT

1. Nom et adresse de l'établissement concerné :

2. Identification du service concerné au sein de votre établissement :

- |                          |   |                                     |
|--------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 | Service de court ou moyen séjour    |
| <input type="checkbox"/> | 2 | Service de long séjour              |
| <input type="checkbox"/> | 3 | Maison de repos et de convalescence |
| <input type="checkbox"/> | 4 | hôpital de jour                     |
| <input type="checkbox"/> | 5 | Autre                               |

**Si plusieurs services sont  
concernés au sein de votre  
établissement,  
MERCİ DE REMPLIR  
1 QUESTIONNAIRE  
PAR SERVICE CONCERNE**

3. Si autre, préciser :

● LES CAPACITES D'ACCUEIL DE L'ETABLISSEMENT OU DU SERVICE au 30 juin 2007

4. Votre établissement ou service accueille-t-il des personnes cérébro-lésées :

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

Si vous répondez NON, merci de nous retourner le présent questionnaire de manière à ce que nous puissions établir la proportion des établissements et services qui n'accueillent pas de personnes cérébro-lésées.

5. Préciser l'effectif total des personnes accueillies dans votre établissement ou service au 30 juin 2007 :

|\_\_\_\_\_|

6. Indiquer la proportion des personnes cérébro-lésées parmi ces effectifs :

|\_\_\_\_\_| %

7. Délai moyen d'attente pour l'admission d'une personne cérébro-lésée dans votre établissement ou service au 30 juin 2007

- 1 moins de 15 jours
- 2 de 15 jours à 1 mois
- 3 de 1 mois à 3 mois
- 4 de 3 mois à 6 mois
- 5 plus de 6 mois

8. Durée moyenne de séjour des personnes cérébro-lésées accueillies dans votre établissement ou service au 30 juin 2007

|\_\_\_\_\_|

● LES PERSONNES CEREBRO-LESEES ADMISES DANS VOTRE ETABLISSEMENT au 30 juin 2007

9. Indiquez le nombre de personnes cérébro-lésées domiciliées en région Centre admises dans votre établissement ou service au 30 juin 2007 :

|\_\_\_\_\_|

10. Nombre de personnes cérébro-lésées, domiciliées hors région Centre, admises dans votre établissement ou service au 30 juin 2007 :

|\_\_\_\_\_|

11. Précisez le ou les département(s) d'origine

.....  
.....

12. Votre établissement a-t-il une section spécifique pour l'accueil des personnes cérébro-lésées :

- 1 Oui
- 2 Non

13. Envisagez-vous de créer une section ou un service spécifique pour l'accueil des personnes cérébro-lésées dans votre établissement ou service :

- 1 Oui
- 2 Non

Indiquez le nombre des professionnels suivants intervenant auprès des personnes cérébro-lésées admises dans votre établissement ou service au 30 juin 2007 :

- 14. Médecins généralistes
- 15. Médecins neurologistes
- 16. Médecins psychiatre
- 17. Médecins rééducateur
- 18. Infirmières
- 19. Aides soignants
- 20. Kinésithérapeutes
- 21. Ergothérapeutes
- 22. Psychologues
- 23. Neurologues
- 24. Neuropsychologues
- 25. Assistants sociaux
- 26. Educateurs
- 27. animateurs
- 28. AMP
- 29. Auxiliaires de vie
- 30. Autres

31. Si autres, précisez de quel(s) type(s) de professionnel(s) il s'agit :

.....

32. En fonction de leurs difficultés, quels sont selon vous les besoins des personnes cérébro-lésées accueillies dans votre établissement :

(plusieurs réponses possibles) :

- 1 Soins médicaux spécifiques
- 2 Soins paramédicaux spécifiques
- 3 Suivi psychologique
- 4 Evaluation pluridisciplinaire
- 5 Accompagnement dans les actes de la vie quotidienne
- 6 Accompagnement social et administratif
- 7 Aide technique ou apprentissage à des technique éducatives spécifiques
- 8 Insertion sociale
- 9 Insertion professionnelle en milieu ordinaire ou protégé ou formation professionnelle
- 10 Activités culturelles et de loisirs
- 11 Soutien - maintien des relations familiales et sociales
- 12 Autres

33. Si autres, précisez : .....

**34. En fonction de leur degré de handicap, quels sont à votre avis les besoins en matière d'orientation et d'évaluation des personnes cérébro-lésées afin d'améliorer leur parcours de vie :**

*Numérotez de 1 à 5 par ordre d'importance décroissant, le chiffre 1 représentant le choix le plus important, le chiffre 5 le moins important).*

- 1 Création d'une structure sanitaire spécialisée dans l'accueil des personnes cérébro-lésées
- 2 Création d'établissements médico-sociaux spécialisés dans l'accueil des personnes cérébro-lésées
- 3 Adaptation de places spécifiques pour accueil des cérébro-lésées dans établissements sanitaires
- 4 Adaptation de places spécifiques pour accueil des cérébro-lésées dans établissements médico-sociaux
- 5 Prise en charge et suivi personnalisés à long terme pour personnes cérébro-lésées
- 6 Orientation des cérébro-lésées (GOS1- 2-3) vers UEROS avant élaboration projet insertion sociale et professionnelle.
- 7 Equipe rééducative spécialisée extérieure pour réalisation bilan d'orientation
- 8 Accompagnement en SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale)
- 9 Accompagnement en SAMSAH (service d'accompagnement médico-social des personnes handicapées)
- 10 Création de places spécifiques en ESAT ou entreprise adaptée
- 11 Création de places spécifiques en Centre de rééducation professionnelle
- 12 Création d'une structure d'accueil de jour
- 13 Autres

**44. Si autres, précisez :**

.....

## ENQUETE SUR LES ADULTES CEREBRO-LESES – 2007

### Questionnaire « **INDIVIDUEL** »

concernant les personnes cérébro-lésées accompagnées par  
**les établissements ou services SANITAIRES**

Questionnaire à remplir pour chaque  
personne cérébro-lésée accompagnée  
par votre établissement ou service  
**au 30 juin 2007**

#### *Eléments techniques*

Par personnes cérébro-lésées, nous entendons toute personne souffrant de lésions cérébrales acquises.

Une lésion cérébrale acquise désigne tout dommage au cerveau après la naissance. Les dommages au cerveau peuvent être dus à une blessure traumatique à la tête, à des états comme l'anoxie (manque d'oxygène) ou à une infection.

Les causes fréquentes de lésions cérébrales sont, entre autres, les accidents de la route ou encore les chutes et les blessures subies dans le cadre d'un sport ou de l'exercice professionnel. D'autres lésions cérébrales acquises sont causées par des incidents internes comme les accidents vasculaires cérébraux, etc.

L'enquête porte sur une population de personnes cérébro-lésées dont :

- **l'âge est compris entre 18 et 60 ans,**
- **relevant d'un score de 1 à 4 sur l'échelle de suivi de Glasgow.**

En sont exclues les pathologies neurologiques dégénératives (sclérose en plaque par exemple) et les Infirmités Motrices Cérébrales (IMC).

L'échelle de suivi de Glasgow permet d'évaluer la gravité des séquelles provoquées par le traumatisme crânien ou l'accident cérébral, ainsi que son évolution dans le temps. Le score obtenu au GOS débouche sur un classement :

- Le GOS 1 correspond à une bonne récupération. La personne est indépendante avec ou sans un déficit chronique léger.
- Le GOS 2 correspond à un handicap moyen. La personne handicapée est relativement autonome dans les actes de la vie courante, mais ses déficiences sur le plan intellectuel, mnésique ou comportemental nécessitent une aide et un accompagnement adapté.
- Le GOS 3 équivaut à un handicap sévère. La personne est consciente, mais totalement dépendante dans les activités de la vie quotidienne en raison d'incapacités mentales ou physiques graves.
- Le GOS 4 correspond aux états végétatifs chroniques et le GOS 5 au décès de la personne.

#### ● IDENTITE DE L'ETABLISSEMENT SANITAIRE CONCERNE

1. Nom de l'établissement sanitaire concerné : \_\_\_\_\_

2. Nom du service sanitaire concerné (si plusieurs services au sein d'un même établissement) :  
\_\_\_\_\_

#### ● LA PERSONNE CEREBRO-LESEE

3. Age de la personne cérébro-lésée suivie : |\_\_| |\_\_|

4. Sexe de la personne cérébro-lésée suivie :

- 1 Masculin  
 2 Féminin

**5. Cause de la lésion cérébrale :**

- 1 Traumatisme crânio-encéphalique
- 2 Accident vasculaire cérébral
- 3 Tumeur
- 4 Anoxie
- 5 Autres encéphalopathies
- 6 Inconnue

**6. Date de l'accident :** \_\_\_\_\_

**7. Dernier score connu sur l'échelle de suivi de Glasgow au 30 juin 2007 :**

- 1 Niveau GOS 1
- 2 Niveau GOS 2
- 3 Niveau GOS 3
- 4 Niveau GOS 4
- 5 Score Glasgow inconnu

**8. Durée du séjour dans l'établissement au 30 juin 2007**

- 1 moins de 1 mois
- 2 de 1 à 3 mois
- 3 de 3 à 6 mois
- 4 plus de 6 mois

**9. Activité de la personne cérébro-lésées avant l'accident lésionnel**

- 1 Agriculteur, exploitant agricole
- 2 Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- 3 Cadre, profession libérale
- 4 Profession intermédiaire (professeur des écoles et ass.), cadre moyen
- 5 Employé
- 6 Ouvrier
- 7 Sans emploi
- 8 Retraité
- 9 Personne scolarisée, stagiaire de la formation professionnelle, étudiant
- 10 Autre

**10. Si autre, indiquer l'activité principale :**

.....

**● ORIENTATION EN SECTEUR MEDICO-SOCIAL DE LA PERSONNE CONCERNEE**

**11. Une réorientation dans le secteur médico-social est-elle envisagée pour la personne concernée :**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

**12. Si oui, vers quel(s) type(s) de structure(s) :**

- 1 UEROS
- 2 CPOP
- 3 CRP
- 4 Entreprise adaptée / CDTA
- 5 ESAT
- 6 SAMSAH
- 7 SAVS
- 8 IEM / IERM
- 9 FH
- 10 FO
- 11 FAM
- 12 MAS
- 13 Autre

**13. si autre, préciser le type de structure : .....**

**14. Cette orientation est-elle réalisable dans la région Centre :**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

**15. Si cette orientation ne peut être satisfaite, indiquez la solution envisagée :**

- 1 Orientation vers un autre établissement ou service médico-social
- 2 Orientation dans secteur sanitaire (moyen et long séjour)
- 3 Orientation vers une unité sanitaire spécialisée pour personnes en EVC ou EPR
- 4 Retour en milieu familial
- 5 Orientation dans un établissement hors région Centre
- 6 Maison de retraite
- 7 Autres

**16. Si autre à question précédente, préciser la solution envisagée :**

.....

**● INSERTION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE DE LA PERSONNE CONCERNEE**

**17. Un projet d'orientation vers des structures professionnelles est-il envisagé pour la personne cérébro-lésées concernée ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

**18. Si oui, préciser le type de projet professionnel :**

.....

.....



**19. Un accompagnement professionnel est-il proposé à la personne :**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

**20. Si un projet de réinsertion professionnelle est envisagé pour la personne, où sera-t-elle domiciliée :**

- 1 A son domicile personnel
- 2 Au domicile familial
- 3 En foyer d'hébergement
- 4 Autres

**21. Si autres, précisez :**

.....

## ENQUETE SUR LES ADULTES CEREBRO-LESES – 2007

### Questionnaire relatif aux EFFECTIFS des personnes cérébro-lésées dans les SSIAD

#### Eléments techniques

Par personnes cérébro-lésées, nous entendons toute personne souffrant de lésions cérébrales acquises.

Une lésion cérébrale acquise désigne tout dommage au cerveau après la naissance. Les dommages au cerveau peuvent être dus à une blessure traumatique à la tête, à des états comme l'anoxie (manque d'oxygène) ou à une infection.

Les causes fréquentes de lésions cérébrales sont, entre autres, les accidents de la route ou encore les chutes et les blessures subies dans le cadre d'un sport ou de l'exercice professionnel. D'autres lésions cérébrales acquises sont causées par des incidents internes comme les accidents vasculaires cérébraux, etc.

L'enquête porte sur une population de personnes cérébro-lésées dont :

- l'âge est compris entre 18 et 60 ans,
- relevant d'un score de 1 à 4 sur l'échelle de suivi de Glasgow.

En sont exclues les pathologies neurologiques dégénératives (sclérose en plaque par exemple) et les Infirmités Motrices Cérébrales (IMC).

L'échelle de suivi de Glasgow permet d'évaluer la gravité des séquelles provoquées par le traumatisme crânien ou l'accident cérébral, ainsi que son évolution dans le temps. Le score obtenu au GOS débouche sur un classement :

- Le GOS 1 correspond à une bonne récupération. La personne est indépendante avec ou sans un déficit chronique léger.
- Le GOS 2 correspond à un handicap moyen. La personne handicapée est relativement autonome dans les actes de la vie courante, mais ses déficiences sur le plan intellectuel, mnésique ou comportemental nécessitent une aide et un accompagnement adapté.
- Le GOS 3 équivaut à un handicap sévère. La personne est consciente, mais totalement dépendante dans les activités de la vie quotidienne en raison d'incapacités mentales ou physiques graves.
- Le GOS 4 correspond aux états végétatifs chroniques et le GOS 5 au décès de la personne.

#### ● IDENTITE DU SERVICE

7. Nom et adresse du service concerné :

#### ● LES CAPACITES D'ACCUEIL DU SERVICE au 30 juin 2007

8. Votre service accueille-t-il des personnes cérébro-lésées :

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

Si vous répondez NON, merci de nous retourner le présent questionnaire de manière à ce que nous puissions établir la proportion des établissements et services qui n'accueillent pas de personnes cérébro-lésées.

9. Préciser l'effectif total des personnes accueillies dans votre service au 30 juin 2007 :

| \_\_\_\_\_ |

10. Indiquer la proportion des personnes cérébro-lésées parmi ces effectifs :

| \_\_\_\_\_ | %

5. Délai moyen d'attente pour l'admission d'une personne cérébro-lésée dans votre service au 30 juin 2007 :

- 1 moins de 15 jours
- 2 de 15 jours à 1 mois
- 3 de 1 mois à 3 mois
- 4 de 3 mois à 6 mois
- 5 plus de 6 mois

6. Durée moyenne de suivi des personnes cérébro-lésées par votre service au 30 juin 2007 :

| \_\_\_\_\_ |

● LES PERSONNES CEREBRO-LESEES ADMISES DANS VOTRE SERVICE **au 30 juin 2007**

7. Indiquez le nombre de personnes cérébro-lésées domiciliées en région Centre admises dans votre service au 30 juin 2007 :

| \_\_\_\_\_ |

8. Nombre de personnes cérébro-lésées, domiciliées hors région Centre, admises dans votre service au 30 juin 2007 :

| \_\_\_\_\_ |

9. Précisez le ou les département(s) d'origine

.....  
.....

Indiquer le nombre de personnes cérébro-lésées admises dans votre service en 2006 provenant :

- 10. De services de neurologie, neurochirurgie, réanimation : | \_\_\_\_\_ |
- 11. D'un service de soins de suite et de réadaptation (moyen séjour) : | \_\_\_\_\_ |
- 12. D'un service de soins de longue durée (long séjour) : | \_\_\_\_\_ |

Indiquez le nombre des professionnels suivants intervenant auprès des personnes cérébro-lésées admises dans votre service au 30 juin 2007 :

- 13. Médecins généralistes | \_\_\_\_\_ |
- 14. Médecins neurologistes | \_\_\_\_\_ |
- 15. Médecins psychiatre | \_\_\_\_\_ |
- 16. Médecins rééducateur | \_\_\_\_\_ |
- 17. Infirmières | \_\_\_\_\_ |
- 18. Aides soignants | \_\_\_\_\_ |
- 19. Kinésithérapeutes | \_\_\_\_\_ |
- 20. Ergothérapeutes | \_\_\_\_\_ |
- 21. Psychologues | \_\_\_\_\_ |
- 22. Neurologues | \_\_\_\_\_ |
- 23. Neuropsychologues | \_\_\_\_\_ |

- |     |                    |       |
|-----|--------------------|-------|
| 24. | Assistants sociaux | _____ |
| 25. | Educateurs         | _____ |
| 26. | Animateurs         | _____ |
| 27. | AMP                | _____ |
| 28. | Auxiliaires de vie | _____ |
| 29. | Autres             | _____ |

30. Si autres, précisez de quel(s) type(s) de professionnel(s) il s'agit : .....

31. En fonction de leurs difficultés, quels sont selon vous les besoins des personnes cérébro-lésées accueillies dans votre service :

(plusieurs réponses possibles) :

- 1 Soins médicaux spécifiques
- 2 Soins paramédicaux spécifiques
- 3 Suivi psychologique
- 4 Evaluation pluridisciplinaire
- 5 Accompagnement dans les actes de la vie quotidienne
- 6 Accompagnement social et administratif
- 7 Aide technique ou apprentissage à des technique éducatives spécifiques
- 8 Insertion sociale
- 9 Insertion professionnelle en milieu ordinaire ou protégé ou formation professionnelle
- 10 Activités culturelles et de loisirs
- 11 Soutien - maintien des relations familiales et sociales
- 12 Autres

32. Si autres, précisez : .....

33. En fonction de leur degré de handicap, quels sont à votre avis les besoins en matière d'orientation et d'évaluation des personnes cérébro-lésées afin d'améliorer leur parcours de vie :

Numérotez de 1 à 5 par ordre d'importance décroissant, le chiffre 1 représentant le choix le plus important, le chiffre 5 le moins important).

- 1 Création d'une structure sanitaire spécialisée dans l'accueil des personnes cérébro-lésées
- 2 Création d'établissements médico-sociaux spécialisés dans l'accueil des personnes cérébro-lésées
- 3 Adaptation de places spécifiques pour accueil des cérébro-lésées dans établissements sanitaires
- 4 Adaptation de places spécifiques pour accueil des cérébro-lésées dans établissements médico-sociaux
- 5 Prise en charge et suivi personnalisés à long terme pour personnes cérébro-lésées
- 6 Orientation des cérébro-lésées (GOS1- 2-3) vers UEROS avant élaboration projet insertion sociale et professionnelle.
- 7 Equipe rééducative spécialisée extérieure pour réalisation bilan d'orientation
- 8 Accompagnement en SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale)
- 9 Accompagnement en SAMSAH (service d'accompagnement médico-social des personnes handicapées)
- 10 Création de places spécifiques en ESAT ou entreprise adaptée
- 11 Création de places spécifiques en Centre de rééducation professionnelle
- 12 Création d'une structure d'accueil de jour
- 13 Autres

34. Si autres, précisez : .....

## ENQUETE SUR LES ADULTES CEREBRO-LESES – 2007

### Questionnaire « **INDIVIDUEL** »

concernant les personnes cérébro-lésées accompagnées par  
les établissements ou services **SANITAIRES - SSIAD**

Questionnaire à remplir pour chaque  
personne cérébro-lésée accompagnée  
par votre établissement ou service  
**au 30 juin 2007**

#### *Eléments techniques*

Par personnes cérébro-lésées, nous entendons toute personne souffrant de lésions cérébrales acquises.

Une lésion cérébrale acquise désigne tout dommage au cerveau après la naissance. Les dommages au cerveau peuvent être dus à une blessure traumatique à la tête, à des états comme l'anoxie (manque d'oxygène) ou à une infection.

Les causes fréquentes de lésions cérébrales sont, entre autres, les accidents de la route ou encore les chutes et les blessures subies dans le cadre d'un sport ou de l'exercice professionnel. D'autres lésions cérébrales acquises sont causées par des incidents internes comme les accidents vasculaires cérébraux, etc.

L'enquête porte sur une population de personnes cérébro-lésées dont :

- **l'âge est compris entre 18 et 60 ans,**
- **relevant d'un score de 1 à 4 sur l'échelle de suivi de Glasgow.**

En sont exclues les pathologies neurologiques dégénératives (sclérose en plaque par exemple) et les Infirmités Motrices Cérébrales (IMC).

L'échelle de suivi de Glasgow permet d'évaluer la gravité des séquelles provoquées par le traumatisme crânien ou l'accident cérébral, ainsi que son évolution dans le temps. Le score obtenu au GOS débouche sur un classement :

- Le GOS 1 correspond à une bonne récupération. La personne est indépendante avec ou sans un déficit chronique léger.
- Le GOS 2 correspond à un handicap moyen. La personne handicapée est relativement autonome dans les actes de la vie courante, mais ses déficiences sur le plan intellectuel, mnésique ou comportemental nécessitent une aide et un accompagnement adapté.
- Le GOS 3 équivaut à un handicap sévère. La personne est consciente, mais totalement dépendante dans les activités de la vie quotidienne en raison d'incapacités mentales ou physiques graves.
- Le GOS 4 correspond aux états végétatifs chroniques et le GOS 5 au décès de la personne.

#### ● IDENTITE DU SERVICE

1. Nom du SSIAD :

● LA PERSONNE CEREBRO-LESEE SUIVIE

2. Age de la personne cérébro-lésée suivie : |\_\_| |\_\_|

3. Sexe de la personne cérébro-lésée suivie :

- 1 Masculin
- 2 Féminin

4. Cause de la lésion cérébrale :

- 1 Traumatisme crânio-encéphalique
- 2 Accident vasculaire cérébral
- 3 Tumeur
- 4 Anoxie
- 5 Autres encéphalopathies
- 6 Inconnue

5. Date de l'accident : |\_\_\_\_\_|

6. Dernier score connu sur l'échelle de suivi de Glasgow au 30 juin 2007 :

- 1 Niveau GOS 1
- 2 Niveau GOS 2
- 3 Niveau GOS 3
- 4 Niveau GOS 4
- 5 Score Glasgow inconnu

7. Durée du suivi dans votre service au 30 juin 2007 :

- 1 moins de 1 mois
- 2 de 1 à 3 mois
- 3 de 3 à 6 mois
- 4 plus de 6 mois

8. Activité de la personne cérébro-lésée avant l'accident lésionnel :

- 1 Agriculteur, exploitant agricole
- 2 Artisan, commerçant, chef d'entreprise
- 3 Cadre, profession libérale
- 4 Profession intermédiaire (professeur des écoles et ass.), cadre moyen
- 5 Employé
- 6 Ouvrier
- 7 Sans emploi
- 8 Retraité
- 9 Personne scolarisée, stagiaire de la formation professionnelle, étudiant
- 10 Autre

9. Si autre, indiquer l'activité principale :

.....

● **ORIENTATION EN SECTEUR MEDICO-SOCIAL DE LA PERSONNE CONCERNEE**

**10. Une réorientation dans le secteur médico-social est-elle envisagée pour la personne concernée :**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

**11. Si oui, vers quel(s) type(s) de structure(s) :**

- 1 UEROS
- 2 CPOP
- 3 CRP
- 4 Entreprise adaptée / CDTA
- 5 ESAT
- 6 SAMSAH
- 7 SAVS
- 8 IEM / IERM
- 9 FH
- 10 FO
- 11 FAM
- 12 MAS
- 13 Autre

**12. si autre, préciser le type de structure :**

.....

**13. Cette orientation est-elle réalisable dans la région Centre :**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

**14. Si cette orientation ne peut être satisfaite, indiquez la solution envisagée :**

- 1 Orientation vers un autre établissement ou service médico-social
- 2 Orientation dans secteur sanitaire (moyen et long séjour)
- 3 Orientation vers une unité sanitaire spécialisée pour personnes en EVC ou EPR
- 4 Retour en milieu familial
- 5 Orientation dans un établissement hors région Centre
- 6 Maison de retraite
- 7 Autres

**15. Si autre à question précédente, préciser la solution envisagée :**

.....

● **INSERTION SOCIALE ET PROFESSIONNELLE DE LA PERSONNE CONCERNEE**

**16. Un projet d'orientation vers des structures professionnelles est-il envisagé pour la personne cérébro-lésées concernée ?**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

**17. Si oui, préciser le type de projet professionnel :**

.....  
.....

**18. Un accompagnement professionnel est-il proposé à la personne :**

- 1 Oui
- 2 Non
- 3 Ne sait pas

**19. Si un projet de réinsertion professionnelle est envisagé pour la personne, où sera-t-elle domiciliée :**

- 1 A son domicile personnel
- 2 Au domicile familial
- 3 En foyer d'hébergement
- 4 Autres

**20. Si autres, précisez :**

.....



### Annexe 3 – Les personnes rencontrées

Service médical de la CNAM	1- Mme le docteur Réa
2 MDPH	2- M. Maufret (directeur adjoint) et Mme le Dr Leloup (Médecin) - MDPH 45
	3- Mme DE GOUVILLE – Directrice MDPH 36
3 DDASS	4- M. Naulet, inspecteur DDASS d'Eure et Loir
	5- Mme Delaigue, inspectrice DDASS de l'Indre
	6- Mme Turpin, Inspectrice DDASS du Loir et Cher
CRF Bel-Air (37)	7- L'équipe des cadres du CRF Bel-Air (37)
Résidence Algira (36)	8- M. Mathé (directeur), l'infirmière coordinatrice, le chef de service
Un président d'Association	9- M. Viallefon, président de l'AFTC Centre
Un SSIAD	10- Mme Labourdin, Directrice, SSIAD Olivet
Des parents de personnes cérébro-lésées	11- Deux parents rencontrés à leur domicile

### Annexe 4 – Les participants aux groupes de travail interdépartementaux

#### ■ Présents au Groupe interdépartemental n° 1

BEAU Nathalie	Aide soignante	CH Romorantin (41)
BERTON Stéphanie	Assistante sociale	CH de Blois (41)
BOUTIN Isabelle	IDE coordinatrice	SSIAD CH Loches (37)
CADOMOT Bernard		CH Romorantin (41)
CARTIER Joëlle		ESAT ANAIS Tours (37)
CHAUVET Marie Andrée	Médecin	CRF Bel Air (37)
CORFMAT Marie-Claire	Chef de service	Foyer L'arc en ciel Cormenon (41)
COTTIN Ghislaine	Infirmière	MAS de Cellettes (41)
DESJOUIS Frédéric	Diercteur Adjoint	MAS Les Haies vives Joué les Tours (37)
EVENO Catherine	Directrice	MAS de Cellettes (41)
GUILLEMAIN Philippe	Directeur	COP-CRP Fontenailles (37)
LANDRON Anne	Assistante Sociale	MDPH 36
MOCQUET Michèle		MDPH 37
POYTEAU Patrick	Directeur Adjoint	MAS DE LUREUIL (36)
ROTUREAU Dominique		Mutualité Indre et Loire (37)
SALLY SCANZI Myriam	IASS	DDASS 37
ULIVI Christine	Référente sociale	MDDH 37
VACHEROT Marie Laure	Infirmière psy.	CH Romorantin (41)

#### ■ Présents au Groupe interdépartemental n° 2

BOUMEDJ Karim	Chargé de mission	Prométhée Loiret – Pro-métiers Centre
BREDON Benoit	Conseiller ESF	SAVS APF 45
DESAINLOUP Jacky	Directeur Adjoint	CRP Les Rhuets (41)
GBAGUIDI Blaise	Directeur Ajoint	ESAT Servi'pep45 + FH Droits de l'Homme (45)
GEIST Michel	Responsable médico-social	CRP Vouzeron (18)
GENTILHOMME Catherine	Directrice	ESAT ANAIS Aubigny s/Néré (18)
JOUVE Virginie	Psychologue du travail	Prométhée Cher (18)
LEBRAS Gilles	Directeur	ESAT ANAIS Chartres (28)
MARSEAULT Anne	Médecin	MDPH 28
NAULET Gérald	IASS	DDASS 28
SIBEL Jacques	Directeur	FAM Les Tamaris + SAMSAH AFTC 28
VERGEADE Didier	Directeur	ESAT ASTAF Fontenay s/Loing (45)
VIALLEFOND Louis	Président	AFTC Centre
VIQUESNEL Hervé	Médecin	FAM Les Tamaris + SAMSAH AFTC 28

## Annexe 5 – Le questionnaire simplifié

### ENQUETE SUR LES ADULTES CEREBRO-LESES – 2007

Sont concernés les adultes cérébro-lésés âgés de 18 à 60 ans, relevant d'un score de 1 à 4 sur l'échelle de suivi de Glasgow

#### ● Identification

➡ de la personne qui renseigne ce questionnaire :

➡ de la structure concernée (nom et coordonnées précises) :

#### ● Questionnaire

1. Votre établissement dispose-t-il de places ou unités spécialement attribuées à l'accueil de personnes cérébro-lésées :

Oui                       Non                      ➡ Si oui, préciser combien de places ou lits : / \_\_\_\_\_ /

2. Depuis 2000 (date de la précédente étude), votre établissement accueille-t-il ou a-t-il accueilli des personnes cérébro-lésées :

Oui                       Non

3. Situation au 30 juin 2007 :

Nb total de personnes (●) accompagnées ou suivies au 30/06/2007	Nb de personnes Cérébro-lésées comptabilisées parmi ces effectifs au 30/06/2007

(●) pour le sanitaire : détailler par service ou unité

(●) pour le médico-social : répondre pour l'ensemble de la structure identifiée en haut de la page.

4. Avez-vous un projet spécifique pour l'accueil des personnes cérébro-lésées :

Oui                       Non                      ➡ Si oui, préciser lequel (écrire au verso si nécessaire).