



ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

politique à l'égard des handicapés

Question écrite n° 42195

Texte de la question

Le traumatisme crânien est la cause de 12 000 décès chaque année, c'est la première cause de décès des personnes âgées de moins de quarante-cinq ans. La prise en charge hospitalière (hôpitaux et services ou centre de rééducation fonctionnelle) de cette pathologie est capitale pour le devenir des victimes. Or, elle est déficiente sur de nombreux points. Si la prise en charge initiale est généralement convenable sur le lieu de l'accident, la suite de cette prise en charge sanitaire tant en établissement de court séjour (hôpital), qu'en institution de moyen séjour (services hospitaliers, centres de rééducation fonctionnelle) demeure globalement de qualité insuffisante et pour le moins, très inégalement répartie sur le territoire national. Un projet de circulaire ministérielle a été élaboré sur la prise en charge des blessés traumatisés crâniens et des lésés médullaires. Les dispositions qu'elle préconise donnent satisfaction à nos associations, en particulier parce qu'elle pose le principe de la nécessité de la continuité de la prise en charge, condition fondamentale indispensable pour garantir la meilleure récupération et l'insertion optimale des traumatisés crâniens. Or, des victimes de traumatisme crânien décèdent chaque jour, faute de places dans les services hospitaliers de réanimation neurochirurgicale spécifique qui sont les seuls adaptés pour assurer la survie initiale des traumatisés crâniens graves. Actuellement les blessés sont fréquemment dispersés dans des services de réanimation ayant peu ou pas d'expérience de la prise en charge des traumatisés crâniens. L'éveil du coma après la phase de restitution de l'autonomie des fonctions vitales nécessite, pour assurer la qualité du devenir des victimes, et la réduction des séquelles potentielles, une prise en charge spécifique dès l'émergence de la phase « coma ». Or, il n'existe, en France, que quelques très rares services adaptés à ce besoin particulier des lits dits « d'éveil ». Ces mesures sont prévues dans le texte du projet de circulaire ministérielle citée ci-dessus. Cependant, ce texte est incitatif plus que directif. Il risque donc de ne pas faire l'objet d'une planification formalisée par une programmation effective, par un certain nombre d'autorités déconcentrées confrontées à d'autres choix considérés prioritaires au regard d'une pathologie très mal connue. M. Daniel Paul * demande à M. le ministre de la santé et de la protection sociale s'il envisage de se faire rendre compte par un rapport de chaque ARH de « l'état des lieux » de la situation des besoins non satisfaits et de la programmation que celle-ci envisage pour pallier les insuffisances relevées. Il lui demande quelles mesures il compte mettre en oeuvre, financièrement et humainement, pour répondre aux enjeux vitaux ainsi posés.

Texte de la réponse

Un certain nombre d'actions ont été mises en place au plan national, pour apporter des réponses aux difficultés rencontrées par les patients cérébro-lésés. Des groupes de travail nationaux ont été créés sur ce thème, associant les usagers, les professionnels de santé et les partenaires du monde médico-social. Suite à ces travaux une circulaire relative à la filière de prise en charge des traumatisés crânio-cérébraux et des blessés médullaires a été signée par le ministre de la santé et de la protection sociale le 18 juin 2004. Elle précise les actions à mener sur l'ensemble de la chaîne de prise en charge de ces patients, dès le déclenchement de l'alerte au SAMU, jusqu'à l'accueil en structures médico-sociales. Cette circulaire donne aux agences régionales de l'hospitalisation les recommandations nécessaires à l'élaboration des schémas régionaux d'organisation

sanitaire. En effet, l'arrêté du 27 avril 2004 pris en application de l'article L. 6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaires, a intégré la prise en charge des patients cérébro-lésés et des traumatisés médullaires aux thèmes obligatoires des SROS de troisième génération. De même, l'organisation de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux a fait l'objet d'une circulaire (circulaire DHOS/04/DGS/2003/517 du 3 novembre 2003) ainsi que l'accueil des personnes en état végétatif chronique (EVC) et en état pauci-relationnel (EPR) (circulaire DHOS/02/DGS/SD5/DGAS/2002/288 du 3 mai 2002). Enfin, un comité de pilotage national a été lancé en mai 2004, sur les structures de soins de suite et de réadaptation. Celles-ci sont en effet un maillon essentiel de la chaîne de soins, car elles assurent, au sortir de l'épisode aigu, toutes les missions de rééducation, réadaptation et réinsertion. Il est indispensable de bien identifier leur place au sein du système de soins et de travailler à leur articulation avec le secteur médico-social et le domicile. Ces mesures, menées au niveau national, permettent de donner aux acteurs de terrain les leviers indispensables pour s'organiser de la manière la plus opérationnelle, en fonction des caractéristiques locales.

Données clés

Auteur : [M. Daniel Paul](#)

Circonscription : Seine-Maritime (8^e circonscription) - Député-e-s Communistes et Républicains

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 42195

Rubrique : Handicapés

Ministère interrogé : santé

Ministère attributaire : solidarités, santé et famille

Date(s) clé(s)

Question publiée le : 22 juin 2004, page 4641

Réponse publiée le : 21 décembre 2004, page 10314